LANCETTE FRANÇAISE

AZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES





PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8

1866

TABLE DES MATIÈRES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1866.

A

B

C

D

É

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

Z

PARIS. — J. CLAYE, IMPRIMEUR, RUE SAINT-BENOIT, 7.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1866.

P

Q

R

S

T

V

W

Z

PARIS. — J. CLAYE, IMP.

N° 1. — JEUDI 4 JANVIER 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 4 JANVIER 1866. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 JANVIER 1866.

Nous sommes heureux de commencer cette année avec la bonne nouvelle que nous apporte le *Moniteur* de ce jour.

L'épidémie cholérique, en frappant d'abord si cruellement le midi de la France, puis en venant s'abattre sur Paris, a donné lieu à de nombreux dévouements de la part des médecins. Les élèves en médecine se sont particulièrement distingués dans ces douloureuses circonstances; ils méritaient des récompenses inaccoutumées. L'ordre de la Légion d'honneur, les distinctions honorifiques de l'Instruction publique, la gratuité des droits d'étude : tels ont été les moyens dont l'Empereur et son ministre ont disposé en leur faveur.

Cet acte de justice sera bien accueilli de tous.

En tête de ces récompenses, nous trouvons un nom qui jouit, à juste droit, de la plus grande popularité dans l'école de Montpellier. Après avoir été le premier au feu de l'épidémie, dont il faillit être victime; après avoir été l'ami véritable et le conseil des élèves qui se dévouaient aux cholériques, il était juste que M. Jacquemet vît son nom ouvrir la liste des récompenses. — Dr E. Le Sourd.

Voici le texte de l'arrêté pris par le Ministre de l'instruction publique :

ARRÊTÉ.

Le ministre de l'instruction publique,

Vu le décret impérial en date du 5 décembre 1865 ainsi conçu :

« Il sera accordé aux étudiants en médecine qui seront signalés à notre ministre de l'instruction publique, par les préfets des départements, pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra, la gratuité totale ou partielle des droits qui leur restent à acquitter pour l'achèvement de leurs études médicales et l'obtention du diplôme auquel ils prétendent. »

Vu le rapport du sénateur préfet de la Seine, du sénateur chargé de l'administration du département du Rhône, des préfets des départements du Var et de l'Hérault, du vice-recteur de l'académie de Paris et des recteurs des académies d'Aix et de Montpellier ;

Considérant que, pendant l'épidémie cholérique qui a sévi à Marseille, à Toulon, à Arles et à Paris, un grand nombre d'étudiants appartenant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, à la Faculté de médecine de Montpellier, à la Faculté de médecine et à l'École supérieure de pharmacie de Paris, ont fait preuve d'un dévouement digne d'éloges; qu'il appartient à l'administration de l'instruction publique d'honorer leur conduite par un témoignage public;

Considérant que si tous ont prodigué leurs soins aux victimes du fléau, l'abnégation des étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier, qui, à l'époque des vacances, ont quitté leurs familles pour aller au loin s'exposer au danger, compte une mention exceptionnelle;

Considérant que M. Jacquemet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, s'est spontanément rendu à Toulon pour diriger et partager le dévouement des élèves ;

Arrête :

Art. 1er. Est nommé officier de l'instruction publique, M. Jacquemet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. Massol, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier; Brière, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. Des ouvrages scientifiques, portant la mention qu'ils sont donnés à titre de souvenir des services rendus pendant l'épidémie de 1865, seront décernés au nom du ministre de l'instruction publique.

1° A M. Jacquemet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier;

2° Aux étudiants dont les noms suivent :

Services rendus à Toulon. — Étudiants de la Faculté de Médecine de Montpellier.

MM. Gayat, nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 5 décembre 1865; Massol; Hippolyte; Girard; Jausion; Ferran; Autar; Azémar; Miran.

Services rendus à Arles. — Étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier.

MM. Benoît, Watering, Fanton.

Services rendus dans les hôpitaux de Paris.

MM. Legros et Lelion, étudiants de la Faculté de médecine de Paris, nommés chevaliers de la Légion d'honneur par décret en date du 5 décembre 1865. — M. Brière, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 3. La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er janvier 1866, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude, diplôme), est accordé aux étudiants dont les noms suivent :

Services rendus à Marseille. — Étudiants de l'école préparatoire de pharmacie de Marseille.

MM. Jailleu; d'Hurlaborde; Marcorellès; Coste; Boutan; Eyriès; Nicolas; Garcin.

Services rendus à Toulon, — Élèves de la Faculté de médecine de Montpellier.

MM. Gayat; Massol; Hippolyte; Girard; Jausion; Ferran; Louisel de Saulnays; Autar; Azémar; Miran; Cambon; Falc; Masse.

Services rendus à Arles. — Étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier.

MM. Benoît; Watering; Fanton; Olier; Dutrénit; Vallat; De la Chataigneraie.

Services rendus dans les hôpitaux de Paris. — Étudiants de la Faculté de médecine de Paris.

MM. Legros; Lelion; Brière; Choyaux; Legroux; Lemattre; Boussard; Spiess; Lévêque; Zaepffel; Jaubert; Gorski; Caresme; Hallopeau; Duprat; Carrière; Meuriot; Besnier; Roques; Hayem; Anger (Théophile); Derlon; Drouin; Paris; Fortin; Jolly; Bergeron; Briançon; Fredet; Michelet; Tardieu.

Étudiants de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

MM. Byasson; Jungfleisch; Bonnefon; Géraudel; Gindre.

Fait à Paris le 1er janvier, 1866.

V. DURUY.

Séance de l'Académie de médecine.

Conformément à l'usage, M. Bouchardat a ouvert la séance en rendant compte à l'Académie des visites officielles du jour de l'an. Il a saisi cette occasion pour payer un légitime tribut de regrets à son prédécesseur M. Malgaigne, et à l'honorable trésorier M. Gimelle, que l'Académie a eu la douleur de perdre dans le courant de l'année. M. Bouchardat, en prenant possession du fauteuil de la présidence, qu'il a occupé en qualité de vice-président pendant presque toute la durée de l'année dernière, n'avait nullement besoin de prendre vis-à-vis d'elle des engagements. Les gages qu'il a déjà donnés pendant tout le cours d'une vice-présidence aussi active sont un garant suffisant de tout ce que l'Académie a droit d'attendre de son zèle et de la fermeté pleine de bienveillance avec laquelle il dirige les débats.

L'intéressante communication que M. Leblanc a faite dans la séance dernière sur la petite épizootie de typhus du Jardin d'acclimatation a amené à la tribune M. Bouley, qui a exposé avec sa clarté habituelle l'état actuel de l'épizootie de typhus de l'espèce bovine et les heureux résultats qu'ont eu pour notre pays les mesures prophylactiques mises en œuvre par l'administration. Pendant que M. Bouley rendait un juste hommage à l'administration pour les éminents services qu'elle a rendus à la France dans cette circonstance, chacun des assistants lui renvoyait tout bas à lui-même le même hommage, car personne n'ignore que c'est à lui que revient la plus grande part de cet heureux résultat et de cet immense service.

L'exposé de M. Bouley a été suivi d'un échange d'explication sous forme de conversation, entre lui et MM. Leblanc, Bouillaud, Louis et Briquet. Trois ou quatre grosses questions ont été soulevées en quelques mots. C'est plus qu'il n'en faudrait pour défrayer plusieurs discussions. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. TARDIEU.

(Suppléance de M. FOURNIER.)

Atrophie musculaire progressive des extrémités supérieures dont le début remonte à dix ans. — Phénomènes oculo-pupillaires du côté gauche, vertiges de date récente. — Mort rapide, presque subite, à la suite d'une apoplexie pulmonaire du côté gauche.

(Lu à la Société médicale d'observation.)

É..., vingt-neuf ans.

Voici les renseignements que ce malade fournit sur son enfance et sa première jeunesse (je ne mentionne ici que ce qui a trait ou peut avoir trait à l'affection dont il est atteint). Il n'a marché que fort tard; à quatre ans, dit-il, il se traînait encore sur son derrière; on l'appelait (et le nom lui est resté) le bancal; rien cependant dans sa conformation actuelle n'explique ce sobriquet; ses membres inférieurs sont très-régulièrement conformés au point de vue du squelette et de la musculature ; en outre depuis l'âge de six ans (il en est encore de même aujourd'hui) il marchait et courait même aussi bien que quiconque.

A quatorze ans, il a appris l'état d'ébéniste, qu'il a exercé jusqu'à dix-neuf ans.

A cet âge, il était dans un état de santé parfaite ; ses membres supérieurs jouissaient de la plénitude de leur force ; ce détail d'une haute importance, il m'en a affirmé l'exactitude à plusieurs reprises. Manquant d'ouvrage, il fut forcé, pour vivre, d'entrer chez un loueur de voitures où il fut chargé de laver les voitures, besogne d'autant plus pénible qu'on était en plein hiver. Pendant trois mois consécutifs, janvier, février, mars, il ne cessa d'avoir les mains et les avant-bras dans l'eau ; c'est à cette cause qu'il rapporte sa maladie. Peu de jours après qu'il eut commencé ce nouvel état, il eut des engelures à tous les doigts (il n'en avait jamais eu antérieurement) ; dans le courant du second mois, il sentit que sa main gauche était plus faible qu'auparavant; elle fléchissait facilement quand il prenait un point d'appui sur elle; sa main droite avait conservé toute sa force. En à ... il reprit son état d'ébéniste, qu'il put encore exercer jusqu'à vingt-deux ans; pendant cette période de trois ans, l'affection gagna progressivement l'avant-bras et le bras qui s'affaiblirent en même temps qu'ils perdaient leur force et leur embonpoint; toutefois elle resta limitée au côté gauche. Puis à ce moment, en dehors de l'intervention d'une cause occasionnelle nouvelle, elle atteignit la main droite et remonta, en suivant la même marche lente et progressive, à l'avant-bras et au bras. Dès que la main droite commença à subir l'atrophie, É... renonça à sa profession d'ébéniste plaqueur pour se faire ébéniste vernisseur. Pendant quatre années, jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, il se livra à cette spécialité de sa profession. A cette époque, prévoyant l'impossibilité prochaine de travailler comme vernisseur, il entra dans l'administration des télégraphes, comme porteur des dépêches.

Pendant deux ans, il suffit à marcher chaque jour de dix à douze heures, sans être plus fatigué qu'aucun autre de ses camarades de courses; de lui-même il fait remarquer la différence de force que possèdent d'un côté ses membres supérieurs, dont il peut à peine se servir, de l'autre ses membres inférieurs, que rien ne lassait, suivant lui; il est même assez fier de sa vigueur à la marche; pendant ces deux ans, il demeure dans un état de santé relativement très-bon. Il était infirme plutôt que malade, quand, à la fin de novembre 1864, des phénomènes nouveaux survinrent qui le décidèrent à entrer à l'hôpital.

Ces phénomènes, les voici :

Ses membres inférieurs, jusqu'alors si ingambes, furent pris de faiblesse au point de le forcer à cesser ses marches de tous les jours ; il éprouva une douleur, qui dure encore aujourd'hui, au niveau du mamelon gauche; sans tousser, par un simple effort d'expiration volontaire, il rendit de temps en temps dans les vingt-quatre heures, et cela tous les jours, des crachats verdâtres; la nuit il avait souvent des céphalées assez vives qui le réveillaient et le tourmentaient tant qu'il restait étendu dans son lit, et cessaient dès qu'il se levait.

Il suspendit l'exercice de sa profession pendant quelques jours, et le reprit le 10 décembre. Tout alla très-bien pendant vingt jours, la faiblesse des jambes et les céphalées avaient cessé complétement; il ne lui restait que sa douleur mammaire et cette expectoration verdâtre que j'ai mentionnées.

Le 1er janvier 1865, pendant une course qu'il faisait, il éprouva un éblouissement subit, de l'obnubilation de la vue, de la faiblesse dans les membres inférieurs; tout cela fut passager. Après s'être reposé quelques instants, il put repartir et finir sa journée de travail.

Le lendemain matin, il était fort bien, se rappelant seulement, mais sans le ressentir à ce moment, ce qui lui était arrivé la veille; toutefois, il garda le lit toute la journée. Le surlendemain, il sortit et vaqua à ses occupations. Le soir, à 9 heures, en rentrant chez lui, il fut repris des mêmes phénomènes que l'avant-veille, mais avec une intensité plus grande; il marchait comme un homme ivre, battant à droite et à gauche les murs de la rue qu'il suivait (elle était étroite, c'était à Batignolles), en proie à des éblouissements et à un vertige presque permanents.

Le 5 janvier, après une nuit assez bonne, il vint à pied à l'hôpital Lariboisière ; il fut repris pendant la route des mêmes phénomènes que la veille, à tel point qu'il mit deux heures à faire un trajet de vingt minutes, obligé qu'il était de s'arrêter et de s'asseoir sur presque toutes les bornes qu'il rencontrait.

Avant d'entrer dans les détails de l'examen que j'ai fait de ce malade, j'ajouterai qu'il n'y a, dans ses antécédents, ni scrofule, ni vérole, ni rhumatisme, ni habitudes d'ivrognerie; il n'y a, non plus, dans sa famille, rien qui puisse se rapporter de près ou de loin à l'atrophie musculaire progressive.

État actuel. — É... est de taille ordinaire, brun, un peu pâle, sans pourtant présenter les caractères extérieurs de l'anémie; il a les apparences de la santé. En l'examinant dans son ensemble, on est frappé de la discordance que présentent chez lui les membres inférieurs et la partie lombaire du tronc d'une part, et de l'autre les membres supérieurs et la portion dorsale du tronc. Cette disproportion de forme est telle, que si l'on voyait isolées l'une de l'autre la région supérieure grêle et profondément émaciée et la région inférieure remarquable par son embonpoint, on ne pourrait croire qu'elles appartiennent à un seul et même individu. Mais ce défaut d'harmonie dans

les proportions va ressortir davantage des détails de l'examen auquel nous nous sommes livrés.

Les membres inférieurs des deux côtés sont bien et vigoureusement constitués; à travers l'embonpoint qu'ils présentent, on voit se dessiner les saillies musculaires bien développées; les jumeaux, le triceps fémoral soulèvent les téguments quand ils entrent en action, les forces sont bien conservées et en rapport avec cette intégrité des muscles.

Le malade est solide et ferme sur ses jambes, il marche régulièrement; il oppose une résistance invincible à toutes les tentatives que je fais pour fléchir sa jambe ou sa cuisse quand elles sont étendues, pour les étendre quand elles sont fléchies, quelque violents ou prolongés que soient mes efforts.

Tous les modes de la sensibilité cutanée sont intégralement conservés; il en est de même du sens d'activité musculaire et de la sensibilité profonde, de la cœnesthésie.

Il perçoit le contact et le chatouillement, le chaud et le froid, le pincement et la piqûre; les yeux fermés il est le maître et le modérateur absolu de tous ses mouvements, il se rend un compte exact de la position de ses membres et des déplacements qu'on leur fait subir. Toutefois, je dois ajouter qu'il se plaint d'éprouver depuis quelques jours, sous la plante du pied gauche, le long du cinquième métatarsien, une espèce de crampe, un frémissement analogue à ce qu'il a éprouvé à plusieurs reprises dans les membres supérieurs; il ajoute qu'il craint que cela ne soit le prélude d'une paralysie semblable à celle qui a frappé ses bras. Cette sensation est toute subjective, elle ne se traduit par rien pour l'observateur; il n'y a, en effet, dans cette région, aucune trace de ces palpitations musculaires, de ces contractions fibrillaires qui marquent habituellement le début de l'atrophie musculaire progressive.

La portion abdomino-pelvienne du tronc a, au même degré que les membres inférieurs, conservé ses muscles et son embonpoint. J'arrive maintenant à la description des régions atrophiées plus ou moins complétement, les membres supérieurs, les épaules, le thorax et la face.

L'affection a commencé, avons-nous dit, du côté gauche et n'a frappé à droite que plus tard, trois ans après; malgré ce retard, l'atrophie du membre supérieur droit a aujourd'hui rattrapé en étendue et en profondeur, si j'ose ainsi dire, l'atrophie du côté gauche. La lésion est égale des deux côtés, elle est tout à fait symétrique; aussi peut-elle être embrassée dans une seule et même description.

La main est profondément amaigrie, émaciée; elle n'est composée, c'est bien le cas de le dire, que des os et de la peau.

Il n'y a plus ni éminence thénar ni éminence hypothénar; les interosseux, les petits muscles du fond ont également disparu; l'état des mouvements volontaires est en rapport avec l'état de leurs agents actifs.

Les doigts accolés les uns aux autres ne peuvent plus s'écarter volontairement; le pouce rapproché de l'index reste inerte dans cette situation.

L'avant-bras a subi, par le fait de l'émaciation graisseuse et musculaire, une déformation d'autant plus prononcée, qu'on l'examine plus loin du pli du coude; dans les deux tiers inférieurs, l'avant-bras est tout à fait aplati d'avant en arrière, il n'y a plus dans cette partie que de la peau, quelques tendons grêles et flasques, du tissu fibreux et les deux os. Près de l'articulation du coude, il reste quelques faisceaux musculaires à la partie externe. Les fonctions des muscles de l'avant-bras sont altérées en proportion de la lésion de leur tissu.

La main demi-fléchie, par son propre poids, ne peut être amenée à une flexion complète; encore moins peut-elle être mise en extension par la volonté du malade. Il conserve, mais très-incomplétement, la possibilité des mouvements de pronation et de supination. Le bras et l'épaule sont atrophiés, mais à un degré moindre que la main et l'avant-bras. Aussi les mouvements sont-ils conservés dans l'articulation du coude et de l'épaule; ils ont seulement perdu de leur énergie, de leur rapidité et de leur précision.

Le thorax, dans sa partie supérieure, est déformé en avant et en arrière; il est aplati, les saillies costales y sont très-marquées; au-dessus et au-dessous de la clavicule, qui proémine fortement, il existe des dépressions profondes.

L'omoplate est plus distante des côtes que de coutume. Cela est évident à l'état de repos, et le devient bien davantage pendant les mouvements de l'épaule, où l'on voit l'omoplate s'écarter surtout à son angle inférieur. Toutefois il faut ajouter que les muscles des gouttières vertébrales ont conservé leur volume. Comme on le voit, la motilité est notablement altérée dans les membres supérieurs à droite et à gauche, la sensibilité est lésée dans les téguments des mêmes régions. Dans toute l'étendue de ces mêmes parties, il existe une anesthésie bien évidente quoique incomplète; la peau y est obtuse à la douleur provoquée, obtuse au tact et au chatouillement, obtuse également aux variations de température. Les parties profondes ne semblent pas avoir perdu leur sensibilité. Le malade exécute mal les mouvements qu'on lui commande, c'est le résultat de son atrophie, mais il en est le maître, il se rend un compte exact, les yeux fermés, des déplacements qu'on fait subir à ses membres supérieurs.

Enfin, et pour terminer ce qui se rapporte aux membres supérieurs, je dirai que partout où il reste des muscles, autour du coude, au bras, à l'épaule, au devant de la poitrine on constate dans les muscles qui ont survécu partiellement des oscillations fibrillaires intermittentes et petites pendant le repos des organes, continues et à grandes oscillations pendant les mouvements volontaires ou imprévus. Ces palpitations musculaires dont le malade a conscience remontent, dit-il, au début de son affection.

J'arrive à l'examen de la face qui se présente d'une manière générale sous une apparence toute spéciale. Sans être tout à fait inerte, elle n'a plus cette mobilité d'expression qui est un apanage de la figure humaine. Ce n'est pas encore un masque inerte et sans vie, ce n'est plus un visage animé.

Cet état tout particulier tient à l'atrophie partielle des muscles de la face, atrophie qui a frappé à peu près tous; elle n'est nulle part plus apparente qu'aux orbiculaires de la bouche et des yeux, aux buccinateurs, au releveur des lèvres.

Cette émaciation des muscles faciaux, saisissable au repos, devient plus évidente pendant les mouvements divers qu'exécute encore le malade; les paupières se ferment, mais il faut au malade des efforts évidents pour rendre cette occlusion tout à fait complète.

La parole est embarrassée, un peu bredouillante, cette difficulté de l'articulation porte plus spécialement sur certaines lettres, les labiales et les linguales, elle est en rapport avec l'atrophie partielle de l'orbiculaire et l'état de la langue. Ce dernier organe ne paraît pas atrophié; mais il est atteint dans sa motricité; le malade semble la remuer à son gré, mais il ne peut la maintenir au repos hors de sa bouche; dans cette situation, soutenue même par l'arcade dentaire inférieure, elle est agitée incessamment de petits mouvements de totalité en divers sens et par des contractions fibrillaires que nous avons mentionnées dans les membres supérieurs et que l'on retrouve dans tous les muscles de la face atteints par la maladie. Il est une autre particularité qui mérite de nous arrêter parce qu'elle nous avait d'abord conduit à une erreur de diagnostic: c'est une asymétrie du visage qui, pour n'être pas portée à un haut degré, n'en est pas moins évidente; au repos le visage est un peu plus aplati à gauche qu'à droite; pendant les mouvements de la parole ou du rire la commissure labiale reste à peu près immobile du côté gauche tandis qu'à droite elle se relève; on dirait une paralysie faciale. C'est une erreur, il s'agit là seulement d'une immobilité due à la disparition plus ou moins complète des muscles. Ce qui démontre que cette dernière interprétation est la véritable, c'est qu'il n'y a pas de désordre paralytique du côté des paupières gauches, ni de déviation de la langue ou de la luette.

La sensibilité de la face est parfaitement conservée; la température et la vascularisation y sont égales à droite et à gauche; j'insiste sur ce détail, en apparence peu important, et j'arrive à la partie la plus importante quoique la plus brève de cette observation, les phénomènes oculo-pupillaires. C'est à gauche qu'on les observe. Les deux yeux paraissent avoir le même volume; leurs mouvements sont, dans tous les sens, d'une régularité parfaite à droite comme à gauche; il n'y a pas entre eux de différence de vascularisation, il en existe une dans la force visuelle:

L'œil gauche voit les objets moins nettement que le droit, et ce trouble visuel, le malade le dit d'origine assez récente, sans cependant en bien préciser la date.

La pupille droite est large, bien mobile; à la lumière vive elle se rétrécit, tandis qu'elle se dilate à l'obscurité; il y a du côté gauche des différences sensibles dans l'ouverture de la pupille et la mobilité de l'iris. La pupille est étroite, plus étroite de moitié que celle de droite; sous l'influence d'une lumière vive elle se rétrécit encore, et cela d'une façon très-appréciable; mais dans l'expérience inverse, en soustrayant l'œil gauche à la lumière, elle ne se dilate pas, au moins d'une façon appréciable. En un mot, pour me faire mieux comprendre, je dirai que les fibres destinées à rétrécir le champ pupillaire exécutent normalement leur action, tandis que les fibres musculaires destinées à l'agrandir sont plus ou moins paralysées.

Les premières sont innervées par un nerf d'origine cérébrale, le moteur oculaire commun; les secondes le sont par un nerf d'origine médullaire; les filets du grand sympathique. C'est là le point intéressant de la question, nous y reviendrons plus bas. La cornée paraît plus aplatie à l'œil gauche qu'à l'œil droit.

É... avait, avant d'entrer à l'hôpital, un point de côté au mamelon gauche et un peu d'expectoration muqueuse; ces deux phénomènes subsistent aujourd'hui, sans avoir augmenté ni diminué.

La percussion ne fournit absolument que des résultats négatifs; le son, dans toute l'étendue du thorax, en avant comme en arrière, à la base comme au sommet, est aussi normal que possible des deux côtés du thorax.

A l'auscultation on trouve quelques différences entre le poumon droit et le poumon gauche. A droite, le murmure vésiculaire a son timbre normal, il n'est mélangé d'aucune espèce de bruit anormal; il n'en est pas de même du côté gauche.

De ce côté le murmure vésiculaire a son timbre et son rhythme normaux, mais il est mêlé, en arrière seulement, à la racine et à la base des poumons, de quelques râles muqueux et ronflants.

C'est là la seule altération que l'on puisse trouver dans l'appareil pulmonaire, et l'examen a été répété par plusieurs personnes et à plusieurs jours de distance.

Du reste, l'état des fonctions pulmonaires répond exactement à leur état anatomique, le malade crache de temps à autre un peu de mucus verdâtre, par un simple effort d'expiration; il ne tousse pas, il respire librement et sans dyspnée. Je viens de décrire, un peu longuement peut-être ce qu'É... présente de morbide dans son organisme, je vais indiquer rapidement ce qu'il y avait de sain.

La circulation s'exécute très-régulièrement; les battements du cœur sont réguliers dans leur rhythme et dans leur timbre; le pouls bat de 68 à 72 fois à la minute. Il n'y a pas de bruit de souffle dans les vaisseaux du cœur.

Les fonctions digestives sont normales, aussi bien du côté de l'estomac que des intestins; j'en puis dire autant des fonctions urinaires, tant au point de vue de l'excrétion qu'au point de vue de la sécrétion de l'urine.

Le système nerveux, à part ce que j'ai mentionné plus haut ne présente rien d'anormal.

Les facultés intellectuelles sont aussi nettes que possible, à tous les points de vue; le malade n'a plus ni éblouissements ni vertiges; toutefois il éprouve encore quelquefois, lorsqu'il est couché, une céphalalgie gravative qui disparaît quand il se lève.

Il y avait un mois qu'É... était à l'hôpital, sans que son état se modifiât nullement, quand un matin il rendit des crachats composés de mucus strié de sang ou combiné intimement avec lui; il toussait un peu et se plaignait de dyspnée; toutefois il était sans fièvre.

L'examen thoracique fait avec le plus grand soin par le chef de service et l'interne donna les renseignements suivants:

Du côté droit, il n'y avait rien d'anormal soit à l'auscultation soit à la percussion.

A gauche au sommet, en avant comme en arrière, à côté d'une sonorité tout à fait normale, le murmure vésiculaire est normal et pur de toute espèce de râles; mais en arrière, dans la moitié inférieure du poumon, on trouve une matité bien évidente, du souffle bronchique et des râles muqueux.

On diagnostiqua une apoplexie pulmonaire. Le soir, le malade en proie à une dyspnée considérable présentait déjà de la cyanose de la face et des extrémités; cet état asphyxique augmenta rapidement et la mort arriva le lendemain quelques heures après la visite du matin. Le malade ne perdit connaissance que dans les derniers instants de sa vie.

Autopsie — L'autopsie faite le surlendemain ne put porter que sur les viscères. Les muscles n'ont pas été examinés.

La cavité thoracique, à droite, ne présente rien à mentionner ni du côté de la plèvre, ni du côté du poumon.

A gauche, dans toute la partie inférieure de la cavité thoracique, il existe des adhérences nombreuses et très-intimes entre la plèvre pulmonaire et la plèvre pariétale, mais sans aucune trace de liquide de quelque nature que ce soit.

Dans la moitié inférieure, le poumon gauche est, à sa surface, comme dans son épaisseur, d'un noir très-foncé, il est résistant au doigt, sans élasticité ni crépitation; homogènes, les éléments qui le composent ne peuvent plus se distinguer à cause du sang qui les infiltre. On ne rencontre pas de foyers d'apoplexie, le sang infiltre le tissu sans l'avoir dissocié ni déchiré. Le sommet de ce poumon est parfaitement sain, en avant comme en arrière.

Le cœur et les gros vaisseaux qui s'y abouchent ont été attentivement examinés, sans qu'on y ait trouvé aucune altération, ni dans leur structure ni dans leur calibre. Les valvules en particulier y sont parfaitement saines.

Il s'agit ici, comme on le voit, d'une apoplexie pulmonaire essentielle.

Le cerveau a sa coloration et sa consistance normales; ses enveloppes elles aussi, sont parfaitement indemnes de toute altération.

J'arrive à l'examen de la moelle épinière et du grand sympathique dans la région du cou; c'est le point intéressant de cette autopsie, c'en est aussi le point le plus délicat et le plus difficile, puisque l'intervention du microscope y est de toute nécessité.

M. Cornil a bien voulu se charger de cet examen. Je transcris textuellement les renseignements qu'il m'a fournis.

La moelle épinière est molle et diffluente; on y voit à l'examen microscopique des tubes nerveux et quelques cellules; mais ce qui domine dans les préparations de la moelle, ce sont des globules et des gouttelettes de nature médullaire, des tubes cassés, tous produits artificiels des tiraillements que la pièce a subis.

Les racines des nerfs rachidiens sont extrêmement petites et réduites au volume d'un fil dans les deux ou trois dernières paires cervicales et dans toutes les paires dorsales.

Les racines antérieures sont plus petites de moitié que les racines postérieures. Cette différence outre les deux ordres de racine existe normalement.

En comparant la moelle de notre malade à une moelle normale, on voit que chez É... les dernières paires cervicales sont considérablement atrophiées, les premières dorsales le sont aussi, mais à un degré moindre. Cette remarque s'applique aux racines postérieures aussi bien qu'aux antérieures; à l'examen microscopique des racines altérées, on voit des tubes nerveux minces, présentant leur cylindre d'axe et leur enveloppe médullaire. On pouvait prévoir à l'œil nu ce résultat parce que les cordons nerveux avaient conservé leur aspect blanc nacré ordinaire et n'étaient ni gris ni transparents. Le tissu conjonctif n'est ni plus ni moins abondant qu'à l'ordinaire.

Les ganglions nerveux, soit des racines postérieures des nerfs spinaux, soit du grand sympathique cervical, sont normaux comme grosseur, couleur et densité. A l'examen microscopique fait sur des coupes, nous avons vu les cellules nerveuses normales entourées comme à l'état physiologique, par une trame épaisse de tissu conjonctif qui leur formait comme une capsule (fibres de Remack). Ainsi tout en regrettant de n'avoir pu examiner la moelle, on peut du moins affirmer d'une part l'intégrité des cordons et des ganglions du grand sympathique cervical, de l'autre, l'atrophie des dernières racines cervicales et des premières dorsales, atrophie uniquement due à ce qu'elles ne contenaient plus que des tubes nerveux minces.

OBSTRUCTION INTESTINALE,

Faradisation abdomino-rectale. — Rétablissement du cours des matières. — Guérison,

Par M. le Dr A. TRIPIER.

Dans un précédent travail (V. *Gazette des Hôpitaux*, 1863), j'ai eu à apprécier le rôle de la faradisation dans les cas d'arrêt des matières stercorales, et j'ai conclu à son emploi immédiat, insistant en même temps sur le danger des purgatifs administrés par en haut.

Les observations citées à l'appui de ma thèse portaient sur des malades qui toutes avaient succombé après le rétablissement du cours des matières déterminé soit par les purgatifs, soit par un traitement mixte dans lequel la faradisation était intervenue à titre de dernière ressource. En l'absence de toute constitution épidémique, les malades avaient succombé à des accidents cholériformes.

Je concluais de là que l'arrêt des matières stercorales peut devenir la cause d'une maladie inconnue dans sa nature, mais offrant de nombreux points de ressemblance avec le choléra, maladie qui poursuit sa marche et peut avoir une terminaison funeste alors que le cours des matières est rétabli, et sans qu'il existe aucune lésion intestinale capable d'expliquer la gravité des accidents; — que la forme des symptômes qui précèdent la mort, alors que le cours des matières est rétabli et qu'il n'y a pas de lésion intestinale grave, doit rendre très-prudent dans le maniement des purgatifs; — que la faradisation, à laquelle on ne s'est adressé jusqu'ici que dans des cas très-rares et à la dernière extrémité, est le premier moyen à essayer.

Tout récemment, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans les conditions que je signalais comme favorables, c'est-à-dire chez un sujet vierge de tout traitement, et tout s'est fort bien passé. Malgré la solution heureuse et l'incertitude que cette solution laisse sur la cause exacte des accidents, je crois cette observation, qui prise isolément n'offrirait qu'un intérêt médiocre, intéressante à rapprocher de celles auxquelles j'ai fait allusion au début de cette note.

Mlle X..., seize ans, habituellement constipée, est, le 8 de ce mois, prise de fièvre, avec courbature, douleurs dans les hypocondres

remontant sur les côtés de l'abdomen jusque derrière les aisselles. Langue normale. Ventre dur, médiocrement tendu. *Pas de garde-robe depuis dix jours.*

Prescription. — Lavement purgatif à l'huile de ricin, qu'on renouvelle dix heures après. Les lavements sont rendus : le premier, au bout d'une demi-heure ; le second, au bout d'une heure, sans rien amener.

Le 9, au matin, faradisation abdomino-rectale par courants de basse tension ; séance de dix minutes. Rien.

L'opération est répétée dans l'après-midi ; et, une heure après, survient une selle peu copieuse.

Le 10, au matin, deux selles spontanées, très-abondantes, sans diarrhée. La malade peut quitter le lit.

Le 11, forte diarrhée, qui cesse d'elle-même dans la matinée.

Que serait-il advenu si l'on avait commencé par administrer des purgatifs par en haut ? — La diarrhée par laquelle s'est terminée la crise donne à penser que les choses se seraient passées comme dans les observations que j'ai autrefois publiées ; et cela, d'autant plus facilement que la constitution médicale y porte.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau perfectionnement apporté dans la fabrication des eaux gazeuses.

Il n'est pas un de nos lecteurs qui ne sache toute la différence qui existe entre l'eau naturelle de Seltz et les eaux qui portent ce nom dans le commerce. L'eau naturelle vient d'Allemagne ; elle renferme une grande quantité de matières salines et organiques, elle contient en outre une faible proportion d'acide carbonique qui n'est évaluée qu'à deux volumes à peu près. C'est une véritable eau médicamenteuse.

L'eau de Seltz artificielle — qu'on devrait bien plutôt appeler *eau acidule simple* — n'est composée que d'eau et d'acide carbonique. Dans cette fabrication on doit rechercher avec le plus grand soin la pureté de l'eau et de l'acide carbonique.

Mais c'est là un point resté fort négligé jusqu'à ce jour. En tombant dans les mains de l'industrie, la production de l'eau dite de Seltz s'est adressée aux modes de préparation les moins coûteux, aux substances souvent les plus impures.

L'acide carbonique provenant de la décomposition des craies par les acides sulfurique ou chlorhydrique est un produit impur, mélangé de gaz étrangers à sa nature. Ces gaz proviennent de l'action des acides sur les matières végétales et animales de la craie, de l'action de l'acide sulfurique sur les pyrites ; ils donnent à l'eau un goût âcre et marécageux.

En présence de ces imperfections, un savant chimiste de Paris, M. Ozouf, a recherché le meilleur moyen de se procurer l'acide carbonique dans les conditions de pureté la plus grande.

Ce résultat a été obtenu en recueillant les produits de la combustion du charbon dans une solution froide de carbonate de soude. L'acide carbonique est absorbé, les gaz étrangers se perdent dans l'air. Le carbonate devient ainsi bi-carbonate, éphémèrement, car il est à mesure de sa production soumis à l'action de la chaleur qui le ramène à l'état de carbonate en dégageant le gaz acide carbonique pur.

Ce nouveau procédé de fabrication de l'acide carbonique appliqué à la fabrication des eaux gazeuses, nous semble promettre un excellent résultat. Il y a là tout un avenir pour les eaux acidules médicamenteuses.

De la pulvérisation appliquée aux ophthalmies chroniques.

Sous ce titre, le docteur Émile Tillot a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* un mémoire sur un mode d'application de l'eau, qui parait très-rationnel ; en effet, les expériences de M. Seyres (Thèse de Paris, 1862), et celles du regrettable Réveil sur les bains à l'hydrofère, ont prouvé que la pulvérisation augmentait notablement la facilité de l'eau à être absorbée par la peau ; d'un autre côté la percussion elle-même joue un rôle assez important dans cette médication. M. Tillot s'est servi, comme pulvérisateur, de celui de Luër, et comme liquide, de l'eau de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), dont il est médecin inspecteur. Cette eau semblait d'autant plus appropriée au traitement des ophthalmies chroniques, qu'elle renferme comme éléments minéralisateurs principaux une faible proportion de sulfate de cuivre et de fer, des traces d'iode et d'arsenic. Les expériences du docteur Tillot ont porté sur 13 cas d'ophthalmies chroniques, à savoir : 9 blépharites, 2 kératites et 2 albugos. Parmi les blépharites, 3 ont guéri, 5 ont été très-améliorées, et une est restée stationnaire ; les deux kératites ont été améliorées ; un des albugos a diminué très-rapidement après un traitement qui n'a consisté qu'en huit séances de douches, l'autre a disparu complétement. Il est bon d'ajouter que toutes ces ophthalmies étaient anciennes et avaient été traitées sans succès par les médications habituelles. L'auteur insiste à ce sujet sur l'heureux résultat obtenu dans l'albugo, et fait remarquer qu'il a eu affaire à des lésions développées chez deux malades ayant dépassé l'âge de 20 ans.

Notre confrère conclut en disant que l'eau de Saint-Christau lui a paru d'autant plus applicable en pareille circonstance, qu'elle contient tous les principes habituellement employés contre les ophthalmies chroniques, mais il ne doute pas que la pulvérisation ne triple au moins la puissance absorbante de la muqueuse oculaire, et que les substances liquides, habituellement employées contre les ophthalmies chroniques sous la forme pulvérisée, ne puissent fournir entre les mains de tout autre médecin des résultats identiques à ceux qu'il a obtenus.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Dehée (d'Arras), Magot (de Saint-Avauld), Chantreuil (de Cambrai) (Comm. des épidémies) ;

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. Penissat, et de l'hôpital militaire thermal de Bourbon-l'Archambault, par le médecin-major chargé du service (Comm. des eaux minérales) ;

3° Une note sur le choléra, par M. le docteur Kunkler (de Plamville) (Comm. du choléra).

M. l'ambassadeur d'Autriche adresse, au nom de son gouvernement, la cinquième livraison de l'ouvrage du docteur Ébra, « sur les maladies de la peau. »

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La Correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Grisar (de Hasselt), accompagnant l'envoi d'une brochure « sur la fièvre puerpérale épidémique. »

M. LARREY présente :

1° Au nom de M. le docteur Tigri (de Rome), une brochure en italien, « sur la pénétration de l'air dans l'opération de la thoracentèse ;

2° Au nom de M. le docteur Larivière, médecin principal, un compte rendu d'une épidémie de rougeole qui a régné dans la garnison de Bordeaux, pendant les mois de novembre et décembre 1865.

M. Larrey donne lecture d'une lettre de M. le docteur Tholozan sur l'état de la médecine et de l'assistance médicale en Perse.

M. J. GUÉRIN présente, au nom de M. le docteur Pélikan (de Saint-Pétersbourg), deux notes : l'une, sur la marche de la fièvre récurrente et du typhus en Russie ; l'autre, sur la marche du choléra dans le même pays en 1865.

La première de ces notes est renvoyée à la Commission des épidémies, et la seconde à la Commission du choléra.

M. GAULTIER DE CLAUBRY dépose sur le Bureau, au nom de M. le docteur d'Aquillon, une brochure intitulée : *le Hedjaz* (pèlerinage à La Mecque).

M. LE PRÉSIDENT rend compte des visites officielles faites par une députation de l'Académie à l'occasion du jour de l'an. Il saisit cette occasion pour payer un tribut de regrets aux deux dignitaires que l'Académie a perdus dans le courant de cette année : son président, M. Malgaigne, et M. Gimelle, son trésorier ; M. Bouchardat rappelle, en quelques termes, toute l'étendue de la perte que l'Académie a faite dans la personne de M. Malgaigne ; il adresse des remercîments aux deux membres sortants du Conseil, MM. Barth et Gosselin, et il termine en ces termes :

« Il me reste un devoir bien doux à remplir, c'est celui de vous témoigner la reconnaissance la plus vive pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider à vos travaux ; par leur nombre, par leur importance, ils règlent et dominent le progrès médical, non-seulement par leur valeur, mais aussi en provoquant des recherches ou en consacrant leurs résultats.

« Nos successeurs diront que l'Académie a eu le rare bonheur, dans le premier demi-siècle de sa fondation, de voir s'évanouir sans retour, par suite des recherches de ses membres, des discussions qui ont rempli tant de belles séances, la domination des doctrines exclusives.

« Reprenant les voies fécondes de l'observation et de l'expérience, s'appuyant sur tous les moyens d'investigation que les sciences exactes ont mis dans ses mains, la médecine moderne s'avance d'un pas assuré.

« Si les progrès sont lents, ils sont accomplis sans retour ; si la science médicale ainsi comprise est difficile, les résultats obtenus sont définitifs. »

Cette allocution est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

M. le Président annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section d'anatomie pathologique.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Bouley, qui a demandé la parole dans la dernière séance, à l'occasion de la communication de M. Leblanc.

Du typhus contagieux des bêtes à cornes.

M. BOULEY rappelle qu'à son retour de la mission dont il a été chargé en Angleterre, il a fait, sur les ravages de l'épidémie de typhus qu'il y est allé observer, une prédiction qui ne s'est que trop réalisée. Ainsi qu'il l'avait prévu, faute d'une action unique et puissante de l'administration, les propriétaires et éleveurs anglais, n'obéissant qu'à la suggestion des intérêts privés, se sont hâtés, dès qu'ils ont connu le danger dont ils étaient menacés, de porter leurs bestiaux sur les marchés. De là une propagation et une extension rapide de la maladie et une effroyable mortalité dont le chiffre ne s'élève pas aujourd'hui à moins de 64,000 têtes de bétail. Encore ce chiffre officiel est-il très-probablement fort au-dessous du chiffre réel. L'Angleterre en est venue là parce qu'elle n'a pas eu confiance dans la science vétérinaire. Il faut dire, ajoute M. Bouley, que ce défaut de confiance n'est pas tout à fait immérité, car sauf quelques honorables exceptions, par suite de l'abandon de la profession de vétérinaire à une sorte d'industrie privée, la science vétérinaire n'existe presque pas chez nos voisins.

En Hollande, les pertes sont encore beaucoup plus considérables. En Hollande comme en Angleterre, l'action du gouvernement est restée impuissante.

En Belgique, où l'action du gouvernement s'est fait sentir, les pertes ont été beaucoup moins sensibles ; moyennant le sacrifice de 5 à 600 bêtes, on est parvenu à arrêter le fléau.

Mais c'est surtout en France que l'intervention prompte, active et énergique de l'administration a été remarquable par ses résultats. Tandis que l'Angleterre n'en sera pas quitte à moins de 5 ou 600 millions, le sacrifice de la France se sera borné à 43 bêtes, c'est-à-dire à une dépense insignifiante de 16 à 18 mille francs environ, grâce aux sages mesures préventives adoptées par l'administration, sur l'avis des hommes de science et à leur stricte exécution.

Ici, M. Bouley entre dans les détails de la petite épizootie du Jardin d'acclimatation dont M. Leblanc a fait la relation dans la précédente séance ; et il y trouve cet enseignement, savoir : que tandis que la généralité des vétérinaires croyait que le typhus contagieux n'atteignait que les grands ruminants, et que le décret rendu par le ministre du commerce ne portait prohibition qu'à l'égard de ces animaux seulement, il est établi aujourd'hui que la maladie peut atteindre des animaux d'espèces différentes et notamment des animaux qui se rapprochent davantage de l'homme par leur organisation, tels que les peccaris, par exemple. Il en ressort, en outre, la confirmation de cette règle absolue, au point de vue étiologique, que la maladie est toujours importée dans nos pays par voie de propagation des pays où elle règne endémiquement. M. Bouley fait ressortir l'importance de ce fait au point de vue des mesures prophylactiques. C'est pour l'avoir méconnu, dit-il, que les Anglais se sont laissé envahir et ont éprouvé d'aussi énormes pertes.

M. Bouley termine par quelques considérations sur l'anatomie pathologique, qui démontrent la parfaite identité de la maladie observée au jardin d'acclimatation par M. Leblanc, avec celle qu'il a observée lui-même en Angleterre.

M. LEBLANC. M. Bouley a dit avec raison qu'en Angleterre la vétérinaire était tout à fait insuffisante. En France il n'en est pas de même. Grâce à l'excellent enseignement, les vétérinaires y sont généralement très-instruits, mais beaucoup renoncent à la profession à cause de l'imperfection de l'institution et du défaut de garanties. Ainsi, tandis qu'en Angleterre c'est l'instruction qui manque, en France c'est le nombre.

M. J. GUÉRIN demande des explications sur l'époque d'invasion de la maladie chez les animaux du jardin d'acclimatation, sur les premiers symptômes et la durée de la période d'incubation.

M. LEBLANC donne quelques explications à cet égard, il en résulte que la période d'incubation a été de huit à dix jours, ce qui est dans les limites de ce que l'on connait de l'incubation habituelle de cette maladie.

M. J. GUÉRIN rappelle à cette occasion qu'il a observé récemment, dans une grande exploitation agricole, une maladie qui a fait de grands ravages parmi les dindons.

M. BOULEY reconnaît aux caractères que M. Guérin assigne à cette maladie, le choléra de la volaille.

M. BOUILLAUD s'élève contre la dénomination de typhus donnée à la maladie de l'espèce bovine. C'est une dénomination impropre, vicieuse, et qui peut induire en erreur en faisant croire à une analogie qui n'existe pas entre cette maladie et le typhus de l'homme.

M. Bouillaud fait la même observation au sujet de la dénomination de choléra donnée à la maladie de la volaille.

M. BOULEY se justifie en disant qu'il s'est servi des dénominations admises dans la science, ne se croyant pas le droit de les changer et n'ayant pas le goût des innovations en matière de nomenclature.

M. LOUIS pense, d'après les faits qui ont été exposés à l'Académie, que la maladie de l'espèce bovine dont il s'agit se rapproche beaucoup plus, par les lésions cadavériques du moins, de l'affection typhoïde que du typhus.

M. BRIQUET appuie ce que vient de dire M. Louis.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 novembre 1865.

Transmission de la syphilis par la vaccine.

M. MILLARD communique à la Société une observation de transmission de la syphilis par la vaccine.

M. X..., âgé de 27 ans, n'a jamais présenté d'autres accidents vénériens que deux blennorrhagies intenses. Bien qu'il porte aux deux bras des cicatrices très-nettes de vaccine, il se présente, le samedi 19 août 1865, à l'Académie de médecine, où on le vaccine avec du vaccin pris sur un enfant âgé d'environ six mois, mais pâle et d'assez chétive apparence. Les boutons qui se développèrent n'offrirent rien d'extraordinaire. Le même jour, un grand nombre de soldats de la garnison de Paris et plusieurs enfants ont été vaccinés avec du vaccin pris sur le même sujet. M. X... n'a pas fait attention si les pustules de l'enfant vacciné étaient ou non saignantes. Un mois après, on vit apparaître au niveau des piqûres inférieures de chaque bras deux nouveaux boutons qui ne tardèrent pas à présenter les caractères des ulcérations chancreuses ; on constata, en outre, à chaque aisselle, plusieurs ganglions lymphatiques tuméfiés et indolents, formant une véritable pléiade ; en même temps, sur les bras, sur la poitrine, mais surtout sur les régions latérales et postérieures du tronc, existait une éruption papulo-vésiculeuse. Enfin, M. X... éprouvait une céphalée offrant tous les caractères de la céphalée syphilitique ; elle s'exaspérait la nuit, n'était pas limitée à un côté, prédominait plutôt au sommet de la tête, et semblait augmenter par la pression ; elle redoublait d'une manière très-sensible au contact et à la chaleur de l'oreiller.

Sur 9 enfants qui avaient été vaccinés en même temps que M. X..., 6 ont été retrouvés manifestement atteints de syphilis ; 2 sont morts sans qu'on ait pu savoir exactement la cause du décès et s'ils ont eu des accidents syphilitiques ; enfin, le 9e enfant n'a pu être retrouvé.

Quant au vaccinifère, il avait été envoyé en nourrice dans le département des Basses-Pyrénées et il paraît avoir succombé avec tous les signes de la syphilis. On ignore le nombre exact de soldats qui furent également vaccinés ainsi que ce qu'ils sont devenus. M. Larrey a bien voulu se charger de faire une enquête à ce sujet.

M. CHAUFFARD présente à la Société un exemplaire du Mémoire de M. le docteur Jules Worms, sur *la Propagation du choléra et les moyens de le restreindre*. L'auteur a rassemblé, dans ce remarquable travail, des matériaux nombreux et importants. Il est franchement contagioniste comme le montre la phrase suivante : « L'arrivée de personnes ou d'objets infectés ou souillés, le séjour prolongé auprès des malades ou de leurs cadavres, la manipulation ou le contact intime de matières qui sont imprégnées par les déjections, ou la proximité et l'accumulation de celles-ci, ce sont-là les éléments connus qui peuvent déterminer l'invasion ou la propagation du choléra ; ils en sont les causes efficientes. »

M. HÉRARD montre un tube rempli d'un liquide vomi par une jeune fille récemment atteinte du choléra. Les vomissements seuls

persistent et aucune boisson ne peut être supportée. Le liquide rendu ne contient ni albumine, ni albuminose; sa réaction est neutre et l'analyse chimique, faite par M. Grassi, a révélé qu'il offrait tous les caractères de l'eau ordinaire, c'est-à-dire qu'il ne tenait en dissolution que de très-faibles quantités de chlorure de sodium et de sels terreux. Les vomissements ont résisté jusqu'à ce jour aux agents thérapeutiques : glace, vésicatoire sur l'épigastre.

M. BUCQUOY propose les injections hypodermiques de morphine.

M. le docteur STANSKI lit un travail sur la *contagion du choléra*. Voici ses conclusions :

1° Le choléra n'est pas contagieux;

2° Les preuves qui ont été données jusqu'à présent en faveur de la contagion de cette maladie ne sont que des assertions dictées par l'imagination des contagionistes;

3° Dans la conclusion de M. Bucquoy, admettant qu'il faut isoler les cholériques, sans pouvoir nier que la maladie dépend d'une cause générale, il y a contradiction;

4° Si malgré l'isolement dans les hôpitaux, le choléra a fait des victimes dans les différentes salles, l'espoir que faisait naître la séparation a été une erreur;

5° Croire que le choléra est contagieux, admettre que chaque malade devient un foyer d'exhalaisons miasmatiques, puis rassembler les cholériques dans une même salle pour qu'ils s'infectent réciproquement, me paraît une véritable inconséquence.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et honoré Confrère,

La lecture, dans votre estimable journal de la note ayant pour titre : *Éthérisation et la Chirurgie lyonnaise, pour servir à l'histoire de l'Anesthésie chirurgicale en France*, par M. J.-C. Pétrequin, m'engage à vous signaler un oubli de l'auteur, qui, si on le laissait subsister, rendrait incomplet l'historique de la question dont il s'occupe.

A chacun la responsabilité de ses actes et de ses opinions. C'est pourquoi je me fais un devoir de rappeler au souvenir de mon savant collègue de Lyon un travail qui m'est propre et dont il n'a nullement fait mention.

Publié en 1853 (1), et extrait du compte rendu de la Société de chirurgie de Paris, il prouve que dès cette époque, lors de la discussion soulevée par le rapport de Robert, je pris une position nette et tranchée dans le débat relatif aux effets des agents anesthésiques, et que je n'hésitai pas, contre l'opinion de mes collègues, à soutenir *seul* la prééminence à donner à l'éther.

Il suffira pour le prouver de reproduire les conclusions de mon travail :

Première conclusion. — Le chloroforme pur et bien employé peut donner la mort (Page 5).

Troisième conclusion. — Dans l'état actuel de nos connaissances, l'art ne possède aucun moyen de prévenir les funestes accidents qui peuvent suivre l'inhalation du chloroforme.

Quatrième conclusion. — La constatation de cette impuissance de l'art prescrit, en saine logique, de renoncer à l'emploi du chloroforme dans la pratique chirurgicale, et de lui préférer l'éther qui est loin d'offrir les mêmes dangers (Pages 24, 25).

Cinquième conclusion. — Les raisons invoquées à l'appui du chloroforme, par ses partisans, tombent devant un examen sérieux. Les avantages qu'ils lui attribuent, notamment sa promptitude d'action et l'énergie de ses effets se manifestant sans excitation préalable, en constituent le principal inconvénient et le danger le plus grand (Pages 12, 15 et 25).

Ces diverses propositions se trouvent développées dans le cours du travail aux pages ci-dessus indiquées.

Formulées en 1853, je le répète, elles démontrent l'initiative fort ancienne déjà que j'ai prise dans la question remise en lumière par M. Pétrequin, et méritait de figurer dans sa note, au moins à titre de renseignement historique.

J'ajouterai que dans ma pratique chirurgicale je n'ai pas cessé depuis de faire usage de l'éther, et que j'ai toujours eu lieu de m'en féliciter.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments affectueux et dévoués.

A. FORGET,

Membre de la Société impériale de chirurgie,
Président de la Société de médecine de Paris.

(1) De l'emploi du chloroforme et de l'éther dans la pratique chirurgicale, par M. A. Forget (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, 1853).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 23 décembre 1865, ont été promus dans l'Ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Maisonneuve, médecin-professeur de la marine; Leclerc, médecin-principal de la marine.

— Par décret en date du 29 décembre 1865, ont été nommés au grade de chevalier dans l'Ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. le docteur Cosson, président de la Société botanique de France; Dru, médecin à l'hôpital civil d'Alger. — Ridreau, Aspol, Martrès, Licardy, Rogues et Duval, médecins-majors de 2e classe; Laffargue et Courbe, vétérinaires en 2e.

— Par décret en date du 30 décembre 1865, ont été nommés au grade de chevalier dans l'Ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. Héraud, pharmacien-professeur de la marine; Castel, Auvély, Gestin, médecins de 1re classe de la marine; Vialet, Coural, médecins de 2e classe; Mansot, médecin auxiliaire de 2e classe; Peyraud, chirurgien auxiliaire; Ramonet, chirurgien de 1re classe de la marine à la Guyane.

— Par décret en date des 9 et 20 décembre 1865, MM. Romand et Bucquet, inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, ont été nommés membres du Comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux.

— Par arrêté en date du 29 décembre 1865, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. Béhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Daviers, directeur de l'école de médecine d'Angers; Noulet, professeur à l'école de médecine de Toulouse; Allibert, médecin du lycée Saint-Louis; Moulin, chirurgien du lycée Saint-Louis.

Officiers d'académie. — MM. Bonamy, professeur à l'école de médecine de Toulouse; Houzé de l'Aulnoit, professeur à l'école de médecine de Lille; Leudet fils, directeur de l'école de médecine de Rouen; Milne-Edwards fils, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris.

— M. le docteur Antonio Vio Bonato vient d'être décoré, par le roi d'Italie, de l'ordre de Saints-Maurice et Lazare, pour soins donnés à la colonie italienne, demeurant à Paris, pendant la dernière épidémie cholérique.

— Le concours pour l'agrégation (section de médecine) ouvert devant la Faculté de médecine de Strasbourg, s'est terminé le 4 décembre par la nomination, à l'unanimité, de M. Feltz, chef de clinique.

— Un concours public pour deux places de médecins-adjoints des hospices civils de Strasbourg s'ouvrira dans cette ville le 19 mars 1866.

Les candidats trouveront les conditions du concours au secrétariat de l'administration des hospices, 6, quai Saint-Nicolas, à Strasbourg.

— A la suite des concours pour l'internat (services civils et militaires) près les hôpitaux de Strasbourg, ont été nommés internes :

MM. Marvaud, Lereboullet, Claudot, Mégrat, Mabboux, Vigenaud et Feltz.

— Le concours de l'externat près les hôpitaux de Strasbourg s'est terminé, le 18 décembre, par la nomination de MM. Bressy, Czernicki, Duval, Gaulard, Gayda, Haas, Hirtz, Jacquin, Lacassagne, Legludic, Laveran, Molk, Pesme, Richard, Strauss.

— L'ouverture du cours de M. Cl. Bernard, au Collége de France aura lieu le vendredi 5 janvier, à midi et demi.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 5 janvier 1866.

Ordre du jour :

Installation du bureau. — M. Martin (Aimé), lecture sur l'emploi des frictions mercurielles dans certains cas graves de syphilis constitutionnelle. — M. Géry fils, rapport de présentation de M. le docteur Charrier.

Topographie médicale de la Belgique, études de géologie, de climatologie, de statistique et d'hygiène publique, par le docteur MAYNNE, médecin militaire. Un fort vol. in-8° de 582 pages, avec cartes. — Bruxelles 1865, G. Mayolez. — Paris, Baillière et fils.

La Flore Belge, étudiée par fragments ou notes sur les plantes rares et critiques de la Belgique, par François CRÉPIN, professeur de botanique. Première série (fascicules, un vol.), avec 6 planches. — Bruxelles 1859-1865, G. Mayolez. — Paris, Baillière et fils.

Ophthalmologie, leçons professées à l'Université de Bruxelles, par M. Thiry, professeur de la Faculté, recueillies par M. le docteur Léon MARCQ. Un volume in-8° de 239 pages. Prix : 3 fr. — Bruxelles, G. Mayolez. — Paris, Baillière et fils, éditeurs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

la Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement de l'angine couenneuse et du croup, par le baume de copahu et le poivre cubèbe.

Une analogie très-légitime fondée sur l'action bien connue des balsamiques sur les affections catarrhales des muqueuses, a conduit M. le docteur Trideau, médecin à Andouillé, à essayer l'emploi du copahu et du cubèbe dans le traitement de l'angine couenneuse et du croup. Les résultats obtenus par notre confrère et les circonstances dans lesquelles ils ont été constatés, sont trop remarquables pour que nous ne les signalions pas ici avec quelques détails.

Témoin d'une épidémie cruelle qui fit invasion, il y a près de cinq ans, dans le département de la Mayenne, et qui enleva en peu de temps deux cents personnes environ, M. Trideau n'eut que trop d'occasions de se convaincre de l'insuffisance ou de l'infidélité de la plupart des médications en usage, et particulièrement de la cautérisation. Pénétré, d'ailleurs, par les faits nombreux qu'il avait observés, qu'une médication générale pouvait seule lutter avec succès contre une affection qui est générale, et rapprochant avec raison l'affection diphthéritique des muqueuses pharyngienne et laryngienne des affections catarrhales des autres muqueuses, il a été amené à essayer les balsamiques, comme étant de tous les agents modificateurs ou substitutifs ceux qui possèdent au plus haut degré la propriété de tarir la source des sécrétions muqueuses.

Voici de quelle manière M. Trideau, après plusieurs tâtonnements, a institué sa médication :

Pour les adultes, une demi-cuillerée à bouche de sirop de copahu toutes les deux heures, plus une cuillerée à bouche de sirop simple, servant de véhicule à un gramme de poivre cubèbe récemment pulvérisé, également toutes les deux heures, mais dans les intervalles de l'administration du sirop de copahu.

Voici les formules :

SIROP DE COPAHU.

Copahu.	80 gr.
Gomme en poudre . . .	20 gr.
Eau.	50 gr.
Essence de menthe poivrée	16 gouttes.
Sirop de sucre.	400 gr.

On émulsionne le baume de copahu avec l'eau et la gomme; on ajoute l'essence, puis le sirop.

SIROP DE CUBÈBE.

Poivre cubèbe pulvérisé. .	12 gr.
Sirop simple	240 gr.

Mélangez dans un mortier de porcelaine.

Pour les enfants, les doses seront diminuées de moitié, soit 6 grammes de poivre cubèbe dans les vingt-quatre heures, et une cuillerée à café de sirop de copahu toutes les deux heures.

Dans les cas graves, les doses du cubèbe pourront être portées jusqu'à 24 grammes par jour pour les adultes, et jusqu'à 12 grammes pour les enfants.

Il arrivera ordinairement qu'au bout de vingt-quatre heures, l'usage du copahu ne pourra plus être supporté. On devra alors en suspendre l'emploi. Il sera même opportun de n'en faire prendre aucune dose aux malades trop affaiblis ou chez lesquels ce médicament provoquerait une trop grande répugnance.

Une ou deux gouttes, et même trois, de laudanum par 30 grammes de sirop de copahu, en rendent l'emploi beaucoup plus facile à tolérer.

La maladie cède, en général, à un traitement de trois ou quatre jours. Cependant on la voit quelquefois résister pendant un septénaire. Dans ce cas, l'usage prolongé des balsamiques donne lieu très-souvent à un phénomène qui se manifeste de la manière suivante : Un prurit se fait sentir par tout le corps, le mal de gorge augmente, la fièvre s'allume, et l'on voit apparaître une éruption scarlatiniforme, tantôt discrète, sous forme de roséole, tantôt confluente et imitant l'urticaire. Cette éruption ne coexiste jamais avec les fausses membranes. Celles-ci disparaissent infailliblement lorsque l'éruption se manifeste, si toutefois elles n'ont pas disparu sans qu'on ait été obligé de pousser le traitement jusqu'à l'éruption.

Cet exanthème est bien plus fréquent, lorsque, au lieu de cubèbe seul, on emploie des dragées de copahu et de cubèbe.

Au point de vue du traitement général, M. Trideau insiste beaucoup sur l'importance de l'alimentation. Chez un grand nombre de malades, l'usage du café a puissamment contribué au rétablissement des forces.

Notre confrère signale cette circonstance que la médication dont il s'agit plonge la plupart des malades dans un sommeil prolongé et profond. Il attribue cet effet, qui n'a rien d'inquiétant d'ailleurs, à l'action seule des balsamiques, car il l'a observé même dans les cas où il n'avait été fait aucune addition de laudanum.

Plus de trois cents malades ont été soumis par M. Trideau à cette médication depuis plusieurs années que l'épidémie a envahi la contrée qu'il habite. Toutes les fois qu'elle a pu être administrée pendant la première ou la deuxième période de la maladie, elle a été constamment suivie d'une prompte guérison, et la convalescence elle-même a été de courte durée.

Toutefois, il y a lieu d'établir, à cet égard, une distinction entre le croup d'emblée et le croup qui se manifeste consécutivement à l'angine pseudo-membraneuse. Ce dernier, en effet, est presque constamment rebelle à toute espèce de traitement et par conséquent, à l'action des balsamiques comme à celle de tout autre agent. Le croup d'emblée, au contraire, a toujours cédé à l'emploi des balsamiques.

Voici comment M. Trideau comprend l'action des balsamiques dans le traitement de la diphthérie.

L'éruption copahique scarlatiniforme, qui a lieu le plus communément du septième au huitième jour du traitement (dans plusieurs cas, elle s'est montrée plutôt dans le cours même des vingt-quatre premières heures), lui a paru coïncider constamment avec la disparition des fausses membranes. Ce serait donc, suivant toutes les apparences, par une véritable action substitutive d'un exanthème de nature bénigne à l'exanthème morbide constitutif de la diphthérie, qu'agirait dans cette circonstance la médication balsamique.

Il ressortirait de là cette indication, qu'il faudrait toujours pousser la médication jusqu'à la production de l'exanthème caractéristique.

Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait en lui-même de la corrélation de l'apparition de l'exanthème copahique avec la disparition des fausses membranes est important à noter; et ce qui importe par-dessus tout, c'est la proportion considérable de guérisons que M. Trideau paraît avoir obtenues par ce moyen, dans une épidémie qui semblait jusque-là réfractaire à tous les efforts de la thérapeutique.

L'expérience est trop facile à faire, pour qu'en présence d'une épidémie de cette nature, les praticiens ne doivent chercher à s'assurer par le contrôle de leur propre pratique de l'efficacité de cette médication.

Des essais ont été faits récemment, nous a-t-on assuré, dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu. Nous ne manquerons pas les occasions de nous rendre témoins de ceux qui pourraient être faits encore et d'en informer nos lecteurs.

Fracture de la colonne vertébrale. — Trépanation. — Mort.

La trépanation du canal rachidien proposée dès la plus haute antiquité et préconisée surtout par Paul d'Égine, a été mise en pratique plusieurs fois. Mais jusqu'ici les observations n'ont pas été très-concluantes et n'ont pas été en faveur d'une pratique qui avait été calquée sur le traitement des épanchements intra-crâniens.

Voici un nouvel exemple emprunté à la chirurgie anglaise, et extrait du *Dublin Medical Journal* 1865.

Joseph Collins, trente ans, est apporté le 28 décembre 1864 à Jervis-street Hospital, Dublin, après avoir été renversé et plié en deux un instant avant, par un sac de blé, tombé d'une hauteur de 17 à 18 pieds. M. M'Donnel trouve une apophyse épineuse, correspondant à la dernière dorsale ou à la première lombaire, plus saillante qu'à l'état normal, et au-dessus, à la place de l'apophyse épineuse de la vertèbre supérieure, un enfoncement très-marqué, qui ne laisse aucun doute sur le déplacement d'une vertèbre. Paralysie complète des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Le chirurgien songe immédiatement à une trépanation que ses collègues, appelés en consultation, repoussent.

Les symptômes de paralysie persistent; l'urine devient purulente, à odeur infecte. Malgré un matelas d'eau et les plus grands soins de propreté, des escarres et des ulcérations se forment sur le sacrum, le pénis, le scrotum, les malléoles externes. Enfin, encouragé par M. Brown-Séquard, alors à Dublin, M. M'Donnell se décide, le 30 janvier 1865, à la trépanation, qu'il pratique le 3 février.

Une incision médiane de cinq pouces au niveau des deux dernières dorsales et des deux premières lombaires, et l'écartement des masses musculaires mettent à nu les apophyses épineuses, les lames et les apophyses articulaires; on constate avec une forte pince qu'aucune partie des vertèbres découvertes ne présente de mobilité (on avait du reste songé à une fracture du corps). Mais on constate qu'une vertèbre (la dernière dorsale ?) est déplacée de telle sorte que l'apophyse articulaire gauche est portée en haut et en arrière, tandis que la droite est portée en bas et en avant, comme enfoncée. On enlève alors en une masse, en sectionnant la base des lames, l'apophyse épineuse, les lames et les apophyses articulaires; on enlève également une petite portion de l'arc postérieur de la vertèbre située au-dessus. L'opération dure une heure, et le malade a perdu environ 150 grammes de sang. Le canal rachidien ouvert, on trouve la moelle fortement portée en arrière, et comprimée sur les parties osseuses que l'on vient d'enlever.

Le soir, on trouve un peu de sensibilité à la plante des pieds, et une certaine motricité dans les muscles de la cuisse.

La sensibilité est complétement revenue le 8; selle volontaire le 12; l'expulsion de l'urine par le malade est possible le 17;

Frisson le 12, second frisson le 18, après le changement de lit.

Mort presque subite le 20 au matin, après une journée assez bonne.

Autopsie le même jour. La face antérieure de la colonne vertébrale ne présente aucune inégalité. Mais on trouve une fracture du corps de la première lombaire (on constate que c'est sur elle qu'a porté l'opération), fracture suivie du déplacement de tout ce corps vertébral en arrière, et n'en ayant séparé complétement qu'un petit fragment à la partie antérieure; de plus, un caillot était interposé entre cette vertèbre et la face antérieure de la moelle, de sorte que celle-ci était comprimée et déplacée en arrière, à la fois par le caillot et le corps de la vertèbre. Cette portion de la moelle ne présentait du reste, aucune trace d'altération.

La lecture de l'observation montre que l'opération en elle-même semble être d'une gravité au moins égale à la maladie, pour laquelle elle a été pratiquée. Du huit au neuvième jour après l'opération, le malade a été pris de frissons, et a succombé le dix-septième jour.

Il est on ne peut pas plus clair que le malade a été pris d'infection purulente, par suite de l'ouverture du foyer de la fracture, et cela dans le délai connu où l'on est habitué à voir paraître l'infection purulente après un traumatisme.

En résumé, la paralysie avait été presque guérie aux dépens d'un traumatisme chirurgicale qui a causé la mort.

Erythème papuleux et noueux.

Il règne encore des doutes sur la véritable nature de cette affection éruptive particulière désignée sous le nom d'érythème papuleux, et que l'on a cherché à rattacher à la diathèse rhumatismale ou arthritique. Un fait de ce genre a été observé récemment dans le service de M. le docteur Hervieux, à la Maternité, par M. Louis Odier, interne de cet établissement, qui en a fait le sujet d'une communication à la Société de biologie.

Il s'agit d'une jeune personne de dix-huit ans, élève sage-femme à la Maternité, et qui fut admise à l'infirmerie des élèves pour une éruption de la face accompagnée de fièvre avec céphalalgie, survenue après une période prodromique d'un septénaire de durée, et caractérisée par des malaises, de l'inappétence et de la fièvre, pendant les derniers jours seulement.

Le premier jour, l'éruption consista en un certain nombre de vésicules comme des têtes d'épingles, quelques-unes plus larges, disséminées sur les différents points de la face, et formant une petite saillie rougeâtre, entourée d'un réseau vasculaire très-fin. En outre de ces vésicules, on observait sur la région frontale des plaques érythémateuses de forme irrégulière, situées assez symétriquement sur les deux bosses frontales.

Ces plaques offraient un soulèvement de l'épiderme parfai-

tement uniforme dans toute leur étendue, et entre l'épiderme et le derme s'interposait un liquide séreux et limpide.

Ces poussées éruptives avaient eu lieu successivement et dans l'ordre suivant : d'abord, les vésicules, puis, les plaques érythémateuses, puis, le lendemain et les jours suivants, soulèvement de l'épiderme.

Enfin, le quatrième jour, on vit apparaître, sur les avant-bras et les jambes, des éruptions d'un genre différent, consistant en une nodosité rénitente formant saillie sous le doigt, d'un rose très-vif et d'un volume variant de celui d'un grain de blé à celui d'un gros pois.

Ces symptômes locaux étaient accompagnés de malaise, chaleur à la peau, accélération du pouls, courbature, céphalalgie intense, constipation, etc. Une circonstance particulière à noter, et qui est significative par son caractère négatif, c'est l'absence de tout antécédent rhumatismal et de douleurs articulaires pendant toute la durée de la maladie.

Lorsque est survenue la période de desquamation, les symptômes généraux se sont graduellement amendés; mais en même temps se sont montrés les symptômes qui accompagnent d'habitude les fièvres éruptives d'une certaine gravité; abattement extrême, retour lent et progressif des forces, de l'appétit et de l'activité des principales fonctions. Ce n'a été qu'au bout d'un mois, que cette fille a quitté l'infirmerie, parfaitement rétablie, mais conservant encore de la faiblesse et un amaigrissement notable.

L'absence de tout antécédent rhumatismal et de symptômes actuels de rhumatisme durant la maladie éruptive, permet difficilement de rattacher cette éruption à la diathèse rhumatismale, ainsi que le veulent plusieurs cliniciens, M. Trousseau entre autres. Ce fait viendrait plutôt à l'appui de l'opinion de M. Hardy qui ne voit dans le fait du rhumatisme et des éruptions érythémateuses telles que celle dont il s'agit, qu'une simple coïncidence.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action physiologique et thérapeutique des sulfites et des hyposulfites.

Les sulfites sont depuis longtemps employés comme antiputrides ; personne n'ignore qu'aujourd'hui tous les cadavres de dissection de nos amphithéâtres sont conservés à l'aide d'injections d'hyposulfite de soude.

En partant de cette hypothèse, qui sera tôt ou tard une réalité, que les putréfactions ne sont à vrai dire que des fermentations, et qu'il n'y a pas de fermentation sans qu'il se forme des êtres organisés (mucédinées), le professeur Polli a développé, dans une série de recherches, les propositions suivantes : les maladies infectieuses et contagieuses ne sont probablement que des fermentations, et comme les sulfites ont la propriété, en tant qu'agents réducteurs, d'arrêter les fermentations, les sulfites devront guérir les maladies infectieuses et contagieuses.

Nous ne rapporterons point ici les nombreuses expériences physiologiques qui ont été faites; nous nous bornerons à résumer les résultats qui ont été obtenus dans la pratique, soit en appliquant les solutions d'hyposulfite au traitement des plaies, soit en les administrant à l'intérieur dans divers cas de septicémie.

Burgraeve de Gand (*Bulletin de l'Académie de médecine de Bruxelles*, 1862), s'est très-bien trouvé de solutions d'hyposulfites pour le lavage et le pansement des plaies. Le lavage au sulfite a eu, dans un cas de brûlure très-grave, le grand avantage d'anesthésier la plaie. Comme solution à injecter dans de vastes abcès froids, etc., il est appelé à rendre de signalés services.

Des faits recueillis par Gritti, Gullego, Questa, etc., il résulte que le pansement au sulfite aurait pour avantage 1° de rendre la plaie insensible, 2° d'être désinfectant, de favoriser le bourgeonnement régulier de la plaie.

Beaucoup de médecins italiens, MM. Mazzolini, Rodolfi, etc., ont eu à se louer de l'emploi des sulfites dans l'infection purulente ; ils ont rapporté un grand nombre de faits où le succès paraît évidemment dû au médicament.

Il en est de même de l'infection putride des maladies puerpérales, bien que l'expérimentation à l'égard de ces dernières n'ait pu être assez longtemps poursuivie.

Quant à l'emploi des sulfites dans le traitement des fièvres intermittentes, sur 437 cas, il y a eu 356 guérisons; mais si l'on analyse attentivement les observations, il est aisé de voir qu'il s'en faut de beaucoup que l'on ait trouvé dans les sulfites une médication qui puisse remplacer le sulfate de quinine. Dans un grand nombre des cas cités, on avait donné au début un vomitif et un purgatif. Or tous les praticiens qui ont vu un grand nombre de fièvres intermittentes savent très-bien qu'il suffit souvent d'un vomitif au début, d'un changement de lieu, du repos à l'hôpital, pour arrêter une fièvre intermittente à son second ou troisième accès.

Malgré les résultats avantageux annoncés par MM. Terni, Ferrini, etc., il est douteux qu'on ait trouvé dans les sulfites un contre-poison de la fièvre typhoïde ou spécifique.

Enfin, quant à l'emploi des sulfites dans le traitement des fièvres éruptives, des maladies cachectiques, il n'a donné aucun résultat sérieux.

Voici quelques-unes des formules employées par les médecins italiens, et que le docteur Constantin Paul a données dans le mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique*.

1° Solution pour usage externe :

Eau distillée.	250 gr.
Sulfite et hyposulfite de soude. . . .	16 gr.

2° Potion :

Eau distillée de tilleul.	60 gr.
— de menthe poivrée. . . .	10 gr.
Sirop de menthe.	30 gr.
Hyposulfite de magnésie.	8 gr.

3° Glycérolé pour pansement :

Glycérine pure.	300 gr.
Amidon	20 gr.

Traitement de la péritonite puerpérale.

Un médecin allemand, le professeur Dohrn de Marbourg, vient de publier le résultat de sa pratique sur le traitement de la péritonite puerpérale par les applications de collodion. Malgré les éloges avec lesquels ce mode de traitement a été présenté en France au public médical, il est peu en vogue parmi nous. C'est pour ce motif que nous résumons le travail de M. Dohrn.

Ce médecin dit qu'il a employé ce mode de traitement chez trente-un malades, et trois fois seulement il n'a pas obtenu de résultat avantageux. Sur ces trois cas négatifs, il en est un où la péritonite n'occupait que la paroi antérieure de l'abdomen ; une autre fois, la péritonite était compliquée d'inflammation des veines du bassin ; dans le troisième cas, des produits d'exsudation existaient en grande quantité à la paroi postérieure du petit bassin, probablement derrière le péritoine.

Dans plusieurs cas, l'amendement produit par les applications de collodion s'est manifesté avec une rapidité surprenante ; l'application de l'enduit imperméable était suivie, au bout de quelques minutes déjà, d'une diminution très-notable de la douleur abdominale et du malaise général. La fréquence du pouls et des mouvements respiratoires diminuait dans les premières vingt-quatre heures. Avec ce changement coïncidait un abaissement de la température bien plus frappant encore ; cette modification est en effet très-remarquable par les tracés thermométriques que M. Dohrn a joints à son travail.

En somme, ces recherches de thérapeutique, quoique manquant un peu de précision, méritent d'être poursuivies.

(*Gazette hebdomadaire*, 1865, n° 46).

Formule d'un vin ferrugineux.

Parmi tous les sels de fer qu'ils ont essayés pour obtenir un vin ferrugineux de bonne conservation, MM. Draper et Whitla donnent la préférence au citrate de fer ammoniacal, qui fournit un vin d'une transparence parfaite. Lorsque le vin ferrugineux est exposé à la lumière, il ne se forme qu'un très-faible précipité, et seulement après une insolation prolongée, tandis que celui qu'on prépare avec le tartrate de fer donne lieu presque immédiatement à un dépôt très-sensible.

Voici la formule proposée par MM. Draper et Whitla.

Citrate de fer ammoniacal. . . .	10 gr.	5
Citrate d'ammoniaque cristallisé. . .	3	5
Vin d'Espagne	500	

Ainsi préparé, ce vin est très-limpide et n'a aucun goût désagréable. (*Pharmaceutical Journal*, et *Journal de pharmacie et de chimie*, octobre 1865).

Préparation des bols de viande crue.

L'usage thérapeutique de la viande crue tendant à se généraliser, nous appelons l'attention sur le procédé suivant, indiqué par M. Dannecy.

Prenez : chair musculaire de bœuf, quantité voulue, coupez-la en morceaux de 4 à 5 grammes, pilez-la dans un mortier de fer, puis passez-la au tamis de crin.

La pulpe ainsi obtenue est d'une extrême finesse et elle est débarrassée de toutes les parties tendineuses et aponévrotiques.

Ajoutez : sel marin pulvérisé, environ 1/2 pour 100, divisez en bols du poids de 1 ou 2 grammes, que vous roulerez dans de la poudre de mie de pain tamisée. Cette poudre de mie de pain pourrait être aromatisée au moyen d'un peu de persil ou d'estragon hachés très-fin.

Ainsi préparés les bols de viande crue ont un aspect agréable ; la couleur rouge répugnante de la chair musculaire, atténuée par le blanc de la mie de pain, rappelle la couleur rosée des framboises.

Ces bols pourraient s'employer également dans la diarrhée des enfants et dans le traitement de la phthisie, du professeur Füster, de Montpellier. (*Journal de médecine de Bordeaux* et *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, n° 24. 1865).

Opiat de soufre contre les accidents saturnins.

M. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, après avoir vainement employé le traitement de la Charité et la limonade sulfurique chez deux malades atteints de coliques de plomb, eut recours à l'opiat suivant :

Fleur de soufre lavée.	10 gr.
Miel de Narbonne.	9

Cette dose fut prise dans la journée par cuillerées à café. Au bout de quelques jours de ce traitement, les coliques disparurent. L'efficacité de ce médicament s'explique par la double propriété que possède le soufre d'agir comme purgatif et comme neutralisant direct du plomb.

(*Bulletin de thérapeutique*.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 décembre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Quelques expériences négatives au point de vue de la transmission du choléra de l'homme aux animaux, faites à l'hôpital des cholériques de Varsovie en 1831, par M. GUYON.

I. *Expérience sur des lapins.* — A partir du 27 juillet, cinq lapins sont mis en liberté dans deux salles de cholériques : trois dans l'une, qui était celle des femmes, et deux dans l'autre, qui était celle des hommes. Celle-ci contenait environ moitié moins de malades que l'autre.

Le 3 août, un jeune lapin est réuni aux deux lapins de cette dernière salle. Deux jours auparavant, le 1er août, j'avais injecté, dans l'abdomen du même lapin, une once de sang tiré d'un cholérique algide (1).

Les animaux, dans les deux salles, couraient incessamment sous les lits, où ils se trouvaient souvent recouverts par les draps, les couvertures et autres objets qui glissaient des lits sur le sol, et il n'était pas rare de les voir tout maculés par les déjections des malades.

II. *Expérience sur des poules.* — A partir du 25 juillet, deux poules sont nourries en partie, l'une avec de la mie de pain trempée dans la matière blanche ou crémeuse de l'intestin grêle, avec addition de parcelles de muqueuse prises dans les parois du même intestin, l'autre avec de la mie de pain trempée dans le sang des cavités cardiaques de sujets cholériques.

Ces deux sortes d'alimentation devaient être interrompues assez souvent, les animaux s'en lassant assez vite, surtout de la dernière.

III. *Expérience sur des pigeons.* — A partir du 28 juillet, deux pigeons, chacun dans une cage, sont déposés dans la salle des morts, local tout à la fois étroit, peu éclairé et peu aéré, et les animaux se trouvent ainsi exposés, jour et nuit, aux émanations des cadavres, dont le chiffre était journellement de six à douze.

Comme on l'a vu précédemment, les expériences commencèrent du 25 au 28 juillet. Le 5 août, un lapin mourut accidentellement : il fut écrasé. Tous les autres, sans exception, ainsi que les poules et les pigeons, vivaient encore le 6 septembre, veille de la prise de Varsovie par l'armée russe. Nos observations sur ces animaux ne purent être poursuivies plus loin : le lendemain tous furent tués et mangés par les premiers soldats entrés dans l'hôpital, malgré les vives représentations de l'infirmier préposé à la garde des animaux, représentations fondées sur la destination à laquelle ils étaient affectés (2).

Les membres de la Commission envoyée en Pologne, en 1831, par le ministre du commerce et des travaux publics, pour observer le choléra, parlent ainsi, mais incomplétement, comme on le verra, des expériences ci-dessus.

« M. le Dr Guyon, membre de la Commission envoyée par le ministre de la guerre, a fait nourrir de jeunes poulets avec des portions d'intestin et divers lambeaux de cadavres de cholériques, en même temps qu'il avait fait placer de jeunes lapins daus les salles de l'hôpital de Bagatelle, consacré aux cholériques. Ces différentes expériences, suivies par plusieurs de nous, n'avaient encore amené, à l'époque de notre départ, aucun résultat, c'est-à-dire que les animaux ne s'en portaient pas mal. » (*Rapport lu à l'Académie de médecine et remis à M. le Ministre du commerce et des travaux publics, en décembre 1831*, par MM. Allibert, Boudard, Dalmas, Dubled et Sandras, p. 65 ; Paris, 1832.)

IV. *Expérience sur des sangsues.* — Des sangsues, en bon nombre, provenant, les unes de cholériques qui étaient morts, les autres de cholériques qui s'étaient rétablis, sont déposés séparément, au fur et à mesure qu'on les recueillait, dans des vases dont l'eau était souvent renouvelée. C'était dans la dernière quinzaine de juillet, et toutes vivaient encore dans les premiers jours de septembre, à l'exception de cinq ou six, tant des unes que des autres, dont la mort ne pouvait être rapportée à la nature de leur alimentation.

Je ne saurais clore les expériences que je viens de rapporter sans dire un mot de celles de M. Thiersch.

« Il résulterait de ces expériences, faites sur des souris, qu'il se développerait dans les déjections cholériques, dans l'intervalle compris entre le troisième et le neuvième jour de leur expulsion, un agent qui, introduit dans l'organisme des animaux sur lesquels il a expérimenté, a produit un mal souvent mortel et présentant des lésions intestinales et rénales semblables à celles que l'on rencontre dans le choléra. »

Mais, si quelque agent susceptible de reproduire la maladie se développait dans les déjections cholériques, n'est-il pas vraisemblable que ce serait surtout dans les premiers moments de leur expulsion, alors qu'elles sont encore douées de cette force d'expansion qui leur échappe bientôt avec leur calorique? Or, il n'en est rien, et cela pendant une durée de trois jours, et ce ne serait qu'à partir du troisième jour, entre le troisième et le neuvième, que se développerait un agent spécial en puissance de reproduire la maladie. Mais, je le demande, au lieu de voir un agent inconnu qui se développerait alors, un agent spécial en puissance de reproduire la maladie, ne pourrait-on pas voir tout simplement les matières elles-mêmes, produit toxique aussi par lo seul fait de leur décomposition? Car je suppose que c'est dans cet état de décomposition que doivent se trouver des déjections cholériques abandonnées à elles-mêmes, depuis le troisième jusqu'au neuvième jour de leur expulsion. Et, quant à la nature des phénomènes pathologiques (3), comme aussi des lésions cadavériques (4), observés sur les animaux qui ont été soumis aux expériences, ce pourrait être le sujet d'un examen auquel nous ne saurions, faute

(1) Cette injection n'a été suivie d'aucune suite fâcheuse.

(2) L'infirmier devait pourtant leur inspirer toute confiance, car c'était un des leurs, qui avait été fait prisonnier par les Polonais dans la guerre qu'ils venaient de soutenir contre la Russie. On l'avait utilisé comme infirmier, en attendant le retour de la paix.

(3) Selles aqueuses, disparition de l'odeur de l'urine et de l'urine elle-même, parfois roideur tétanique.

(4) Congestion des intestins, dépouillement de leur épithélium, dégénération graisseuse des reins et vacuité de la vessie.

d'espace, nous livrer ici. Qu'il nous suffise de dire que des observations morbides et cadavériques faites sur des souris sont peu comparables avec de pareilles observations faites sur l'homme, et que, d'ailleurs, les affections ou maladies générales, c'est-à-dire s'étendant à tout l'organisme, les maladies de toute la substance, comme on dit, telles que les fièvres en général, donnent souvent lieu à certaines observations semblables, tant pathologiques que cadavériques. Des exemples de cette communauté d'effets, dans des maladies d'origine ou de cause diverse, ne nous manqueraient pas si c'était ici le lieu d'en produire.

M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS transmet un Mémoire de M. Jobert, de Guyonvelle, intitulé : Diarrhée et dyssenterie cholériformes à forme épidémique dans le canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne) pendant l'été et l'automne de 1865. Ce Mémoire, qui fait suite à une communication du même auteur, est renvoyé de même à l'examen de la Commission du prix Bréant.

Théorie générale du choléra déduite de ses phénomènes primitifs et de son traitement, par **M. G. GRIMAUD**, de Caux.

I. FAITS. — Le premier fait acquis désormais à la science consiste en ce que le choléra ne s'est point développé spontanément en France. Il a été importé d'outre-mer, il est entré par Marseille.

Le deuxième fait, que la science doit enregistrer au même titre, est relatif à la nature du principe cholérique. Ce principe n'est ni un venin, ni un poison. Un individu empoisonné ne communique point son mal à d'autres. L'arsenic, l'acide prussique, le champignon vénéneux, la piqûre du serpent, ne produisent point dans les individus qu'ils tuent des effets susceptibles de tuer d'autres individus.

L'élément cholérique agit d'une autre façon. Il s'insinue dans les organismes disposés pour le recevoir ; il s'y développe comme une graine, comme un germe ; il s'y multiplie et se transmet comme un de ces êtres infiniment petits, comme un microphyte ou un microzoaire.

La préparation du milieu est indispensable. Les faits abondent pour démontrer la nécessité du milieu spécial pour la conservation et le développement de l'élément cholérique. Sans le milieu toutes les personnes mises en rapport avec des cholériques seraient frappées sans exception.

II. CONSIDÉRATIONS DOMINANTES. — Lorsque, dans le traitement d'une maladie, on en est réduit à ne considérer que le symptôme, c'est que la théorie de la maladie n'est pas connue. Le praticien alors fait de l'empirisme ; il marche en tâtonnant, et le succès dépend de la netteté du coup d'œil guidé par l'expérience personnelle.

Quand on est en possession de la théorie, on a dans la main comme un flambeau éclairant la véritable cause du mal, et indiquant le remède radical qu'il faut lui opposer, s'il en existe.

Nous en sommes à ce point pour le choléra ; l'épidémie de 1865 nous a donné un enseignement qui permet de définir la maladie et non pas seulement de la décrire.

Dans une étude de pathologie, il y a toujours deux objets à considérer : la maladie et le malade. Un même malade peut être atteint de plusieurs maladies à la fois ; de même aussi une maladie spécifique peut frapper à la fois plusieurs individus dans un état de santé parfaite : c'est le cas des épidémies.

La santé parfaite s'entend d'une organisation dont les fonctions sont normales, accomplies par des organes bien équilibrés, sans faiblesse native et sans lésion. Quand une maladie spécifique envahit une telle santé, la maladie se développe d'une façon régulière. La fonction attaquée est suspendue, et, par une conséquence directe, le reste de l'économie devient le siége de phénomènes pathologiques retentissant de proche en proche dans les organes soumis à la dépendance, soit prochaine, soit éloignée, de cette fonction. Dans un pareil état de choses, il est facile d'observer et de noter les phénomènes, parce qu'ils se suivent sans perturbation, chacun à leur tour et dans l'ordre naturel de la dépendance physiologique.

Il n'en est pas de même quand le mal prend un caractère foudroyant, ou qu'il vient frapper des sujets luttant déjà contre d'autres affections. Les symptômes se confondent, se heurtent, se croisent, se contredisent ; il devient difficile de les démêler, de les rapprocher de leurs causes immédiates, de les rapporter à leur origine et de donner à chacun sa véritable signification.

De là une confusion dans le diagnostic, et cette multitude d'observations disparates, représentant des cas particuliers, exceptionnels, dans lesquels l'observateur, étonné par un symptôme violent, estime que ce symptôme est capital, quoiqu'il soit le moins significatif. De là aussi cette infinité d'explications contradictoires qui embarrassent la science, et, s'appliquant à des côtés de la maladie, ne peuvent nous apprendre rien touchant son fond et son histoire.

Les cas où la cause du mal nouvellement introduite vient s'ajouter aux anciennes sont très-nombreux au début d'une épidémie ; et les guérisons en sont d'autant plus rares. Ainsi s'expliquent les grandes mortalités qui signalent toujours la période dite croissante, le nombre des morts, dans une population agglomérée, se trouvant en raison inverse du nombre des individus qui jouissaient d'une santé régulière quand l'épidémie a débuté.

III. THÉORIE. — Cela posé, les faits observés donnent du choléra une théorie fort simple, dont le véritable mot a été dit au sein de l'Académie par M. Cloquet.

Le choléra consiste dans une sidération du système nerveux de la vie organique. Ce système est foudroyé, et, comme il tient tous les organes sous sa dépendance, l'action de ces derniers est suspendue immédiatement.

Le malade respire, mais son larynx n'émet que des sons imparfaits, et son poumon laisse passer le sang veineux sans l'oxygéner.

Le cœur bat en s'affaiblissant, mais il ne distribue plus de sang artériel : d'où le froid et la cyanose.

Les fonctions nutritives sont suspendues, le canal digestif n'absorbe plus rien, le foie ne sécrète plus de bile, les reins plus d'urine, etc.; les intestins deviennent le siége d'une colliquation particulière : il n'y a pas diarrhée, il y a diluvium, dénutrition, comme dit encore M. Cloquet. Il y a fonte de tous les organes, amenant subitement, en quelques heures, un amaigrissement général qui enfonce l'œil dans l'orbite, qui fait saillir la pommette, qui effile le nez, qui prive enfin la peau de tout ressort, la mettant dans un tel état de flaccidité, qu'elle garde le pli quand on la pince, en quelque point que ce soit de la périphérie.

Le phénomène des crampes donne à cette théorie une nouvelle précision. La sidération provoque des douleurs dans les muscles, parce que les nerfs moteurs sont seuls atteints ; le système nerveux de la sensibilité est si peu intéressé, que, dans la plupart des cas, le cerveau demeure libre jusqu'au dernier moment.

Telle est la théorie du choléra. Où est le contrôle de cette théorie ?

IV. CONTRÔLE DE LA THÉORIE. — Le contrôle de toute théorie médicale est dans le traitement qui en découle pour la maladie dont elle donne l'explication.

Le seul remède efficace, le remède qui, en aucun lieu, dans les cas simples et lorsqu'il a pu être administré à temps, n'a jamais manqué son effet, c'est l'opium. Les cas où l'opium a échoué doivent être rangés dans l'une ou dans l'autre des deux catégories suivantes :

Première catégorie. Les cas foudroyants, dans lesquels, selon l'expression pittoresque et si énergique de M. Velpeau, le malade est *tortillé* en peu d'heures, ce qui ne donne le temps ni au médecin d'arriver, ni au médicament d'agir.

Deuxième catégorie. Les cas où l'élément cholérique est venu s'ajouter à d'autres causes de mort imprégnant le sujet.

Quelle preuve plus manifeste que le système nerveux est le véritable siége du mal ?...

V. RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS. — Nous possédons trois vérités d'où dérivent autant de conséquences pratiques :

1° Le choléra de 1865 est venu du dehors : j'ai découvert et signalé le point du sol où, en débarquant, il a touché *France*. Le devoir pour l'avenir est de lui fermer les voies que nous lui connaissons.

2° Le principe du choléra est d'origine organique. Pour la préservation, on peut compter sur l'efficacité constatée des substances capables d'empêcher des produits organiques étrangers de s'implanter dans le corps humain.

3° La théorie véritable du choléra est trouvée. Elle se démontre par les effets primitifs qui signalent sa présence dans un corps vivant, et par la méthode de traitement qui conjure ces effets avec un infaillible succès.

Il résulte de là que, pour la solution complète du problème, il reste à dégager deux inconnues seulement :

Le principe par lequel la maladie est spécifiée est-il de nature végétale ou animale?

Quelle est la substance la plus propre à neutraliser immédiatement l'action de ce principe? (Renvoi à l'examen de la Commission du prix Bréant.)

— L'ACADÉMIE reçoit et renvoie à l'examen de la Commission du prix Bréant diverses pièces adressées par les auteurs dont les noms suivent :

M. DOIN (de Bourges). « Note sur l'épidémie cholérique de 1865. »

M. FAUCONNET. « Mémoires sur la contagion et l'infection en général ; — sur les érythèmes et l'intertrigo. »

M. SIMON (MAX). Lettre demandant l'admission au concours d'un opuscule sur la prophylaxie et le traitement du choléra, présenté dans la séance du 4 décembre.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine;

Le discours prononcé par M. le docteur Aubry, dans la séance de rentrée des Facultés de Rennes;

Le *Bulletin de la Société médicale du Panthéon;*

— La lettre suivante de M. le docteur Azam (de Bordeaux) :

« Monsieur le Président,

« Une nouvelle Société médico-chirurgicale vient de se fonder à Bordeaux dans le but de réunir et de publier les faits cliniques observés dans les hôpitaux de toute nature.

« Les cas de chirurgie y sont nombreux, et presque tous avaient été jusqu'ici perdus pour la science. Désormais, il n'en sera plus ainsi, ces faits seront recueillis avec soin, discutés et publiés. Chaque année, nous aurons l'honneur de vous adresser un exemplaire de nos travaux.

« Nous espérons que la Société de chirurgie de Paris, composée d'hommes qui connaissent le prix de l'observation et du travail, accueillera avec sympathie les efforts de la Société naissante. »

— M. le docteur Ozanne, 1[er] chirurgien de l'hôpital civil de Versailles, écrit pour rectifier l'observation communiquée à la Société par son adjoint, M. le docteur Leroux, intitulée : « Observation de pied-bot varus équin ayant présenté à l'autopsie des lésions identiques à celles qui ont été décrites dans le pied valgus douloureux (Tarsalgie des adolescents). »

« Le malade dont il s'agit est garçon-maçon. Au bout de dix-huit mois de souffrances, ne trouvant plus d'ouvrage, parce que, comme il le dit lui-même, il ne pouvait plus travailler, il se décida à entrer à l'hôpital et demanda l'amputation que je refusai.

« J'employai le repos, les cataplasmes, et, plus tard, lorsque le gonflement eut disparu, je cherchai, par des appareils appropriés, à redresser le pied, mais tout fut inutile, et cédant aux instances réitérées du malade, après six mois de séjour à l'hôpital, je pratiquai l'amputation de la jambe.

« Je m'abstiens de commentaires et laisse à la Société de chirurgie l'appréciation de ma conduite et celle de mon adjoint. »

— M. Letenneur, membre correspondant à Nantes, adresse la lettre suivante :

La Société s'est beaucoup occupée, il y a quelques années, des divers procédés à employer pour la guérison de ces polypes, et l'attention a paru se concentrer alors sur les résections partielles ou complètes du maxillaire supérieur; de là, l'oubli dans lequel on a laissé tomber les moyens plus simples qui avaient été proposés.

Je ne suis point étonné que M. Legouest n'ait point eu connaissance ou n'ait point conservé le souvenir d'une observation publiée par moi en 1858, et dont j'ai envoyé des exemplaires à la Société de chirurgie et à la plupart de ses membres.

J'ai obtenu un très-beau succès par le moyen auquel vient de songer M. Legouest, et je puis dire que depuis 1856, époque de l'opération, il n'y a pas eu de récidive.

Je vous envoie un exemplaire (le seul qui me reste) de cette observation; je vous serai très-obligé d'en donner connaissance à la Société. Elle est curieuse à plus d'un titre, et pourra servir utilement à notre collègue dans la tentative qu'il se propose de faire prochainement sur son petit malade; car j'ai réalisé tout ce qu'il a rêvé.

Avec la pince que j'ai fait faire alors et que M. Legouest vient de faire fabriquer de son côté, on peut saisir du premier coup le pédicule d'un polype peu volumineux; mais lorsque la tumeur remplit la fosse nasale, qu'elle déforme l'orbite, etc., il faut fragmenter le polype comme je l'ai fait, avant de chercher à atteindre le point d'implantation.

Je suis convaincu que cette manière d'agir finira par être adoptée dans un grand nombre de cas, et qu'on réservera les résections osseuses pour les cas graves dans lesquels le polype a pris d'énormes proportions.

Si l'arrachement du pédicule au moyen de ma pince ne pouvait se faire complétement, j'aurais recours avec confiance à la rugination proposée par M. Guérin et conseillée autrefois déjà par M. Maisonneuve.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. DOLBEAU : Messieurs, la communication de notre collègue M. Guérin, n'a pas été sans me causer quelque surprise. En effet, après les nombreux travaux qui ont été publiés sur les polypes naso-pharyngiens, il semblait que nous étions plus avancés sur une aussi grave question. Le grand nombre des procédés imaginés pour arriver jusque sur l'implantation de la tumeur, paraissait indiquer que l'on était bien d'accord sur la nécessité d'une opération préliminaire, ayant pour but de faciliter l'ablation du polype et la destruction de ses racines. Je le dis de nouveau, cela n'a pas été sans surprise, quand j'ai entendu M. Guérin parler d'une nouvelle opération pour enlever les polypes naso-pharyngiens, sans aucune mutilation préalable.

Revenons en quelques mots sur le malade qui a été présenté dans la dernière séance. Un jeune garçon de dix-sept ans est confié aux soins de M. Guérin. L'enfant portait un polype très-volumineux, mais de plus l'état général était des plus mauvais : aussi notre collègue hésitait-il à entreprendre une opération sérieuse. Pour le dire en passant, c'est presque toujours ainsi que se présentent les sujets, lorsque la maladie date de loin et que la tumeur a acquis un volume considérable.

M. Guérin comprit qu'il fallait néanmoins intervenir et il commença par inciser le voile du palais. Cela fait, notre collègue put exciser le prolongement pharyngien du polype. A ce moment, dit M. Guérin, je conçus l'idée d'attaquer le mal par la fosse nasale et j'entrepris de dénuder les os de la base du crâne, afin d'enlever les implantations de la tumeur. M. Guérin a même pris soin de nous rassurer sur les conséquences de cette dénudation des os.

L'opération fut menée à bonne fin, et bientôt, malgré une hémorrhagie abondante, le petit malade éprouva le bénéfice de ses souffrances. Nous avons tous vu l'opéré, sa santé paraît bonne et il est évident que la cavité naso-pharyngienne est notablement désobstruée. M. Guérin a déclaré, en finissant sa communication, qu'il ne présentait pas son malade comme guéri. Je partage, pour ma part, cette sage réserve de notre collègue; je vais même plus loin, car je dis que le mal récidivera très-probablement si l'art n'intervient pas de nouveau pour détruire le pédicule. C'est déjà ce qui a été fait par M. Guérin, puisqu'il a employé le cautère de Mirdeldorff.

M. Guérin nous dira sans doute ce qu'est devenu son opéré, mais je dois signaler quelques omissions relatives à l'anatomie de la tumeur enlevée. Il n'est pas dit si le polype était bien de nature fibreuse, et cependant vous savez que quelques polypes fibro-muqueux des fosses nasales peuvent en imposer pour une tumeur fibreuse de la base du crâne. J'ai présenté ici une observation de cette nature, et M. Velpeau a cité des faits semblables. Il n'est pas dit, dans la relation de M. Guérin, si le polype était unique ou s'il y avait plusieurs tumeurs, et surtout si le pédicule de la masse était large ou étroit. Ce sont là autant de détails qu'il serait utile de connaître pour bien juger de l'opération qui a été pratiquée.

M. Guérin croit avoir imaginé une méthode nouvelle, soit; mais encore est-il qu'il a tout d'abord fait l'incision du voile du palais suivant la méthode de Manne. Cette incision lui a été d'une grande utilité puisqu'il pouvait arriver très-facilement jusqu'au pédicule; mais en supposant que ce temps soit inutile pour l'exécution de la rugination, nous devons constater que dans le cas particulier qui nous occupe, la méthode nouvelle n'a pas été appliquée seule et sans mélange des procédés déjà connus.

La nouvelle opération que propose M. Guérin consiste donc à décoller le périoste de la base du crâne, à dénuder, en un mot, les os sur lesquels s'implantent les polypes naso-pharyngiens, et tout cela avec une simple rugine introduite par la narine.

Le plan de cette opération et surtout son exécution, paraissent en opposition complète avec ce que nous savons sur la nature des polypes naso-pharyngiens. Grâce aux recherches de M. Nélaton, l'anatomie pathologique de ces tumeurs est aujourd'hui parfaitement connue. On sait, d'une manière positive, que ces tumeurs fibreuses naissent du périoste de la base du crâne, et que le point d'implantation correspond non-seulement à l'apophyse basilaire de l'occipital, mais encore au trou déchiré, au sommet du rocher, à l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, et même, suivant quelques auteurs, à la partie antérieure des premières vertèbres cervicales. Voyez, messieurs, combien est large la surface d'implantation, et convenez comme moi que c'est une illusion que de penser qu'on dénudera tous ces points au moyen d'une rugine portée par la fosse nasale. Notez que je ne parle pas des prolongements de la tumeur dans les sinus, ni des adhérences qu'elle peut contracter loin de son origine.

L'opération de M. Guérin pourrait peut être suffire pour un polype à pédicule très-étroit; mais, dans ce cas, la voie buccale conduirait aussi bien sur la surface d'implantation.

Je ne sais si, chez le malade de M. Guérin, le pédicule du polype était bien large, mais il me semble que toute la surface d'implantation n'a pas été détruite, et que par conséquent l'opération est restée incomplète. Je combats, messieurs, ce que je crois être une illusion de M. Guérin, mais ce n'est pas l'esprit de critique qui m'inspire. Comme notre collègue et comme M. Legouest, je reconnais qu'il serait désirable de supprimer les mutilations préliminaires qu'on fait subir

aux individus atteints de polypes naso-pharyngiens, mais je crois qu'il faut avant tout guérir les malades, je dirais même, ce qu'on a bien des fois répété, que ces opérations incomplètes, plusieurs fois renouvelées, constituent une action peut-être plus dangereuse que celle qui résulte des opérations radicales. J'admets donc, pour ma part, que M. Guérin a été servi par les circonstances, que le pédicule du polype était assez étroit et que le cas était relativement favorable. J'ai connaissance d'un fait où le polype a guéri radicalement par le simple arrachement. Il existe même à Paris un malade chez lequel la tumeur est tombée spontanément; la guérison remonte à dix ans. Pour ces cas favorables, tous les procédés sont bons, mais il faut bien reconnaître que ces polypes à pédicule étroit constituent des exceptions. M. Guérin guérira peut-être son malade, mais je ne puis admettre que la méthode qu'il a employée soit applicable efficacement à la très-grande majorité des tumeurs fibreuses naso-pharyngiennes.

Il résulte des considérations que je viens de présenter à la Société, que la question relative à la thérapeutique des polypes naso-pharyngiens est toujours très-complexe, mais qu'il faut la résoudre, car la maladie ne pardonne pas. Je ne crois pas, avec M. Legouest, que le mal se lassera jamais ; que des incisions successives, habilement pratiquées, empêcheront la récidive et conduiront à la longue à une cure définitive. Il n'est pas démontré qu'en gagnant du temps par des opérations incomplètes, on arrivera à une époque où la tumeur aura passé l'âge de croissance. En présence d'un polype naso-pharyngien d'un volume moyen, il y a donc toujours deux manières de poursuivre la cure : ou 1° enlever le maxillaire supérieur et détruire du même coup l'implantation de la tumeur ; ou 2° faire une voie sans entraîner une grosse mutilation (résection de la voûte palatine), inciser la tumeur, et poursuivre ensuite les racines en mettant à nu les os du crâne, par des cautérisations successives et longtemps renouvelées ; cette dernière méthode appartient à M. Nélaton. Jusqu'ici l'ablation du maxillaire supérieur a semblé prévaloir ; certes cette opération sera toujours préférable lorsqu'il s'agira de polypes très-volumineux à embranchements multiples, mais je crois qu'on n'a pas assez apprécié les avantages de la résection palatine. On a bien parlé des difficultés de cette opération, de la longueur du traitement; mais il faut aussi juger les résultats. Ce jugement, il faut en prendre les éléments dans les faits. M. le docteur Robin-Massé a réuni dans sa thèse (1864) tous les faits connus, et il est arrivé à démontrer que la statistique donne autant de guérisons après la résection de la voûte palatine qu'avec l'ablation du maxillaire en totalité, ce qui est tout à fait en faveur de la méthode de M. Nélaton. Les résultats de cette méthode ne peuvent plus être contestés; car, parmi les succès obtenus par la résection palatine, on trouve : une guérison constatée dix-sept ans après l'opération, une autre douze ans après, une troisième après onze ans, deux après neuf années, enfin une après six ans.

Messieurs, je ne veux pas terminer sans dire un mot de la destruction des polypes naso-pharyngiens par l'électrochimie. Cette méthode, qui permet d'attaquer les tumeurs par les voies naturelles ou bien par une simple boutonnière palatine, serait bien de nature à rallier tous les suffrages. Des faits seraient le meilleur argument, mais jusqu'ici ils sont peu nombreux, quoique très-concluants. Je dois à l'extrême obligeance de mon maître, M. Nélaton, de pouvoir faire connaître à la Société de chirurgie quels sont les résultats de la méthode électro-chimique. Un premier malade, porteur d'une énorme tumeur naso-pharyngienne, a été complétement guéri par l'électricité. Traité il y a dix-huit mois, le malade a été revu ces jours derniers ; la cure est radicale. L'histoire de ce malade a fait l'objet d'une communication à l'Institut.

Un deuxième malade, opéré par l'électrochimie, était en voie de guérison très-avancée lorsqu'il fut pris de fièvre typhoïde; il a succombé.

Un troisième malade, opéré par la voie palatine, fut guéri pendant quelques semaines ; mais au bout de trois mois, la tumeur était reproduite. L'électro-chimie eut raison de ce polype. La guérison remonte à huit mois; elle a été plusieurs fois constatée depuis.

Un quatrième malade, opéré en 1864, est parti guéri de Paris, mais il n'a pas été revu depuis.

Enfin, un cinquième individu est actuellement en voie de guérison, et il y a lieu de supposer que la cure sera bonne.

Tous ces faits sont de nature à encourager les chirurgiens, car si les opérations préliminaires doivent disparaître de la pratique, c'est à l'électrochimie qu'il faut demander la guérison des polypes naso-pharyngiens.

Messieurs, voyons par nous-mêmes, contrôlons les faits; c'est le seul moyen de juger définitivement une méthode qui paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée.

RAPPORT.

Du cancer ostéoïde de la mamelle.

M. GUYON lit le rapport suivant, sur un travail adressé sous ce titre, par M. Heurtaux (de Nantes).

Ce rapport est renvoyé au bulletin.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre deux rapports; l'un de M. Follin, sur les candidats au titre de membre correspondant national; l'autre de M. Giraldès, sur les candidats au titre de membre correspondant étranger.

La Société décide que le rapport de M. Giraldès sera imprimé dans les bulletins.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le choléra, sans avoir complétement disparu, ne donne plus lieu qu'à un nombre très-limité de décès. On peut en juger par le relevé du 26 décembre au 3 janvier.

Le 26 décembre, on n'avait eu à enregistrer ni admissions, ni cas intérieurs; le nombre des décès s'élevait à 4 (3 en ville, 1 dans les hôpitaux).

Le 27, 3 admissions, 1 cas intérieur; 3 décès (2 en ville, 1 dans les hôpitaux).

Le 28, 1 seul cas intérieur; 1 seul décès (en ville).

Le 29, ni admission, ni cas intérieur, ni décès.

Le 30, 1 admission, 1 cas intérieur; 4 décès (2 en ville, 2 dans les hôpitaux).

Le 31, ni admission, ni cas intérieur, ni décès.

Le 1er janvier, ni admission, ni cas intérieur; 1 seul décès (dans un hôpital). A cette date, 19 malades restaient en traitement.

Le 2, on comptait une admission, mais aucun décès.

Le 3, 1 admission, 1 cas intérieur; 4 décès (3 dans les hôpitaux, 1 en ville).

— Par divers décrets ont été nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur, pour le dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie cholérique :

Au grade d'officier : M. Calvy, premier médecin en chef de l'hospice civil de Toulon.

Au grade de chevalier : MM. Seux, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille; Dauvergne, chef interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille; Rivière de la Souchère, médecin des hôpitaux de Marseille.

— Par suite de la retraite de M. Cullerier, M. Lefort-Malgaigne, chirurgien des Enfants assistés, passe à l'hôpital du Midi.

M. Liégeois, chirurgien du Bureau central, passe à l'hôpital des Enfants assistés.

— La Société médicale du Louvre (Ier arrondissement) a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1866. Ont été élus : président, M. Bailly; vice-président, M. Vidal (de Poitiers); secrétaire, M. Lechat; vice-secrétaire, M. Picard; trésorier, M. Vautier.

Cette Société se réunit le second mardi de chaque mois, à huit heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement.

— M. Adolphe Richard commencera mercredi prochain, 10 janvier, à huit heures et demie, à l'hôpital Beaujon, des leçons cliniques sur les fractures, les luxations et les maladies des jointures. Des leçons suivront chaque mercredi et vendredi.

— M. Frédéric Oudot, à qui le Comité de patronage de la méthode Galin-Paris-Chevé a confié le soin de continuer les cours publics et gratuits du fondateur, Émile Chevé, ouvrira son nouveau cours de musique vocale, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, le lundi 15 janvier, à neuf heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. Les cartes d'entrée sont délivrées gratuitement chez le concierge de l'École de médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECAEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, par Émile FOUCHER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, etc. ; tome 1er, première partie, in-8° de 420 pages et figures intercalées dans le texte. Prix 6 fr. — Paris 1866, Adrien Delahaye.

Physiologie de la voix et de la parole, par le docteur Édouard FOURNIÉ. In-8° de 820 pages, avec figures dans le texte. Prix : 10 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité complet iconographique et pratique des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur BONNIÈRE, ouvrage illustré d'un grand nombre de figures dans le texte. 3e fascicule in-8°. Prix 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Géos, histoire de la terre, de sa formation par l'oxygène, le feu et l'eau *seules matières cosmiques*, de ses productions spontanées par l'azote ; de sa fin par refroidissement. 2 vol. par le docteur MÉRAY. — Garnier frères, libraires, 6, rue des Saints-Pères.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. DENONVILLIERS.

Pneumatocèle du crâne.

Le docteur Louis Thomas, ancien interne des hôpitaux, vient de publier une monographie très-remarquable sur le *pneumatocèle du crâne*; l'observation suivante renferme les signes principaux de cette singulière affection :

Le 16 mars 1865, le nommé G..... (Victor), âgé de vingt-neuf ans, commis-marchand, se présentait à la consultation de l'hôpital de la Charité, et me demandait mon avis au sujet d'une tumeur dont il était porteur et qui occupait la moitié droite de la tête dans presque toute son étendue. Tout d'abord cette tumeur, qui, au dire du malade, était tout à fait indolente et s'était développée lentement, me parut fluctuante, autant que je pus en juger à travers une chevelure assez épaisse, et je crus à l'existence d'un abcès du cuir chevelu symptomatique d'une altération osseuse. Je ne bornai cependant pas là mon examen et je cherchai la confirmation de mon diagnostic dans la sensation de flot que devait me donner la percussion si la tumeur était réellement ce que je pensais. Cette exploration ne me donna pas le résultat que j'en attendais et me fit éviter une erreur. La tumeur rendit sous mon doigt un son tympanique très-prononcé. Je répétai cette exploration dans toute son étendue et partout je trouvai la même sonorité. En présence d'un fait aussi singulier et dont je ne connaissais pas alors d'exemple, j'insistai près du malade et le décidai à entrer à l'hôpital.

Aussitôt après son admission dans nos salles, on lui rasa la tête et on put facilement constater les signes suivants : Il existe sur la partie latérale droite de la tête une tumeur s'étendant de la protubérance occipitale en arrière à l'apophyse orbitaire externe droite en avant, et de haut en bas depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au sommet de la tête. La tumeur n'atteint en haut la ligne médiane que dans sa moitié postérieure, elle s'en éloigne graduellement en avant pour se rendre en décrivant une légère courbe à l'apophyse orbitaire externe. Elle ne descend pas en ce point au-dessous de l'arcade zygomatique. Elle n'est pas uniformément convexe, mais est divisée en trois saillies par de légers sillons. Elle est limitée par un rebord dur, au-dessous duquel on trouve une dépression. Ce rebord, tout à fait analogue à celui qui limite les collections sanguines de la voûte du crâne, n'est pas formé par les os, mais par les parties molles, et à la suite d'une pression un peu énergique il conserve l'empreinte du doigt. La tumeur mesure 23 centimètres d'arrière en avant et 19 centimètres de haut en bas dans ses plus grands diamètres. Elle est élastique, non fluctuante, complétement indolente et sonore dans toute son étendue. Au-dessus du conduit auditif externe on rencontre deux saillies du volume d'un pois, séparées par un sillon. Ces saillies, très-dures, paraissent faire partie de l'os. La pression exercée avec un peu de force derrière le conduit auditif au niveau de la base de l'apophyse mastoïde détermine une légère douleur. C'est le seul point de la tumeur dont la sensibilité soit exagérée. M. Denonvilliers a senti une seule fois à ce niveau une crépitation qu'il a crue osseuse.

Lorsqu'on exerce sur la tumeur, pendant quelques instants, une pression régulière et graduelle avec les deux mains, elle semble devenir moins tendue. Le malade prétend entendre, pendant cette compression, un bruit de sifflement dans l'oreille droite. L'auscultation pratiquée sur les différents points de la tumeur, soit qu'on comprime ou non, ne permet de percevoir aucun bruit. Lorsque le malade fait un effort en se bouchant le nez, ou lorsqu'il se mouche avec force, la tumeur devient plus tendue.

Cet homme, qui est robuste et bien constitué, me donne les renseignements suivants : Il est né de parents bien portants et n'a jamais fait de maladies graves. Il n'a jamais eu la syphilis, ni fait d'excès d'aucune sorte. Il vit sobrement et mène une vie régulière.

A l'âge de douze ans, il reçut sur la tête un coup de pied de cheval. Il ne peut indiquer avec précision sur quelle partie de la tête a porté le coup, tout ce qu'il peut assurer, c'est que c'est sur le dessus de la tête. Il put se relever immédiatement après l'accident, ne fut pas forcé de s'aliter, et quelques jours après il était complétement remis.

Il y a un an environ, après avoir éprouvé pendant quelques jours du malaise et de la lourdeur de tête, il eut un étourdissement, tomba à la renverse et resta sans connaissance depuis huit heures du soir environ jusqu'au lendemain matin sept heures. Il reprit alors connaissance, put se relever et faire quelques pas, mais péniblement. A la suite de cette chute, dans laquelle il ne s'était fait aucune plaie à la tête, il fut alité pendant quinze jours et ne put reprendre ses travaux qu'au bout de six semaines.

Le traitement consista en applications de sangsues derrière les oreilles et de vésicatoires sur le cuir chevelu.

Il s'est très-bien porté depuis cette époque et n'a pas cessé de travailler jusqu'à ce jour.

Il y a deux ou trois mois environ, il s'aperçut de l'existence d'une tumeur ayant à peu près le volume d'une noisette, indolente, et située à 1 centimètre environ au-dessus du pavillon de l'oreille droite. Cette tumeur existait depuis à peu près quinze jours, lorsqu'elle disparut complétement et spontanément; mais elle reparut le lendemain. Si alors, dit le malade, je m'étais serré la tête afin de prévenir le retour de la grosseur, je crois que je me serais guéri. Mais il n'en fit rien et la tumeur a graduellement augmenté de volume jusqu'à ce jour.

Au moment de son apparition, G..... perçut pendant environ quinze jours de petits sifflements intermittents dans l'oreille droite. Actuellement il prétend entendre encore de temps en temps un bruit intermittent qu'il compare à un bruit de soufflet. Il ne percevrait ce bruit que depuis six semaines, époque à laquelle la tumeur a commencé à acquérir un volume assez notable. Jamais il n'a eu d'otite, de douleurs dans l'oreille droite, ni d'otorrhée. Il entend très-bien et aussi bien de l'oreille droite que de l'oreille gauche.

Depuis un an le sens de l'olfaction est émoussé ; G..... reconnaît très-bien qu'une chose est odorante, mais il ne peut déterminer quel genre d'odeur elle présente. Il n'existe pas de modification de goût. La vue n'est pas affaiblie. La sensibilité et la motilité sont normales. Il dort bien, mange bien, et sa santé n'est nullement altérée.

Après avoir observé ce malade pendant quelques jours, M. Denonvilliers pratiqua, le 29 mars, une ponction dans la tumeur vers sa partie moyenne, avec un trocart plat à robinet. Après avoir retiré la lame, on adapta sur la canule une vessie en baudruche vide et qui fut sous l'influence d'une légère pression très-rapidement remplie par le gaz qui distendait la tumeur. Il ne s'écoula aucune goutte de liquide. La tumeur se vida complétement, les parties molles se réappliquèrent sur le crâne. Mais alors en promenant le doigt sur les parties qu'occupait la tumeur avant la ponction, on constata dans toute l'étendue de celle-ci une série de saillies et de dépressions très-remarquables. Ces saillies, immobiles, indolentes, d'une dureté osseuse, semblaient faire corps avec les os du crâne et affectaient la disposition suivante : au-dessus du conduit auditif, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres, elles étaient hémisphériques ou coniques ; les plus grosses présentaient le volume d'une noisette ; elles étaient disposées irrégulièrement et séparées par des dépressions plus ou moins profondes suivant leur volume. Au-dessus de ces saillies, on rencontrait trois sillons demi-circulaires, se dirigeant en divergeant du voisinage du conduit auditif vers le sommet de la tête. Ces sillons pouvaient loger une grosse plume d'oie ; leur concavité était dirigée en avant, et dans leur intervalle on trouvait les mêmes saillies et les mêmes dépressions que nous avons signalées au voisinage du conduit auditif. Dans aucun point du crâne, autre que ceux qui correspondaient à la tumeur, on ne trouvait de saillies osseuses ou de dépressions analogues.

Après la ponction, on appliqua sur la tête du malade, préalablement recouverte d'une couche de coton, une bande de toile assez serrée. Le bandage de toile se desserrant trop facilement, on fit par-dessus celui-ci un autre bandage avec une bande de caoutchouc de façon à exercer une compression plus énergique et permanente.

Le gaz contenu dans la tumeur et recueilli après la ponction fut analysé par M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité. Ce gaz était composé d'un mélange d'azote, d'oxygène, d'acide carbonique, sans traces de gaz inflammable, dans les proportions suivantes :

Azote.	87,28
Oxygène.	10,88
Acide carbonique.	1,84
	100,00

Cette composition n'est pas toutefois exactement celle du gaz contenu dans la tumeur. Celui-ci n'a pu être recueilli sans l'introduction d'une petite quantité d'air extérieur dans la vessie destinée à le recevoir. La proportion entre l'azote, l'oxygène et l'acide carbonique devrait donc s'éloigner encore plus de celle qui existe dans la composition de l'air atmosphérique, que ne l'indique le résultat de l'analyse de M. Fordos. En résumé, le gaz de la tumeur contenait une proportion d'azote et d'acide carbonique plus grande que celle que contient l'air atmosphérique et une proportion moindre d'oxygène.

Quatre jours après la ponction, la tumeur s'était reproduite au-dessus du conduit auditif, dans une hauteur de 3 à 4 centimètres, et depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'apophyse orbitaire externe droite, dans le sens transversal. La collection gazeuse était du reste peu tendue. Dans les parties qu'occupait primitivement la tumeur, et où elle ne s'était pas reproduite, le cuir chevelu ne s'était pas recollé ; on pouvait le faire glisser sur les parties sous-jacentes, et on trouvait encore en ce point quelques bulles de gaz isolées. Les saillies osseuses étaient à ce niveau moins volumineuses et plus lisses. La compression fut continuée les jours suivants.

Le 10 avril, la tumeur avait diminué de volume; elle n'atteignait plus en avant l'apophyse orbitaire externe, et s'arrêtait à la tempe. Elle mesurait seulement 7 ou 8 centimètres dans le sens transversal, et 3 ou 4 de haut en bas. Le péricrâne était recollé dans tous les points où la tumeur ne s'était pas reproduite, et au-dessous de lui les saillies osseuses avaient presque complétement disparu. On continue la compression.

Le 13 avril, la collection gazeuse n'a presque pas diminué d'étendue depuis le 10 ; seulement les os du crâne du côté droit, au niveau des points qu'occupait primitivement la tumeur, sont presque aussi lisses que ceux du côté opposé. Mais, si on déprime la tumeur encore existante, on peut s'assurer que les os sous-jacents présentent à ce niveau les mêmes inégalités que l'on avait constatées précédemment. Le malade quitte l'hôpital.

G... revient à la consultation le 25 avril. Depuis sa sortie de l'hôpital il a continué à comprimer; avec une bande, la tumeur qui a diminué de volume. Elle est limitée à une surface demi-circulaire de 3 centimètres de rayon, entourant la moitié supérieure du conduit auditif. Dans cette étendue, il existe toujours des saillies et des dépressions osseuses comme précédemment; partout ailleurs les os du crâne sont aussi lisses que ceux du côté opposé. Notons toutefois que l'état du malade n'est pas aussi satisfaisant qu'il pourrait l'être. Il a eu, nous dit-il, deux étourdissements depuis sa sortie de l'hôpital, et il entend de l'oreille droite un peu moins bien qu'avant.

Le 18 mai, malgré la compression qui fut toujours continuée, la tumeur n'a pas diminué de volume, et reste toujours limitée au voisinage du conduit auditif. La difficulté de la compression en ce point est-elle la cause de son état stationnaire ? C'est ce que nous sommes autorisés à croire, car chaque fois que nous vîmes G... nous pûmes nous assurer que le bandage qu'il s'appliquait autour de la tête ne portait pas immédiatement au-dessus du conduit auditif; dans tous les points où il exerçait son action, la tumeur avait complétement disparu. Les téguments du crâne sont recollés dans tout le reste de leur étendue, et les os sous-jacents parfaitement lisses. La collection gazeuse qui existe encore diminue sous l'influence de la pression, et le doigt arrive sur des saillies et des dépressions osseuses déjà signalées. Les bulles de gaz qui restent lorsqu'on a comprimé la tumeur, produisent de la crépitation, en cheminant à travers les anfractuosités de la surface osseuse. Cette tumeur augmente dans les efforts que fait le malade. Il se plaint encore d'éprouver de temps en temps des étourdissements.

Ici s'arrête notre observation. La tumeur a-t-elle disparu complétement ? Nous l'ignorons. Malgré les promesses qu'il nous avait faites, G..... n'est pas revenu à la consultation, et toutes nos recherches pour le retrouver ont été infructueuses.

Discutant les dix observations qu'il a pu réunir, le docteur Louis Thomas a tracé une description complète du pneumatocèle du crâne. Il termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Nous proposons de désigner sous le nom de *Pneumatocèle du crâne*, une affection non décrite encore et caractérisée par l'existence d'une collection gazeuse entre le péricrâne et les os du crâne.

Cette collection gazeuse, qui ne dépasse jamais les limites de la région crânienne, mais peut en occuper toute l'étendue, succède à l'atrophie et, par suite, à la perforation de la lame externe des cellules mastoïdiennes ou des sinus frontaux. La cause de cette atrophie nous est tout à fait inconnue.

A mesure que l'air atmosphérique s'infiltre et se collectionne sous le péricrâne, la surface externe des os du crâne devient irrégulière et présente des dépressions et des saillies plus ou moins volumineuses. Les dépressions indiquent les points où le péricrâne a cédé complétement dès le début, et, par conséquent, la voie qu'a suivie le gaz. Les saillies, au contraire, sont le résultat de productions osseuses ou cartilagineuses, dans les points où le péricrâne a conservé plus ou moins longtemps, ou conserve encore par leur intermédiaire, des adhérences avec les os du crâne. Cette altération est la conséquence de l'épanchement gazeux, elle disparaît du reste rapidement lorsqu'on évacue le gaz et que, par la compression, on prévient la reproduction de la tumeur.

Le pneumatocèle du crâne est une affection facile à reconnaître. Il forme une tumeur lisse, quelquefois réductible, ou diminuant seulement par la pression, devenant plus tendue dans les efforts que fait le malade, non fluctuante, élastique, et sonore à la percussion. Lorsque, par la compression, on a diminué sa tension, on peut quelquefois, en déprimant sa paroi supérieure, sentir les irrégularités que présente la face externe des os sous-jacents.

On reconnaîtra que le pneumatocèle succède à la perforation des cellules mastoïdiennes, à ce que c'est au voisinage du conduit auditif qu'il débute, et que sa réduction ou sa diminution s'accompagnent d'un bruit de sifflement perçu par le malade dans l'oreille correspondante.

Lorsque au contraire cette affection est la conséquence de la perforation de la lame externe des sinus frontaux, la tumeur débute vers l'une des apophyses orbitaires externes, sur les parties latérales de la région frontale. L'auscultation pratiquée vers la racine du nez, pendant la compression de la tumeur, ou les efforts que fait le malade, permet d'entendre un bruit

de sifflement, quelquefois des craquements comme des bulles de râle muqueux.

Le pronostic de cette affection est peu grave.

Le traitement à lui opposer consiste à évacuer le gaz par la ponction, à provoquer le recollement du péricrâne par la compression, et enfin, lorsque le résultat est obtenu, excepté au voisinage de l'ouverture des cellules mastoïdiennes ou des sinus frontaux, à mettre à nu par une incision la lamelle osseuse perforée, faire suppurer le fond de cette cavité et continuer, pendant le traitement et quelque temps encore après la cicatrisation la compression, de façon à permettre à la cicatrice d'acquérir, au niveau de l'ouverture osseuse, assez de solidité pour résister à la pression de l'air emprisonné, pendant l'effort, dans les cellules mastoïdiennes et les sinus frontaux.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Tardieu.

(Suppléance de M. Fournier.)

Atrophie musculaire progressive des extrémités supérieures dont le début remonte à dix ans.—Phénomènes oculo-pupillaires du côté gauche, vertiges de date récente. — Mort rapide, presque subite, à la suite d'une apoplexie pulmonaire du côté gauche (1).

(Lu à la Société médicale d'observation.)

L'observation que je vous présente peut se résumer en quelques mots :

Atrophie musculaire progressive des membres supérieurs.

Atrophie, surtout à gauche, des dernières racines cervicales et des premières dorsales antérieures. C'est dans le point de la moelle correspondant à ces racines que les physiologistes placent le centre cilio-spinal.

Phénomènes oculo-pupillaires du côté gauche, du côté où l'atrophie des racines atteintes était la plus marquée. Ces phénomènes oculo-pupillaires (l'un d'entre eux du moins, le resserrement de la pupille dans la paralysie générale progressive), M. Duchenne les a signalés dans l'ataxie progressive musculaire; ils sont, jusqu'à ce jour du moins, tout à fait exceptionnels dans l'atrophie musculaire progressive, à ce point que je n'en connais qu'une seule observation dans la science auprès de laquelle mon observation puisse prendre rang.

Ce fait a été rapporté par l'un des membres de cette Société, il a été observé antérieurement à celui que je rapporte ici, M. Voisin en a cherché et trouvé l'interprétation physiologique. Aussi me paraît-il profitable, nécessaire même de le résumer ici; il s'agit d'un malade atteint d'une atrophie musculaire progressive ancienne; le début en remonte à sept ou huit ans.

L'affection a frappé symétriquement les membres supérieurs; elle débute à la cuisse gauche dont elle a détruit, en partie au moins, le muscle triceps; au moment où le malade se présente à l'observation de M. Voisin, il éprouve depuis quatre semaines dans la paupière supérieure gauche des soubresauts comme en éprouvent les muscles qui vont s'atrophier. Le malade (je copie textuellement) voit moins bien et moins loin depuis le même temps; l'œil droit paraît un peu plus saillant que le gauche. Les deux ouvertures palpébrales sont égales; les contractions palpébrales sont de même force des deux côtés.

La pupille gauche est moitié moins large que la droite; la gauche et la droite se contractent bien sous l'influence de la lumière, mais celle de gauche est toujours plus étroite que celle de droite; toutes les deux se dilatent notablement quand on pince un point du corps.

Le point culminant de la surface convexe de la cornée est moins éloigné du plan iridien à gauche qu'à droite. Il y a là une différence d'un millimètre appréciable à l'œil nu et à la loupe.

Quelques mois après, les deux pupilles ont le même diamètre; elles sont toutes deux considérablement rétrécies, à peine mobiles sous l'influence de la lumière. Leur diamètre est celui qu'avait la gauche au moment où je l'examinai pour la première fois.

Les deux cornées sont aplaties également; la vue est faible des deux côtés.

Le malade a quitté l'hôpital vingt-cinq jours après.

Les deux points essentiels de ces deux observations, les deux points qui leur donnent un intérêt tout particulier sont l'aplatissement de la cornée, très-marqué dans le cas de M. Voisin, moins évident dans le mien, et le resserrement de l'iris, également appréciable dans les deux observations.

Quelle est l'explication de ce double phénomène ?

Les fibres circulaires de l'iris, celles qui sont chargées de rétrécir le champ pupillaire, sont animées par le moteur oculaire commun.

Les fibres radiées, celles qui président à la dilatation de l'iris, reçoivent leurs filets nerveux du grand sympathique. Quand on coupe le moteur oculaire commun chez un animal, quand une maladie quelconque a produit chez l'homme ce que produit chez l'animal le couteau du physiologiste, la pupille devient et reste large, parce que le sphincter de l'iris, ses fibres circulaires paralysées sont entraînées par les fibres rayonnées qu'anime le grand sympathique.

Quand on coupe le grand sympathique au cou, le phénomène inverse se produit aussitôt.

Les fibres circulaires animées par le moteur oculaire commun entraînent les fibres rayonnées devenues inertes, et la pupille est et demeure rétrécie d'une façon permanente.

Ce rétrécissement permanent de la pupille existait dans les deux cas que je vous ai mentionnés.

Les fibres circulaires conservaient toute leur activité motrice, tandis que les rayonnées étaient frappées d'inertie, de paralysie. Il y avait donc, en opposition avec l'intégrité de l'innervation cérébrale, une déchéance très-prononcée de l'innervation du grand sympathique. Comment et pourquoi ?

En 1862, M. C. Bernard poursuivant sur le grand sympathique ses belles expériences commencées en 1852, coupait, chez un chien, les premières racines dorsales antérieures. — Très-rapidement il se produisait chez l'animal en expérience un resserrement de la pupille, un aplatissement de la cornée et un enfoncement du globe oculaire du côté correspondant à la section.

Notons, en passant et pour y revenir tout à l'heure, que les phénomènes d'ordre vasculaire que M. Bernard appelle calorifiques manquaient absolument dans cette expérience.

Ces phénomènes oculo-pupillaires, M. Voisin les retrouve au complet chez son malade, et de la similitude des symptômes il conclut résolûment à la similitude dans la cause. Ces idées que M. Duchenne (de Boulogne) a trouvées au moins téméraires, elles passent du rang d'hypothèse ingénieuse au rang d'un fait établi.

Mon malade comme celui de M. Voisin avait une atrophie progressive des membres supérieurs; il présentait des phénomènes oculo-pupillaires moins marqués, mais ceux-ci n'étaient qu'à leur début.

Les racines antérieures de la moelle étaient réellement atrophiées, à droite et à gauche; mais l'atrophie était beaucoup plus considérable à gauche; c'est précisément de ce côté que se sont manifestés les phénomènes oculo-pupillaires.

La physiologie pathologique vient dans cette circonstance donner la main à la physiologie expérimentale, un état morbide détermine les mêmes symptômes que la vivisection.

En présence de cet accord il paraît établi :

1° Que le centre cilio-spinal siége aux confins des régions cervicale et dorsale de la moelle.

2° Qu'au point de vue des mouvements de dilatation de l'iris, le grand sympathique ne fait que conduire une innervation qu'il emprunte à la moelle.

Les travaux modernes, dit M. Voisin, ont montré que dans l'atrophie musculaire, les racines motrices de la moelle d'où émergent les nerfs moteurs musculaires s'atrophient en corrélation avec les masses musculaires elles-mêmes.

L'affection a au contraire atteint les muscles fléchisseurs des mains, les inter-osseux des mains et de l'avant-bras, c'est-à-dire tous les muscles animés par les nerfs médian et cubital des deux côtés.

Or ces deux nerfs naissent de la première racine dorsale et des deux dernières racines cervicales (nous ne parlons ici que des racines antérieures).

Ces racines doivent donc être atrophiées et les phénomènes oculo-pupillaires chez mon malade sont une conséquence de l'atrophie de ces racines.

A défaut d'autopsie, M. Voisin considère que les expériences de M. Bernard constituent l'anatomie pathologique qui manque à son observation.

Il est un troisième point que mon observation peut contribuer à élucider, c'est l'autonomie ou la dépendance du grand sympathique par rapport à la moelle au point de vue des phénomènes vasculaires.

Par la section des deux racines dorsales antérieures, M. Bernard obtient des effets oculo-pupillaires, sans aucun effet vasculaire et calorifique. Il a réalisé la condition inverse, et obtenu des effets vasculaires et calorifiques sans accompagnement de phénomènes oculo-pupillaires, en coupant le filet ascendant sympathique thoracique sur le côté de la colonne vertébrale entre la deuxième et la troisième côte.

Dans le premier cas il ne détruit dans le sympathique que les filets qu'il reçoit de la moelle et n'obtient que des phénomènes pupillaires.

Dans le second ils ne détruit que les filets ganglionnaires du grand sympathique. Il n'obtient que des phénomènes vasculaires.

De ces expériences il conclut à la séparation des filets pupillaires et du sympathique d'avec les filets vasculaires.

Il conclut en outre que les premiers sont d'origine médullaire et les seconds d'origine ganglionnaire.

Cette opinion a trouvé de nombreux et puissants contradicteurs.

Schiff après Stilling est venu par de nombreuses expériences soutenir que le grand sympathique tire toute son action de la moelle.

Budge et Waller, en détruisant la moelle dorsale dans une certaine étendue, ont obtenu des effets irido-pupillaires et vasculaires associés, en tout semblables à ceux qu'amène la section du grand sympathique au cou. La physiologie n'a pas encore jugé cette question litigieuse.

L'observation d'É... me paraît donner raison à l'auteur contre M. Cl. Bernard.

Il y avait chez lui des phénomènes d'ordre vasculaire.

Ces phénomènes ne sautaient pas aux yeux comme ceux qu'on obtient en coupant le grand cervical au cou. Je crois cependant qu'ils existaient.

Ces vertiges qui le frappaient pendant les deux mois qui précédèrent sa mort, cette céphalée qui disparaissait subitement dès que le malade se levait et ne le prenait jamais tant qu'il restait dans la station verticale, qu'était-ce? Rien pendant la vie, rien à l'autopsie ne permet de rapporter ces symptômes à quelques désordres cérébraux.

N'est-il pas possible d'admettre qu'ils étaient sous la dépendance d'une gêne circulatoire, d'une congestion capillaire due à une action de ce vaisseau? La cessation brusque, immédiate de la céphalée, quand le malade en quittant le lit pour marcher favorisait la déplétion cérébrale, et que la pesanteur venait aider une circulation que ne favorisaient plus les lois vitales, ne viennent-ils pas plaider en faveur de cette opinion? Ce trouble de la circulation dans les vaisseaux encéphaliques, je les suppose plus que je ne les démontre, c'est vrai, mais leur existence hypothétique ne devient-elle pas probable quand on voit ce désordre immense dans la circulation pulmonaire, du côté gauche, du côté où se passaient les phénomènes oculo-pupillaires? Cette bronchite de six semaines, puis cette immense infiltration sanguine qui n'avait rien d'organique, soit dans le cœur, soit dans le poumon lui-même, on ne peut les rapporter qu'à une paralysie des nerfs vaso-moteurs du poumon. Je puis donc conclure qu'il y avait à côté des phénomènes oculo-pupillaires des phénomènes vaso-moteurs.

Ces phénomènes vaso-moteurs, rien ne les explique dans la théorie de M. Bernard, puisque le grand sympathique et les ganglions étaient complétement à l'état physiologique. Au contraire, ils s'interprètent facilement si l'on accepte avec Budge et Waller que le grand sympathique emprunte à la moelle son influence vaso-motrice, comme il lui emprunte son influence irido-motrice.

Je me résume : de l'observation de M. Voisin et de la mienne on peut conclure que le centre cilio-spinal réside dans la moelle à la partie supérieure de la région dorsale.

A ce point de vue, ces deux observations sont d'accord avec la physiologie. Du fait qui m'est personnel, si l'on accepte les phénomènes vasculaires que j'y ai signalés, il paraît ressortir que le grand sympathique emprunte à la moelle son action vasculaire comme il lui emprunte son action irido-motrice.

Dr Menjaud.

DE L'AUTOPHAGISME DANS LES MALADIES AIGUES,

Au point de vue de son diagnostic par les aphthes et de son traitement par l'alimentation (1),

Par le docteur Mourgue.

Je débute par une observation d'autophagisme grave développé sous l'influence d'une diète absolue et prolongée, et qui s'est terminé par la mort, l'alimentation ayant été tentée trop tard. A cette observation représentative de l'ancienne doctrine médicale, j'opposerai, à l'appui de la nouvelle, plusieurs cas d'autophagisme également engendrés par la diète et victorieusement combattus par l'alimentation.

Obs. I. — *Autophagisme typhoïde (délabrement, aphthes, délire, etc.), développé sous l'influence d'une diète absolue et prolongée; alimentation tardive; mort.*

Je fus appelé dans une ferme, à 6 kilomètres de Lasalle, en été 1861, pour donner des soins à une petite fille âgée de six ans, qui était atteinte de la fièvre typhoïde. La maladie était arrivée au 2e septenaire, et offrait des symptômes d'autophagisme, diarrhée, délabrement, etc. Je prescrivis les moyens généraux et surtout du bouillon par la bouche et en lavement; elle guérit promptement.

Une quinzaine de jours après, une deuxième petite fille, un peu plus âgée que la première, tomba malade, même maladie, même forme autophagique, même traitement analeptique et même résultat avantageux.

A son tour, la mère M....., âgée de quarante ans, réglée, contracta la fièvre typhoïde en soignant ses enfants. Ce cas, joint à tant d'autres, militerait en faveur de la contagion, dans des conditions spéciales. Car la fièvre typhoïde, endémique dans cette localité, avait visité cette famille, quelques années auparavant, et n'avait atteint que le chef.

Cette femme fut traitée par les laxatifs, les délayants, et par la diète absolue qui fut rigoureusement observée jusqu'au 4e septenaire. A cette époque, le médecin s'éloigna, recommandant par écrit à sa malade, dont la bouche était garnie d'aphthes, de ne prendre aucune nourriture, même du bouillon, que quand ces aphthes, terminaison, crise de cette maladie, d'après Barthez, ajoutait-il, auraient disparu.

Ces pauvres gens attendirent encore un septenaire, mais voyant que les aphthes au lieu de passer ne faisaient qu'empirer, la maladie s'aggravant, décomposition des traits, divagation, etc., m'envoyèrent chercher. Je trouvai la malade dans un état désespéré, résolution des forces, pouls à 130-140, subdélirium, voix éteinte, surdité, chaleur élevée, bouche remplie de productions pseudo-membraneuses d'un blanc sale, pas d'autres lésions organiques appréciables, ce qui rendait probable l'existence d'une infection saburrale diphthérique. Je tentai inutilement l'alimentation et les toniques, par la bouche et le rectum. Elle mourut le lendemain !

Dans cette observation, l'influence de la diète excessive sur la production des aphthes et autres symptômes de l'autophagisme, paraît incontestable. Trois personnes sont atteintes successivement, dans la même famille, de la fièvre typhoïde; les deux premières sont alimentées en temps convenable et guérissent. La dernière est tenue à une diète absolue et prolongée, et meurt. Toutefois, ce fait prouve d'une manière irrécusable que la diète n'est pas le remède des aphthes. Les observations qui suivent établissent l'influence salutaire de l'alimentation

(1) Fin. Voir le numéro du jeudi 4 janvier.

(1) Voir le n° 131 de l'année 1865.

sur les productions pseudo-membraneuses qui caractérisent l'autophagisme.

Obs. II. — *Autophagisme intercurrent à un érysipèle de la face, aphthes confluents, gargarismes détersifs, toniques, analeptiques; guérison prompte.*

Au printemps dernier, ma femme fut atteinte d'un érysipèle de la face, de moyenne intensité, avec fièvre modérée, qui fut traité par les délayants, les onctions d'axonge, la diète, etc. Vers le cinquième jour, au milieu de la nuit, elle me fait appeler en toute hâte, se sentant bien malade, douleur au gosier, impossibilité d'avaler, sentiment d'étouffement. En examinant la bouche, je constate, à ma grande surprise, qu'elle est entièrement tapissée, jusqu'à l'origine du pharynx, de fausses membranes blanches, confluentes.

La valeur séméiotique de ce symptôme m'étant connue, je détruisis ces productions parasitaires par le frottement rude avec le manche d'un cuiller recouvert d'un linge trempé dans le vinaigre, en guise de pinceau, et donnai immédiatement quelques cuillerées de bouillon improvisé et d'eau vineuse. Le lendemain et jours suivants, le bouillon de viande fut prescrit plusieurs fois par jour et à doses progressives et fut bien supporté, eau rougie, etc. La bouche était pansée plusieurs fois par jour avec un gargarisme au miel rosat et borax, de manière à enlever les fausses membranes au fur et à mesure de leur reproduction, tout à fait restreinte. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration subite se produisit dans l'état local et général. La bouche se dépouilla des fausses membranes qui la recouvraient et offrit une coloration dorée. L'érysipèle suivit un cours régulier et gagna le cuir chevelu où il s'éteignit; fièvre modérée, chute des cheveux pendant la convalescence. Guérison rapide.

Ici, l'apparition des aphthes à une époque aussi peu avancée de la maladie, a lieu de nous surprendre. L'observation est pourtant précieuse au point de vue de l'influence favorable de l'alimentation dans l'angine pseudo-membraneuse. L'observation suivante a une valeur supérieure, sous le rapport de la pathogénie et de la thérapeutique de l'autophagisme. Il s'agit d'une petite fille atteinte de fièvre typhoïde à l'état autophagique, repoussant les aliments et guérie à l'aide des lavements nutritifs.

Obs. III. — *Autophagisme typhoïde, aphthes, somnolence, diarrhée; alimentation rectale; guérison.*

Bougnol, quatorze ans, non réglée, constitution délicate, de l'Estrecleuve, où régnait la fièvre typhoïde, était atteinte de cette maladie depuis une quinzaine de jours, au 7 novembre 1857. La bouche était tapissée dans toute son étendue d'aphthes pseudo-membraneux blancs; diarrhée modérée, chaleur douce, ventre souple, pouls à 110 régulier, somnolence continuelle peu profonde, intelligence nette. Grande pâleur, maigreur, délabrement extrême que je crois être de nature autophagique, la malade étant à la diète absolue depuis huit jours, avec répugnance insurmontable et refus des aliments, même des boissons. L'alimentation par la bouche étant interdite, on y supplée par trois verres de bouillon ou de lait par jour, tisane de vin et sirop de coings, onctions et cataplasmes sur le ventre, gargarismes au borax, soins hygiéniques.

Le 9, même état amélioré dans tous les symptômes, moins de somnolence, plus de force, même refus et répugnance des aliments qui provoquent des nausées, langue nettoyée, rouge, etc., mêmes moyens, lavements nutritifs.

Le 19, amélioration croissante, pas de diarrhée, selles normales; ni aphthes, ni coma, pouls toujours à 110, mais plus fort. Quelques cuillerées de bouillon par la bouche, le reste *ut supra*.

Au 25, la toux a disparu avec les autres symptômes; langue belle, bouche propre, sentiment de bien-être, plus de forces, pouls à 90, selles normales. Appétit bizarre pour les aliments solides, la soupe détermine des nausées; convalescence; légère alimentation par la bouche et lavements nutritifs.

Au 7 décembre elle se lève, chaleur douce, pouls calme, grand appétit, régime doux, quelques soupes. A la fin de décembre, guérison complète.

L'autophagisme s'observe fréquemment dans les maladies des enfants, la nutrition ayant à réparer les pertes continuelles de la rénovation organique, et à fournir en même temps au développement du corps. Dans toute maladie qui dure et qui s'aggrave, avec la diète, on doit soupçonner l'autophagisme et tenter l'alimentation à tout âge et dans toute maladie. Car l'autophagisme est toute maladie, toute organopathie, à l'état de dégénérescence par la diète, dont les aphthes sont la manifestation pathognomonique.

SUR UN SYMPTOME DE LA PNEUMONIE

Non signalé dans les auteurs,

Par M. le Dr Combes, de Jarzé (Maine-et-Loire).

Je désire, dans cette courte note, porter à la connaissance et à l'examen de mes confrères, un symptôme de la pneumonie sur lequel j'ai fixé mon attention depuis une dizaine d'années.

Ce symptôme, qui se produit constamment dans la pneumonie, n'a pas encore été observé, ou, s'il l'a été, n'a pas obtenu comme élément de diagnostic toute la valeur qu'il me semble mériter : je ne le trouve, en effet, signalé dans aucun ouvrage de pathologie.

Le voici : dès le début de la pneumonie et pendant toute la période d'augment ou d'acuité, le malade éprouve quelque chose d'analogue à ce qu'on observe chez beaucoup de femmes à l'âge de retour; ce sont des chaleurs générales ou partielles ressenties, tantôt dans tout le corps, tantôt au visage et à la tête seulement : sensations rapides et fugaces, durant quelques minutes, elles se renouvellent avec une fréquence et une intensité toujours en rapport avec l'intensité de la fièvre, l'étendue de l'inflammation, peut-être même sa nature, et ses temps d'exacerbation ou de rémission. Il m'a été impossible d'obtenir rien de précis sur le nombre de leurs retours dans un temps donné. La chaleur n'est donc pas toujours égale, même dans ses temps d'exacerbation; ce qui explique les variations observées par les médecins.

L'importance de ce symptôme se déduit, pour moi, d'une triple considération; c'est : 1° qu'il est constant; 2° qu'il ne se retrouve dans aucune autre fièvre, pas plus dans la bronchite que dans la pleurésie; 3° qu'il est facile de s'en assurer quand tous les autres signes qui peuvent éclairer le diagnostic font défaut au début ou ne parlent pas assez haut, du moins pour bon nombre de médecins.

Je ne tenterai point l'explication de ce phénomène, qui pourtant me semble bien avoir sa raison d'être dans la congestion successive du poumon; qu'il me soit permis seulement de dire comment il a pu jusqu'ici échapper à la sagacité de tant d'habiles observateurs.

J'en trouve la cause dans la nature même de cette sensation, qui, n'étant pas douloureuse, n'éveille pas suffisamment l'attention du malade, si le médecin ne l'y attire lui-même. Pour constater ce phénomène, il fallait donc que le médecin soupçonnât la possibilité de son existence, puisqu'on ne peut en acquérir la connaissance que par les réponses du malade : on y parvient par des questions facilement compréhensibles, telles que celle-ci : Avez-vous éprouvé des bouffées de chaleur? Vous monte-t-il des chaleurs au visage? Ces expressions familières répondent si bien à une sensation dont tout le monde a plus ou moins la conscience, que j'ai la certitude d'avoir toujours été bien compris, ayant toujours trouvé, d'ailleurs, un accord parfait entre les réponses de mes malades et le développement de la maladie que j'avais sous les yeux.

Cependant, le doute qui pourrait m'en rester, tout affaibli qu'il soit par cette considération, me commande la réserve et m'engage à ne porter à la connaissance de mes confrères le fait observé par moi, que comme un sujet d'étude digne de leur attention.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du bromhydrate d'ammoniaque contre la coqueluche.

Il est difficile de ne pas accorder une certaine influence au pneumo-gastrique ou au moins au nerf récurrent dans les quintes de toux qui s'observent dans la coqueluche. On a donc recherché s'il n'existait pas quelque médicament anesthésique agissant presque comme un spécifique sur ce nerf. Le docteur Gibb, de Londres, a trouvé cet anesthésique dans le bromhydrate d'ammoniaque. Suivant lui, le bromhydrate d'ammoniaque est un calmant du larynx et de la trachée dont l'action se ferait sentir sur le nerf vague.

Dans cinq cas rapportés par le docteur Gibb, le médicament réussit. Le professeur Harley a, de son côté, obtenu de bons résultats de l'emploi du bromhydrate d'ammoniaque.

La dose varie de 10 à 15 centigrammes donnés trois fois par jour chez les petits enfants, et de 20 à 50 centigrammes chez les enfants plus âgés. On peut faire dissoudre le médicament dans de l'eau simple.

Traitement du tœnia par l'huile de fougère mâle.

Tous les praticiens sont d'accord sur la valeur de ce médicament. Les uns le prescrivent seul, les autres le font suivre de l'administration d'une demi-once d'huile de ricin et d'une mixture de fer et de quassia. D'après le docteur Atkinston (de Rochester), il est indispensable que l'huile de ricin ne soit donnée qu'après l'huile de fougère, car si on l'administrait en premier lieu, elle ne manquerait pas d'imprimer aux intestins une certaine excitation qui empêcherait la fougère de séjourner un temps suffisant, et partant de produire ses effets habituels. La dose de celle ci varie de 1 à 2 gros le matin à jeun. (*The Lancet* et *Montpellier médical*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 septembre 1865. — Présidence de M. Abeille,

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin médical du nord de la France;*
2° Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers;*
3° Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*
4° Un Mémoire sur l'acide phénique de M. Bobœuf;
5° Traitement de la fissure congénitale du palais, par Rottanstein;
6° L'*Art dentaire;*
7° Le *Mouvement médical;*
8° Une lettre de M. A. Lamouroux, qui sollicite le titre de membre correspondant.
9° La thèse inaugurale de M. A. Lamouroux ayant pour titre: *Essai critique sur le merveilleux en médecine.*

M. Masson rend compte de divers travaux adressés à la Société. D'abord du bulletin de l'Académie du Gard, recueil qui ne présente aucune partie se rattachant à la médecine, mais où l'on trouvera d'intéressantes recherches sur l'architecture et l'archéologie de la contrée, plus une histoire fort bien faite de Savonarole. Le bulletin de la Société impériale de médecine de Toulouse offre, entre autres faits intéressants :

1° Un cas de fistule vésico-vaginale qui s'est guérie en quelque sorte spontanément par cicatrisation oblitérante; mais en même temps que se corrigeait le trajet fistuleux, le vagin lui-même s'oblitérait complétement. L'auteur s'attend à ce que les règles s'établiront par le canal de l'urèthre et il avisera à savoir si l'on doit respecter cette réparation dont la nature a fait les frais, ou s'il conviendra de rétablir le canal vaginal.

2° Un cas d'ascite supposée de nature rhumatismale, parce que la malade avait beaucoup souffert de douleurs rhumatiques aiguës et que la séreuse abdominale peut en être atteinte tout aussi bien que le péricarde. La ponction a été faite et suivie d'une injection composée de cent grammes d'eau, quinze de teinture d'iode et un d'iodure de potassium, qui a d'abord déterminé des accidents inflammatoires très-violents; mais ces accidents ont cédé peu à peu, la résolution s'est opérée complétement avec le temps. Enfin la malade a guéri. Pendant toute la durée du traitement, on a administré le sulfate de quinine à haute dose contre l'état supposé rhumatismal; mais ce médicament agit-il dans ce sens? M. le rapporteur, quoi qu'on en ait dit, ne lui reconnaît nullement cette vertu.

M. Corlieu lit l'observation suivante de *métrite chronique*, observation qui lui servira de base à une étude critique contre l'emploi si commun du fer et du quinquina dans les cas analogues et dans les cas d'engorgements utérins, avec apparence de chlorose ou d'anémie.

La pâleur de la face et des gencives, le souffle au premier temps du cœur, la dyspepsie, toute la série des accidents névropathiques, ne sont pas toujours une indication des ferrugineux. Quelquefois dans la pratique, nous sommes enclins à nous en laisser imposer par cette pseudo-chlorose; les toniques, les ferrugineux, augmentent les symptômes morbides, et c'est dans ces cas qu'on retrouve l'application de l'aphorisme, si connue d'Hippocrate « naturam morborum ostendunt curationes. » Ceci s'observe assez souvent dans les phlegmasies chroniques de l'utérus.

Au commencement de juillet 1857, je donnais des soins à madame X..., âgée de trente-deux ans, femme très-intelligente, mariée fort jeune à un artiste graveur, mère de trois enfants vivants, et accouchée pour la dernière fois le 20 mars 1857. L'accouchement avait été pénible, laborieux et l'enfant était mort pendant le travail. Les suites de couches furent peu abondantes.

Le ventre resta gros; l'utérus ne revint pas sur lui-même; il était inégalement développé, plus volumineux et plus sensible à droite, s'élevant à quelques travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La douleur était continuelle et telle, que le médecin qui soignait alors cette jeune dame dut prescrire une application de sangsues au flanc droit. Il y avait surtout six semaines que les douleurs étaient devenues plus violentes lorsque je fus appelé auprès de la malade pour la première fois.

A cette époque je constatai les symptômes locaux que je viens de rapporter. La marche était pénible, très-fatigante et augmentait les douleurs utérines. La menstruation était irrégulière, les règles peu abondantes, *pâles*, revenaient un peu plus fréquemment qu'avant cet accouchement et duraient pendant cinq à six jours, consistant en un suintement séro-sanguinolent. Peu d'écoulement leucorrhéique.

La face était pâle, amaigrie; les yeux tantôt vifs, tantôt languissants, la parole brève. La pâleur était générale; les gencives, la muqueuse palpébrale étaient tout à fait décolorées.

L'appétit était peu prononcé, bizarre; j'ai vu la malade refuser des aliments légers pour dévorer avec délices des choux grossièrement préparés. Il y avait quelques vomissements, plutôt le matin, quand la malade était à jeun; ces vomissements étaient bilieux, glaireux. L'appétit était meilleur au moment de la fièvre, qui avait un caractère intermittent. La constipation est l'état habituel de madame X..., depuis son enfance. Les urines étaient peu abondantes, rendues difficilement; elles n'avaient jamais été claires et leur émission provoquait des douleurs dans tout le ventre.

Il y avait 40 à 44 respirations par minute. Le pouls était petit, fréquent, battant 90 à 100 fois; la malade se plaignait de palpitations, d'étouffements.

Des accès fébriles revêtant le caractère intermittent se déclarèrent, commençant à 5 heures du soir et se terminant à 5 heures du matin. Ils durèrent pendant quelques semaines malgré les préparations de quinine qui finirent par déranger les accès. Après la cessation de ces accès intermittents, apparurent des douleurs nerveuses, un état névropathique général, occupant plus spécialement le côté droit, les nerfs cubital, intercostaux, etc.

Le sommeil était pénible, agité, troublé par des rêvasseries.

Après un calme de huit à dix jours, les accès intermittents reparurent, toujours à la même heure, tantôt avec frisson initial, tantôt sans frisson et persistant jusqu'à six, sept, huit heures du matin. Les accès étaient moins forts.

Le moral reprit peu à peu. D'un esprit fin, la malade, dès qu'elle était au milieu de personnes qui lui étaient sympathiques, était gaie, vive, enjouée, avait des saillies remarquables; puis elle retombait dans des moments d'affaissement, versait quelques larmes pour reprendre ensuite sa gaieté, qui avait été le fond de son caractère habituel.

Cet état persista pendant deux ans environ avec des alternatives d'amélioration et de rechute.

La malade changea de résidence, et j'appris qu'elle avait succombé à sa *métrite chronique* le 11 mars 1861.

Bien que je n'aie pas à parler ici en détail de tout le traitement qui fut mis en usage, puisque nous n'avons en vue que les ferrugineux et les toniques, je dirai cependant qu'il fut à peu près essentiellement symptomatique, mais que les douleurs redevenaient plus vives, l'utérus plus pesant, le mouvement plus difficile, en un mot qu'il y avait une *recrudescence bien sensible dès que la malade prenait du fer ou du quinquina*. Les toniques semblaient amener une sorte de congestion utérine dont madame X... se plaignait beaucoup. Malgré l'état en apparence chloro-anémique, elle éprouvait un soulagement notable après les émissions sanguines qui, suivant la méthode de Lefranc, consistaient en petites saignées du bras, saignées de 80 à 100 grammes au plus, faites au moment où les règles allaient apparaître. Une seule fois elle put sortir et marcher avec une certaine aisance; c'était après une émission sanguine.

Assurément j'éprouvais une certaine répugnance à tirer du sang. Mon confrère, le docteur de Saint-Amand, à qui je fis voir la malade, me rassura à cet égard. Ce qui d'ailleurs nous encourageait dans cette médication que la malade réclamait avec instance, c'était la richesse du sang, qui était rouge foncé, quelquefois couenneux; c'était le soulagement qu'elle éprouvait; c'était enfin l'état pénible dans lequel elle se trouvait par suite de l'usage des toniques, par suite du retard ou de l'abstention des saignées. D'ailleurs ces petites saignées n'avaient pour but que de décongestionner l'utérus.

Cette observation, qui est un cas type de métrite chronique avec induration, nous a mis sur la voie des pseudo-chloroses contre lesquelles les toniques échouent, et où ils donnent souvent lieu à l'aggravation des symptômes, à la pesanteur de l'utérus. Cette pseudo-chlorose est un phénomène secondaire et trompeur, et si les émissions sanguines ne conviennent pas, les ferrugineux conviennent encore moins. C'est alors le cas d'avoir recours à l'hydrothérapie et à la médication alcaline.

M. ABEILLE cite un cas analogue chez une jeune femme enceinte de cinq mois, qui, immédiatement après une chute sur le ventre, eut une métrite aiguë qu'il traita avec succès par deux applications de sangsues et de l'opium à hautes doses.

Au huitième mois de sa grossesse, cette femme fait une nouvelle chute également sur le ventre, chute suivie aussi de métrite ; mais, cette fois, avec un commencement de travail. Trois applications de sangsues, l'opium aux doses énormes de 30 à 40 centigrammes par jour et de larges frictions de belladone furent employées. M. Trousseau ayant été appelé en consultation, fut d'avis de persévérer dans le mode de traitement de M. Abeille. La malade guérit, accoucha heureusement à terme, ne présentant d'autre inconvénient qu'une ascite légère. M. Trousseau prétend que c'est le premier accouchement qui se fait à terme après une métrite aiguë.

M. Abeille ajoute que, s'il a un fils, il le doit à des mesures semblables, après cinq avortements successifs.

M. E. DUBOIS. Il y a quelque temps, j'ai soigné une femme enceinte de cinq mois, qui offrait des symptômes de métrite commençante et de travail. Je recommandai le repos absolu dans la position horizontale, et prescrivis trois petits lavements avec 20 gouttes de laudanum. Dès le lendemain le calme était rétabli et la grossesse suivit son cours. Les symptômes sub-inflammatoires de métrite chronique présentés chez la malade de M. Corlieu, légitiment parfaitement les petites émissions sanguines en pareil cas. Le repos dans le décubitus dorsal a une grande valeur, et ce qui le plus souvent occasionne les rechutes chez les malades, c'est qu'elles marchent trop tôt.

M. ABEILLE. Peut-être, messieurs, ne serez-vous pas fâchés de savoir les résultats d'une opération ordinairement bénigne, mais dont les indications sont parfois indécises, je veux parler de l'opération de la hernie épiploïque ou de l'hydro-épiplocèle.

Les malades très-souvent vont trouver les bandagistes, les guérisseurs qui établissent une compression funeste avec des bandages et produisent très-souvent l'inflammation, la suppuration ou l'hydro-épiplocèle.

On a diverses fois tenté l'opération. Bérard fit une injection dans le sac, le malade mourut. Velpeau imitant cet exemple, détermina des accidents inflammatoires graves, mais en fin de compte, son malade guérit. Moi-même j'en ai opéré une, en faisant une injection iodée qui fut suivie de guérison.

Sur 7 opérations connues, on compte trois succès. Dernièrement je fus appelé auprès d'un malade qui portait une hydro-épiplocèle de la grosseur d'un œuf d'oie. J'en fis la ponction et il en sortit un demi-verre de liquide rougeâtre, sanieux. La tumeur se reproduisit ; j'appelai M. Velpeau en consultation et lui proposai de pratiquer la ponction suivie d'une injection iodée au tiers. M. Velpeau s'étant rangé de cet avis, l'opération fut pratiquée. Des symptômes inflammatoires se déclarèrent ; le deuxième jour il y eut une fièvre intense. Je prescrivis des réfrigérants continus. Au huitième jour la tumeur était redevenue volumineuse, mais rénitente, dure dans toute ses parties. Elle resta ainsi stationnaire. Vers le quinzième jour elle commença à diminuer, puis, peu à peu, elle se ratatina, se flétrit, si bien qu'aujourd'hui, elle n'offre plus qu'une pelote obturante, formant un bouchon définitif qui met désormais l'individu à l'abri d'une nouvelle hernie.

Par quel mode de résolution ce résultat heureux s'est-il produit ? je l'ignore.

M. MALLEZ. J'ai observé un cas exactement semblable, sauf qu'il s'agissait d'une hydro-épiplocèle congénitale.

Pour enlever le liquide, je proposai et fis une opération jusque-là sans antécédents : je pratiquai la galvanopuncture qui réussit parfaitement. Le sac étant complétement vide et n'ayant rien à craindre d'une compression intempestive, je conseillai un bandage contentif. Le malade ayant exposé son fait à un médecin en province, celui-ci affirma qu'il n'y avait et qu'il n'y avait jamais eu là de hernie. Je demande à M. Abeille si, à ma place, il eût fait une injection, malgré les craintes de provoquer une inflammation ou la suppuration ?

M. ABEILLE. Je répondrai oui ; car l'injection iodée prévient et combat toujours l'inflammation suppurative pour en produire une substitutive et résolutive.

En faisant l'injection, on n'a à craindre que la pénétration dans le péritoine et il est facile de la prévenir par des compressions ménagées à la base de la tumeur.

M. Abeille cite une opération faite par lui en Corse. Un assistant fit ainsi la compression pendant sept heures consécutives, et l'opéré guérit.

M. E. DUBOIS. Ayant en ce moment un malade atteint d'orchite indolore, avec épanchement considérable, survenu à la suite de fatigue et qui se résorbe sous l'influence de frictions iodées, je demande si l'on n'eût pas pu, dans ce cas, faire l'injection iodée ?

Évidemment non. M. Velpeau préconise la ponction simple.

M. CORLIEU rappelle un cas d'ascite aiguë consécutive à une maladie de foie, qui a guéri par le traitement de l'affection du foie.

Les injections d'iode n'ont pas seules le privilége de guérir les épanchements. On a employé aussi avec succès les vapeurs simples d'iode, l'éther, etc.

M. E. Dubois a employé avec avantage le drainage de Bonnet, dans un cas d'ascite essentiellement chronique.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel, Dr DUPUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 3 janvier, M. Herveleu, médecin-major de 2e classe a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nos lecteurs ont pu apprendre déjà, par le dernier compte rendu de la Société de chirurgie, qu'une nouvelle Société médicale vient d'être fondée à Bordeaux, sous le nom de *Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*. Sont appelés à faire partie de cette Société, ainsi que l'indique son titre, les médecins et chirurgiens qui ont été ou qui sont titulaires ou adjoints des hôpitaux civils, professeurs ou suppléants de clinique ; les médecins en exercice ou en retraite des hôpitaux militaires; les médecins d'asiles d'aliénés; les chefs internes anciens ou en exercice, les anciens internes, etc. Trente-neuf membres ont déjà fait acte d'adhésion. La liste des fondateurs comprend presque tout ce que le corps médical de Bordeaux renferme d'hommes distingués. On ne peut que prédire à cette Société un brillant avenir.

Le bureau, pour l'année 1866, a été déjà constitué. Il se compose ainsi :

Président.	M. de Lacaussade.
Vice-président	M. Denucé.
Secrétaire général . . .	M. Azam.
Secrétaires annuels. . .	MM. Labat et Lanelongue.
Archiviste	M. Moussous.

— Les obsèques de M. le docteur Vosseur, trésorier de l'Association des médecins de la Seine, se feront le mardi 9 courant. Le bureau de l'Association invite tous les sociétaires à se réunir à neuf heures et demie *très-précises*, à la maison mortuaire, rue de l'Odéon, n° 20.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 12 janvier.

Ordre du jour :

Communication de M. Dujardin-Beaumetz, sur un cas de *syphilis tertiaire*.

Rapport sur une observation de M. le docteur Bouvillon (d'Aubusson), intitulée : *Aphasie, hémiplégie à droite, ramollissement de la troisième circonvolution antérieure gauche*, par M. Voisin.

— M. Regnard continue à préparer aux deuxième et quatrième de doctorat. Cours permanents et leçons particulières, 56, rue des Écoles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le sixième demi-volume (2e du tome troisième) vient de paraître, aux libraires Victor Masson et fils et P. Asselin. Il contient les principaux articles suivants: Altitude, par M. Leroy de Méricourt. — Amaurose, par M. Follin. — Ambulance, par M. Michel Lévy. — Aménorrhée, par M. Fritz. — Amérique, par MM. Dally et Guillard. — Amers, par M. Gubler. — Ammoniaque, par MM. Malagutti, Delioux, Reveil et Fonssagrives. — Amputations, par M. Legouest. — Divers articles de botanique, par M. Baillon. — Diverses sources d'eaux minérales, par M. Rotureau. — La biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand, Chéreau et Daremberg. — Prix du demi-volume, 6 fr. — Paris, P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. MONNERET, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. La 7e livraison vient de paraître. — Prix de chaque livraison: 3 fr. — L'ouvrage se composera de trois forts volumes grand in-8° et sera publié en 12 livraisons de 160 pages chacune qui paraîtront régulièrement de quatre en quatre mois. — Paris, P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Du Pronostic et du traitement de la pneumonie pendant la grossesse, par le docteur VERRIER. In-8°. Prix: 75 cent. franco. — Paris 1865, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 4. — JEUDI 11 JANVIER 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 11 JANVIER 1866. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 JANVIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La plus grande partie de cette séance a été occupée par la lecture de la deuxième partie du rapport de la commission du choléra, par M. Briquet, et par la lecture d'une note de M. Raciborski, sur le traitement topique des affections de la matrice.

M. Bouvier, à l'occasion du procès-verbal, a soulevé une question incidente relative à la nature de l'épizootie de l'espèce bovine. Une vieille opinion considérait cette épizootie comme étant de la nature des maladies éruptives. M. Bouvier a voulu avoir l'opinion des vétérinaires sur ce point. M. Leblanc a répondu négativement. M. Bouley ne s'est pas prononcé.

Des réponses faites à M. Bouvier par MM. Leblanc et Bouley, il y a à conclure ceci : c'est que, si le typhus des animaux est assez nettement caractérisé dans ses symptômes pour qu'il soit aisé de le reconnaître à première vue, il n'est pas à beaucoup près aussi bien connu comme espèce pathologique. C'est ce qu'avait fait ressortir déjà la petite discussion de la précédente séance. M. Bouley nous a appris qu'on se proposait en Angleterre de pratiquer l'inoculation du cowpox, à titre d'essai prophylactique. Ce serait, en même temps, un excellent moyen de fournir des éléments utiles à l'étude de la question nosologique. Mais s'il est vrai, ainsi qu'on nous l'a affirmé, que la plupart des animaux du Jardin d'acclimatation qui ont été atteints dans la dernière épizootie avaient été déjà vaccinés, la question ne serait-elle pas jugée dès à présent? Nous espérons qu'on nous éclairera sur ce point. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LORAIN.

Observation de grossesse extra-utérine,

Recueillie par M. L. ROUSSE, de Fontenay, docteur en médecine, alors externe du service.

V... (M.), âgée de vingt-cinq ans, a eu deux enfants; elle est devenue enceinte, pour la première fois, à l'âge de seize ans, et trois ans après, elle a été grosse de nouveau. Ces deux grossesses se sont passées sans aucun accident.

Elle a accouché ces deux fois régulièrement et à terme.

Les deux enfants naquirent vivants et se présentèrent par le sommet. Cette femme jouit ordinairement d'une santé excellente; elle est réglée tous les mois et chaque fois pendant trois ou quatre jours.

Au mois de décembre 1864, elle a encore eu ses règles; le mois de janvier s'est passé sans que rien n'apparût; elle était alors enceinte, ce qui fut confirmé par la suite.

Jusqu'au mois de mai, la grossesse a marché régulièrement; c'est alors que sont survenus divers accidents. De vives douleurs dans les flancs et dans les aines se firent sentir le 15 mai 1865; en même temps cette femme eut une rétention d'urine.

Plusieurs fois, il lui arriva à la même époque de tomber sans connaissance; elle éprouvait dans la région épigastrique un sentiment de pesanteur, qui de là, d'après la malade, lui montait à la gorge comme une boule, et c'est alors qu'elle tombait sans connaissance.

Cette perte des facultés durait environ deux ou trois minutes et tout rentrait dans l'ordre. Jamais, durant ces attaques, elle ne se mordit la langue, jamais d'écume à la bouche, aucun mouvement; cette femme n'était pas albuminurique.

Ces attaques, qui, au mois de mai, se renouvelèrent cinq ou six fois, coïncidaient avec les mouvements exagérés du fœtus, c'est-à-dire que toutes les fois que le fœtus se débattait un peu plus que d'habitude, il s'en suivait une attaque.

A cette même époque les seins prirent un développement énorme, et le colostrum s'écoula spontanément. Cette distension des seins dura quatre jours. Pendant trois semaines la femme fut obligée de garder le lit.

Un médecin fut consulté, et après un traitement qui consista en purgatifs et en potions anti-spasmodiques, la femme se rétablit et put recommencer à vaquer à ses occupations.

Le mois de juin se passa sans que rien vînt entraver la marche de la grossesse.

Vers la fin de juillet, de nouvelles douleurs se firent sentir, elles allèrent en augmentant pendant deux jours; l'enfant se débattait et donnait de fortes secousses dans l'abdomen, les seins se gonflèrent de nouveau, le colostrum s'écoula encore, mais en plus grande abondance que la première fois.

A cette époque, comme au mois de mai, les mouvements de l'enfant se firent sentir à gauche et jamais à droite. Dès qu'apparurent ces dernières douleurs, cette femme, croyant accoucher, se présenta chez une sage-femme pour se faire soigner.

A l'examen de cette femme, elle ne put trouver le col de l'utérus que très-difficilement; il était placé derrière la symphyse du pubis, elle tenta une réduction croyant avoir affaire à quelque déplacement; mais cet essai ne fut naturellement suivi d'aucun résultat. Après avoir reconnu que l'accouchement n'aurait pas lieu et donné quelques conseils à cette femme, elle la renvoya et la pria de revenir, dès que de nouvelles douleurs se feraient sentir.

Huit jours après, ces douleurs survinrent, nouvelle visite de la sage-femme; elle crut reconnaître alors un ramollissement du col, un développement énorme des seins, de vives douleurs partant de l'ombilic et se dirigeant vers le sacrum, firent croire à la sage-femme que l'accouchement ne tarderait pas à se faire. Deux jours se passèrent et les douleurs disparurent. Reconnaissant alors que l'accouchement ne se ferait pas, elle la renvoya de nouveau, supposant qu'elle se trompait sur l'époque de sa grossesse.

A la fin de juillet comme au mois de mai, elle tomba plusieurs fois sans connaissance; mêmes sensations de boule, même nombre d'attaques. L'enfant remuait encore, les mouvements coïncidaient également avec les attaques, mais peu à peu, ils devinrent de plus en plus faibles. Elle le sentit remuer encore pendant le mois de septembre; mais à partir du mois d'octobre, il n'y eut plus aucun mouvement. D'après cette femme, le développement du fœtus se fit toujours à gauche de l'abdomen, les mouvements ne se firent sentir également que de ce côté; aux deux autres grossesses, le développement s'était fait à droite.

Le 23 octobre, cette femme vint à la consultation et demanda à être examinée, afin de savoir si elle allait accoucher. A l'examen, on trouve une tumeur volumineuse occupant tout le côté gauche de l'abdomen, l'auscultation ne fit entendre aucun battement, aucun souffle. Par le toucher, le doigt, en pénétrant dans le vagin, rencontrait une tumeur de volume assez considérable et qu'on reconnaissait facilement pour être la tête d'un fœtus. En effet, on sentait très-distinctement la suture sagittale et la fontanelle postérieure, la tête était placée dans la position O, I, G, A. On chercha le col, il fut très-difficile de le trouver.

En portant le doigt en avant de cette tête, entre elle et la symphyse du pubis, on put reconnaître le col, qui était très-petit et très-élevé; il regardait en avant. Cet examen fit supposer qu'il y avait quelque chose de particulier, et cette femme fut admise à l'hôpital, afin d'être examinée plus minutieusement.

Le 24, à l'examen de la femme, on voyait que le côté gauche de l'abdomen était très-volumineux; en palpant, on trouvait une tumeur irrégulière, mais avec plus d'attention on reconnaissait facilement le dos d'un fœtus, la colonne vertébrale se distinguait très-bien, il en était de même des côtes et des espaces intercostaux, on pouvait aussi reconnaître les os du bassin du fœtus.

A peu de distance de la symphyse du pubis, à 5 centimètres au-dessus, on trouvait entre le fœtus et la paroi abdominale, une petite tumeur triangulaire aplatie, dont les bords se dessinaient parfaitement; on crut reconnaître l'utérus. En effet, en pénétrant dans le vagin, le doigt porté sur le col de l'utérus lui imprimait des mouvements, qui se communiquaient à cette petite tumeur; ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est qu'on ne sentit jamais aucune contraction dans la poche qui enveloppait le fœtus, ce dernier était immobile et il était impossible de produire le ballottement. Le col de l'utérus était toujours situé derrière la symphyse du pubis. A droite on put reconnaître la vessie; la femme n'ayant pas uriné depuis la veille, cet examen fut très-facile.

Le cul-de-sac utéro-rectal était occupé par une tumeur que la veille on avait reconnue pour être la tête d'un fœtus.

A l'auscultation on n'entendait aucun battement, aucun bruit de souffle. Depuis déjà trois semaines, la femme ne sentait plus remuer le fœtus; il était évident qu'il avait cessé de vivre.

On avait certainement affaire à une grossesse extra-utérine.

Que faire dans cette circonstance? Le parti le plus sage parut être l'expectation. La femme était en bonne santé, aucun accident ne semblait menacer, aucune douleur ne se faisait sentir; aussi on ordonna à cette femme de garder le repos et on lui fit prendre une bonne nourriture.

Les quelques jours qui suivirent l'entrée de cette femme à l'hôpital se passèrent sans aucun accident. Pendant trois jours, elle urina très-abondamment sans que rien fût donné pour augmenter la sécrétion des reins. A la suite d'une si grande émission d'urine, on put constater que la tumeur avait diminué sensiblement, le fœtus paraissait plus petit, les espaces intercostaux semblaient moins larges, on pénétrait difficilement entre les côtes, il y avait évidemment un commencement de momification du fœtus. Cette diminution de volume du produit se continua encore quelques jours. Enfin, le 19 novembre, la femme put quitter l'hôpital; on lui conseilla pour tout traitement le repos.

Nous avons revu depuis cette femme, et le 2 décembre, jour où nous la vîmes pour la dernière fois, il n'était survenu aucun accident, l'utérus était un peu descendu, la vessie paraissait se rapprocher de la ligne médiane, le fœtus était plus petit, le ventre moins volumineux; tout faisait supposer que le fœtus se momifiait peu à peu et que cette femme conservait dans l'abdomen ce produit, sans qu'il en résultât rien de fâcheux pour sa santé.

Cette observation de grossesse extra-utérine est intéressante sous plus d'un point de vue.

Le diagnostic était facile, il était impossible de ne pas reconnaître, à l'examen de la femme, la présence d'un fœtus dans la partie gauche du cul-de-sac utéro-rectal.

Comme à l'époque de la fin des grossesses, se montra la série des accidents qui surviennent au moment de l'accouchement; à cette époque l'enfant se débattit avec force, et peu à peu ses mouvements diminuèrent, enfin ils disparurent; il était mort.

Quant au traitement, pourquoi opérer cette femme? Pourquoi lui donner une nouvelle chance de succomber? N'eût-il pas été assez tôt d'opérer quand on aurait reconnu que ce produit, anormalement situé, commençait à se putréfier? Pourquoi enfin ôter à cette malheureuse femme encore une chance très-grande de salut, quand, jeune encore et jouissant d'une santé excellente, elle pouvait conserver le fœtus sans accident?

Ce fut après avoir examiné toutes ces questions, qu'on décida qu'il fallait attendre.

Aussi cette femme fut gardée à l'hôpital, soignée convenablement. Enfin, quand on eut reconnu que le fœtus se momifiait peu à peu et qu'avec le repos elle guérirait infailliblement, cette femme put quitter l'hôpital.

KYSTE BILOCULAIRE DE L'OVAIRE,

A liquide filant, albumineux et très-fortement hématique; — Ponction évacuatrice donnant issue à dix-huit litres de liquide; — Amélioration passagère; — Reproduction repide du liquide; [illegible] mois;

Par M. DESGRANGES,

Ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

Clémentine C..., âgée de 21 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une menstruation toujours régulière, ressentit, il y a trois ans, dans l'abdomen, des douleurs vagues, plus accusées cependant au niveau des flancs et de la région hypogastrique. Ces douleurs s'accompagnèrent d'une distension assez régulière du ventre, qui fut prise pour de l'embonpoint, de sorte que la période initiale de la maladie passa à peu près complétement inaperçue.

Aussi, jusqu'au mois de mars 1863, l'attention de Clémentine C... n'est pas tenue en éveil par le mal, qui progresse lentement et n'occasionne que des douleurs fort légères; mais à cette époque, le ventre prend rapidement des proportions plus considérables. Tout exercice, bien supporté jusque-là, devient fatigant; la moindre constriction abdominale est douloureuse, et la malade doit renoncer à se serrer la taille. Les digestions sont languissantes, l'appétit disparaît, la plénitude de l'estomac, difficilement supportée, s'accompagne de pesanteurs épigastriques, d'éructations, de nausées et d'envies de vomir.

Clémentine C... languit avec des intermittences de mieux et de plus mal, jusqu'au mois de mai 1865, époque à laquelle, probablement sous l'influence de fatigues répétées, les symptômes prennent une acuité inaccoutumée, au point que le repos absolu et le séjour au lit deviennent une impérieuse nécessité. Les jours précédents ont amené un accroissement rapide de la masse abdominale, des douleurs plus vives, et pour la première fois une gêne notable de la respiration.

Malgré cette marche envahissante du mal, Clémentine C... se décide, au mois de septembre seulement, à recourir à l'intervention chirurgicale, et voici dans quel état elle se présente, pour la première fois, à mon observation :

Les parois abdominales sont distendues par une masse énorme. Les intestins sont confinés à la partie supérieure de l'épigastre, dans l'hypocondre droit et dans les parties les plus profondes de la fosse iliaque du même côté, où les trahit une sonorité très-limitée. Tout le côté gauche, si ce n'est un espace presque linéaire de l'hypocondre, est absolument mat.

L'abdomen est loin d'être uniformément développé sur tous ses points; il est, au contraire, trilobé avec sillons interlobaires largement accentués. L'un des lobes, le plus inférieur, est situé à droite et au-dessous de l'ombilic; les deux autres au-dessus et de chaque côté de cette cicatrice. Pendant les fortes inspirations, la tumeur se déplace bien manifestement et fait proéminer davantage la partie inférieure de la paroi abdominale, en même temps que les sillons interlobaires s'effacent complétement. Le foie et la rate sont notablement refoulés dans la cavité thoracique, aussi y a-t-il une gêne, souvent très-pénible, dans les actes respiratoires. La menstruation n'a cessé d'être régulière, bien que, dans ces derniers temps, elle se soit accompagnée de douleurs hypogastriques et lombaires.

L'état général est gravement menacé : le sommeil et l'appétit sont perdus, les digestions capricieuses, surtout depuis une huitaine de

jours; elles s'accompagnent de hoquet, de nausées et de vomituritions. La malade, si forte jusqu'à présent, commence à devenir triste et découragée; ses traits amaigris et profondément tristes trahissent aussi bien l'aggravation de son mal que les inquiétudes de son esprit. Elle demande à tout prix une intervention chirurgicale rapide et efficace.

Le 6 septembre, je fais dans le flanc gauche une ponction qui évacue dix-huit litres de liquide. La forme trilobée du ventre pouvait faire supposer une tumeur multiloculaire, mais cette idée fut abandonnée en voyant la tumeur s'affaisser graduellement, les éminences disparaître et tout le liquide kystique prendre issue par le même orifice. Après l'évacuation du liquide, j'examine soigneusement l'abdomen, pensant que peut-être une poche de médiocre volume aurait pu échapper à mes premières investigations, mais mon examen est infructueux et mes doigts ne rencontrent que les parois affaissées du kyste, qui fuient sous la pression et paraissent totalement dépourvues d'adhérences. Partout elles semblent avoir une épaisseur uniforme.

Le liquide soustrait par la ponction est d'une teinte brunâtre, rappelant celle du marc de café, d'une consistance albumineuse, filant entre les doigts et comparable à de la glycérine sous le rapport de la densité. Si on le laisse reposer pendant quelque temps, il se divise en deux couches : l'une, supérieure, beaucoup plus considérable, mais fortement colorée, plus visqueuse; l'autre, inférieure, d'un brun rougeâtre, constituée en majeure partie par des éléments solides. L'acide nitrique, l'acide acétique et la chaleur le coagulent partiellement.

Le microscope démontre que ce liquide ovarique contient :

1° Une grande quantité d'hématies altérées, isolées ou empilées assez uniformément les unes au-dessus des autres;

2° De nombreux amas amorphes d'hématine;

3° Une notable quantité d'éléments cellulaires jaunâtres, fortement réfringents;

4° Des cellules épithéliales déformées et quelques larges plaques de cholestérine.

La ponction évacuatrice est suivie d'une amélioration immédiate et inespérée. Six jours après cette opération, Clémentine C... se lève et marche sans trop de difficultés. Déjà les grandes fonctions sont moins languissantes : le sommeil et l'appétit reparaissent, les digestions cessent d'être aussi pénibles et ne s'accompagnent plus de pesanteurs épigastriques, autrefois conséquence obligée de la plénitude de l'estomac. La respiration est libre, les douleurs abdominales sont considérablement atténuées. La malade favorise cette heureuse amélioration par un exercice modéré, si bien qu'au bout de peu de jours, ses forces renaissent, son visage se colore et perd son expression de tristesse et de découragement. Elle récupère même un léger degré d'embonpoint. Cependant l'état local est loin de suivre, dans scs heureuses modifications, l'exemple de l'état général. Le liquide kystique se reproduit avec une telle rapidité que quatre jours après la ponction, on peut déjà constater sa réapparition, et qu'un bandage de corps, destiné à comprimer méthodiquement l'abdomen, doit être relâché à cause de la constriction trop forte qu'il exerce.

Au reste, l'amélioration de l'état général n'est malheureusement [illegible] grandes fonctions se troublent, et la rapidité avec laquelle elles déclinent n'a d'égale que celle que met le liquide à se reproduire. Je n'hésite plus dès lors à opposer à la maladie une opération radicale; je le fais d'autant plus volontiers que la malade elle-même la sollicite avec les plus grandes instances; et pour bénéficier de l'amélioration qui a suivi la ponction évacuatrice, je me décide à agir dans le plus bref délai.

L'opération est fixée au 4 novembre.

A cette période de la maladie, c'est-à-dire cinquante-neuf jours après la ponction, le ventre est de nouveau distendu par la masse ovarique qui dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. Quoique moins irrégulière qu'au 6 septembre, elle est loin cependant d'être uniforme, et présente deux lobes dont le plus volumineux est à droite.

L'ombilic n'est point rétracté et la paroi abdominale se mobilise facilement sur la masse pathologique. Cette dernière obéit docilement aux mouvements de latéralité qu'on lui a imprimés, sans que ces manœuvres exploratrices amènent des douleurs ou des tiraillements sur le trajet de l'intestin et au niveau de l'hypocondre et de l'hypogastre. Du côté gauche, la tumeur remonte plus haut que du côté droit et la percussion trahit facilement cette différence de niveau. Comme avant la ponction, les intestins sont confinés principalement dans l'épigastre, dans l'hypocondre droit et dans la partie la plus profonde du flanc et de la fosse iliaque du même côté. Une sonorité très-limitée de l'hypocondre gauche révèle seule la présence de quelques portions d'intestin dans cette région.

Opération. — Clémentine C... est opérée en ville, dans une habitation convenablement aérée, située loin de tout foyer nosocomial. Elle est préparée par deux légers purgatifs qui débarrassent l'intestin sans coliques.

J'avais invité à l'opération MM. les docteurs Piachaud et Dufrêne, de Genève; MM. Quesnoy et Martenot de Cordoue, chirurgiens principaux des hôpitaux militaires de Lyon; MM. les docteurs Bouchacourt, Chauvin, Christot, et M. Oran, interne des hôpitaux. Je remercie mes honorables confrères de l'assistance bienveillante et éclairée qu'ils m'ont donnée en cette circonstance.

La malade est placée sur une table horizontale, la tête légèrement soulevée par un oreiller, et les membres inférieurs soigneusement enveloppés de flanelle.

1° Éthérisation troublée dès les premières inspirations anesthésiques par des envies de vomir et quelques vomissements muqueux. Le calme se rétablit cependant sans difficulté, et tout étant préparé, les rôles des aides étant distribués, je commence les manœuvres opératoires.

2° Placé à la droite de la malade, j'incise la paroi abdominale, sur la ligne médiane, dans une étendue de 6 centimètres, en commençant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Je divise méthodiquement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose et la couche sous-péritonéale. Je lie, chemin faisant, quatre troncs veineux de petit calibre.

3° Le péritoine, une fois reconnu, est incisé, avec ménagement sur la sonde cannelée, et aussitôt la division de la séreuse effectuée, j'aperçois la paroi du kyste qui tend à se précipiter au dehors.

4° Alors, tandis qu'un aide maintient solidement la tumeur en la comprimant de haut en bas, à travers la paroi de l'abdomen, je la ponctionne sans difficulté à l'aide du trocart de M. Charrière. Le liquide s'écoule immédiatement et va se déverser, grâce à un tube de caoutchouc adapté à la canule du trocart, dans un récipient placé sous le lit de la malade.

A mesure que le liquide s'échappe, le retrait de la poche kystique tend à la faire rentrer dans l'abdomen. Je la maintiens solidement soit avec la griffe que j'ai fait ajouter au trocart de M. Charrière, soit à l'aide de pinces à mors plats que je confie à des aides.

Le liquide continue à fluer avec lenteur, sans qu'il en pénètre une goutte dans la cavité péritonéale. Je reconnais bientôt que la tumeur ne s'affaisse plus aussi régulièrement qu'à la première ponction, et je découvre au-dessus, en avant et à gauche de la loge principale, une seconde loge dont les dimensions ne dépassent pas celles de la tête d'un enfant de cinq à six ans.

5° La première poche, à peu près complètement évacuée, est en grande partie amenée au dehors. J'introduis alors la main dans la cavité péritonéale, je décolle des adhérences pariétales très-faibles, résultat de la ponction, et j'exerce des tractions méthodiques dans le but d'entraîner au niveau de la plaie la seconde poche kystique, afin de la ponctionner, si son volume fait obstacle à la sortie de la masse ovarique. A ce temps de l'opération, la malade est prise de nouveaux vomissements qui, loin d'avoir un résultat fâcheux, expulsent au dehors la tumeur tout entière.

6° Elle apparaît alors recouverte en grande partie par une large écharpe d'épiploon, adhérent sur une ligne courbe de 20 à 25 centimètres. Par une heureuse compensation le pédicule se trouve être long, étroit, très-mobile, et d'un diamètre qui égale à peine celui de l'auriculaire à sa petite extrémité. La tumeur que nous avons sous les yeux est développée aux dépens de l'ovaire droit.

Je romps avec ménagement les adhérences épiploïques ; je rentre une partie de l'épiploon dans l'abdomen, je sectionne ses points les plus compromis, après l'avoir lié en masse et fixé à l'angle supérieur de la plaie.

Une fois débarrassé de cette incommode complication, je saisis le pédicule à un centimètre au-dessous de son point d'insertion à la tumeur, et après l'avoir réduit dans la plus grande partie de sa longueur, je l'étreins fortement entre les deux branches d'un compas compresseur (clamp), et le sectionne, sans amener le plus léger écoulement hémorrhagique.

J'absterge soigneusement la cavité de l'abdomen avec des éponges très-fines, très-douces, préparées pour cet usage, et une fois que j'ai la certitude qu'aucun caillot, quelque petit qu'il soit, n'est resté dans la cavité péritonéale, je procède à la suture, après m'être assuré préalablement de l'intégrité de l'ovaire du côté gauche.

7° J'arrache les ligatures veineuses placées au début de l'opération, je fixe à l'extrémité inférieure de la plaie, à l'aide d'uo fil ciré, un lambeau de tissu cellulaire sous-péritonéal, et je réunis avec quatre points de suture entortillée les lèvres de l'incision. Je fais pénétrer les épingles assez profondément pour bien affronter les bords de la plaie péritonéale ; l'épingle supérieure embroche la ligature épiploïque, l'épingle inférieure le pédicule de la tumeur.

[illegible] de la plaie à l'aide de quatre autres points de suture entortillée. Les premiers points de suture sont faits avec de grandes épingles d'acier doré, les derniers avec des épingles ordinaires.

Deux tampons de perchlorure sont alors placés, l'un à la partie supérieure de la plaie, au niveau de la ligature épiploïque, l'autre à la partie inférieuro en contact avec la partie étranglée du pédicule, dont il est destiné à amener la prompte momification.

L'opération commencée à neuf heures moins le quart est terminée à neuf heures et dcmie. La malade, complétement réveillée, est doucement replacée dans son lit. Elle n'accuse que quelques coliques et qu'une douleur bien supportable au niveau de la plaio. Les extrémités sont chaudes, le pouls est à 78 et 80, régulier et modérément ferme.

Le lit dans lequel elle est déposée est convenablement chauffé ; des boules d'eau chaude sont placées aux pieds et le long des membres inférieurs. Le ventre est recouvert d'un linge plié en quatre doubles, sur lequel on place deux vessies pleines de glace. On donne enfin à la malade deux petits verres de malaga qu'elle paraît prendre avec plaisir.

Suites de l'opération. — Elles sont d'une grande simplicité. La réaction s'établit franchement quatre ou cinq heures après l'opération. Le soir, le pouls est à 96 et 100, la peau chaude et humide, le ventre tout à fait indolore, affaissé et comme collé contre la colonne vertébrale. La nuit est bonne, le sommeil très-calme dure de cinq à six heures. La malade prend une potion avec 10 centigrammes d'acétate de morphine ; elle étanche sa soif à l'aide de petits morceaux de glace qu'elle laisse fondre dans sa bouche.

La journée du 5 novembre se passe d'une façon satisfaisante, à l'exception de la soirée qui se signale par une légère excitation fébrile, une élévation plus considérable du pouls (118, 120), une chaleur plus grande de la peau et une soif plus ardente. Le ventre reste affaissé et indolore. La pression abdominale ne réveille aucun sentiment pénible. Les douleurs de la plaie sont insignifiantes. J'ajoute à la potion de la veille 20 centigrammes de poudre de digitale.

Les jours suivants se passent de la manière la plus heureuse. L'exacerbation vespérienne du deuxième jour ne reparaît pas; le pouls oscille entre 90 et 102, la peau reste à une température douce, elle ne cesse d'être humide; la soif modérée s'accommode très-bien des morceaux de glace que la malade laisse fondre dans sa bouche.

Le ventre reste toujours dans un état excellent, il est encore affaissé, mat dans toute son étendue et sans douleur à la percussion. La plaie a un meilleur aspect, pas de rougeur, pas de gonflement de ses bords; suppuration peu abondante et de bonne nature. La partie étranglée du pédicule est déjà momifiée et n'exhale aucune odeur désagréable. J'enlève le clamp (3e jour), qui ne me paraît que propre à jouer dans la plaie le rôle de corps étranger et à gêner, par conséquent, la cicatrisation.

La malade accuse déjà un appétit très-vif; je lui accorde, pour le satisfaire, du bouillon à discrétion.

La miction se fait facilement et sans douleur. Les envies d'uriner ne sont pas plus fréquentes qu'avant l'opération. Les urines sont peu abondantes et très-limpides.

Le 9 novembre, Clémentine C... prend un lavement purgatif (décoction de guimauve, 450 grammes ; sulfate de soude, 20 grammes; miel de mercuriale, 50 grammes), sous l'influence duquel elle va deux fois à la selle, sans gêne et sans douleur.

Le 10, l'état de parfaite quiétude dont la malade a joui jusqu'ici, est momentanément troublé. Elle accuse des coliques ; son pouls est brusquement monté à 118,120 ; elle a de fréquentes éructations. L'examen du ventre fait découvrir la cause de ces malaises passagers : les intestins sont distendus par une grande quantité de gaz, le ventre est ballonné, très-sonore à la percussion, bien que toujours indolore à la pression. Quelques lavements purgatifs suffisent à débarrasser l'intestin, et deux jours après, tout rentrait dans l'ordre.

Dès lors la guérison n'est plus entravée par aucun accident. Du 12 au 13, j'enlève les épingles à suture et vois avec satisfaction que la plaie est solidement réunie dans ses parties profondes. J'ai soin de rapprocher ses bords à l'aide de fils tendus d'un côté à l'autre et fixés avec du collodion. On change deux fois par jour les tampons de perchlorure de fer, en prenant toujours grand soin d'isoler la partie gangrenée du pédicule. A chaque pansement, on lotionne soigneusement la plaie avec une solution très-étendue de sulfate de fer.

Le 14, la ligature épiploïque se détache sans accident, et le 16, toute la partie de la plaie située au-dessus du pédicule est à peu près complétement cicatrisée.

L'état général ne cesse de s'améliorer; l'appétit surtout prend des proportions désordonnées. Depuis le 9, la malade prend du bouillon et deux légers potages. Je suis obligé de lui accorder successivement, le 13, une portion de poulet, le 15, une côtelette, le 17, deux potages, deux portions de poulet, une côtelette et un œuf. Le tout est arrosé avec de l'eau rougie.

Cette quantité relativement considérable d'aliment se digère avec une facilité réellement surprenante, et suffit à peine à satisfaire l'appétit de Clémentine C... La plénitude de l'estomac et de l'intestin n'est accompagnée d'aucune gêne, d'aucun tiraillement, d'aucune colique. Le ventre est normalement soulevé, sans sonorité à la percussion, sans l'ombre de sensibilité à la pression. Les selles sont régularisées tous les jours à l'aide d'un lavement laxatif ; la malade a cependant eu plusieurs selles spontanées; les unes et les autres s'effectuent facilement et sans douleur.

Le 17, les règles apparaissent. Elles fluent, abondantes et sans aucune gêne, pendant quatre jours.

Le 18, la ligature inférieure se détache; le 19 le pédicule tombe, laissant voir un gros bourgeon un peu grisâtre, turgescent, et comme étranglé à sa base. Tout autour de lui, existe une rainure circulaire, légèrement anfractueuse, qui se cicatrise lentement. On panse avec la teinture d'iode. La partie supérieure de la plaie est cicatrisée.

L'état général devient tous les jours meilleur. L'appétit est bon, les digestions sont faciles. La malade reprend de l'embonpoint; son visage se colore et prend une expression de parfaite sérénité.

Aujourd'hui, 2 décembre, il ne reste plus de l'opération qu'une plaie ayant à peine 1 centimètre carré. La matrice est solide, déjà rétractée, suivant sa longueur, et tout à fait indolore. Clémentine C... se lève, fait quelques pas dans sa chambre, sans accuser de malaise, sans ressentir de fatigue. Le succès peut donc être envisagé comme complet et la guérison comme définitive.

Examen de la pièce. Complétement débarrassée de son liquide, la masse ovarique pèse 1,350 grammes.

Elle est constituée par deux poches. L'une, beaucoup plus considérable que l'autre, contenait six litres d'un liquide épais, sirupeux, analogue à du blanc d'œuf, se prenant en gelée compacte par la chaleur et l'acide nitrique. Pour la composition, ce liquide ne diffère pas sensiblement de celui évacué par la ponction. Les éléments sanguins y sont seulement moins abondants, mais il tient en suspension une quantité considérable de granulations très-fines.

L'autre poche paraît surajoutée à la première aux dépens de laquelle elle s'est très-probablement développée; elle est comme logée dans ses parois.

Ce second kyste contenait un liquide très-épais, presque gélatineux, tenant en suspension un grand nombre de flocons, constitués par des granulations très-fines, beaucoup de graisse et quelques éléments sanguins altérés. La partie liquide, ou pour être plus vrai, la partie semi-liquide se prend en gelée compacte, sous l'influence d'une très-minime quantité d'acide nitrique.

La paroi du grand kyste mesure de 3 à 4 millimètres dans ses parties les plus minces et jusqu'à 12 millimètres dans ses parties les plus épaisses. Sa surface externe est lisse, assez uniformément recouverte par une couche épithéliale pavimenteuse. Sa face interne est tomenteuse sur presque toute son étendue, et présente un très-grand nombre d'éminences lobulées, dont quelques-unes atteignent le diamètre de l'extrémité de l'index. A sa partie la plus déclive, cette face interne est irrégulière ; elle offre de grandes brides dures, résistantes, fibroïdes qui rappellent, pour la forme et les insertions, les colonnes charnues du cœur. Çà et là se trouvent, sur les points les plus unis de cette face, des lambeaux d'épithélium altéré, dont le type est méconnaissable, dont les éléments sont granulés, graisseux, et sans noyau visible pour la plupart.

La seconde poche présente une paroi dont la surface externe possède les mêmes caractères que celle que nous venons d'examiner. Son épaisseur est toutefois bien moins grande et ne dépasse pas 4 millimètres sur les points où elle est la plus considérable. Sa face interne, sans être lisse et polie, est moins irrégulière que celle du grand kyste. Elle n'offre pas de revêtement épithélial.

Le pédicule est constitué par le ligament de l'ovaire, la trompe et quelques lambeaux du ligament large. La trompe est saine, parfaitement perméable et couchée dans toute son étendue sur la partie inférieure du grand kyste.

Les vaisseaux qui alimentaient la tumeur sont volumineux. Le pédicule renferme trois principales artères, dont la plus considérable a les dimensions de l'épigastrique. Les veines suivent le trajet des artères, elles sont très-multipliées et dépourvues de valvules.

CROUP D'EMBLÉE.

Émétique répété. — Attouchements d'alun.

par M. le Dr Bernard Lavergne.

J'ai lu, dans votre numéro du 14 octobre, la note de M. le docteur Trideau, sur le traitement de l'angine couenneuse et

du croup par le copahu et le cubèbe. Toute médication nouvelle destinée à combattre le croup rencontrera toujours un accueil empressé, et surtout chez les médecins qui, comme moi, exercent dans les campagnes, où l'impossibilité d'assurer aux petits malades les soins consécutifs à la trachéotomie, rend absolument impossible l'emploi de cette opération.

J'essayerai donc, pour ma part, le traitement de M. Trideau à la première occasion, non pas que je sois entièrement convaincu de l'efficacité des balsamiques par les trois observations qu'il donne. J'ai vu, dans une carrière médicale de vingt-cinq années et après avoir traversé plusieurs épidémies de diphthérie, bien des cas d'angine couenneuse guéris aussi vite que les trois enfants signalés, et j'en vais rapporter un de croup confirmé, fort remarquable.

La préoccupation que me laisse l'intéressante note de notre confrère est celle-ci : Y avait-il croup dans ces trois cas? Dans le troisième, c'est probable; dans les deux autres, assurément non. En effet, dans la deuxième, aucun symptôme de croup n'est signalé, et dans la première, personne ne verra une preuve suffisante de cette affection dans « la respiration très-bruyante » de l'enfant pendant le sommeil d'une nuit, ni dans le rejet de quelques fausses membranes, mal caractérisées d'ailleurs, « qui semblent venir du larynx. »

Or la guérison spontanée ou par un traitement fort simple, en quatre, cinq ou six jours d'une amygdalite couenneuse n'a rien d'étonnant ; j'en fournirais, pour mon compte, en ce moment même plusieurs exemples; mais un croup, c'est plus rare ; cependant cela se voit, et j'en vais citer une observation.

Mais alors, me demandera-t-on, à quoi attribuer la guérison dans l'observation troisième? Eh mon Dieu! je désire de tout mon cœur qu'il faille en faire honneur au copahu et au cubèbe, mais j'ai peur que le vomissement seul ait fait ici tous les frais. Lisez l'observation suivante et nous reprendrons une discussion très-importante au point de vue thérapeutique, comme j'espère le faire voir.

OBSERVATION.

Rosalie A..., à la Chalondié, commune de Montredon (Tarn), âgée de trente-deux mois, petite paysanne très-vigoureuse, d'un tempérament sanguin, d'un caractère vif et impérieux, après un accès de colère et beaucoup de pleurs, s'endort dans les champs, à l'ombre, le 24 septembre dernier. La température était très-chaude, la sécheresse extrême, le vent sud-est soufflait depuis longtemps. Parmi les maladies régnantes (diarrhées, cholérines), je note 1 cas d'amygdalite simple et 1 cas de croup suivi de mort.

L'enfant ne paraît malade à sa famille que le 26 au matin. Appelé, je la vois à cinq heures du soir.

En entrant dans l'appartement, j'entends un bruit respiratoire sec (inspiration et expiration), sans mélange de râles muqueux ou sibilants, donnant l'idée d'un souffle dans un tube d'airain ; toux glapissante, voix éteinte; amygdales un peu tuméfiées, un peu rouges, légère injection du pharynx. Pas de traces de pseudo-membranes. Dyspnée médiocre, respiration pectorale et sonorité normales, pommettes rouges; peau chaude sans sécheresse, peu de fièvre.

Diagnostic : Croup d'emblée sans complications.

Traitement :

Sirop d'ipécacuanha.	30 grammes.
Émétique.	0,15 centigrammes.
Eau de fleurs d'oranger	5 grammes.
Eau.	40 id.

A prendre par cuillerées à bouche de dix en dix minutes jusqu'à vomissement. Renouvelées demain matin.

Infusion de quatre fleurs miellée. Lait ou vin sucré.

La première cuillerée de potion fait vomir. Le 27, à quatre heures du matin, une nouvelle cuillerée provoque encore le vomissement.

Le 27, neuf heures du matin. Les matières vomies se composent de beaucoup de mucosités spumeuses, glaireuses et filantes, au milieu desquelles nagent des fragments pseudo-membraneux non organisés. J'en recueille deux d'un centimètre et demi carré environ, d'un millimètre d'épaisseur, résistant à un tiraillement médiocre. Bruit respiratoire un peu moins sec, se mêlant de quelques râles muqueux, même dyspnée ; rien aux amygdales ; pas de fièvre.

Prescription : 10 centigrammes de sulfate de cuivre et 5 grammes de sucre dans une cuillerée d'eau tiède *ut supra.*

Le sel de cuivre provoque un vomissement immédiat, mais il est pris avec une extrême répugnance.

Quatre heures du soir. Aggravation très-marquée ; oppression, dyspnée, les narines se dilatent, facies mauvais ; les yeux s'enfoncent, les traits se tirent, pâleur autour du nez et des lèvres, pommettes rouges, abattement, fièvre intense. Un point pseudo-membraneux, de l'étendue d'une lentille, se montre sur l'amygdale droite.

Pronostic. — Mort probable dans les vingt-quatre heures.

Prescription. — Supprimez les aliments. Renouvelez la potion stibiée après avoir badigeonné l'amygdale droite et l'épiglotte avec la pulpe de l'index enduite d'alun calciné. Répétez le vomitif à chaque retour de la dyspnée.

Dans la nuit, un vomissement amène deux fausses membranes : soulagement instantané, sommeil et calme.

Le 28, à deux heures du soir, j'examine les deux fausses membranes. Elles sont semblables, très-denses, épaisses d'un millimètre, longues de deux centimètres et demi et forment deux tubes parfaits, dans le calibre desquels je puis introduire une plume d'oie. (Ces fausses membranes me sont présentées dans une assiette au milieu de mucosités liquides, qui ne les recouvrent pas ; elles ont dû se dessécher et diminuer de calibre depuis douze heures au moins qu'elles ont été expulsées.)

Pas de dyspnée, facies calme ; le bruit respiratoire est encore soufflant, mais moins sec, mais muqueux et bruyant ; retour de la voix qui est faible, aiguë, comme éraillée. L'enfant a mangé un peu ce matin.

Le soir, exacerbation marquée, vers la même heure que la veille ; chaleur, fièvre, retour de la dyspnée ; le râle perd en partie son caractère muqueux et redevient sec et soufflant.

Prescription. — Nouvelle prise de sulfate de cuivre qui fait vomir, mais répugne ; reprenez la potion émétisée après application topique de l'alun.

Deux vomissements, un le soir, un dans la nuit, vers le matin, amènent des mucosités épaisses avec des débris de fausses membranes moins denses.

Le 29, à une heure du soir : râle humide, bruyant, pas de dyspnée, voix grasse, enrouée. État général excellent. L'enfant court et joue dans l'appartement.

J'annonce un retour probable, mais plus faible, de l'exacerbation du soir, et je prescris la potion émétisée pour ce moment-là.

Le 30, à sept heures du matin : l'exacerbation est venue hier, en effet, à la même heure, mais sans gravité. Quelques mucosités ont été vomies.

Le 1er octobre, à midi : on a fait vomir hier, matin et soir, et ce matin encore. La potion n'opère plus aussi vite, la tolérance de l'émétique semble s'établir ; râle très-gras, toux éclatante et non plus glapissante, fréquente. État général excellent.

Prescription. — Looch blanc, infusion des quatre fleurs miellée. Ne faire vomir que si la dyspnée revenait.

La maladie s'éteint peu à peu par un simple rhume.

Voilà notre observation. Le diagnostic est-il douteux ? Pour un médecin qui ne confesse le croup qu'en présence d'une fausse membrane, il l'eût été le premier jour, et j'avoue que l'absence absolue de couennes sur les amygdales eût donné une grande force à l'opinion qui l'aurait nié. Pour mon compte, malgré ce fait, je n'hésitai pas. Je diagnostiquai le croup en entrant dans la chambre de la petite malade : pour qui a bien entendu une fois ce souffle sec de la respiration que l'on dirait passer, selon la très-exacte comparaison de Guersant, dans un tube d'airain ; pour qui a vu mourir trop d'enfants de ce mal redoutable, pour qui a pu le comparer souvent avec la laryngite simple ou striduleuse, le doute n'est guère possible.

Quel a été notre traitement ? Il a été fort simple : c'est le premier point que je tiens à relever. L'émétique, associé à l'ipécacuanha, en a fait à peu près tous les frais. Le sulfate de cuivre n'a été donné qu'une fois, les applications d'alun n'ont été pratiquées que trois fois. Je ne nie pas leur action ; mais l'agent efficace, ici, a été évidemment l'émétique ou, pour être plus exact, le vomissement, l'action mécanique, la secousse répétée du larynx ; car je ne crois à aucune vertu spécifique ni de l'émétique, ni de l'ipéca, ni du sulfate de cuivre. C'est cette secousse qui a décidé de l'expulsion des deux fausses membranes en tuyau, et c'est la sortie de ces obstacles mécaniques qui, en permettant à la respiration de se rétablir librement, a sauvé l'enfant : voilà, je crois, tout ce qu'une critique sévère est autorisée à conclure.

En second lieu, notre traitement a été exempt de violences. Comme un autre, j'ai cautérisé le pharynx avec la pierre, la glotte avec l'éponge imbibée d'une forte solution de nitrate d'argent, j'ai insufflé de l'alun. J'ai réussi dans l'angine couenneuse, j'ai échoué, une fois exceptée, dans le croup. Or je me demande si un traitement qui, à chaque application (trois fois par jour en moyenne), provoque chez l'enfant des mouvements de rage, des pleurs, des cris, et dont l'effet est, à tout le moins, de congestionner précisément l'organe malade, n'a pas plus d'inconvénients que d'avantages ?

J'ai cru devoir débarrasser le traitement du croup de mercuriaux, frictions, prises de calomel, etc., dont aucune observation, à ma connaissance, n'a mis hors de doute l'utilité, et qui fatiguent et privent d'un repos nécessaire. J'en dis autant du perchlorure de fer que M. Aubrun veut que l'on administre à la dose de 12 grammes à un enfant de dix-neuf mois ; ce que je crois, après expérience, absolument impraticable.

Je n'ai point mis de sangsues, j'ai depuis bien longtemps renoncé à ce moyen ; pourtant on n'a jamais à traiter un sujet plus vigoureux que le nôtre. Quant aux vésicatoires, que quelques médecins persistent à appliquer dans les diphthéries, je les proscris depuis que j'ai constaté moi-même leur redoutable action sur la production des fausses membranes.

Que conclure ? qu'il faut proscrire absolument les cautérisations des amygdales pseudo-membraneuses et l'action de l'alun ? Non. Il faut compter avant tout sur l'action du vomissement et le provoquer par le remède le moins désagréable à prendre, si l'enfant est docile et supporte sans violence la cautérisation ou l'application de l'alun, les employer, si non, y renoncer quand il n'y a pas nécessité absolue, et les faire rarement quand ils sont indispensables. Pour l'alun, je crois qu'il s'applique mieux avec le doigt mouillé et bien imbibé de sa poudre qu'en insufflation, surtout quand il s'agit de le porter sur la glotte même ; rien de plus aisé que de la toucher avec la pulpe de l'index et de badigeonner les amygdales, en détachant les couennes par un léger grattage.

Voilà où j'en suis après vingt-cinq années d'études sur les malades : je conclus à déblayer le traitement d'une foule de médications qui ont, je crois, produit plus d'illusions que de succès. L'illusion est facile dans le croup. Que de laryngites simples, compliquant des amygdalites pseudo-membraneuses, ont été données pour des croups guéris ! Je conclus à éviter les violences, à laisser à l'enfant un repos salutaire, ce que l'on ne fait jamais quand on cautérise quatre fois par jour, qu'on frictionne autant et qu'on administre une potion ou une prise de calomel toutes les heures, sans compter la nourriture et les boissons. Je conclus à ce que l'on choisisse un mode de traitement et que l'on s'y tienne exclusivement. Que l'on essaye les balsamiques de M. Trideau et tous les spécifiques à venir, je le veux et je souhaite qu'on finisse par mettre la main sur le véritable ; mais en son absence, je m'en tiendrai aux vomitifs. Le meilleur sera celui que le malade prendra avec le moins de répugnance. Je commence toujours par l'émétique uni à l'ipécacuanha dans une potion sucrée et aromatisée. Je fais vomir chaque fois que la dyspnée reprend, deux fois par jour d'ordinaire. S'il y a un attouchement à faire avec l'alun, je le pratique quelques minutes avant l'administration de l'émétique, afin de préparer l'expulsion des pseudo-membranes ; je nourris le malade avec du lait, du vin sucré, etc., dans l'intervalle des exacerbations fébriles, et c'est ainsi que j'ai pu guérir un cas très-grave, — à mon grand étonnement je l'avoue, — et que je reste convaincu que, si j'avais violenté deux fois par jour ma petite malade pour lui cautériser le larynx, elle aurait succombé comme presque tous ceux que j'ai traités de cette façon.

DU RÉGIME DANS LE DIABÈTE SUCRÉ.

Le professeur Oppolzer, de Vienne, s'exprimait récemmen ainsi, à propos du régime des diabétiques :

Mais ce qui est d'une bien plus grande importance que les médicaments proprement dits, — car jusqu'à ce jour ils ont été presque toujours impuissants, — c'est le choix d'un régime convenable. En effet, quoiqu'il soit parfaitement prouvé que les aliments azotés se transforment en partie en sucre chez les diabétiques, puisque leurs urines, lorsqu'ils se privent complétement des amylacés, en renferment encore, on doit cependant leur donner de préférence un régime composé principalement de substances animales ; il ne faut pas proscrire le pain d'une manière absolue, car ils se dégoûtent promptement de l'usage de la viande et préféreraient ne rien manger du tout. On peut de temps en temps substituer le gluten au pain ordinaire. Indépendamment des substances animales, les diabétiques peuvent encore prendre des œufs de quelque manière qu'ils soient apprêtés, ainsi que des corps et des fruits gras, tels que les noix. Parmi les légumes on peut leur permettre de faire usage de choux, d'épinards, d'asperges, de chicorée et de toutes espèces de salades, ainsi que de pêches, de pommes, de fraises et quelquefois d'un peu de raisin. Les pommes de terre, par suite de leur grande richesse amylacée, doivent leur être interdites. En ce qui concerne la soif très-vive de ces malades, le médecin ne doit pas leur défendre d'une manière bien sévère de la calmer; mais il doit les engager à se modérer un peu. Ils ne sauraient d'ailleurs obéir bien longtemps à une défense de la satisfaire d'une manière absolue. Pour boisson on donnera soit de l'eau ordinaire ou contenant de l'acide carbonique, soit des limonades préparées avec du vin de Bordeaux, ou encore de la bière. Le chocolat est aussi très-bon pour modérer leur soif. Quant aux complications du diabète, il va de soi que l'on doit modifier les indications thérapeutiques en ayant égard à elles.

(*Gazette médicale de Lyon,* 1865, nº 23).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Prestat (de Pontoise), Carrière (de Saint-Dié), Amiot (de Beaune), Tueffert (de Montbéliard), Dehée (d'Arras), Guillemaut (de Louans), et Dumont (de Caen). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Voillemier, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

2° Une lettre de M. Béhier, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

3° L'état des vaccinations et des revaccinations pratiquées dans l'arrondissement de Provins, par M. H. Deroy, officier de santé. (Commission de vaccine.)

— **M. J. CLOQUET** présente :

1° Une note sur le choléra, sa nature et son traitement, par M. le docteur Adet de Rozeville.

2° Au nom de M. le docteur Adam Adamowitch, président de la Société académique de Wilna, une lettre accompagnant l'envoi de plusieurs livres et brochures destinés à la bibliothèque de l'Académie.

3° Au nom de M. le docteur Ch. Belot, un ouvrage intitulé : « La fièvre jaune à la Havane, sa nature et son traitement. »

— **M. LARREY** présente au nom de M. Thomas Longuemore, chirurgien militaire de l'armée anglaise, une série de brochures sur divers sujets de chirurgie et d'hygiène militaire.

— **M. TARDIEU** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Théophile Roussel, un ouvrage sur la pellagre.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Montagne, associé libre.

Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques. M. Robinet a prononcé un discours sur sa tombe au nom de ses collègues.

Sur l'invitation de M. le Président, **M. ROBINET** donne lecture de ce discours qui est accueilli par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

— **M. BOUVIER** demande la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance. L'Académie, dit-il, a entendu avec un grand intérêt les communications de MM. Bouley et Leblanc sur le typhus des bêtes à cornes et sur la petite épizootie du Jardin d'acclimatation. Il a été soulevé, à cette occasion, une question incidente. On a fait remarquer que la maladie dont il s'agit a une grande analogie avec

le typhus. Je rappellerai à ce sujet une opinion déjà ancienne qui me paraît avoir été beaucoup trop négligée, c'est celle qui consiste à considérer cette maladie comme une fièvre éruptive et à la rapprocher de la variole. Cette opinion a été soutenue par Vicq-d'Azyr, qui a distingué les maladies des animaux en deux classes, les maladies charbonneuses et les maladies éruptives. Je ne préjuge rien par rapport à la nature de l'épizootie actuelle, mais je suis d'avis qu'il faudrait saisir cette occasion pour étudier ce point de nosologie. A-t-on fait des recherches, par exemple, pour s'assurer s'il n'y avait pas quelque éruption sur la peau ou sur les membranes muqueuses. Je rappellerai encore que Dupuy a rangé cette affection dans les maladies varioleuses.

M. BOULEY. Je ne veux pas préjuger non plus la question d'analogie ou d'identité de l'épizootie actuelle avec les maladies varioleuses. Mais je répondrai seulement que cette idée, qui est restée enfouie en quelque sorte dans les auteurs du siècle dernier, vient d'être tout récemment reprise en Angleterre. M. Gamgee, directeur d'*Albert Veterinary College*, m'a fait demander du horse-pox pour contrôler l'opinion du professeur Simonds et de plusieurs médecins, sur les propriétés préventives du cowpox à l'égard du typhus.

M. LEBLANC. J'ai cherché à démontrer que cette maladie n'est pas de l'espèce éruptive, on ne trouve dans les lésions cadavériques rien qui ressemble à des pustules, rien ne me paraît motiver l'analogie dont on parle avec les maladies éruptives. J'ai dit, et à cet égard je ferai remarquer qu'on a mal interprété mes paroles, j'ai dit que les lésions révélées par l'examen cadavérique avaient une grande analogie avec les lésions intestinales de la fièvre typhoïde.

M. Bouvier nous a demandé si nous avions fait des recherches sur la peau. J'ai fait ces recherches et je n'ai rien trouvé du tout.

LECTURE.

Traitement topique des affections utérines. — M. LE DOCTEUR RACIBORSKI donne lecture d'une note sur le traitement des affections de la matrice par les pansements quotidiens, à l'aide de nouveaux pessaires médicamenteux préparés avec le typha. (Nous publierons un extrait de cette note dans un prochain numéro.)

RAPPORT.

Choléra. — M. BRIQUET lit la deuxième partie du rapport de la commission du choléra. Cette deuxième partie est relative à la question de la marche et de la propagation des épidémies cholériques.

Quelques-uns des faits énoncés dans cette partie du rapport provoquent quelques observations de la part de **M. J. GUÉRIN.**

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

NÉCROLOGIE.

Hier ont eu lieu les obsèques de M. le docteur Vosseur, trésorier de l'Association des médecins de la Seine. Le bureau de l'Association tout entier, MM. Velpeau, Nélaton, Barth, Perdrix, Orfila, Laloy et tous les membres de la commission générale de l'Association assistaient au convoi, suivis d'un grand nombre de médecins de la ville et d'amis du défunt. Plusieurs membres du bureau et de la commission de l'Association générale des médecins de France parmi lesquels nous avons remarqué MM. Bouillaud, Mêlier, Gros, Cabanellas et A. Latour, secrétaire-général, s'étaient joints au cortége. Nous avons été vivement touchés de l'empressement qui a été apporté par tous à rendre les derniers devoirs à un praticien honorable, un homme de bien, qui a mis pendant une grande partie de son existence tout son zèle et tout son dévouement au service d'une œuvre de bienfaisance et d'utilité professionnelle.

Nous ne pourrions mieux exprimer le sentiment unanime de l'assistance et nos propres regrets, qu'en reproduisant ici le discours prononcé par M. L. Orfila.

Messieurs,

Le 1er décembre, Vosseur manquait pour la seconde fois, dans l'espace de vingt-sept ans, une des séances mensuelles de la commission générale. Jusqu'au 4 janvier (il y a cinq jours à peine) il a travaillé pour l'Association et avant-hier il rendait le dernier soupir dans les bras de M. Perdrix, qui était son plus ancien collègue au bureau, entouré d'ailleurs de ces soins tendres, qui depuis le commencement de sa cruelle maladie ont quelquefois prévenu et toujours calmé ses souffrances. Cette fin suffirait à elle seule pour montrer quelle perte irréparable vient de faire l'Association des médecins de la Seine : elle apprend peut-être à quelques-uns que pour Vosseur l'Association était devenue une seconde famille. Aussi est-ce par un élan d'affectueuse reconnaissance et de profonde douleur que l'Association s'est réunie autour du cercueil de son infatigable trésorier; et l'hommage officiel dû à d'éminents services fait place aujourd'hui à un témoignage plus intime. Un retour vers le passé nous servira à éloigner du moment présent nos esprits affligés ; mais il ne sera pas une occasion de proclamer les qualités rares de l'homme pour qui la plus grande récompense d'une bonne action était la conscience de l'avoir faite.

L'œuvre de protection et de moralisation professionnelles, qui rallie maintenant près de neuf cents médecins habitant le département de la Seine, a été fondée en 1833, par l'initiative d'Orfila.

Dès 1838, Vosseur était nommé trésorier. Avec quelle ardeur, avec quelle intelligence, avec quelle exactitude il s'est acquitté de ses importantes et délicates fonctions, celui qui a si longtemps dirigé l'Association a pris soin de le dire : Orfila se plaisait à déclarer que, sans le concours précieux de Vosseur et de M. Perdrix, il n'aurait pas pu imprimer au développement de l'Association le décisif essor qui a marqué les années 1842 et suivantes jusqu'à 1851, jusqu'à l'époque où par sa reconnaissance d'utilité publique l'œuvre déjà puissante s'est trouvée définitivement consolidée. Telle est la part faite par le fondateur lui-même à ses plus méritants collaborateurs. Une semblable déclaration est un acte de justice qui fait honneur à celui qui l'accomplit et à ceux qui en sont l'objet.

Non content de consacrer aux soins minutieux de notre comptabilité si compliquée son temps le plus précieux et toute son activité, Vosseur a prélevé sur une modeste aisance, péniblement acquise, la somme nécessaire pour perpétuer sa cotisation; il s'est inscrit des premiers au nombre des bienfaiteurs de l'Association.

Sorti des rangs de l'internat, Vosseur a été un praticien instruit; mais absorbé dès son entrée dans sa carrière par les exigences de sa clientèle, entraîné d'ailleurs par son cœur sensible et bon vers les œuvres de bienfaisance, il avait renoncé aux travaux scientifiques. — A nous donc, qui avons été témoins d'un si constant dévouement à notre Association confraternelle, et d'une si touchante sollicitude pour le malheur, de perpétuer dans le corps médical le nom pur de l'honnête homme qui vient d'être ravi à notre affection. La vie de notre digne et regretté trésorier contient un enseignement qu'il nous appartient de ne pas laisser oublier : Vosseur a montré que par son caractère et par ses vertus un praticien modeste peut servir et honorer, à l'égal des plus glorieux maîtres, la profession médicale.

ORFILA.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Vidart, ancien chirurgien militaire, fondateur et directeur de l'établissement hydrothérapique de Divonne (Ain), est nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Le Comité médical des Bouches-du-Rhône reconnu, par décret impérial, établissement d'utilité publique, décernera dans sa séance générale d'avril 1866 une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur les questions suivantes :

1° « Quel est l'état actuel des associations médicales en France ? »

2° « Répondent-elles au but principal de leur création qui est de ne faire des médecins français qu'une seule famille ? »

3° « Dans le cas contraire, quels sont les moyens à prendre pour atteindre ce but ? »

4° « Faut-il admettre les pharmaciens dans ces associations ? »

Le comité décernera, dans la même séance, un prix de 300 francs au concurrent qui aura produit le meilleur travail sur ces deux questions :

« Le service médical des associations de prévoyance et de secours est-il partout, en France, organisé de manière à concilier les exigences des membres qui les composent avec ce qui est dû aux médecins et pharmaciens qui les desservent? »

« Dans la négative, quels sont les moyens de facile exécution propres à perfectionner ce service, et quels sont les avantages qui doivent en résulter sous tous les rapports? »

Les membres titulaires du Comité médical et les auteurs qui se feraient connaître sont seuls exclus du concours.

Les mémoires écrits lisiblement et envoyés francs de port, dans les formes académiques, seront reçus jusqu'au 1er mars 1866, terme de rigueur.

Ils seront adressés à M. le docteur Gouzian, président du Comité, cours Lieutaud, 12, à Marseille.

Agenda-formulaire du vétérinaire praticien pour 1866, contenant: 1° Petit Dictionnaire de pathologie, matière médicale et posologie; 2° Revue de matière médicale et pharmaceutique de 1864 pour 1865; 3° Considérations générales sur la préparation des médicaments; rédigé par M. CLÉMENT, chef de service de chimie et de pharmacie à l'école impériale vétérinaire d'Alfort; précédé d'un **Calendrier à deux jours par page**, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes. Prix, franc de port dans toute la France et l'Algérie : 1° Cartonné à l'anglaise, 2 fr.; 2° Arrangé de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 2 fr.; 3° Relié en portefeuille, avec patte et crayon, 3 fr. 75 c.; 4° L'Agenda dans un beau portefeuille en chagrin, 6 fr. — Paris, 1866, P. ASSELIN, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Varioles. — Revaccinations.

Le choléra n'existe plus à Paris. On n'opposera pas, sans doute, à cette proposition formelle, les cinq ou six cas de mort enregistrés pour tout Paris pendant le cours de la précédente semaine, derniers échos d'un orage déjà loin de nous. Est-ce une raison pour n'en plus parler? Non. Avec la cessation de l'épidémie commencent les travaux sérieux, les études réfléchies, les recherches statistiques qui peuvent jeter quelque lumière sur les questions si controversées d'étiologie et de prophylaxie. Les questions de thérapeutique elles-mêmes sont loin d'être épuisées, et il en est une, entre autres, que nous nous sommes réservé d'examiner à loisir, parce qu'elle n'a pas besoin précisément de l'actualité pour conserver son intérêt. Et, d'ailleurs, si l'actualité n'existe plus pour Paris, elle n'est malheureusement pas entièrement prescrite encore pour quelques parties de la France. Nos côtes de Normandie paraissent être en ce moment le théâtre d'une petite explosion épidémique, et il peut se faire encore, suivant la nature des lieux qui pourraient être envahis ultérieurement, que la question dont nous voulons parler eût un intérêt beaucoup plus immédiat et une application plus opportune qu'elle ne l'a eu à Paris. C'est donc un simple sursis que nous réclamons pour le moment. Et nous en profiterons pour parler de quelques-unes des maladies qui régnaient simultanément avec le choléra et qui, persistant encore aujourd'hui, ont, en ce moment, à peu près exclusivement le privilége de la préoccupation publique. Nous voulons parler des maladies éruptives et en particulier de la variole, qui constituent, en ce moment, avec les phlegmasies thoraciques, pleurésies et pneumonies, les maladies dominantes.

Une courte réflexion préalable à ce sujet, qui nous est suscitée par le rapport de la Commission des maladies régnantes, que nous avons entendu hier à la Société médicale des hôpitaux. Il est parlé, dans ce rapport, de la fréquence actuelle des varioles ou plutôt de la variole, sans autre désignation ni indication caractéristique. La variole, comme toutes les fièvres éruptives, est une maladie assez identique à elle-même sans doute, pour qu'à la simple appellation on puisse se faire de suite une idée suffisante et savoir à quoi on a affaire. Mais si elle est toujours identique au fond, c'est-à-dire dans sa cause et dans ses phénomènes essentiels, ne se diversifie-t-elle pas assez dans son intensité, dans ses degrés, dans l'appareil fébrile dont elle s'accompagne, dans les troubles fonctionnels accessoires qu'elle entraîne, enfin dans les caractères même de l'éruption, pour qu'il y eût quelque intérêt à indiquer ces variétés et leurs diverses nuances, dans un rapport sur les maladies régnantes?

Les grands observateurs qui nous ont laissé de si belles pages sur la variole, Sydenham, Stoll, Borsieri, en traçaient autant d'histoires particulières qu'ils observaient d'épidémies. Et ce n'est pas seulement entre les épidémies diverses qu'ils constataient des différences, mais dans le cours d'une même épidémie, sous une même constitution médicale. Que l'influence de la vaccine, en affaiblissant l'intensité de la variole, en émoussant quelques-uns de ses traits les plus saillants, en ait rendu la physionomie un peu plus uniforme, cela est probable, à peu près certain même. D'un autre côté les formes pyrétiques de la variole, dans lesquelles ces auteurs retrouvaient les caractères des diverses pyrexies admises de leur temps, sont en réalité réductibles, par une analyse physiologique plus rigoureuse, à un plus petit groupe de phénomènes morbides. Mais même en tenant compte de toutes ces circonstances qui réduisent beaucoup les variétés autrefois admises dans la variole, il nous semble qu'il reste encore des nuances symptomatiques assez sensibles pour qu'il y eût quelque utilité à les signaler.

Cette observation faite, laissons pour le moment de côté la question pathologique, pour ne nous occuper que de la question prophylactique, qui est le vrai point de vue pratique de la variole.

La Société médicale des hôpitaux s'est déjà occupée à plusieurs reprises de deux grandes mesures préventives de la variole, l'isolement des malades et la vaccine, ou plutôt la revaccination. C'est sur ces deux derniers points qu'elle est revenue dans ses deux dernières séances.

Une question posée par M. Bucquoy a fourni à ses collègues l'occasion de rappeler plusieurs faits intéressants. La question est celle-ci : Quand un sujet, déjà vacciné dans son enfance, a eu en outre la varioloïde, y a-t-il lieu de le revacciner? quelle doit être la conduite du praticien dans ce cas? Et dans le cas où cette opération étant pratiquée, la vaccine vient à prendre sur un sujet déjà vacciné et qui a eu, de plus, la varioloïde, est-on admis à dire, d'après les données de l'expérience, que la revaccination dans ce cas soit réellement efficace? On remarque, en général, que la revaccination prend assez facilement chez les personnes d'un certain âge, plus facilement même qu'à une époque moins avancée de la vie. Est-ce une raison de croire que ces personnes eussent été aptes à contracter la petite vérole, si elles n'eussent été revaccinées? En un mot, de ce que la revaccination produit des pustules, est-ce une raison pour penser qu'elle ait été utile?

A cette question, M. Bergeron a répondu, avec beaucoup de raison, qu'en tout état de cause il y avait toujours lieu de tenter la revaccination, surtout si le médecin n'a pas été témoin de la maladie, parce que dans ce cas on n'est jamais sûr si le malade n'a pas eu une simple varicelle, au lieu d'une varioloïde, et que, d'ailleurs, eût-il eu réellement la varioloïde, la variole elle-même étant susceptible de se manifester plusieurs fois, on ne peut évidemment compter que la varioloïde donnera une plus grande immunité que la variole elle-même.

M. Moutard-Martin a cité, à l'appui de l'utilité des revaccinations, des faits qui témoignent combien il s'en faut que l'aptitude à contracter la variole soit toujours épuisée par une première vaccination ou par une première variole. En voici un, entre autres, très-remarquable.

Un homme qui avait été vacciné dans son enfance et qui portait de très-belles cicatrices vaccinales, a eu, à l'âge de vingt ans, une variole confluente qui laisse des traces très-manifestes sur la figure. Plus tard, étant au service, il est revacciné; la revaccination produit des pustules vaccinales très-bien caractérisées. A l'âge de trente-deux ans, après avoir quitté le service, il entre à l'hôpital Beaujon où on le revaccine de nouveau avec du cow-pox fourni par M. Lanoix. L'opération réussit, et pendant l'évolution de ces nouvelles pustules vaccinales, il est pris d'une variole confluente à laquelle il succombe.

Ce fait et quelques autres analogues rappelés par plusieurs membres et dont quelques-uns sont très-connus d'ailleurs, établissent d'une manière indubitable ce point, à savoir : que l'aptitude à contracter la petite vérole n'est pas toujours éteinte par une première atteinte de la maladie, et qu'on ne serait par conséquent pas fondé à compter sur une immunité plus complète de la part de la vaccine ou de la varioloïde.

Un second point est ressorti, non moins manifestement, des faits énoncés dans le cours de cette petite discussion, savoir : que l'âge avancé n'est pas toujours un garant suffisant contre les atteintes de la variole, bien que dans la généralité des cas elle ne sévisse que dans la jeunesse ou la première moitié de l'âge adulte; et que la revaccination a presque autant de chances, si non même plus de chances, de réussir à un âge avancé que dans la jeunesse ou l'âge adulte. MM. Blache, Bucquoy, Siredey, Bourdon, Ferréol, Guéneau de Mussy ont cité, en effet, des exemples qui montrent qu'au delà de cinquante ans, et même au delà de soixante, les revaccinations réussissent très-bien, et qu'à cet âge il est encore possible d'avoir la variole.

Rien donc de plus légitime que cette conclusion, que l'âge avancé ne contre-indique nullement la pratique de la revaccination comme moyen prophylactique de la variole, en temps d'épidémie.

Nous reviendrons sur cette question.

Anévrysme de l'artère cérébrale moyenne du côté droit.

Il a été présenté dernièrement à la Société pathologique de Londres un cas d'anévrysme d'une artère cérébrale.

La pièce a été recueillie chez une femme âgée de cinquante-neuf ans, qui avait été apportée sans connaissance le samedi soir 2 décembre, à l'hôpital de Sainte-Mary. Les paupières étaient immobiles et flasques, la pupille du côté gauche était contractée, le pouls était à 66, et la respiration régulière n'était point stertoreuse.

La malade a succombé trois heures après son admission à l'hôpital; elle avait présenté seulement deux phénomènes accessoires : une dyspepsie flatulente (*flatulent dyspepsia*), et un vertige passager.

A l'autopsie, on trouva du sang épanché entre le cerveau et l'arachnoïde, en divers endroits, dans l'espace interpédonculaire, au niveau du chiasma des nerfs optiques et de l'espace perforé antérieur de Vicq-d'Azyr. L'épanchement sanguin s'étendait de chaque côté dans la scissure de Sylvius, surtout à droite, où le liquide s'était infiltré entre les circonvolutions cérébrales jusque sur la partie interne de l'hémisphère droit.

Il y avait aussi du sang dans le quatrième ventricule. On le voyait par transparence à travers l'arachnoïde qui ferme cette cavité, ce qui faisait supposer que l'hémorrhagie cérébrale avait dû prendre place dans tous les ventricules. Cependant les ventricules latéraux et le ventricule moyen ne contenaient qu'une petite quantité de sang fluide, toutefois dans la portion réfléchie du ventricule latéral droit, au niveau de la corne d'Ammon, il y avait plus de sang épanché.

En écartant les parties au niveau de la scissure de Sylvius, du côté droit on a pu découvrir un anévrysme emboîté dans le lobe antérieur droit de l'hémisphère droit; il siégeait sur le trajet de l'artère cérébrale moyenne droite et avait ramolli le lobe moyen de l'hémisphère cérébral correspondant; l'anévrysme n'était pas ouvert.

On trouve ici un fait d'anévrysme des artères cérébrales : les exemples n'en sont pas communs, et cette observation a sa valeur. Nous exprimerons toutefois le regret que le rédacteur du *Bulletin de la Société pathologique* de Londres, n'ait pas réclamé et publié une mention sur l'origine probable de l'épanchement sanguin considérable qui a causé la mort de la malade.

De la suture du vagin dans la chute de l'utérus.

Les moyens de réduction et de contention de l'utérus abaissé et sortant par la vulve, ont été depuis longtemps reconnus incapables de guérir la chute de l'utérus, et on a rangé ces moyens au nombre des traitements palliatifs.

Il en est de même des opérations pratiquées dans le but de diminuer l'étendue de la muqueuse du vagin, soit par l'ablation d'un lambeau circulaire, soit par la destruction de la muqueuse vaginale, par excision ou cautérisation, soit par la création d'un tissu cicatriciel, à l'aide d'un pli fait à la muqueuse au moyen de serres-fines. Les procédés de R. Gerardin, de Dieffenbach, Malgaigne et de M. Desgranges (de Lyon), ont été jugés rationnels mais insuffisants.

En France même, on n'a point ajouté une grande foi aux opérations qui avaient pour but de rétrécir le vagin par sa partie postérieure, comme l'avait proposé, le premier, Fricke (de Hambourg) en 1833. Les chirurgiens se bornent à prescrire un pessaire à air lorsque l'utérus est encore réductible, et une ceinture avec pelotte périnéale appropriée lorsque l'utérus est irréductible.

Cette pratique est justifiée pour plusieurs raisons : d'abord, parce que, avec des soins et de l'attention, les malades dont l'utérus est encore réductible, peuvent par l'usage journalier des pessaires et des injections astringentes, obtenir que l'utérus ne devienne pas irréductible; ensuite parce qu'à moins d'oblitérer entièrement la vulve, il est croyable que l'utérus dilatera assez l'orifice vaginal, et qu'on se retrouvera plus tard dans les conditions qui ont nécessité la première opération.

Simon (de Berlin), qui a pratiqué deux fois cette opération, a constaté ce genre de récidive.

Les chirurgiens anglais ne sont pas de cet avis. M. Baker Brown, il y a plusieurs années, s'est emparé de l'idée de Fricke (de Hambourg) et a fait la suture du périnée. Seulement, au lieu d'aviver le bord des grandes lèvres, et de les réunir par la suture à points passés, il a avivé sur une très-large surface toute la fourchette en empiétant sur la muqueuse du vagin, et la partie postérieure interne des grandes lèvres et a réuni avec la suture enchevillée. Depuis, en Angleterre, en Allemagne et même en France, l'opération a été répétée et a compté de nombreux insuccès; le moindre accident, était le défaut de réunion des grandes lèvres. Alors MM. Kuchler, Savage, Oldham ont, d'après la proposition de Hilton, proposé de sectionner les parties, pendant l'avivement, à une très-grande profondeur et même de sectionner le sphincter anal, au niveau de la fourchette, sans doute pour séparer les connexions de ce muscle avec le constricteur du vagin.

Dans de telles conditions, l'opération est restée dans la pratique anglaise et M. Baker Brown a modifié son procédé, en faisant de grandes incisions dans le sphincter anal.

M. Robert Ellis, chirurgien au dispensaire obstétrical de Belgrave, vient de renouveler la théorie de l'opération de l'épisiorrhaphie, et de proposer un nouveau mode de suture, après avoir posé de nouveau les indications de l'opération. Suivant l'auteur anglais, passé soixante ou soixante-cinq ans, il n'est pas bon d'opérer. Les tumeurs de l'utérus, les kystes de l'ovaire, auxquels on peut rattacher l'origine du prolapsus de l'utérus, contre-indiquent encore l'opération. Enfin la cessation des règles et l'établissement définitif de la période de la ménopause paraît être la meilleure condition.

Cette conclusion d'ailleurs est en rapport avec les nécessités de la vie, et elle rentre dans un précepte général appliqué pour les opérations où l'occlusion du vagin est exigée par les circonstances.

Comme les opérateurs qui ont fait avant lui l'épisiorrhaphie, M. Ellis avive sur de très-larges surfaces ; il n'y a donc rien de nouveau à cet égard.

La suture que propose le chirurgien anglais est le point important du travail qu'il a publié dans la *Lancette anglaise* du 9 décembre 1865 ; voici cette suture :

Trois lames d'argent plates et d'une largeur de deux millimètres environ, sont passées à une distance moyenne de 1 centimètre ; de chaque côté, ces lames d'argent (*flat Ribbon*) sont passées dans des tiges d'argent longues de 8 à 9 centimètres, placées de chaque côté comme dans la suture enchevillée. Les lames d'argent ou fils plats, sont engagés dans des fentes qui existent sur les tiges d'argent placées sur les côtés de la vulve, et après avoir serré convenablement les parties, on arrête les fils en les tordant sur leur axe, comme la vrille d'un tire-bouchon.

La suture de M. Ellis, se rapproche de la suture de M. Jobert pour les fistules vésico-vaginales, eu égard à la largeur des fils employés. Elle se rapproche de la suture pratiquée par M. Baker Brown qui réunissait ses lambeaux à l'aide de la suture enchevillée.

Quant à la valeur de l'opération, nous la croyons encore discutable et des observations bien prises sont nécessaires pour juger la question.

ÉTUDES NOUVELLES SUR LES EAUX MINÉRALES,

par le docteur Scoutetten.

Depuis des siècles on s'occupe des eaux minérales, on en constate la puissance curative ; mais lorsqu'on se demande : qu'est-ce qu'une eau minérale ? quels sont les caractères qui la différencient de l'eau commune ? quelle est la cause de son efficacité dans un grand nombre de maladies ? la science reste muette ; il n'existe pas, jusqu'à ce jour, une définition irréprochable, tous les auteurs en conviennent. Quant au mode d'action sur l'organisme, il est tout à fait inconnu, à moins qu'on ne prenne au sérieux les hypothèses imaginées pour satisfaire la curiosité publique, et dont beaucoup de médecins ont fini par être dupes eux-mêmes.

Ces difficultés ont éloigné de ces études beaucoup de bons esprits, et la question des eaux minérales est, en général, traitée avec beaucoup d'indifférence. Singulier contraste de l'intelligence humaine ! On voit l'enthousiasme déborder lorsque le hasard ou le talent vient à découvrir un remède contre une maladie rare, qu'on rencontre une fois, à peine, dans le cours d'un demi-siècle, et l'on reste froid en présence des faits heureux de chaque jour. Les eaux minérales guérissent, les médecins les prescrivent, les malades les prennent, cela suffit.

Nous avons cherché à dissiper l'obscurité et à vaincre les difficultés ; nous croyons y être parvenu, aussi pouvons-nous donner une définition vainement cherchée jusqu'à ce jour et dire : Les eaux minérales sont des liquides de composition et de température variables, sortant du sein de la terre, en rapportant des éléments divers, susceptibles de réagir les uns sur les autres, de produire des actions chimiques, et, par suite, des actions électriques ; ce sont des eaux à l'état dynamique.

Elles diffèrent des eaux de puits ou de rivière, en ce que, dans ces dernières, les actions chimiques sont éteintes, la composition en est fixée, ce sont des eaux à l'état statique.

Prouvons toutes nos assertions et remontons pour un instant à l'origine des choses.

Les géologues ont longtemps ignoré les causes de la formation première de la croûte terrestre ; le feu et l'eau, ou comme l'a dit poétiquement M. Lecoq, Pluton et Neptune se sont longtemps disputé le sceptre de notre globe ; nous savons aujourd'hui la part qui revient à chacun d'eux. M. Élie de Beaumont, dirigé par de profondes études, a dissipé les incertitudes et mis les faits en lumière ; on sait actuellement quel a été le rôle du feu et celui des eaux.

Lorsque le refroidissement progressif de notre planète eut permis à l'eau primitivement tenue à l'état de vapeurs, de s'accumuler à la surface, elle a dissous une partie des éléments fournis par le feu ; de leur contact sont résultées des actions chimiques puissantes, activées encore par le calorique ; de là dépôts énormes des matières qui ne pouvaient être maintenues à l'état de dissolution.

Plus tard, les soulèvements formés par le feu central, et les dislocations du sol qui en étaient la suite, ont rassemblé les eaux dans les vallées, y apportant les minerais métalliques qui, en s'accumulant, ont formé les filons que nous découvrons aujourd'hui. A cette époque géologique les eaux pénétrant sous les terres accumulées, formaient de nombreuses sources minérales, fortement chargées et d'une température très-élevée, conséquence inévitable de la faible épaisseur de l'enveloppe terrestre. Ces sources puissantes, sans cesse soumises aux actions chimiques, ont obstrué leurs canaux par leurs propres incrustations ; plus tard, de nouveaux bouleversements volcaniques ont encore contribué à en arrêter le cours. Aujourd'hui ces anciennes sources minérales n'existent plus, ou, pour être plus exact, ce n'est que par exception qu'on trouve dans quelques contrées des sources thermales en pleine activité, juxtaposées encore à des dépôts métallifères primitifs.

M. Daubrée (1) cite comme exemples les sources thermales de Bade, Wildbad, Liebenzell, situées dans le nord de la forêt Noire, et celles de Plombières qui ont spécialement appelé son attention.

Cet auteur ajoute : « Les faits que nous venons d'exposer montrent en quoi il conviendrait de modifier l'opinion généralement admise sur la stabilité du régime des eaux thermales ; beaucoup d'entre elles, il est vrai, sont utilisées depuis l'antiquité, sans qu'on ait constaté de changements bien sensibles dans leur composition ou leur température, mais qu'est-ce que la durée de la tradition auprès de celle des périodes géologiques, dont tant de phénomènes sont les témoins irrécusables ? »

Ainsi on se fait généralement une fausse idée de l'origine et de l'importance des eaux minérales actuelles ; leur émission est un phénomène contemporain qui ne nous donne qu'une image incomplète des faits que les eaux minérales primitives ont accompli dans les plus vastes proportions.

Dans cette étude, la chimie et la géologie se touchent, elles se prêtent un mutuel appui pour découvrir et pour expliquer la constitution et la composition des couches superficielles de notre globe. Aux temps reculés, les eaux entraînaient des masses effrayantes de matières terreuses et métalliques ; les actions chimiques et électriques se produisaient avec une puissance qui nous est inconnue et qui a faibli graduellement.

Aujourd'hui, ce qui se passe sous nos yeux ne peut nous donner qu'une idée fort imparfaite des forces primitives de la nature ; cependant, parmi les eaux qui émergent à la surface du sol, il en est dont la minéralisation offre encore une importance réelle. On voit à Saint-Nectaire (en Auvergne), des sources que M. le professeur Lecoq a spécialement étudiées ; il a trouvé, en s'appuyant sur les tableaux d'analyses chimiques récentes, qu'un litre d'eau minérale donne 6 gr. 43 cent. de substances salines. En appliquant ce calcul à un débit de 600 litres, qu'il suppose être celui de toutes les sources, il trouve un poids total de 3 kilogrammes 600 grammes par minute, ou 216 kilogrammes par heure, ou 5,184 kilogrammes par jour, ce qui donne 1,892,160 kilogrammes par an. Plus loin le même auteur ajoute : « Rien n'est plus curieux que les dépôts que forment journellement ces eaux singulières ; elles abandonnent de la silice, du fer hydroxydé, du carbonate de chaux sous toutes les formes imaginables ou laissent cristalliser de belles aiguilles d'arragonite qui tapissent d'admirables géodes. Tout cela s'opère dans les conduits souterrains que les eaux parcourent, dans les fissures des roches par où elles sont sorties, dans toutes les cavités qu'elles peuvent atteindre.

« A l'extérieur, chaque filet d'eau forme une traînée blanche qui se distingue de loin, les plantes qui végètent près des fissures du rocher sont bientôt recouvertes par la même substance, et souvent divers coquillages qu'une démarche trop lente empêche de se soustraire promptement à leur action, se trouvent pris par le dépôt calcaire et présentent le singulier phénomène de fossiles vivants. Ainsi on voit partout opérer la nature, on assiste à la naissance et à la cristallisation de ces minéraux dont on ignorait l'origine et que l'on attribuait à des causes particulières qui n'existeraient plus sur notre planète (2). »

Ce court aperçu géologique suffit pour nous indiquer les principaux phénomènes qui doivent être rapportés à l'action des eaux minérales aux différentes époques de la vie du globe et au rôle, singulièrement affaibli, qu'elles continuent à jouer de nos jours.

Après leur condition d'origine, parlons de leur composition chimique.

Lorsque l'étude des analyses était à ses débuts scientifiques, les eaux minérales étaient mal connues, aussi n'y trouvait-on qu'un petit nombre de substances tenues en dissolution. Il en est tout autrement aujourd'hui ; des progrès merveilleux ont été accomplis, et ce que l'analyse directe ne constate pas, l'analyse spectrale le démontre ; aussi notre éminent chimiste, M. Wurtz, déclare-t-il « que l'eau peut dissoudre toutes les substances solubles qu'elle rencontre dans le sein de la terre, et le nombre en est considérable. » Il ajoute : « A proprement parler, il n'existe point parmi les matériaux les plus ordinaires qui forment la croûte solide du globe, de substances absolument insolubles dans l'eau (3). » Cet auteur cite d'abord les gaz azote, oxygène, acide carbonique, acide sulfhydrique, puis viennent les sels de soude, de potasse, de chaux, de magnésie, de fer, les bromures, les iodures, les sels de lithine, de cœsium, de rubidium, récemment découverts ; les acides silicique, arsénique, borique, fluorique, sulfurique, les sels de zinc, de cuivre, d'étain, de plomb, d'antimoine, etc., et même quelquefois l'argent à l'état de chlorure (1).

A cette nombreuse série de corps minéraux dont l'existence a été signalée dans les eaux, il faut ajouter quelques matières organiques autres que les acides crénique et apocrénique, notamment la glairine et la barégine, substances qu'on trouve en abondance dans les eaux minérales des Pyrénées ; enfin, on a découvert récemment dans les eaux de Bruckenau, en Bavière, les acides propionique et butyrique ; acides organiques analogues à l'acide acétique.

Que résulte-t-il du contact de tous ces éléments tenus en dissolution dans les eaux ? Les molécules, obéissant à la loi de l'affinité, se combinent et forment des corps nouveaux, mais au moment où ce phénomène s'accomplit, il y a dégagement d'électricité ; en effet, toute action chimique est accompagnée d'action électrique.

Sur ce point aucun doute n'est possible. Les physiciens ont prouvé et admis en principe que « toute action chimique est accompagnée d'une perturbation dans l'état d'équilibre des molécules d'un corps et doit, par conséquent, être une cause de dégagement d'électricité (2). » Il faut ajouter : « Qu'il en est encore de même quand les éléments des corps se séparent ou s'unissent pour former de nouvelles combinaisons. »

Lavoisier et Laplace, soupçonnant ces phénomènes, avaient cherché à obtenir, au moyen du condensateur, des signes d'électricité de tension par l'action, sur le zinc, de l'acide sulfurique étendu ; mais ce n'est que depuis la découverte du galvanomètre multiplicateur qu'on a réussi à prouver, par des expériences directes et concluantes, que toute action chimique donne naissance à un courant électrique. C'est en 1823 qu'Oersted remarqua que si l'on fixe aux extrémités d'un galvanomètre deux pièces d'un même métal, telles que deux lames de zinc, et qu'on les plonge l'une après l'autre dans un acide étendu, on observe une déviation de l'aiguille qui indique la production d'un courant électrique (3).

L'illustre savant Faraday, précédé dans cette voie expérimentale, par MM. Becquerel père et de La Rive, auteurs de travaux importants sur ce sujet, a donné la preuve irrécusable que l'action chimique est la seule cause du développement de l'électricité. Ses recherches constituent une réfutation complète de la théorie du contact métallique et la démonstration définitive de la théorie chimique du couple voltaïque ; aussi est-ce avec raison que M. Gavarret (4) après avoir traité cette question, conclut en ces termes :

« Nous sommes donc en droit de dire avec M. Faraday :

A. L'action chimique dégage de l'électricité.

B. Le courant s'établit au moment où l'action chimique commence et dure aussi longtemps qu'elle.

C. Le courant s'affaiblit toutes les fois que l'intensité de l'action diminue, le courant s'arrête en même temps que l'action chimique.

D. Le sens du courant change en même temps que le sens de l'action chimique.

E. Toute variation survenue dans l'intensité ou le sens de l'action chimique s'accompagne nécessairement d'une variation correspondante dans l'intensité ou le sens du courant.

F. En l'absence d'action chimique, le couple voltaïque ne fournit pas de courant. »

Une expérience fort simple que nous empruntons à M. Becquerel, met ces faits en évidence et détruit toutes les objections : On prend deux capsules en platine remplies d'acide nitrique, et mises en communication avec un galvanomètre au moyen de fils de platine et de deux lames de même métal ; on place les deux capsules à un décimètre de distance l'une de l'autre, on les fait communiquer au moyen d'une mèche de coton imbibée d'eau et soutenue convenablement au milieu avec un tube de verre ; cette mèche, en raison de sa longueur et de la différence de poids spécifique des deux liquides, s'oppose longtemps à leur réunion ; on pose doucement, avec un tube, à côté l'une de l'autre, une goutte d'acide et une goutte d'une solution alcaline de potasse ou de soude caustique. Tant que les deux gouttes sont séparées, il n'y a aucun effet produit, mais dès l'instant que leur réunion a lieu, il y a production d'un courant électrique qui annonce que l'acide a laissé dégager de l'électricité positive et l'alcali de l'électricité négative. Dans ce cas on ne peut attribuer l'effet produit au contact du platine d'une part avec l'acide, de l'autre avec l'alcali, puisque le platine est en contact de chaque côté avec de l'acide nitrique (5).

Abandonnons actuellement les expériences du laboratoire et portons nos recherches sur les eaux minérales telles que la nature nous les offre.

Il est démontré par tout ce qui précède, que les eaux minérales sont des dissolutions salines, de composition variable, plus ou moins chargées, contenant plusieurs gaz, mais peu ou point d'oxygène.

(1) Daubrée, membre de l'Institut. *Mémoire sur la relation des sources thermales de Plombières avec les filons métallifères.* Paris, 1858. In-8°.

(2) H. Lecoq. *Les eaux minérales du massif central de la France.* Un vol. in-8°, pages 45 et 49. Paris, 1864.

(3) Wurtz. *Traité élémentaire de chimie médicale.* Tome Ier, page 78.

(1) Wurtz. *Traité élémentaire de chimie médicale.* Tome Ier, page 79.

(2) De La Rive. *Traité d'électricité théorique et appliquée.* Tome II, page 590. Paris, 1856.

(3) De La Rive. *Traité d'électricité théorique et appliquée.* Tome II, page 590. Paris, 1856.

(4) Gavarret. *Traité d'électricité.* Tome Ier, page 412.

(5) M. Becquerel. *Éléments d'électro-chimie*, page 72. Un vol. in-8°. Paris, 1864.

Elles sont de composition variable parce que les filets d'eau qui se rendent à la source principale entraînent avec eux des molécules des terrains qu'ils ont parcouru; ils ne tardent pas à rencontrer des molécules d'une autre nature, apportées également par des filets ayant une autre origine, ces corps mis ainsi en contact, réagissent les uns sur les autres, produisent des actions chimiques et déterminent en même temps des actions électriques : ces phénomènes continuent aussi longtemps que les mêmes causes agissent, ils augmentent même quelquefois au contact de l'air, par suite de l'absorption rapide de l'oxygène et des combinaisons nouvelles qui se produisent.

Pour s'assurer de l'exactitude de ces faits, il suffit de mettre dans un vase contenant de l'eau minérale, récemment puisée, deux électrodes en platine, reliées au galvanomètre par un fil métallique ; à l'instant l'aiguille de l'instrument dévie et atteste l'existence d'un courant électrique; ainsi point de doute possible, les eaux minérales sont des liquides tenant en dissolution des corps qui réagissent les uns sur les autres et produisent des actions électriques.

Lorsque les électrodes plongent toutes deux au fond du vase contenant de l'eau, l'action des matières alcalines domine et le courant est négatif; mais si les électrodes sont disposées de façon à ce qu'une seule plonge au fond du vase et que l'autre soit tenue à la surface de l'eau, le courant change de signe, il devient positif, ce qu'il faut attribuer à l'oxygène, conformément à la loi qui démontre que tant que dure la réaction chimique, l'oxygène prend la tension positive et la base prend la tension négative.

On ne constaterait aucun de ces phénomènes si les liquides étaient homogènes, car la science démontre encore que, dans cette condition, il n'y a pas d'électricité produite.

Pour s'en convaincre on peut, si on n'est point en situation d'opérer immédiatement sur des eaux minérales naturelles, composer des eaux artificielles en faisant une dissolution de corps qui réagissent les uns sur les autres ou sur lesquels le contact de l'air agit promptement : la composition habituelle du bain de Baréges suffit pour le succès de l'opération; l'hydrosulfate de soude cristallisé, le carbonate du même sel et le chlorure de sodium dissous dans de l'eau distillée, privée d'air, donnent à l'instant de puissantes réactions qui se manifestent par la rapidité et l'énergie de la déviation de l'aiguille du galvanomètre. Lorsque les deux électrodes sont au fond d'un vase de 10 à 15 centimètres de profondeur, le courant est négatif; mais si une des électrodes vient à être tenue à la surface, le signe change et le courant devient positif.

Ces recherches quelque précises qu'elles soient, peuvent cependant rencontrer des opposants qui, s'appuyant sur les belles expériences de Grove, par lesquelles ce savant a démontré que, sous l'influence du platine, l'action de l'hydrogène et de l'oxygène sur l'eau peut donner naissance à un courant électrique constant, soutiendrait que, dans les conditions où nous nous sommes placés, le platine était le producteur et non le révélateur du courant.

Afin de dissiper les doutes et d'éviter de nouvelles objections, j'ai suivi de nouveau le conseil qui m'avait été donné par l'illustre Matteucci, dans une lettre en date du 23 octobre 1863, et j'ai remplacé le platine par des électrodes en zinc amalgamé plongeant dans une dissolution de sulfate de zinc saturée et neutre. Voici comment j'ai opéré : Un vase en verre blanc, de 20 centimètres de hauteur, fut rempli à moitié d'eau distillée, on y plaça deux petits vases poreux contenant, chacun, une partie de la dissolution de sulfate de zinc saturée et neutre; les électrodes en zinc amalgamé y furent plongées, puis reliées, par leur extrémité libre, au galvanomètre. L'appareil ainsi établi ne donna pas trace d'électricité, ce qui concordait avec la loi qui établit qu'il n'y a pas production d'électricité lorsque les liquides sont homogènes; ajoutons, en outre, que l'eau distillée, chimiquement pure, conduit très-mal l'électricité.

A cette eau distillée nous ajoutâmes une dissolution de sulfate de fer; l'aiguille conserva encore l'immobilité puisque le liquide n'avait pas cessé d'être homogène; mais après y avoir ajouté une dissolution de carbonate de soude, il se produisit à l'instant une action chimique productrice d'électricité; le fer abandonne l'acide sulfurique qui s'empare de la soude et forme du sulfate de soude, l'acide carbonique s'unit au fer et donne un carbonate de protoxyde de fer; cette double action chimique développe de l'électricité qui, passant sous forme de courant, à travers la dissolution de sulfate de zinc, parvient aux électrodes qui y plongent, et fait dévier avec énergie l'aiguille du galvanomètre.

Ces expériences rendent la démonstration complète ; nous ne voyons plus quelles objections pourraient encore être produites; nous nous croyons donc solidement fondés à répéter que les eaux minérales sont des liquides élevés à l'état dynamique par les actions chimiques et électriques que déterminent les réactions réciproques de leurs molécules constituantes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Blennorrhée bronchique guérie par le copahu.

Le fait suivant montre combien l'emploi des térébenthinés, et en particulier du copahu, peut être utile dans le traitement des hypersécrétions passives des bronches.

Un malade d'environ 50 ans, bien conservé, atteint depuis plusieurs années d'une toux avec expectoration abondante, est admis dans le service de M. le professeur Hirtz, à Strasbourg. A son entrée on constate une toux grasse avec une expectoration tellement abondante qu'elle atteint presque un litre. C'est un liquide clair, transparent, non spumeux, légèrement filant et laissant déposer au fond du vase de verre une poussière tomenteuse, blanche, composée de globules muqueux et de débris d'épithélium. L'analyse chimique n'y découvre qu'un peu de mucus avec beaucoup d'eau et absence complète de sulfo-cyanure, preuve évidente que ce n'est point de la salive buccale, comme son apparence semblerait l'indiquer. Ce produit n'est d'ailleurs émis que par expectoration. L'auscultation ne révèle qu'un peu de sibilance bronchique assez disséminée dans les poumons, sans aucun autre signe de lésion. C'est le *catarrhe pituiteux* des anciens ou la phlegmorrhagie de Laënnec.

On administre le baume de copahu en capsules, à la dose de 4 grammes par jour. Dès le troisième jour, le liquide diminue de quantité, sans changer de qualité. Au bout de dix jours de traitement, l'expectoration pituiteuse était réduite à quelques cuillerées, et toujours semblable à la sécrétion primitive. Le malade se sentait très-soulagé; la toux avait presque disparu ainsi qu'un certain degré d'oppression habituelle.

Il est à remarquer, au point de vue de l'indication, que dans ce cas tout élément d'irritation manquait.

Emploi de la fève de Calabar dans le traitement des affections nerveuses.

Le docteur Har Laurin, médecin de l'hôpital de Greenwich, a récemment expérimenté le *physostigma venenosum* dans la chorée et les convulsions de l'enfance.

Un jeune choréique âgé de neuf ans fut guéri complétement au bout de deux mois de traitement. On avait déjà épuisé plusieurs médications et on le soumettait à l'emploi des toniques lorsqu'il entra à l'hôpital. Voici le traitement qui lui fut appliqué :

Liqueur de fève de Calabar.	0 gr. 12
Glycérine et eau de source. . . . . àâ	32 gr. »

à prendre trois cuillerées par jour.

Entré le 27 juin 1865, ce jeune malade put s'habiller tout seul vers la fin de juillet, et le 25 août il sortait parfaitement guéri.

La liqueur de calabar employée, consistait en une solution de l'extrait aqueux dans la glycérine, elle était d'une force telle, que 0 gr. 06 égalait 24 centigrammes de la fève.

La même médication appliquée à une petite fille de quatre ans et demi, sujette depuis neuf mois à des convulsions, donna aussi des résultats très-satisfaisants (*The Lancet*, septembre 1865.)

Traitement expéditif du coryza.

Nous avons fait connaître récemment le nouveau mode de traitement du coryza par les inhalations iodées, dû à M. le docteur Luc. Voici un nouveau moyen très-expéditif, indiqué par le docteur Paillon (de Sainte-Foy) (*Gazette médicale de Lyon*, nº 24) et dont l'application exigerait, non plus quelques heures, mais quelques minutes seulement.

Il consiste à passer plus ou moins rapidement sous le nez un flacon préalablement débouché, renfermant quelques grammes d'ammoniaque liquide. La rapidité qui doit présider à cette inhalation est en rapport avec l'intensité et le degré de la phlegmasie nasale. Si l'odorat est aboli, si les narines sont bouchées par suite du gonflement de la muqueuse et partant la respiration impossible par ces canaux, on fait maintenir sous le nez le flacon d'alcali volatil jusqu'à ce que les vapeurs de cet agent soient perçues, ce qui ne tarde pas à arriver, et ce résultat obtenu, le flacon est aussitôt retiré, pour être, quelques minutes après, repassé sous le nez, mais cette fois plus rapidement.

En répétant cette petite manœuvre opératoire sept ou huit fois dans l'espace de quatre à cinq minutes, l'occlusion des narines a cessé, la perception sensoriale est revenue et la sécrétion du mucus irritant est tarie. Il ne reste dans les fosses nasales — et encore pas toujours — que quelques croûtes absolument insignifiantes dues à l'inflammation substitutive produite par les émanations de l'ammoniaque.

M. le docteur Paillon a plusieurs fois employé ce moyen sur lui-même, et depuis douze ans il le conseille dans sa clientèle avec un succès toujours complet.

De l'emploi de l'iode comme moyen de traitement curatif de la fièvre typhoïde.

Le docteur Regis se trouvait, il y a quelques années, au milieu d'une épidémie de fièvre typhoïde, caractérisée, dès son début, par la prédominance marquée des phénomènes nerveux, qui ne tardèrent pas à s'aggraver. Attribuant un état ataxique si rapide et si grave aux effets d'une intoxication miasmatique agissant à la façon d'un ferment putride, il chercha à en arrêter la marche au moyen de l'iode intus et extra. Il soumit, en conséquence, quelques malades à l'usage de la pommade iodée, en frictions sur le ventre, pendant qu'à l'intérieur, il leur faisait prendre, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Sirop de sucre.	30 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.	20 —
Eau de tilleul	60 —
Teinture alcoolique concentrée d'iode. .	0,20

Dans tous les cas où cette médication fut appliquée, c'est-à-dire chez six malades, M. Regis remarqua la prompte diminution, puis la cessation des symptômes nerveux. (*Gazette hebdomadaire*, Nº 52, 1865.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 octobre 1865. — Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. BOYER. Dans un excellent mémoire de M. le Cœur (de Caen), sur les applications thérapeutiques, principalement chirurgicales, de l'alcool, l'auteur a émis l'idée que des injections intra-utérines de cet agent pourraient peut-être trouver une indication préventive des accidents puerpéraux ; mais, jusqu'à présent, personne n'en avait fait la tentative.

Tout en faisant mes réserves sur la valeur d'un fait unique, je vais vous le résumer.

Il y a environ deux mois, une jeune femme accouchée dans des conditions satisfaisantes, huit jours après, commit un très-léger écart de régime, à l'occasion du baptême de l'enfant. A minuit, elle fut prise d'un frisson très-violent avec un notable refroidissement de tout le corps, de la faiblesse du pouls, et des étouffements considérables. A peine pouvait-elle respirer, et elle criait sans cesse : j'étouffe ! j'étouffe !

Elle demande avec instance un vomitif pour la débarrasser. Je consentis à lui donner de l'ipécacuanha.

Deux heures après, nouveau frisson non moins fort que le premier, et phénomènes généraux aussi inquiétants.

Je lui prescrivis des boissons aromatiques, et, le lendemain à midi, en présence d'un troisième frisson très-alarmant, accompagné d'envies de vomir, il ne restait plus de doute dans mon esprit sur l'imminence d'une fièvre puerpérale, et je considérai dès lors la malade comme perdue.

En présence d'un tel pronostic, je résolus de faire une injection intra-utérine, avec 4 gr. de teinture alcoolique d'aloès et 100 gr. d'eau distillée.

Plus de la moitié de ce mélange fut injecté au moyen d'une sonde et d'une seringue ordinaire. Le ventre est resté souple, indolore, et le frisson ne s'est plus reproduit après l'opération. Un mieux notable en a été la conséquence.

Le lendemain soir, douleur intense dans la région ovarique gauche. Dix sangsues y sont appliquées et, à partir de ce moment, la malade a été guérie. Je crois fermement que cette guérison est due à l'injection, sans prétendre toutefois juger la question des injections alcooliques intra-utérines.

M. MATTEI. Le fait de M. Boyer, intéressant à plus d'un titre, soulève une question sur laquelle je regrette d'être pris à l'imprévu, mais à laquelle pourtant je crois devoir faire déjà quelques observations.

L'emploi des alcooliques sur les plaies remonte jusqu'à l'empirisme. Ainsi, je me rappelle avoir vu en Corse les paysans laver les plaies avec du vin. Moi-même, j'en fais un usage constant dans ma pratique obstétricale, et voici comment j'y ai été conduit il y a déjà plusieurs années.

Pendant un été, je fus frappé de la promptitude que mes urines mettaient à se décomposer dans le cours d'une seule nuit; ne me doutant pas que j'allais faire une expérience, je versai un soir dans le vase l'excédant du vin que je venais de boire, et quelle ne fut pas ma surprise lorsque je trouvai le lendemain matin mes urines sans l'odeur habituelle. Le vin avait empêché la décomposition.

Ce fait, ayant appelé mon attention, je ne tardai pas à le comparer à l'effet que nous voyons tous les jours, lorsque pour conserver les produits organiques nous les plongeons dans l'alcool. Les produits alcooliques étaient donc des anti-putrides par excellence ; aussi je n'ai pas cessé de les employer chez les femmes en couche : soit à l'intérieur, pour soutenir leurs forces, soit à l'extérieur, pour éloigner les décompositions et les résorptions auxquelles ces malades sont malheureusement sujettes.

Il m'arrive souvent de prescrire des injections vaginales avec du vin, dans les cas de lochies très-fétides, mais je n'ai pas encore osé faire ces injections dans l'utérus, à plus forte raison je n'ai pas fait des injections dans cet organe avec de l'alcool.

M. le docteur Bataillhé, qui dans ces derniers temps a présenté divers travaux aux académies sur l'emploi de l'alcool dans le pansement des plaies, a donc préconisé un moyen que pour mon compte j'avais déjà jugé ; mais M. Le Cœur, qui a aussi prôné cet emploi, a été plus loin et a proposé, il y a environ deux ans, les injections d'alcool dans l'utérus, comme moyen préventif ou curatif de la fièvre puerpérale. C'est seulement dans ces derniers mois, au contraire, que M. Bataillhé a proposé aussi ces injections ; mais personne, je crois, ne les avait tentées. C'est à M. Boyer que revient l'honneur, par conséquent, de les avoir employées le premier et avec succès.

L'idée de laver la cavité même de l'utérus par des injections est assez ancienne, et il y a bien des années que M. Piorry croyait mettre par là les femmes en couche à l'abri des accidents puerpéraux. Ce conseil n'a pourtant pas été imité souvent, et si j'ai fait moi-même des injections intra-utérines dans les cas de rétention du délivre putréfié ou dans les cas de métrorrhagie que d'autres moyens ne pouvaient pas arrêter, je me suis servi d'eau astringente ou d'une solution de perchlorure de fer, jamais d'alcool. Sans pouvoir indiquer ici, du reste, tous les moyens que j'emploie pour conjurer la fièvre puerpérale ou pour la traiter, je crois pouvoir dire que je pourrai me passer pour cela des injections intra-utérines, ou je ne le ferai qu'à la dernière extrémité.

En effet, ces injections ne sont pas sans danger; ainsi, outre la douleur qu'elles peuvent occasionner et qu'une main habile peut diminuer, ces injections peuvent exposer à la pénétration du liquide injecté dans les sinus utérins béants et à la mort subite de la femme. Les injections intra-utérines pendant l'état de vacuité, comme on sait, ont été abandonnées, attendu les douleurs violentes et quelques fois les péritonites qu'elles ont occasionnées. Je connais plusieurs cas de mort subite arrivée chez des femmes grosses où l'on voulait provoquer le travail prématuré par des injections intra-utérines. Je n'en ai jamais eu dans ma pratique, mais ces cas sont arrivés sous la main même de professeurs et d'agrégés assez expérimentés pour faire

croire qu'ils ne résultaient pas d'une maladresse. Ces morts subites ne peuvent avoir eu lieu que par suite de pénétration du liquide injecté dans la circulation à travers les sinus utérins béants.

Quant au fait de M. Boyor, il est là, et le résultat heureux en est la meilleure recommandation. L'injection a pu agir en arrêtant la décomposition des détritus utérins qui se résorbaient, mais elle a pu opérer aussi comme excitant, de manière à faire rétracter l'utérus, et fermer les sinus béants. Pour moi, la contraction utérine après l'accouchement est un fait capital, c'est elle qui préserve des résorptions; aussi je la favorise, je la provoque par plusieurs moyens, sans avoir besoin de recourir aux injections intra-utérines ultérieures.

Pour me résumer, je suis heureux de voir une fois de plus l'application des alcooliques dans les accidents puerpéraux, et je félicite M. Boyer d'avoir le premier porté ces liquides dans l'intérieur même de la cavité utérine, mais j'avoue que je n'oserais l'imiter qu'à la dernière extrémité, et il ne serait peut-être pas sans danger d'introduire ce moyen dans la pratique obstétricale. Je préfère pour mon compte provoquer la contraction utérine par des moyens plus innocents et mettre, par conséquent, l'utérus dans l'impossibilité de contenir une quantité dangereuse de matières en décomposition.

M. MALLEZ. La pratique des injections intra-utérines a été savamment appréciée dans un mémoire de Kiwisch, qui a donné une statistique de 12 cas dont 3 morts seulement.

M. MASSON. Un cas heureux ne peut servir de base à une telle pratique. Les moyens sont nombreux par lesquels on a sauvé des femmes atteintes de fièvre puerpérale. J'en ai guéri une avec le chlorure de sodium, d'autres ont obtenu le même résultat en couvrant le ventre de glace. Ce dernier moyen m'a très-bien réussi chez une jeune fille de quatorze ans, atteinte de péritonite récidivée, après avoir passé par l'ascite, l'hydrothorax. Treize jours d'application de la glace dans une vessie sur le ventre ont triomphé de la maladie.

M. MALLEZ fait une communication sur l'essence de Santal jaune dans le traitement de la gonorrhée.

M. Genets de Servières a publié récemment dans la *Gazette hebdomadaire*, un article sur les propriétés de l'essence de Santal jaune, et M. Panas a fait quelques jours après une communication sur le même sujet à la Société de chirurgie.

La petite expérimentation que M. Mallez a faite de ce médicament, confirme de tous points ce que ces Messieurs en ont annoncé, à cette différence près, toutefois, que son administration a déterminé de la diarrhée que l'on peut, il est vrai, mettre jusqu'à plus ample informé, au compte de l'influence épidémique régnante.

L'écoulement est très-rapidement modifié par l'essence de Santal jaune, et le pus gonorrhéïque disparaît très-vite (36 ou 48 heures), pour faire place au muco-pus.

Mais il faut se rappeler que c'est là ce qu'on obtient, sinon tout aussi rapidement, du moins presque aussi facilement par presque tous les moyens de traitement de la gonorrhée. Les balsamiques, les antiphlogistiques, etc., etc., tout réussit à peu près de même. Dans cette période, il reste donc à voir si l'essence de Santal jaune aura la même efficacité dans la seconde phase de la maladie, dans la phase chronique, la blennorrhée proprement dite, celle qui offre le plus de difficultés et contre laquelle tant de choses ont été proposées, sans que pour cela il n'y ait encore bon nombre de cas rebelles et dont le temps seul triomphe. Si l'essence de Santal jaune parvient à la combattre efficacement, elle constituera assurément une précieuse ressource thérapeutique.

M. CORLIEU. Il faut dans ces cas tenir compte des diathèses des malades et les traiter simultanément.

M. MALLEZ. Tout en tenant compte des diathèses, ce que l'on ne doit jamais oublier, il n'y a pas de moyen curatif absolu, et l'on ne fera pas mal, souvent, de suivre l'exemple de M. Ricord, qui dit à ces malades : Allez-vous-en, n'y regardez plus, n'y touchez plus et buvez beaucoup.

Accès d'épilepsie chez un goutteux. — M. LEGRAND DU SAULLE. Dans le traitement des maladies nerveuses, le succès consiste fréquemment dans la recherche minutieuse des causes. J'ai eu récemment une nouvelle preuve de toute l'exactitude de cette proposition, et je demande à la Société la permission de l'en entretenir très-brièvement.

J'ai donné des soins à un jeune homme de trente ans, d'une constitution très-vigoureuse, d'une force musculaire peu commune, dont le grand-père est mort de la pierre et de la goutte, dont le père a la gravelle, et qui a deux oncles goutteux et un frère affecté de goutte et de gravelle. Ce malade a éprouvé, en 1861, une violente colique néphrétique et deux mois après, en jouant un soir au billard, il a subitement pâli, est tombé et a présenté tous les phénomènes ordinaires d'un accès d'épilepsie. A partir de ce moment, il eut une crise semblable tous les quarante ou cinquante jours, mais il continua à jouir des apparences de la plus robuste santé et il ne songea pas à modérer son système exagéré d'alimentation.

Je fus consulté au mois de juin 1863 et l'étiologie des attaques nerveuses m'échappa complétement. Le malade se préoccupait principalement d'une souffrance assez vive dans la région des reins et il appréhendait très-fort l'invasion d'une nouvelle colique néphrétique. Un jour, à six heures du matin, il eut un accès d'épilepsie. Je n'arrivai auprès du malade que vingt minutes après, et comme je remarquai quelques traces de congestion encéphalique, je prescrivis un pédiluve très-chaud, des sinapismes aux jambes et un lavement avec 30 grammes de sulfate de soude. Dans la nuit, éclata un premier accès de goutte au gros orteil du pied gauche!

Ce dernier accident fut pour moi un trait de lumière. — La pensée me vint que je n'avais eu jusqu'alors affaire qu'à un cas de goutte larvée et qu'à des crises nerveuses dépendant de la diathèse urique. J'instituai, en conséquence, une médication consistant dans l'usage d'une eau minérale alcaline et de quelques pilules de valérianate de quinine, puis je recommandai une excessive sobriété et beaucoup d'exercice.

Depuis deux ans, le malade n'a plus d'accès d'épilepsie : il reprend souvent des pédiluves très-chauds, et il recourt de temps en temps à l'usage des alcalins et du valérianate de quinine; il s'est habitué à manger moins, à ne plus boire que de l'eau rougie, à bêcher son jardin, à faire des armes, à marcher et à chasser. Les reins sont absolument indolores, les urines sont limpides et ne charrient aucun sable, mais il survient à peu près trois ou quatre fois par an un très-léger et très-court accès de goutte, dont toutes les manifestations sont scrupuleusement respectées et qui guérit par l'expectation pure et simple.

La seule conclusion que je veuille tirer de ce fait très-significatif, c'est que, chez certains individus prédisposés à la goutte, la maladie peut rester à l'état latent pendant un certain temps; qu'il existe une goutte larvée, et que ce dernier état peut se manifester, dans des cas très-rares, par des accidents nerveux épileptiques.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DUPUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 6 janvier 1866, M. Bouley, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, a été nommé inspecteur général des Écoles vétérinaires, en remplacement de M. Lecoq, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— Par décret du 23 décembre 1865 ont été promus, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° Au grade de médecin aide-major de 1re classe, MM. les aides-majors de 2e classe : Pellegrin, Papillon, Bleicher, Puigaud, Cros, Hériot, Fournier, Gérard, Rinaldi, Fabriès, Phélippon, Vaumerris, Duchemin, Bontemps, Barbier, Cuvillon, Klée, Brousson, Renaud, Bertele, Jacquez, Jossot, Gaumé, Bertrand, Crouzillard, Thurel, Delmas, Louis, Rhemis, Lomet, Dumayne, Sonrel, Pineau, Ricou, Arnaud, Beauliès, Montet, Josien, Planque, Thomas, Aubert, Delort;

2° Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe, M. le pharmacien aide-major de 2e classe Ulrich.

— La première série des épreuves pour le concours d'agrégation en médecine vient de se terminer.

Ont été déclarés admissibles — par ordre alphabétique : MM. Ball, Barnier, Baudot, Blachez, Desnos, Ferrand, Gouraud, Isambert, Martineau, Paul, Péters, Proust, Raynaud, Simon.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le docteur Charles Masson. Cet honorable confrère vient de succomber aux suites d'une pleurésie aiguë. Ses obsèques auront lieu dimanche à midi, à Saint-Germain-des-Prés.

— M. le docteur Racle, médecin des hôpitaux, et M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, commenceront, le lundi 15 janvier 1866, une nouvelle série de cours de pathologie interne et externe, qui seront continués tous les jours à deux heures trois quarts, rue de Vaugirard, 33.

M. Fort commencera, le jeudi 11 janvier, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de M. Auzoux, un cours sur l'anatomie du système nerveux et des organes des sens.

De la mort subite des enfants nouveau-nés, par le docteur VERRIER. In-8°. Prix : 75 cent. franco. — Paris 1865, Adrien Delahaye.

Quelle doit être la conduite de l'accoucheur lorsqu'il est obligé d'intervenir dans les positions occipito-postérieures, par le docteur VERRIER. In-8°. Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Thérapeutique de la Phthisie pulmonaire, basée sur les indications, ou l'art de prolonger la vie des phthisiques par les ressources combinées de l'hygiène et de la matière médicale, par J. B. FONSSAGRIVES, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8° de 450 pages. Prix : 7 fr. — Paris 1866, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 6. — MARDI 16 JANVIER 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 16 JANVIER 1866. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. CHARRIER.

Cystocèle bilobée sus-pubienne et vaginale faisant obstacle à l'accouchement.

(Observation lue à la Société de médecine de Paris.)

Madame X..., d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament lymphatique sanguin, d'une grande énergie, a eu sept enfants; elle est à sa huitième grossesse, elle est âgée de trente-deux ans. Ses deux derniers accouchements ont été difficiles : l'un s'est terminé par l'application du forceps, application qui a été motivée par une inertie complète de l'utérus; l'autre, par une version, la plus difficile peut-être que j'aie pratiquée de ma vie. A sa huitième grossesse, madame X... me fit appeler vers le quatrième mois, elle avait de petites douleurs, de fréquentes envies d'uriner, et avait perdu un peu de sang. Je pratiquai le toucher, et je trouvai la matrice plus basse qu'elle ne l'est ordinairement à cette époque de la gestation, puis je constatai une amplitude exagérée du vagin et, par le palper abdominal, une flaccidité très-grande de la paroi abdominale antérieure, compliquée d'écartement considérable de la ligne blanche. Cet état s'explique par le nombre des grossesses antérieures, et par la grande quantité de liquide amniotique qui accompagne chaque gestation. Je prescrivis le repos au lit, des grands bains, quelques lavements laudanisés et l'usage d'une ceinture qui soutiendrait la paroi abdominale.

Madame X... resta huit jours au lit, et tout rentra dans l'ordre.

Au neuvième mois de sa grossesse, madame X... me mande pour quelques contractions utérines prématurées. Je l'examine, et je trouve la partie fœtale assez haute, contrairement à mon attente. L'auscultation donne une première position du sommet; par le toucher, on apprécie mal la partie fœtale, elle est assez mobile et au-dessus du détroit supérieur.

Trois semaines après, le 14 mars 1865, on vient me chercher à cinq heures du soir pour madame X... Je la trouve assise, elle a de fréquentes envies d'uriner qu'elle satisfait. J'examine l'urine, point d'albumine. Je pratique le toucher, j'atteins plus difficilement encore que la première fois la partie fœtale, et ce n'est qu'en introduisant les deux doigts de la main droite, l'index et le médius, que je peux porter un diagnostic certain. C'est la tête qui se présente en première position. Seulement, je constate de nouveau l'amplitude exagérée du vagin; toutes les parois de cet organe sont flasques, flottantes et d'une mollesse extrême.

Il y a encore un peu de col.

Je quitte la malade en lui recommandant de rester au lit. Je reviens à huit heures du soir, et voici les changements qui se sont opérés : La tête est toujours haute, mais le col est entièrement effacé, et la dilatation de l'orifice est égale à la circonférence d'une pièce de 5 francs. Les douleurs sont peu vives, espacées, et s'arrêtent brusquement; elles ne portent pas; quelquefois, il se passe une demi-heure sans contractions utérines; c'est un travail ennuyeux, le *tœdious labour* des Anglais.

Je laisse la patiente tranquille jusqu'à minuit, horizontalement couchée pour éviter la rupture prématurée des membranes. La dilatation se fait lentement, mais vers minuit et demie, les douleurs se réveillent, la poche des eaux se rompt spontanément. Je pratique le toucher, et c'est maintenant que commence la partie intéressante de cette observation :

Il m'est impossible d'atteindre l'orifice utérin ni même de sentir le segment inférieur de l'utérus. La matrice semble remontée. J'introduis deux doigts, je ne perçois absolument rien, ce n'est partout que parois vaginales flasques en arrière et sur les côtés, rénitentes en avant et sous la symphyse pubienne. J'attends quelques instants, la malade est tranquille pendant l'intervalle des douleurs, le pouls bat 76 fois par minute, la peau est fraîche, le ventre indolore, mais les contractions utérines sont écourtées, et sous l'influence des efforts utérins, on n'a que la sensation confuse d'un corps dur qui est séparé du doigt par une poche rénitente et comme distendue par un liquide; aussi loin que mes doigts peuvent atteindre, je ne peux pas arriver à circonscrire cette tumeur. Grand est alors mon étonnement! A quoi ai-je affaire? Quel est le cas pathologique qui s'offre à mon observation?

Je palpe l'abdomen avec le plus grand soin, je percute, et je sens derrière les pubis la tête du fœtus, puis, un peu au-dessus, une tumeur rénitente qui a la forme de la vessie distendue par l'urine. J'écarte d'abord cette idée, puisque, au commencement du travail, madame X... a uriné fréquemment et copieusement (près de 1,000 grammes). Cependant en réexaminant le ventre, en palpant la tumeur sus-pubienne, je reviens à mon idée première; mais alors quelle est la nature de la tumeur vaginale? Est-ce un kyste? Il n'existait pas alors au commencement du travail. Est-ce un thrombus de la vulve et du vagin? Mais ce n'est pas la place ordinaire de ces ruptures veineuses. Ordinairement les thrombus ont leur siége dans les parois latérales du vagin, ou même postérieure, ou bien encore dans l'épaisseur des grandes lèvres; mais en admettant l'existence d'un thrombus, quelle serait alors la nature de la tumeur sus-pubienne?

Pour éclairer le diagnostic, je cherche à introduire une sonde de femme dans le méat urinaire; il m'est impossible de pénétrer. Je tâtonne, je cherche à cathétériser de bas en haut pour pénétrer dans la tumeur sus-pubienne, ou de haut en bas, et presque horizontalement, pour pénétrer dans la tumeur vaginale. Toutes ces tentatives sont infructueuses.

Alors je me décidai à introduire la main entière dans le vagin, résolu à aller aussi haut que possible pour terminer, s'il y avait lieu, l'accouchement, ou tout au moins pour tâcher de savoir à quoi m'en tenir et porter un diagnostic certain. J'introduisis donc la main entière, doucement, lentement, à plat comme pour l'application du forceps, au détroit supérieur; en opérant cette manœuvre, je suivais toute la partie inférieure de la tumeur vaginale; elle allait jusqu'au cul-de-sac du vagin; arrivé là, je repliai mes doigts, et je pus embrasser la partie supérieure et postérieure de la tumeur; au-dessus, à peu près à sa partie moyenne, reposait comme sur un oreiller à air l'orifice utérin dilaté par la tête du fœtus.

Évidemment c'était là l'obstacle qu'il fallait vaincre; car, en admettant que ce fut la vessie distendue par l'urine, ce qui me paraissait être vrai, j'avais à craindre une rupture spontanée de cet organe.

Alors je me mis à faire, pour ainsi dire, le taxis de cette tumeur, je la comprimai doucement dans l'espoir de faire refluer le liquide dans la tumeur sus-pubienne, si tant est que les deux tumeurs communiquassent ensemble; je ne pus y parvenir. Je fus, je l'avoue, tout à fait désorienté par ce nouvel insuccès.

Je laissai reposer un quart d'heure la malade qui commençait à devenir inquiète, et pendant ce temps, je me mis à réfléchir.

En rapprochant les symptômes, le siége anatomique, les caractères anatomiques des deux tumeurs, je m'arrêtai à cette idée, à savoir : 1° que la vessie, énormément distendue, était séparée en deux lobes, l'un sus-pubien, l'autre vaginal par la tête du fœtus; 2° qu'il fallait à toute force changer les rapports de cette tête avec le réservoir urinaire; 3° que si je parvenais, par une manœuvre quelconque, à faire changer de place la tête et partant à faire cesser la compression de la tête sur la vessie, ce réservoir se viderait de lui-même ou pourrait être vidé, et alors l'accouchement se terminerait sans encombre.

Fort de cette idée qui me paraissait juste et rationnelle, je fis placer la malade sur ses genoux et sur ses coudes; j'ai dit au commencement de cette observation qu'il y avait un écartement de la ligne blanche, une grande flaccidité de la paroi abdominale. J'espérais alors que la tête, n'étant pas soutenue, descendrait un peu vers l'ombilic. C'est ce qui arriva en effet : la tête du fœtus quitta la partie postérieure de la symphyse pubienne, et alors, à ma grande joie, la malade laissa échapper un flot considérable d'urine, — et tellement abondant qu'elle remplit presque un vase de nuit. Je comprimai alors les deux tumeurs par une main appuyée sur le ventre, tandis que l'autre, introduite dans le vagin, faisait la réduction de la tumeur vaginale. — Il était alors quatre heures du matin, les douleurs se ranimèrent, devinrent franchement expultrices, et notre malade accoucha naturellement d'un enfant vivant à quatre heures et demie.

J'avais donc eu affaire à une cystocèle bilobée suspubienne et vaginale. Le cathétérisme avait été rendu impossible par la compression de la tête qui avait aplati, suivant sa longueur, le canal de l'urètre. Aurais-je mieux réussi si j'avais eu à ma disposition une algalie flexible? Je ne le crois pas; je n'aurais pas pu déplisser le canal urétral qui était replié sur lui-même comme une lorgnette. Enfin ce serait à tenter, si un cas semblable se représentait. Ce qu'il aurait fallu faire, c'eût été de sonder la malade au début du travail, mais pouvais-je le faire? pouvais-je seulement y penser? Notre patiente avait uriné spontanément et à diverses reprises devant moi.

Il restait à vérifier une chose, c'était la capacité du réservoir urinaire. C'est ce que je pus faire vers le quatrième jour. Mme X... urinait difficilement, je profitai de cette circonstance, je la sondai, et après avoir évacué le liquide, j'injectai avec une seringue d'enfant à peu près deux litres et demi d'eau tiède. Je ne reproduisis plus que la cystocèle vaginale; on sentait bien un peu la vessie distendue derrière les pubis, mais elle ne faisait plus de saillie; ce qui se comprend puisqu'il n'y avait plus de tête fœtale qui refoulât en avant cet organe et qui l'empêchât de se dilater en arrière dans la cavité abdominale.

J'ai peut-être été un peu long, mais je ne pouvais guère faire autrement. Je ne connais pas d'observation semblable dans la science; j'ai cherché dans les traités spéciaux, dans les recueils périodiques, je n'ai rien trouvé de pareil. Aussi ai-je dû décrire toutes les péripéties que j'avais traversées, dire toutes mes craintes, toutes les incertitudes de diagnostic, car j'ai eu pour but, en entrant dans des détails aussi circonstanciés, d'être utile à mes confrères, s'ils se trouvaient, ce que je ne leur souhaite pas, dans une position aussi désagréable et aussi pénible que celle dont je viens de faire l'histoire.

FEUILLETON.

HOSPICE IMPÉRIAL DES QUINZE-VINGTS.

I.

Au XIIIe siècle, au beau moment des corporations, les aveugles indigents étaient aussi formés en sociétés; mais ces congrégations étaient plus nominales qu'effectives, puisque chaque membre vivait isolément des ressources que lui procurait la charité publique, et que les secours faisaient totalement défaut à celui que de nouvelles infirmités mettaient dans l'impossibilité de les aller chercher.

Touché de leur infortune, saint Louis fit construire (1254-1260) par son architecte ordinaire, Eudes de Montreul, une maison destinée à loger 300 (*quinze fois vingt*) aveugles qui devaient y être entretenus.

Cette maison fut élevée, avec une église qui en dépendait et était dédiée à saint Remi, sur une pièce de terre appelée le Champ-Pourri et située dans le voisinage du cloître Saint-Honoré, vraisemblablement dans ce bois ou contiguë à ce bois (*in luco*, disent de vieux historiens), qui du temps des rois fainéants couvrait jusqu'à la Seine tout le territoire actuel du Louvre et des Tuileries, et dont une partie subsistait au temps du saint roi. Pour préciser, les Quinze-Vingts occupèrent originairement la rue Saint-Honoré, au coin de la rue Saint-Nicaise et en face de la rue de Richelieu, et la plus grande partie du terrain qui forme aujourd'hui les places Napoléon III et du Carrousel.

Le Champ-Pourri, propriété de l'évêque de Paris, avait été acquis des deniers royaux. En 1269, le roi accrut sa fondation d'une rente annuelle de 30 livres parisis (de 25 sols), à prendre sur son trésor particulier : il voulait que cette somme fût employée à procurer du potage à ses 300 aveugles; cet objet de la nouvelle libéralité est nettement défini dans un latin auquel, vu la circonstance, on pardonnera de sentir un peu la cuisine : *Ad opus potagii trecentorum pauperum cœcorum dedimus et concessimus triginta libras parisienses annui reditus.*

Voici comment le confesseur de la reine Marguerite raconte le fait de la fondation :

« Aussi li (le) benoiez (benoît) rois fist acheter une pièce de terre de lez Saint-Ennouré (Honoré), où il fist fere une grant mansion (maison) pour ce que les povres avugles demorassent ilecques (là) perpétuelement jusques à trois cens; et ont touz les anz de la borse du roi, pour potages et pour autres choses, rentes. En laquelle meson est une église que il fist fere en l'eneur de saint Remi, pour ce que lesditz avugles oient ilecques le service de Dieu. Et plusieurs fois avint que benliyez rois o vint as jour de la feste Saint-Remi, où lesdits avugles fesaient chanter sollempnement l'office en l'église, les avugles présents entour le saint Roy (1). »

Le roman a tenté de se glisser dans l'histoire de cette institution si noble par son auteur, mais si humble par la condition de ceux qu'il avait voulu secourir. On a cherché à relever cette condition, et l'on a dit autrefois, et de nos jours répété que cette maison avait été fondée pour 300 chevaliers à qui les Sarrasins avaient crevé les yeux et que le roi avait ramenés de la croisade. Rien dans le fragment que l'on vient de lire, ne semble se rapporter à cette assertion. D'un autre côté, un passage des *Crieries de Paris*, de Guillaume de Villeneuve, et un autre de Rutebeuf représentent les pensionnaires sous des traits qui ne permettent guère de reconnaître les fiers vaincus de Mansourah. Enfin Hurtaut (1) dément positivement la légende des trois cents croisés.

Quoi qu'il en soit, saint Louis, voulant assurer dans la maison l'exécution de ses volontés, se réserva la nomination du « maître » des Quinze-Vingts, et décida que son aumônier en serait le Visiteur et nommerait aux places vacantes (1270).

Depuis l'auguste fondateur, l'institution n'a pas cessé de recevoir du saint-siége, de la monarchie, de l'épiscopat, des parlements et des particuliers des marques évidentes de sympathie et des bienfaits.

Philippe le Hardi renouvelle la gratification de 30 livres faite par son père, et en accorde une de pareille somme en son propre nom.

Le pape Urbain IV confirme la concession d'indulgences faite par son prédécesseur Alexandre IV à tous ceux qui visiteraient l'établissement.

En 1309, par un règlement daté de Passy, Philippe le Bel ordonne qu'afin d'être distingués des autres aveugles, les Quinze-Vingts porteront une fleur de lis sur leur habit.

En 1343, Pierre des Essarts leur fait don « d'un grand logis, » appelé l'hôtel des Tuileries (il est certain que c'est sur l'emplacement même de ce bâtiment, « situé tout près des Quinze-Vingts, » et vendu depuis par eux, que fut bâti le palais des Tuileries).

Le pape Jean XXII, exempte, en 1411, l'hôpital de toute juridiction épiscopale, et le soumet à celle du grand aumônier, ou, si celui-ci n'est pas *in sacris*, du premier chapelain du roi.

Sous François Ier, lorsque sa maison ecclésiastique fut organisée,

(1) *Vie de saint Louis.*

(1) *Dictionnaire de Paris*, 1779.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Aphasie. — Hémiplégie droite avec accès épileptiformes à la suite de plaie pénétrante du crâne. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. TEILHOL, interne du service.)

Les leçons de clinique qui ont été faites l'année dernière à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le professeur Trousseau avaient, comme on le sait, fait revivre des questions bien souvent controversées, au sujet de la localisation de la parole placée par M. Bouillaud dans les lobes antérieurs du cerveau. Des faits ont été cités, les uns pour infirmer, les autres pour confirmer l'opinion émise par le savant professeur de la Charité. Qu'en est-il résulté? Du doute et rien que du doute. L'observation qu'on va lire n'est assurément pas de nature à trancher la question. Elle ne fait, au contraire, qu'appuyer l'opinion des auteurs qui déclarent impossible la localisation des facultés intellectuelles. Il serait, en effet, bien difficile d'expliquer le fait qui s'est produit. Des accidents de paralysie, d'aphasie, ont été l'effet de la présence de quelques esquilles sur la dure-mère; ils ont disparu avec la cause qui les déterminait et ne se sont plus reproduits lorsque la plus grande partie du lobe antérieur gauche du cerveau a été détruite par une collection purulente. Ainsi la fonction survivrait à la destruction de l'organe, tandis que la compression suffirait pour l'enrayer. Une pareille opinion ne peut être soutenue, elle est en contradiction avec le bon sens.

Le nommé Antoine D..., natif de Lempty, domestique à Plauzat, rentrait tranquillement chez son maître le dimanche soir 8 octobre, lorsqu'il reçut, sans provocation aucune, de la part d'un jeune homme de dix-huit ans qui se trouvait en état d'ivresse, un violent coup à la tête. D'un caractère très-patient, D... ne chercha pas à se venger de cette attaque et sans rien dire à personne, il alla se coucher, se leva le lendemain comme à son habitude pour se rendre aux champs, mais il fut bientôt obligé de suspendre son travail. La fille de son maître s'aperçoit alors qu'il avait une petite blessure au côté gauche de la tête. Conduit chez les sœurs du village, celles-ci reconnurent la gravité de la plaie et en prévinrent ses maîtres.

Le lendemain 10, il ne put se lever et le mercredi 11, il perdait la parole. Vendredi 13, il est conduit à l'hôpital; on lui avait appliqué chez lui un vésicatoire à chaque mollet.

D..., âgé de vingt-trois ans, de taille moyenne, assez bien constitué, aucune maladie antérieure, travailleur infatigable, n'offre de particulier qu'une légère cicatrice à la lèvre supérieure, cicatrice oblique de bas en haut et de dedans en dehors, allant du sillon médian à l'aile droite du nez, trace d'un bec-de-lièvre guéri, aucun indice de division de la voûte palatine ou du voile du palais.

A la visite du 14, on le trouve immobile dans son lit et dans le décubitus dorsal. Le facies n'offre rien de particulier, le pouls est un peu dur, mais de fréquence normale. Interrogé, il répond à toutes les questions qu'on lui pose par le mot *houm* prononcé entre les dents. Si on lui dit de sortir la langue, il ouvre la bouche, mais ne peut faire le mouvement demandé. La langue reste un peu recourbée, la pointe cachée derrière l'arcade alvéolaire inférieure. A la paralysie de cet organe se joint un engourdissement de tout le côté droit, complet à la jambe et à la main avec perte de la sensibilité, incomplet encore à l'avant-bras et au bras. En examinant la tête, siége de tout le mal, on voit un peu au-dessus et en dedans de la basse frontale gauche, une plaie triangulaire de 25 millimètres de long sur 5 de large, obliquement dirigée de dehors en dedans, à bords parfaitement découpés, ressemblant très-bien à une plaie produite par un instrument tranchant. « On prétend, en effet, qu'elle a été faite par un couteau. »

A première vue, cette plaie paraît donc n'offrir aucune gravité, mais, si prenant un stylet, on la sonde avec soin, on constate que la section des os est plus étendue que celle des parties molles. En procédant de dehors en dedans, on trouve d'abord une simple éraillure de l'os, puis une petite fente dans laquelle s'engage l'instrument. Il arrive même à une profondeur telle que la division de la dure-mère paraît indubitable.

L'intelligence semble en partie conservée; le malade fait effort pour s'asseoir sur son lit, lorsqu'on l'y engage, et ouvre la bouche, si on demande à voir sa langue.

Pansement simple avec un plumasseau maintenu à l'aide d'un couvre-chef. — Comme régime, des bouillons.

L'état du malade s'aggrave dans la nuit du 14 au 15. Déjà dans la soirée du 14, il avait été pris de sept accès épileptiformes, avec convulsions, tiraillement et déviation considérables du côté droit de la face et morsure de la langue.

Le 15, la paralysie est maintenant complète au bras; le malade, qui la veille se tenait seul assis sur son lit, a besoin d'être soutenu pour garder la même position.

M. Ledru, suppléant M. Fleury, ordonne les paquets suivants :

Sucre.	1	gramme.
Calomel.	20	centigrammes.
Racine de belladone . .	10	id.

25 paquets semblables; un toutes les heures.

Le pouls s'étant un peu élevé, des sinapismes sont appliqués aux jambes. De midi à trois heures, il est aux prises avec les accès épileptiformes.

Le lendemain 16, son état n'a guère changé. La nuit, il a eu plusieurs crises. On continue les paquets au calomel. Pendant la journée, les attaques ne lui donnent pas de relâche. Leur durée est augmentée, une à deux minutes au lieu d'une demi ou d'une minute que duraient les premières.

Le 17 au matin, le malade est dans une prostration assez grande, ressemblant en tout à quelqu'un qui est sous l'influence d'une commotion ou d'une compression cérébrale.

M. Fleury avait annoncé le premier jour que si les accidents persistaient, il mettrait la plaie à découvert pour savoir s'il ne serait pas opportun d'appliquer une couronne de trépan. Une absence de quarante-huit heures l'empêcha de mettre son projet à exécution. Mais à son retour, il s'empressa de le réaliser. Une incision cruciale pratiquée aux parties molles mit le coronal à découvert; au lieu d'une simple fente comme celle qu'aurait faite un couteau, il reconnut l'existence d'une perte de substance; il dut en conclure naturellement que des esquilles avaient été enfoncées sur la dure-mère et que la plaie avait été produite par un agent contondant. La solution de continuité avait 1 centimètre de largeur sur 3 de longueur, une pince à dissection pouvait dès lors s'engager facilement au-dessous d'elle. Trois fragments d'os furent retirés, le plus volumineux était formé par la table interne de l'os, il avait 25 millimètres de long sur 15 de large. L'extrémité du petit doigt introduite dans la plaie, ne faisant plus sentir aucune pointe d'os, un petit tampon de charpie imbibé d'eau-de-vie camphrée est introduit dans l'ouverture osseuse. Le reste du pansement comme les jours précédents. On continue ses paquets au calomel. Le malade est allé beaucoup, néanmoins il a encore le ventre ballonné.

La journée du 17 fut encore mauvaise, les accès épileptiformes persistèrent.

Le 18, fièvre forte, rougeur prononcée de la face, prostration considérable. En découvrant la plaie, on aperçoit très-bien les battements du cerveau. Même pansement que les jours précédents; comme régime, des bouillons.

Sous l'influence de l'immobilité, le contact des matières fécales détermine de larges ulcérations aux fesses et à la partie postérieure de la cuisse droite. Pas la moindre ulcération ne s'est montrée du côté gauche. Ce jour-là, pour la première fois, on remarque que le malade fléchit la jambe droite.

Le 19, la journée a été bonne; les accès ne se sont montrés qu'à des intervalles éloignés; aussi, le facies est meilleur, l'œil plus vif, la physionomie plus animée. La sœur de la salle croit avoir observé qu'il commence à se rendre compte de ce qui se passe autour de lui; la veille, il lui a demandé à manger. Il ne peut encore sortir la langue et répond toujours par son *houm*.

Le 20, le malade se soulève un peu lui-même; il n'a éprouvé qu'un seul accès épileptiforme depuis vingt-quatre heures. Lorsqu'on panse sa cuisse, il plie facilement le genou, est sensible à tout ce qui peut provoquer un peu de douleur, tandis que jusqu'à ce jour rien n'avait dénoté la moindre sensibilité. Le pouls est redevenu fréquent. Le soir, 120 pulsations; le matin, de 90 à 100 seulement. On voit à travers la plaie, la substance cérébrale tendant à faire hernie.

Le 21, le mieux se maintient, le malade remue la jambe paralysée, soulève un peu le bras, lorsqu'on l'y engage fortement, avance assez bien la langue entre les dents, se tourne un peu dans son lit, son voisin de droite qui a l'habitude de lui donner à manger prétend lui avoir fait dire plusieurs fois *oui, non;* mais il a toujours un peu de fièvre, surtout le soir. Cette fréquence du pouls, qui n'a jamais cédé, nous fait craindre, malgré l'amélioration qui existe, quelque inflammation du cerveau.

Le 22, la fièvre a beaucoup diminué, le malade est descendu seul de son lit pour uriner, mais n'a pu remonter. La plaie de la tête commence à suppurer beaucoup. Pansement simple; comme régime, des soupes.

Le 23, le malade sort parfaitement la langue, répond *oui, non;* 80 pulsations, le soir 100. Il a demandé plusieurs fois à manger dans la journée.

Du 24 au 30, le mieux fait des progrès, la parole revient un peu, outre les mots *oui, non,* le malade dit encore, *ça va bien, ça va mieux, la tête me fait mal.* Depuis le moment où la parole est revenue, il ne cesse de se plaindre de la tête. Comme il peut se coucher sur le côté gauche, les ulcérations du côté droit marchent rapidement à la guérison. La plaie de la tête suppure toujours beaucoup : on continue à voir les battements du cerveau, bien que l'orifice soit considérablement rétréci par une portion de la dure-mère faisant hernie.

Le 31, le malade est un peu abattu, la respiration moins facile que les jours précédents. Il a aussi plus de fièvre. Régime, des bouillons.

Le 1er novembre, à la visite du matin, l'état de la veille n'a pas changé. Le soir à quatre heures, prostration, langue sèche, pouls faible à 80, parole moins facile, vomissements verdâtres pendant la journée.

Le 2, prostration considérable, traits tirés, langue sèche, œil abattu, respiration stertoreuse, le malade dit à peine *oui, non.* La plaie a changé d'aspect, la substance cérébrale faisant hernie offre une coloration brun noirâtre. Le malade est immobile dans son lit; depuis la veille au soir, il n'a plus rien demandé. Le pouls est à 100 plutôt faible que fort. Le cerveau, en s'engageant dans l'ouverture du frontal, a rejeté au dehors une autre esquille de 1 centimètre de long. M. Fleury prescrit de nouveau le calomel. Mort à trois heures du soir.

Le 3, autopsie. — La voûte du crâne enlevée, on constate d'abord que c'était bien la substance cérébrale, qui le dernier jour, était venue faire hernie à travers la dure-mère et l'arachnoïde perforées. Ces deux membranes sont enflammées et la substance cérébrale injectée, comme sablée de sang. En soulevant le cerveau pour le sortir de la cavité du crâne, on aperçoit une assez grande quantité de pus baignant le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée. Le lobe antérieur gauche incisé montre un énorme foyer purulent pénétrant jusqu'à la base du cerveau, d'où en fusant, le pus était allé comprimer la moelle allongée, ce qui explique la gêne plus grande de la respiration les derniers jours de la vie. Deux autres esquilles ont encore été trouvées dans la substance cérébrale qui, bien qu'enflammée avait, à peu de chose près, sa consistance normale. La troisième circonvolution était intacte dans ses deux tiers antérieurs.

D'après cela, on peut admettre que la perte de la parole au début, était le résultat de la compression exercée par les esquilles que l'on a enlevées.

Il est seulement étonnant qu'une collection purulente aussi abondante ait pu se former sans déterminer d'autres troubles. La parole, les facultés intellectuelles et locomotrices se sont rétablies et cependant la compression devait être bien plus forte que celle produite par quelques esquilles placées au-dessus de la dure-mère. La mort n'est survenue que lorsque la protubérance annulaire s'est enflammée et que de proche en proche l'inflammation s'est étendue du lobe antérieur du cerveau à la moelle allongée.

ÉTUDES NOUVELLES SUR LES EAUX MINÉRALES (1),

par le docteur SCOUTETTEN.

Cette étude des eaux minérales, considérées dans leur composition intrinsèque, ne suffit pas pour éclairer toutes les phases de la question, il faut encore considérer comment elles se comportent dans leur contact avec les eaux communes, et surtout avec le corps de l'homme.

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

---

le grand aumônier fut le représentant naturel du souverain dans le gouvernement des Quinze-Vingts. Il devint leur supérieur immédiat, et réunit dans sa personne, et l'autorité spirituelle de l'évêque diocésain, et l'autorité civile de la prévôté de Paris. Tant que la charge de grand aumônier exista, l'administration de l'hospice y demeura attachée.

En 1720, Louis XV se déclara protecteur et chef de la confrérie de l'église Saint-Remi (confrérie de Saint-Remi, Saint-Sébastien et Saint-Roch), et, à son exemple, la reine, les princes, la cour et tout ce qu'il y avait de plus considérable à la ville, se firent inscrire sur les registres de cette association.

Sous Louis XVI, les Quinze-Vingts quittèrent leur maison de la rue Saint-Honoré; ils furent transférés par le cardinal de Rohan, grand aumônier, dans l'hôtel des mousquetaires noirs, rue de Charenton. Ce déplacement eut lieu dans les circonstances suivantes.

Depuis sa fondation, l'hospice, personne civile, placée, comme on vient de le voir, sous la protection très-particulière du roi de France, mais indépendante, avait en principe vécu de ressources à lui propres. Son patrimoine s'était formé du produit des quêtes qu'étaient autorisés à faire les frères aveugles, des dons qu'ils recevaient par d'autres voies, des successions des pensionnaires, qui laissaient tous leurs biens à la corporation, enfin et surtout de donations et legs pieux. Ces biens étant devenus à la longue considérables, le gouvernement conçut la pensée de les acquérir.

En 1779, il signa avec les Quinze-Vingts un contrat en vertu duquel leurs propriétés devaient être vendues, et 5,000,000, pris sur le produit de la vente, versés au Trésor; les Quinze-Vingts recevaient en retour une rente de 250,000 fr. et l'hôtel des mousquetaires noirs (1), où ils sont logés encore aujourd'hui.

L'Empereur Napoléon Ier continua à cet établissement la protection que lui avaient accordée les anciens rois.

Enfin, un décret du 22 juin 1854 l'a placé sous le haut patronage de l'Impératrice. C'est Sa Majesté qui a la touchante mission de prononcer, sur le rapport du ministre de l'intérieur, les admissions à l'Internat et les concessions de secours annuels qui constituent l'externat.

II.

Quelques années après la fondation de l'hospice, un règlement arrêta comme il suit la composition du personnel des Quinze-Vingts : il ne devait plus y avoir dans la maison que 140 frères aveugles, 60 frères voyants, pour les conduire et diriger les affaires de l'établissement, et 98 sœurs, tant aveugles que voyantes; le maître et le portier, les complétaient.

Ces 300 personnes devaient être françaises. Les frères et sœurs recevaient régulièrement du pain et de l'argent. Le frère marié faisait venir dans la maison sa femme et ses enfants. De même de la sœur mariée. L'hospice héritait des biens meubles et immeubles de ceux qui mouraient célibataires ou veufs et sans enfants; s'il y avait un survivant, et s'il était frère ou sœur, il conservait la jouissance de ces biens; s'il ne l'était pas, il en emportait la moitié.

Le cardinal de Rohan porta à 800 le nombre des pauvres admis. Au lieu de 13 sous 6 deniers ils reçurent chacun par jour 20 et 26 sous, et les enfants provenant de leur mariage furent nourris, et reçurent 2 sous par jour jusqu'à l'âge de seize ans; on leur faisait apprendre un métier, et ils ne sortaient de l'hospice que lorsqu'ils étaient en état de pourvoir à leur existence. On a dit (1) que ces modifications couvraient des dilapidations énormes.

En 1792, l'insuffisance des ressources entraîna la suppression de 483 pensions d'externes fondées en 1783.

Un rapport du mois de décembre 1852 nous apprend qu'à cette époque l'administration suivait depuis plusieurs années un système assez contraire au principe de la fondation; on s'acheminait, par voie d'extinction, vers la suppression de l'internat, le principal était sacrifié à l'accessoire. Sur 1,300 aveugles secourus, 178 seulement étaient internes; 122 qui auraient dû l'être, qui étaient immédiatement admissibles, se voyaient refuser l'entrée (ils recevaient 200 fr. par an).

Depuis 1854, le nombre fondamental d'internes a été reconstitué.

De grandes améliorations ont en outre été introduites. La paye quotidienne de l'interne a été augmentée de 28 centimes; la somme annuelle consacrée à son habillement portée de 31 à 36 francs; on a étendu à tous les enfants d'interne le secours de 15 centimes par tête, autrefois limité à trois par famille; l'hospice a cessé d'exercer ses droits de succession sur le mobilier laissé par les internes à leur décès; on a réparé les logements, perfectionné les divers services, et augmenté de 200 le nombre des externes. Ainsi, en 1863 déjà on avait, outre les 300 pensionnaires, 1,000 externes, dont 200 à 200 francs; 300 à 150 francs, et 500 à 100 francs. Le 28 septembre dernier, il y avait aux Quinze-Vingts :

(1) Il fut construit sous Louis XIV. Lorsqu'en 1698 ce prince voulut rebâtir sur les plans de Mansard la place Vendôme commencée par Louvois, et suspendue par sa mort, il fit don à la ville de Paris de tous les terrains de cette place, de tous les matériaux employés ou prêts à l'être, à charge par les échevins de la faire construire concurremment avec un hôtel dans le faubourg Saint-Antoine, pour la 2e compagnie des mousquetaires.

(1) Dulaure, *Histoire de Paris.*

Des expériences nombreuses m'ont démontré que les eaux minérales dans leur contact avec les eaux coulant à la surface de la terre, sont toujours négatives et ces dernières toujours positives; ce phénomène électrique ne change pas de signe, quelles que soient la composition chimique et la température de l'eau minérale : pour constater ce fait, il suffit de verser de l'eau minérale dans un vase poreux, puis de poser ce dernier dans une cuvette contenant de l'eau ordinaire; les choses ainsi disposées, les électrodes sont plongées dans l'un et dans l'autre liquide; aussitôt l'aiguille du galvanomètre dévie et atteste l'exactitude du fait énoncé.

Ce phénomène s'explique par la faible quantité d'oxygène, et même l'absence de ce gaz dans les eaux minérales, gaz absorbé par les combinaisons chimiques produites dans le sein de la terre; l'eau ordinaire contenant relativement beaucoup plus d'oxygène, donne par cela même, pendant le contact, le signe positif, ce qui est toujours conforme à la loi qui établit que l'oxygène prend la tension positive et la base la tension négative.

Lorsque le corps de l'homme, ou seulement l'un de ses membres, est plongé dans l'eau minérale, il se manifeste encore des actions électriques puissantes et durables; ce phénomène se produit par le simple contact de l'eau avec la peau, ou en introduisant assez profondément dans les tissus des aiguilles pour qu'elles soient en contact avec le sang. Quelle que soit la disposition prise, la direction du courant est positive ; ce qui indique que l'électricité part de l'eau pour pénétrer dans le corps, phénomène conforme à la loi précédemment rappelée, puisque l'eau contient peu d'oxygène relativement au corps qui en est pénétré jusque dans la dernière molécule de son sang.

Lorsque le corps de l'homme plonge dans l'eau minérale, il peut être considéré comme un vase poreux de grande dimension, mettant en contact avec un liquide, dans lequel se passent déjà des actions électriques, d'autres liquides, notamment le sang, dans lesquels se produisent également des actions électriques incessantes : ces conditions déterminent nécessairement la production sur une très-large surface, surface qui a été mesurée et qu'on a trouvée être égale, pour l'homme de stature moyenne, à 1 mètre 50 centimètres, c'est-à-dire à 15,000 centimètres carrés ; or c'est sur tous les points de cette vaste surface que l'électricité se développe. Il ne faut donc plus s'étonner de l'excitation, de la fièvre produite par les eaux minérales et de la stimulation durable qu'elles impriment à toutes les fonctions de l'organisme.

Cette découverte a acquis une haute importance depuis la démonstration expérimentale que nous avons également donnée de l'électricité développée au contact des deux sangs dans le corps ou hors du corps des animaux vivants; elle ne se borne pas à éclairer la science balnéologique d'un nouveau jour, elle donne la clef des phénomènes physiologiques et pathologiques les plus importants et prépare les fondements d'une doctrine médicale solidement établie sur les lois des sciences physiques. De longs développements seraient nécessaires pour justifier cette assertion, ils ne tarderont pas à être présentés, mais le lieu et le moment seraient mal choisis pour les exposer en les appuyant des preuves nombreuses qu'ils exigent : revenons à l'action des eaux minérales sur le corps de l'homme.

Les eaux minérales sont administrées sous deux modes : 1° sous forme de boissons; 2° en bains.

Les eaux minérales, prises en boissons, ne sont que des médicaments d'une efficacité variable selon la nature des corps tenus en dissolution; elles ne différeraient point des drogues de nos officines si elles ne dégageaient, dans l'intérieur de nos organes, de l'électricité produite par les actions chimiques, condition qui en augmente notablement l'activité. Ce fait ne me paraît pas susceptible de discussion.

Il n'en est pas de même des effets du bain, bien qu'il soit considéré comme l'agent le plus actif de la thérapeutique minérale. Généralement on ignore comment il agit; on a bien admis, il est vrai, que les éléments minéralisateurs pénètrent dans le corps par la peau qui les absorbe, mais cette doctrine, que les faits ne justifient pas, est trop vivement attaquée pour qu'elle puisse se soutenir longtemps encore.

Il y a déjà soixante-quatorze ans que plusieurs savants ont commencé à douter des propriétés absorbantes de la peau lorsque le corps de l'homme est dans le bain. Dans un mémoire sur la transpiration, l'habile expérimentateur Seguin, après de nombreuses recherches, arriva à conclure que la peau n'absorbe pas. Magendie, qui doutait de l'absorption des liquides par la peau, fait remarquer que leur passage à travers l'épiderme est encore plus difficile de dedans en dehors que de dehors en dedans; que c'est par cette raison que la sérosité qui remplit les phlyctènes des vésicatoires et des brûlures ne s'en échappe qu'avec une extrême lenteur. La question de l'absorption par la peau a été l'objet de sérieuses études de la part des médecins allemands, anglais et français, partout il y a eu divergence d'opinion. Nous comptons en France neuf médecins qui se sont prononcés pour l'affirmative et huit pour la négative; en Allemagne, dix pour et trois contre; en Angleterre, cinq pour l'affirmative et deux pour la négative.

Ces travaux sont loin d'avoir une égale valeur, plusieurs ont été l'objet de critiques fondées. Il faut arriver à ces derniers temps pour trouver des recherches accomplies avec une remarquable précision; elles sont dues à MM. Willemin (1), Mougeot (2) et Réveil (3). Malgré le talent des observateurs et la consciencieuse exécution de leurs expériences, ils sont arrivés à formuler des conclusions opposées; M. Willemin croit à l'absorption de l'eau et des substances médicamenteuses qu'elle contient lorsque la peau de l'homme est dans le bain, les deux autres auteurs la nient.

D'où vient cette opposition radicale entre des hommes également instruits et animés du plus sincère désir de découvrir la vérité? Elle tient évidemment à un défaut d'entente, à des points de départ différents, à des comparaisons inexactes s'appuyant sur des faits qui n'étaient point comparables entre eux.

Il n'entre point dans notre projet de discuter la valeur des arguments présentés par les expérimentateurs pour défendre leur sentiment personnel, il faudrait un volume pour analyser ou combattre les faits et les conséquences qu'ils en ont tirées; nous voulons nous borner à un exposé rapide de la question tel que l'état actuel de la science le permet.

Les travaux récents de Thomas Graham nous ont révélé des faits d'une haute importance sur l'osmose gazeuse (4) et sur la diffusion liquide ou dialyse (5). Nous savons actuellement que les molécules gazeuses entrent et sortent par des pores d'une ténuité extrême, et qu'un gaz contenu dans un vase hermétiquement fermé par une plaque de graphite en contact, extérieurement, avec un gaz d'une autre nature, sort de ce vase et permet un échange qui substitue le gaz extérieur au gaz intérieur, fait qui nous explique l'absorption par la peau des gaz, des vapeurs, des odeurs, des miasmes, la sortie de l'acide carbonique et l'absorption de l'oxygène, phénomènes dont il n'est pas possible de douter, puisqu'il est démontré expérimentalement que l'acide carbonique exhalé par la peau est trente-huit fois moindre que l'exhalation par le poumon. Nous y trouvons encore l'explication de l'exaltation de la douleur d'une partie enflammée mise en contact avec l'air, ce qui est dû à la pénétration de l'oxygène, et la sédation de cette même partie douloureuse plongée dans un bain d'acide carbonique.

D'après ces faits et plusieurs autres également incontestables, l'absorption de la peau n'est pas douteuse; mais l'absorption par la peau de la matière à l'état gazeux implique-t-elle l'accomplissement du même phénomène lorsque la matière se présente sous une autre forme? Les travaux de Graham peuvent encore satisfaire à notre question ; ils ont conduit l'auteur à diviser les liquides en deux classes, les liquides cristalloïdes et les liquides colloïdes. Les matières cristalloïdes traversent facilement une cloison colloïdale, telle qu'un papier convenablement amidonné, et les matières colloïdes ne le traversent pas, ce qui démontre, comme le dit M. Mougeot, l'absurdité des bains de gélatine, bouillon, lait, etc., en tant que moyens de faire pénétrer des substances nutritives dans l'économie.

D'après ces faits acquis à la science et qu'on ne saurait discuter, on devrait retrouver dans les liquides du corps de l'homme sortant d'un bain un ou plusieurs des sels tenus en dissolution dans l'eau. C'est présisément ce qui n'a pas lieu lorsque les précautions ont été prises pour éviter l'absorption de l'une des membranes muqueuses. Il est bien vrai que M. Willemin rapporte une expérience (page 21) d'après laquelle l'iode fut retrouvé dans les urines après un bain contenant 100 grammes d'iodure potassique, mais la même expérience répétée avec les mêmes soins par M. Mougeot a donné des résultats complétement nuls; les expériences nombreuses de M. Homolle l'ont porté également à nier l'absorption des sels par la peau.

Quant à l'eau elle-même, il est bien démontré qu'elle n'est pas absorbée; toutes les pesées habiles de M. Willemin faites avec l'hydrostat de M. Kœppelin, ont donné les résultats suivants : sur trente et une expériences, dix-huit fois le corps de l'homme sortant du bain est resté stationnaire, dix fois il a diminué, et trois fois seulement il a augmenté ; encore l'auteur ajoute consciencieusement : « Les augmentations absolues de poids ont été légères, n'ayant pas dépassé 7, 8 et 15 grammes (page 25). »

Cette faible et rare augmentation du poids du corps ne peut pas être rapportée à l'absorption, elle tient à l'imbibition; l'épiderme s'imprègne d'une quantité d'eau très-notable; les poils et les cheveux, d'après les recherches de Réveil, augmentent de 20 et 25 pour 100 de leur poids, et les cheveux blancs jusqu'à 80 et 100 pour 100; dans tous les cas, la moyenne est de 34 pour 100 de leur poids (1).

Cette question paraît être définitivement jugée. Aussi le rapporteur nommé par la Société d'hydrologie médicale de Paris, n'hésite-t-il pas à dire : « Dès aujourd'hui la Commission est convaincue que la peau de l'homme n'est pas la voie choisie par la nature pour faire pénétrer les liquides dans l'économie (2). »

L'organisation anatomique de la peau explique l'impénétrabilité qu'elle oppose à l'eau et aux sels qu'elle tient en dissolution. Le tégument cutané présente d'abord un enduit inerte, insensible, dépourvu de vitalité et de contractilité, formé de lamelles cornées plus ou moins épaisses, reproduites sans cesse par le derme à mesure qu'elles sont détruites. Cet épiderme doit sa souplesse à la matière grasse sécrétée par les follicules sébacés, et qui se répand sur toutes les parties du corps; condition qui s'oppose au contact immédiat de l'eau avec la peau. Puis viennent les canaux sudorifères, dont la ténuité est extrême, et qui sont en fonction incessante d'exhalation ; enfin le système pileux occupe encore une surface étendue sur la peau qu'il protége.

Il faut que cet épiderme soit usé, crevassé ou enlevé par le vésicatoire ou des frictions, pour que les liquides ou les corps

(1) Willemin. Recherches expérimentales sur l'absorption par le tégument externe, etc., in-8°, Paris 1863, et Nouvelles recherches, Paris 1864.

(2) Mougeot (de l'Aube). Notes médicales, etc. Troyes 1865, in-8°, 116 pag.

(3) O. P. Réveil. Recherches sur l'osmose et sur l'absorption par le tégument externe chez l'homme dans le bain, in-8°, Paris 1865.

(4) Thomas Graham. Sur le mouvement moléculaire des gaz. Annales de chimie et de physique, 4e série, tome Ier, page 154, 1864.

(5) Graham. Mémoire sur la diffusion moléculaire appliquée à l'analyse. Annales de chimie et de physique, 3e série, tome 65, page 129.

(1) Réveil. Recherches sur l'osmose, page 19, Paris 1865.

(2) De l'absorption dans le bain médicamenteux, premier rapport, page 7, Paris 1863.

---

300 internes.
200 externes à 200 fr.
400 externes (100 de plus qu'en 1863), à 150 fr.
600 externes (100 de plus qu'en 1863), à 100 fr.
Total. 1,500

Enfin, le dernier projet de budget soumis à M. le Ministre de l'intérieur propose de créer cent nouvelles pensions de 100 francs.

Le revenu de l'établissement, formé du produit des propriétés qu'il a acquises autrefois, de quelques rentes et de la subvention de 250,000 francs allouée par l'Etat, s'élève aujourd'hui à 474,000 francs.

La situation faite à l'interne (1) est actuellement celle-ci.

L'intorne amène aux Quinze-Vingts sa femme (ou son mari) et ses enfants; dès leur entrée, la femme (ou le mari infirme ou sexagénaire) reçoit 30 centimes par jour, et chaque enfant âgé de moins de quatorze ans, 15 centimes; indépendamment du logement (cabinet à feu, ou chambre à feu, ou l'un et l'autre), de l'habillement, des soins, des médicaments, de l'instruction et de la mise en apprentissage des enfants, l'interne jouit d'une solde de 1 fr. 30 c., d'une distribution de deux livres et demie de pain tous les deux jours, et de secours extraordinaires en argent (à l'occasion de la naissance ou de la première communion d'un de ses enfants, par exemple).

Les enfants d'interne restent dans l'établissemont, les garçons jusqu'à quinze ans, les filles jusqu'à vingt et un.

(1) Pour être admis à l'internat, les principales conditions sont les suivantes : Il faut être âgé de quaraute ans, indigent, français, affligé de cécité absolue. Pour être externe, les conditions sont les mêmes, sauf la première : il suffit d'avoir vingt et un ans ; les pensions de 100 et de 50 fr. par lesquelles on s'élève progressivement jusqu'à l'internat peuvent être cumulées avec les secours spéciaux accordés mensuellement par les bureaux de bienfaisance aux indigents inscrits.

Avant leur mise en apprentissage, les garçons sont conduits chaque jour aux écoles du quartier; les filles vont à l'école-ouvroir dirigée dans la maison par les sœurs.

Les veufs et veuves d'interne qui ont à la mort de leur femme ou de leur mari soixante-dix ans les premiers et cinquante ans les secondes, dix ans de mariage et cinq ans de résidence à l'hospice, reçoivent 50 centimes par jour, et peuvent même être logés s'il y a des cabinets vacants.

Enfin, les veuves âgées ou affectées de maladies incurables qui habitent dans l'établissement peuvent, au nombre de deux, être admises à résider d'une manière définitive à l'infirmerie.

Le service religieux est confié à un aumônier. Il célèbre l'office divin tous les jours à neuf heures; il administre les secours spirituels tant aux aveugles qu'à leurs familles et au personnel de la maison; il acquitte gratuitement les services religieux mis à la charge de l'établissement par les fondateurs ou les bienfaiteurs; et, les dimanches et jours de fête, il fait dans la classe de l'école, soit aux enfants de la première communion, soit aux adultes, les catéchismes et les instructions. Il ne reçoit aucune indemnité pour les diverses fonctions qu'il exerce auprès des malades. — Les aveugles non catholiques peuvent pratiquer les exercices de leur culte.

Le régime de l'établissement est basé sur la liberté la plus complète. Les aveugles peuvent sortir de cinq heures du matin en été et de six heures en hiver jusqu'à dix heures du soir; tous sont donc libres d'exercer en dehors, comme ils le sont aussi au dedans, telle industrie qu'il leur convient. Seulement, la mendicité leur est complétement interdite.

III.

Il résulte des détails qui précèdent que la maison ne contient ni dortoir, ni réfectoire communs, ni ateliers, ni aucun de ces services qui, pour le simple visiteur, constituent le principal intérêt des établissements de charité.

Le bâtiment en lui-même est assez ordinaire; mais il est vaste, bien aéré et construit sur des cours superbes.

On sait que les mousquetaires, troupe privilégiée, n'étaient pas logés par chambrées; chaque homme avait, dans la caserne de la rue de Charenton du moins, une belle pièce, éclairée d'une grande fenêtre, et communiquant avec un cabinet où se tenait son domestique. Ce sont ces logements, naguère si pleins de jeunesse, de gaieté et de bruit, qui abritent aujourd'hui la vieillesse, la pauvreté et l'infirmité.

Ce qu'il y a de plus curieux aux Quinze-Vingts, c'est l'infirmerie. Elle se compose de quatre dortoirs très-hauts de plafond, d'une salle de bains, d'une lingerie et d'une pharmacie, le tout admirablement tenu par des sœurs hospitalières. Une chapelle spéciale, destinée à elles et aux malades, complète ce petit ensemble. — Les internes valides et les enfants entendent la messe dans l'église Saint-Remi, qui est paroissiale, et appartient aux Quinze-Vingts deux fois par jour.

A l'intérieur, les distractions réservées aux aveugles consistent principalement dans la promenade sous une belle allée d'arbres qui conduisait autrefois aux écuries des mousquetaires, et dans l'audition de lectures qui leur sont faites deux fois par jour dans une salle spéciale : le matin le journal, et le soir des ouvrages divers de nature à les intéresser. Un abonnement de 40 à 50 centimes par mois donne le droit d'assister aux deux séances.

Telle est la vie douce, paisible et régulière, malgré l'entière liberté qui leur est laissée, que mènent les Quinze-Vingts. Ils semblent pour la plupart ne pas sentir ou avoir oublié leur cruelle infirmité, et se montrent très-reconnaissants des soins assidus et paternels, dont ils sont entourés.

Francis Aubert.

pulvérulents contenus dans les pommades, soient mis en contact avec le derme; dans ce dernier cas, l'absorption est prompte, facile et quelquefois suivie d'effets très-énergiques.

Ajoutons enfin que la capillarité n'existe pas chez les tissus vivants, qu'ils s'opposent énergiquement à cette action, même sur des parties détachées d'un animal, aussi longtemps que ces tissus conservent un reste de contractilité vitale.

Nous ne poussons pas plus loin l'examen de ces détails, ce qui en a été dit suffit pour démontrer que l'accomplissement d'un phénomène vital, dans des conditions données, n'implique pas la réalisation du même acte dans des circonstances notablement différentes pour l'état de la matière ou pour le fonctionnement de l'organisme; on ne peut donc déduire de l'absorption des gaz et des vapeurs par la peau intacte, l'absorption de l'eau et des sels qu'elle tient en dissolution.

Ces faits sont suffisamment démontrés pour qu'on soit autorisé à rejeter la théorie actuellement admise par la généralité des médecins balnéologues, théorie qui leur fait expliquer l'action salutaire des eaux minérales par l'absorption de l'eau par la peau, et par l'introduction dans le corps des atomes minéraux qu'elle tient en dissolution.

Puisque cette hypothèse, séduisante pour l'imagination, n'est plus soutenable dans l'état actuel de la science, il faut nécessairement tenir compte des faits nouveaux, fournis par l'électricité, pour comprendre l'action des eaux minérales sur l'organisme; alors tout s'explique, et l'obscurité maintenue jusqu'à ce jour se dissipe.

Nous croyons avoir justifié scientifiquement toutes nos assertions; nous avons constaté l'origine primitive des eaux minérales, leur état actuel; nous avons démontré les actions chimiques et électriques qui s'y produisent, leurs effets sur l'organisme humain; enfin, nous avons substitué, à une théorie préconçue, des faits positifs; espérons qu'ils suffiront pour convaincre mes honorables adversaires que les résultats obtenus par mes recherches ont contribué à l'avancement des connaissances médicales.

DE L'ENTRAINEMENT OU DE L'EXERCICE FORCÉ

dans le traitement du diabète.

Tout le monde connaît les travaux de M. Bouchardat sur la glycosurie. Tout récemment (*Annuaire de thérapeutique*, 1865), le savant professeur de l'École de médecine insistait d'une manière particulière sur l'utilité de l'exercice forcé dans le traitement de cette maladie. Si, dit-il, l'exercice en plein air ne suffit pas dans tous les cas à faire disparaître le sucre des urines, au moins en diminue-t-il notablement la proportion.

M. Bouchardat recommande aux hommes, la chasse, l'escrime, la gymnastique, les jeux de billard, de boules, etc.; en un mot, tous les jeux actifs, sans oublier les travaux manuels, tels que les opérations de scier, de fendre le bois, de labourer, etc. Aux femmes, il prescrit les travaux du ménage, surtout ceux qui commandent l'action des jambes plutôt que la station sans marche.

La gymnastique doit être préférée avant tout, mais il importe de prendre certaines précautions. Quand les exercices ont été continués pendant une heure et que le corps est inondé de sueur, il faut changer de flanelle, se laver vivement avec des linges imbibés d'eau froide, puis se frictionner avec de gros linges, enfin, se masser afin d'obtenir une réaction complète que l'on soutiendra par une marche d'un quart d'heure au moins, le corps étant protégé par de bons vêtements en laine.

Chacun peut à sa guise varier les exercices gymnastiques, et les alterner avec les exercices ordinaires. Grâce à ce mode de traitement, combiné à une alimentation sévère, M. Bouchardat est parvenu à guérir radicalement plusieurs malades.

Nos lecteurs nous sauront gré d'emprunter au *Moniteur* des notices pleines d'intérêt sur les divers établissements de bienfaisance qu'un décret a placé sous la haute protection de l'Impératrice.

Aujourd'hui, nous publions au feuilleton, l'histoire de l'hospice des Quinze-Vingts, par M. Francis Aubert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une des célébrités médicales de l'Irlande, M. Simson, professeur d'obstétrique à l'Université d'Edimbourg, vient d'être nommé *baronet*. Ce titre représente un très-grand honneur dans un pays où la noblesse jouit encore de toutes ses prérogatives.

— M. le docteur Edmond Langlebert vient d'être décoré de l'ordre du Christ du Portugal.

— La Société médicale des v[e] et XIII[e] arrondissements vient d'arrêter la composition de son bureau, pour l'année 1866, de la manière suivante :

Président, docteur Gauneau; — vice-président, docteurs Malet, Fievet; — secrétaire-général, docteur Arnould; — secrétaire annuel, docteur Boyer; — archiviste, docteur Allaire; — trésorier, M. Buirat.

Les séances se tiennent à la mairie du Panthéon les 2[es] mercredis de chaque mois.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 19 janvier 1866.

Ordre du jour : Installation du bureau, — Allocutions de MM. Forget, président sortant, et Guibout, président. — Compte-rendu des travaux de la Société pendant l'année 1865, par M. Boys de Loury, secrétaire général sortant. — Rapport et vote sur la candidature de M. le docteur Charrier, au titre de membre résidant. — Lecture par M. le docteur Leudet, candidat au titre de membre résidant. — Suite de la discussion sur les revaccinations.

— M. Foucher commencera le cours clinique des maladies des yeux le lundi 29 janvier, à deux heures, au bureau central des hôpitaux, place du Parvis Notre-Dame.

La visite des malades et les leçons auront lieu les lundis et vendredis, de deux à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches sur les conditions anthropologiques de la production scientifique et esthétique, par Théodore Wechniakoff. Premier fascicule. In-8° de XXVIII, 104 pages. Prix : 3 fr. — Paris, Victor Masson et fils.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix Roubaud (1866). Prix : 4 francs. Un fort volume in-12 de plus de 400 pages, imprimé avec des caractères neufs.

Comptabilité médicale. — Agenda de médecine pour 1866. Un beau volume de poche ou de cabinet relié à l'anglaise. Prix : 1 franc. Cet agenda est indispensable à tout médecin praticien. — Paris, 1866. — E. Simonnet, éditeur, 13, rue de la Monnaie.

Pourquoi l'on avait autrefois de meilleures dents qu'aujourd'hui. Conseils aux parents sur la manière de diriger la seconde dentition de leurs enfants, par le docteur E. Andrieu, chirurgien dentiste, etc. 1 vol. in-8°, franco, 2 fr. 50.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. les docteurs L. Belhomme et A. Martin. Ouvrage adopté par le Conseil de santé des armées. 1 beau vol. in-12, 1864, franco, 6 fr. 50.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne, par le docteur Dézeimeris. 7 vol. in-8°. Au lieu de 42 fr., net 7 fr.

Étude sur l'hygiène des ouvriers employés à la fabrication du verre mousseline. Grand in-8°, 1864. 1 fr. 0.

Traité de pathologie interne, par le docteur J. Frank. Traduit du latin par Bayle. 6 vol. in-8°, 1857. Au lieu de 30 fr., net 7 fr. 50.

Leçons sur les affections cutanées dartreuses professées à l'hôpital St-Louis pendant le trimestre d'été de 1861, par le docteur Hardy, rédigées et publiées par le docteur Pihan-Dufeillay, ancien interne à St-Louis. 3[me] partie. 1 vol. in-8°, 1862. Franco, 3 fr. 50.

Obole chirurgicale. Mémoire sur quelques cas de drainage. In-8°, 1864. Franco, 1 fr. 50.

De la pulvérisation appliquée aux eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau, principalement dans les ophthalmies chroniques, par le docteur Tillot, inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées). In-8°, 1865. Franco, 1 fr. 50.

De la pulvérisation appliquée aux ophthalmies chroniques. In-8°, 1865. 0 fr. 75.

Ces divers ouvrages se trouvent à Paris, chez Coccoz, rue de l'École de Médecine, 32.

On trouve également à la librairie COCCOZ un très-grand assortiment de thèses de Paris et de Strasbourg.

De la propagation du choléra et des moyens de la restreindre, par le docteur Jules Worms, membre de la société de médecine de Paris. In-8° de 44 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1865, Victor Masson et fils.

De la préservation du choléra épidémique, et d'une hygiène spéciale, applicable au traitement de la maladie réalisée, par le docteur Max Simon. Mémoire adressé à l'Académie des sciences. Un vol. in-18 de 200 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1865, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Nº 7. — JEUDI 18 JANVIER 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 18 JANVIER 1866. — Nº 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 JANVIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie ressemble assez en ce moment à un volcan grondant sourdement sous ses laves et prêt à faire au premier jour une nouvelle éruption. Voilà, en effet, deux séances où, sous prétexte de procès-verbal, il se fait des échanges de propos assez vifs sur deux questions qui renferment évidemment dans leurs flancs les germes de deux grosses discussions. Hier, notamment, c'était un feu croisé d'interpellations et de réponses, qui sur le typhus, qui sur la vaccine et les revaccinations, à ne savoir plus auquel entendre.

Il est certain que la question du typhus contagieux des animaux, qui a reçu tout récemment en France une si heureuse solution sous le point de vue de la prophylaxie pratique, est pleine d'obscurités encore sous le triple point de vue étiologique, nosologique et thérapeutique. Il y aurait donc un grand intérêt à mettre ce sujet à l'étude ; mais le moment opportun ne nous semble pas venu encore, les éléments essentiels d'observation et d'expérimentation nous manquant pour la plupart.

Il n'en est pas de même de la question de la vaccination animale et des revaccinations. L'ennemi n'est pas à nos portes, il est dans la place ; la variole fait des siennes nonobstant la vaccine, dont l'insuffisance, — nous ne disons pas l'inefficacité, — n'est que trop démontrée depuis quelques années par ces retours réitérés de petites épidémies à intensité croissante. L'utilité des revaccinations ne nous paraît pas contestable en pareille occurrence, aussi est-elle admise et proclamée par la grande généralité des médecins. Mais est-ce avec le vaccin en circulation depuis Jenner et retrempé à peine deux ou trois fois dans le cow-pox ; est-ce avec le vaccin animal qu'il convient de faire ces revaccinations ? Et le cow-pox artificiellement obtenu par l'inoculation du horse-pox, vaut-il à cet égard le cow-pox naturel ?

Voilà autant de questions sur lesquelles il importerait d'être fixé. Or, s'il faut en croire quelques bruits qui courent çà et là, et dont M. J. Guérin s'est fait l'écho à l'Académie, la vaccination animale par le cow-pox artificiel, serait loin d'avoir tout à la fois l'efficacité et l'innocuité qu'on lui a accordées jusqu'à présent et que paraît admettre M. Depaul. Il faut absolument que ce point soit éclairci et cela dans le plus bref délai possible, afin que la pratique si utile et si urgente en ce moment des revaccinations ne soit pas entravée plus longtemps par une hésitation trop légitime. Nous appuyons donc volontiers la proposition qu'a faite M. Guérin de mettre immédiatement cette discussion à l'ordre du jour.

Après ces pourparlers du procès-verbal, qui sont loin, comme on le voit, de manquer d'intérêt ni d'importance, l'Académie a entendu deux lectures, dont l'une, celle de M. Auzias-Turenne, a précisément trait à l'objet principal de ces pourparlers, le rôle de l'inoculation dans l'épizootie actuelle. L'autre lecture faite par M. Maisonneuve, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, a pour sujet le traitement du varicocèle par les injections de perchlorure de fer.

Enfin, M. le docteur Péan a clos la séance par la présentation de deux malades qu'il a opérées récemment, l'une pour un kyste de l'ovaire, l'autre pour une tumeur fibreuse de l'utérus.

Nous publierons incessamment des extraits de ces diverses communications. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Maladie de la moelle suivie de paralysie générale.

Observation lue à la Société médicale d'Observation, par M. MAGNAN, interne des hôpitaux.

Mme P..., Marie, âgée de quarante-six ans, entre à la Salpêtrière le 12 mars 1865, à la 2e section des aliénés dans le service de M. Baillarger. Cette malade vient de l'hôpital de Lariboisière, où elle troublait, dit le certificat, le repos de la salle.

D'après les renseignements fournis par le mari, P..., Marie, dont les antécédents héréditaires ne sont pas bien connus, jouissait, malgré de nombreuses fatigues, d'une santé habituellement bonne. Il y a trois ans, elle commence à éprouver des fourmillements dans les pieds, des douleurs lancinantes comme des coups d'épingle dans les jambes, de la lassitude et de la faiblesse pendant la marche ; par moments elle ne se sent pas marcher ; elle monte péniblement les escaliers, les descend avec plus de facilité. Elle ne fait point de chutes, rarement de faux pas ; dans l'obscurité elle ne marche pas plus mal.

L'apparition de ces symptômes coïncide avec la dernière époque menstruelle qui a duré plus longtemps que d'habitude et a été plus abondante.

Dix-huit mois plus tard (septembre 1863), des troubles se montrent du côté de la vessie et du rectum ; la constipation devient habituelle, quelquefois opiniâtre et ne permet les garde-robes qu'à l'aide de lavements ; parfois, au contraire, dès qu'il y a un peu de diarrhée, les selles échappent involontairement ; il y a aussi, par moments, émission involontaire des urines.

Depuis quinze mois, la malade éprouve des douleurs en ceinture ; ces douleurs s'accompagnent quelquefois de gêne de la respiration.

A cette époque aussi, se montrent des céphalalgies fréquentes et des étourdissements.

A partir du mois de décembre 1864, les mains deviennent tremblantes, maladroites ; plus tard, la parole est hésitante et la gêne dans la prononciation, dès le mois de février, est appréciable pour le mari. La mémoire s'affaiblit dès le commencement de 1865. Le caractère change, devient bizarre, difficile ; la malade cache de l'argent, différents objets de tous les côtés et oublie ensuite ses cachettes. Les digestions sont devenues difficiles et des vomissements se montrent quelquefois après les repas.

A son entrée à la Salpêtrière, P..., Marie est pâle, amaigrie ; les pupilles sont resserrées, la parole offre peu d'embarras, la langue tirée hors de la bouche est droite, et présente sur les bords et à la pointe des mouvements vermiculaires. Les bras et les mains étendus, avec les doigts écartés, tremblent notablement ; la station debout est à peine supportée quelques instants ; la marche est presque impossible, les jambes affaiblies fléchissent, les pieds traînent à la surface du sol en se déplaçant, mais on n'observe ni mouvements désordonnés, ni projection particulière du talon, ni aucun des caractères assignés à la marche des ataxiques. Avec ces symptômes nous n'avons pas cru nécessaire d'explorer l'état de la marche, le malade tenant les yeux fermés.

La sensibilité est affaiblie aux jambes, où les piqûres, les pincements sont à peine perçus ; dans les bras, la sensibilité ne paraît pas altérée. L'exploration de la colonne vertébrale n'indique pas de point douloureux.

L'intelligence est affaiblie, la mémoire est notablement diminuée, et la malade présente un contentement, une satisfaction nullement en rapport avec sa situation.

L'appétit est médiocre, le sommeil assez bon, les digestions régulières ; les urines, traitées par la chaleur et l'acide azotique, n'ont rien présenté de particulier. — La malade est gâteuse.

Le traitement consiste dans l'emploi des toniques.

Le 2 avril, P..., Marie, s'affaisse subitement sur le fauteuil, reste penchée sur le côté ; la face est un peu rouge, la respiration ronflante, la peau chaude, le pouls, à 90 pulsations, est vif, dépressible, régulier. Les membres sont dans la résolution, on ne constate ni mouvements convulsifs, ni hémiplégie relative. La malade prononce quelques mots en bredouillant, mais paraît étrangère à tout ce qui l'environne.

Au bout de cinq heures cet état comateux diminue, mais pendant une journée encore, P..., Marie, reste étourdie et a de la peine à reconnaître son entourage.

La parole reste très-embarrassée pendant plusieurs jours ; l'intelligence est notablement affaiblie, la mémoire très-lente, les sentiments affectifs peu développés.

Depuis ce moment elle dort moins bien, elle parle souvent seule pendant la nuit, elle croit voir son mari à côté d'elle. Pendant le jour elle est plus tranquille, elle parle souvent d'argent, de sommes de 400, 500 francs qui sont cachées dans le lit.

Au bout de quinze jours, retour presque à l'état habituel, mais l'intelligence et la mémoire restent plus affaiblies, la faiblesse musculaire paraît plus grande, les déjections alvines sont tout à fait involontaires. L'appétit est conservé.

Le 3 août, malaise, lourdeur de tête, étourdissements bientôt suivis d'état comateux, la face est un peu rouge, les paupières sont à moitié fermées, les traits de la face affaissés sans hémiplégie relative, la respiration est embarrassée, la peau est légèrement chaude, le pouls petit, vif, à 94 pulsations : les membres sont dans la résolution, la sensibilité est très-obtuse ; quand on pince fortement, on provoque dans la face des signes d'impatience.

Au bout de deux heures le mouvement et le sentiment reviennent

---

FEUILLETON.

LA MAISON IMPÉRIALE DE CHARENTON.

I.

La maison impériale de Charenton n'est pas, comme celle des Quinze-Vingts, d'origine royale.

Un simple particulier, Sébastien Le Blanc, sieur de Saint-Jean ou de Saint-Jean de Dieu, contrôleur général des guerres, est le fondateur de l'établissement qui, d'abord hôpital ordinaire pour les malades, est devenu par la suite un asile pour les aliénés.

Sébastien Le Blanc, par actes des 12 et 13 septembre 1641, donna aux religieux de la Charité de l'ordre de Saint-Jean de Dieu, une maison toute meublée et un clos de vignes de dix arpents, situés l'un et l'autre dans le fief de Besançon, en la censive de Charenton-Saint-Maurice, plus 400 livres pour acheter d'autres meubles, le tout à charge par eux de faire de cette maison un hôpital de sept lits qu'ils desserviraient. Il leur fit en outre, pour couvrir les frais d'entretien, donation de plusieurs propriétés dont l'une notamment était sise à Paris, rue des Noyers. L'église de l'hôpital qui fut placée sous l'invocation de Notre-Dame-de-la-Paix donna son nom à l'établissement.

Les frères de la Charité furent installés le 10 mai 1645, en vertu de lettres patentes qui furent confirmées en 1732.

Comme ces religieux faisaient partie d'un ordre qui s'occupait du traitement des aliénés, ils ajoutèrent bientôt à l'hôpital un pensionnat pour ceux-ci. (Vers 1701 ils leur firent bâtir une chapelle séparée.)

Tels furent les commencements de la maison de Charenton, dont le fondateur, après avoir consacré toute sa fortune à des œuvres de bienfaisance, mourut en 1670 à l'hôpital de la Charité où une de ses donations lui avait réservé un logement.

L'hôpital primitif existe encore aujourd'hui ; mais ce n'est plus qu'une dépendance de l'asile des aliénés, auquel son entretien incombe comme charge de fondation. Aux sept lits de Sébastien Le Blanc sept autres ont été ajoutés ; ces quatorze lits sont, d'après les règlements de la maison impériale, affectés aux malades curables du sexe masculin domiciliés dans le canton de Charenton.

Le pensionnat, dont les frères de la Charité restèrent en possession jusqu'en 1789, prit entre leurs mains de grands développements. Pendant tout ce temps, jusqu'à l'abolition des lettres de cachet qui eut lieu en 1781, il reçut concurremment des aliénés placés par leurs familles, et des réclusionnaires envoyés par ordre du roi ; de la sorte, Charenton était à la fois une maison de santé et une maison de force.

A la Révolution, il subit le sort de la plupart des établissements de bienfaisance. Ses biens furent réunis au Domaine, et un arrêté, en date du 12 messidor an III, rendu par le comité de secours publics, décida que les malades seraient remis entre les mains de leurs parents.

Le 27 prairial an V, le Directoire rendit les bâtiments à leur première destination et plaça l'établissement sous l'autorité immédiate du ministre de l'intérieur. L'arrêté du Directoire forme encore aujourd'hui le titre constitutif de la maison.

La gestion de l'établissement fut alors confiée à M. de Coulmier, ancien membre de l'Assemblée constituante ; il reçut le titre de régisseur général.

La maison fut remise en possession de ceux de ses biens qui n'avaient pas été vendus, et obtint, en remplacement de ceux qui avaient été aliénés par l'État, la concession provisoire d'immeubles donnant un revenu de 9,345 fr. Cette concession fut rendue définitive par un décret du 9 septembre 1807.

Ainsi se trouva complétement restaurée la maison de Charenton.

Sous l'administration de M. de Coulmier, l'établissement prit un accroissement rapide. La publicité donnée à sa reconstitution, l'évacuation qui s'y fit des aliénés de l'Hôtel-Dieu et des Petites-Maisons, les nombreux malades des départements qui furent admis, augmentèrent bientôt le nombre des pensionnaires, à ce point que les bâtiments durent être agrandis ; on établit en même temps une division spéciale pour les femmes, qui, du temps des frères de la Charité, n'étaient pas reçues en traitement.

Ces travaux et les modifications qu'ils nécessitèrent dans l'aménagement de la maison furent conçus dans un esprit peu conforme naturellement aux principes du traitement rationnel de l'aliénation mentale, puisque à cette époque ce traitement était encore dans sa nouveauté ; cependant ils constituèrent une amélioration réelle, eu égard surtout à l'imperfection des méthodes et des dispositions adoptées alors dans presque tous les établissements où l'on traitait la folie.

En 1814, M. Roulhac Dumaupas succéda à M. de Coulmier. Un règlement donné à cette époque par le ministre de l'Intérieur organisa les divers services et détermina les attributions de chaque fonctionnaire et employé ; une commission de surveillance fut créée, et le traitement des malades devint rationnel. La plus importante des améliorations introduites sous l'administration de M. Dumaupas est la construction d'un vaste bâtiment qui existe encore aujourd'hui sous le nom de *Château* et qui, par ses dimensions et la bonne distribution des chambres et des dortoirs et par le choix heureux de l'emplacement, est très-supérieur aux anciennes constructions.

peu à peu, mais il reste une gêne notable de la parole; les forces sont très-affaiblies et nécessitent désormais le séjour permanent au lit.

Le 6 août, il survient de la diarrhée, la peau est sèche et chaude, le pouls petit et fréquent; la langue sèche, rouge, le ventre un peu météorisé n'est point douloureux; l'appétit est presque nul, la soif vive.

La vue est affaiblie, tous les objets paraissent mobiles, ce qu'exprime la malade par les mots : mes yeux dansent.

A ce moment la parole est moins gênée, la malade répond un peu mieux aux questions, mais l'intelligence et la mémoire restent très-affaiblies.

Traitement : décoction blanche. — 4 grammes de diascordium avec 6 grammes de sous-nitrate de bismuth; lavements amidonnés, avec 10 gouttes de laudanum.

Les jours suivants, la diarrhée persiste, la fièvre augmente, la dépression est extrême. Le sacrum, constamment souillé par les matières alvines, s'excorie, une escharre se forme, s'agrandit rapidement, et la malade succombe le 18 août 1865.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Les parois crâniennes, minces et peu résistantes, adhèrent fortement à la dure-mère sur plusieurs points, de chaque côté de la suture sagittale. La dure-mère est tapissée à sa face interne, au niveau de la convexité des hémisphères, par une néo-membrane mince, molle, rougeâtre, que l'on peut décoller en partie par de légères tractions.

Le poids de l'encéphale avec ses membranes est de 1270 grammes; les hémisphères sont à peu près égaux et chacun pèse environ 500 grammes; le cervelet, la protubérance et le bulbe pèsent 260 grammes.

L'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies, infiltrées, gélatiniformes surtout au niveau des scissures de Sylvius. Par places, le long des vaisseaux, on voit dans l'épaisseur des méninges des granulations blanchâtres, de petites plaques exsudatives. Les vaisseaux sont injectés et sur quelques endroits il s'est fait un peu d'exhalation sanguine, ce qui donne un aspect marbré à l'ensemble de la surface des méninges.

Ces membranes adhèrent à la couche corticale. En les enlevant on entraîne la substance cérébrale sur les deux lobes frontaux, dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Des adhérences se montrent aussi à l'extrémité des cornes sphénoïdales, en arrière sur les lobes occipitaux, et à la face inférieure seulement en deux points en dehors de la couche optique; mais c'est surtout en avant que l'ablation des méninges laisse des surfaces ulcérées assez étendues.

La portion de substance corticale qui reste adhérente à la face interne de la pie-mère est grisâtre, grumeleuse, et ressemble assez à une légère couche de colle d'amidon mal liée. Sur presque toute l'étendue de l'encéphale, la portion la plus superficielle de la substance grise, le tiers environ, est comme macérée et grisâtre, le reste au contraire est injecté et présente une teinte légèrement rosée surtout en avant.

Les plexus choroïdes sont gorgés de sang, et la portion séreuse qui les accompagne est épaissie et infiltrée.

Par le grattage avec le dos du scalpel, on obtient sur les lobes frontaux des crêtes de substance blanche que l'ablation de la substance grise laisse à nu; ces crêtes résistantes sont déprimées par le scalpel, mais ne se laissent point entamer.

Des coupes faites progressivement des parties superficielles vers le corps strié et la couche optique, ne montrent dans aucun point ni lacune ni foyer; il y a partout une injection notable des vaisseaux.

Les méninges du cervelet sont également épaissies, infiltrées, elles présentent des exsudats blanchâtres, surtout à la face supérieure. Le plancher du quatrième ventricule offre un sablé, un aspect chagriné très-marqué.

Les coupes faites dans le cervelet, sur la partie moyenne de la protubérance, ne montrent que de l'injection vasculaire.

Les méninges rachidiennes offrent des altérations analogues à celles des méninges cérébrales, mais à un degré plus avancé, elles sont épaissies, infiltrées, couvertes d'exsudats blanchâtres. Au niveau de la partie moyenne de la région dorsale, la dure-mère est comme soudée à l'arachnoïde et à la pie-mère à l'aide d'une néo-membrane de 4 à 5 centimètres de longueur et 2 à 3 millimètres d'épaisseur. L'adhérence n'embrasse pas complétement toute la circonférence; une faible portion en avant reste libre.

A la région cervicale, vers la cinquième vertèbre, on trouve encore un point adhérent dans une étendue de 2 centimètres environ. Partout ailleurs, la dure-mère est tapissée par une néo-membrane, mais dans quelques endroits celle-ci se trouve réduite à une pellicule très-mince, qu'il n'est presque plus possible d'enlever.

Les coupes faites perpendiculairement à l'axe de la moelle, montrent une hyperhémie considérable de la substance grise; il n'y a pas à l'œil nu d'altération appréciable de la substance blanche, si ce n'est une coloration un peu grisâtre de la partie interne des faisceaux postérieurs vers la fin de la région dorsale.

Le cœur est mou, le ventricule droit est rempli de caillots de sang noirâtres.

Les poumons sont engoués à la base des deux côtés.

Le foie, la rate, les reins n'offrent rien de particulier. La muqueuse du gros intestin est injectée, elle présente de petites ulcérations superficielles au niveau de l'S du colon et du rectum.

L'examen au microscope à l'état frais a montré sur des préparations de la couche corticale, des capillaires avec une gaîne épaissie, recouverte de noyaux embryoplastiques à divers degrés d'évolution; des myélocytes (variété nucléaire et cellulaire) fortement granuleux. Quelques-uns deviennent plus nets par l'acide acétique, mais sur beaucoup le nucléole reste confondu au milieu des granulations.

Sur les préparations provenant des parties centrales, on trouve aussi la gaîne des capillaires épaissie et couverte de noyaux; les tubes ne paraissent pas altérés.

En traitant ces préparations par l'acide acétique, on voit apparaître en plusieurs points un aspect vaguement fibrillaire et des noyaux dirigés dans le sens des fibrilles.

L'examen de la moelle à l'état frais, et après le durcissement dans l'alcool et l'acide chromique, montre des lésions diffuses dans les faisceaux postérieurs et les faisceaux antéro-latéraux. Les capillaires attirent l'attention, par le développement à leur surface, d'un grand nombre de noyaux dont quelques-uns sont remplis de granulations graisseuses jaunes et brillantes.

Les tubes sont très-irréguliers, quelques-uns sont granuleux et séparés par du tissu conjonctif épaissi, riche en éléments nucléaires. Le maximum de ces altérations siége dans les cordons postérieurs à la région dorsale; mais les cordons antéro-latéraux participent à l'altération à un degré moins avancé.

Dans cette observation, nous voyons l'évolution des symptômes se faire d'une manière progressive et régulière de bas en haut de la moelle vers l'encéphale. Dès le début, troubles légers dans les pieds, les jambes; peu à peu la sensibilité et la motilité s'altèrent davantage, ensuite paresse de la vessie et du rectum qui aboutit à l'inertie presque complète; des douleurs en ceinture se montrent bientôt après, plus tard les bras tremblent, les mains deviennent inhabiles, puis enfin la parole s'embarrasse, les pupilles sont contractées, et à ce moment l'intelligence s'altère, la mémoire s'affaiblit, le caractère change, il survient une satisfaction, un contentement non motivé, en un mot la paralysie générale est constituée. Une durée de trois ans environ sépare l'apparition des premiers symptômes du développement complet de la maladie.

Cette marche si régulière des symptômes est en rapport avec l'état des lésions, c'est-à-dire vers la fin de la région dorsale, maximum de la lésion et propagation de celle-ci vers l'encéphale.

L'analogie entre les altérations des méninges rachidiennes et des méninges cérébrales, nous paraît ici évidente, il n'est pas nécessaire d'y insister; mais en est-il de même entre la lésion de la moelle et celle du cerveau? L'examen microscopique nous permet de le supposer.

J'ajouterai que sur quelques cas analogues dont l'examen a été fait d'une manière complète, j'ai pu comparer ces deux ordres de lésions et établir leur analogie. Dans tous ces cas, c'est le tissu conjonctif (vaisseaux, gaînes, enveloppes, etc.), qui semble être le point de départ de la lésion, sorte de travail irritatif déterminant une prolifération nucléaire considérable dans ce tissu, et l'altération des éléments nerveux paraît être secondaire.

L'étude des faits de ce genre nous fait assister en quelque sorte, au développement de la paralysie générale; on peut suivre pas à pas la maladie; et, dans bien des circonstances, il est permis de constater ces signes si légers du début de la paralysie générale, ces symptômes qui ne sont en quelque sorte à ce moment que des nuances, des modifications très-légères de l'état normal, et qui pourtant acquièrent par leur ensemble une valeur positive.

ANÉVRISME ÉTENDU DE LA FÉMORALE,

Produit par une arme à feu; guérison au moyen de la ligature de l'artère iliaque externe;

Par M. Cesare Stroppa.

Cette observation est intéressante au point de vue des difficultés que le chirurgien rencontra pendant l'opération.

Un jeune homme reçoit un coup de pistolet dans le tiers inférieur de la cuisse gauche; une hémorrhagie survient; on fait la compression, et, quelques heures après, on voit apparaître à l'aine une tumeur pulsatile, au niveau de laquelle on perçoit un frémissement et un bruit de souffle caractéristiques. En même temps, la cuisse entière se tuméfie jusqu'au genou, et le malade accuse des douleurs atroces. On continue la compression et l'on applique sur la cuisse des solutions astringentes, mais sans succès aucun. On essaye ensuite la compression digitale de la crurale; le malade ne put malheureusement la supporter. Enfin, M. Stroppa, ne voyant pas d'autre ressource, se décide à faire la ligature de la fémorale. Dès la première incision, un flot de sang sort de la plaie. Le chirurgien incise directement alors le sac anévrismal dont il enlève les caillots, puis il lie l'artère immédiatement au-dessus. L'hémorrhagie n'en continue pas moins et la fémorale paraît toute déchirée. M. Stroppa prolonge son incision en haut et fait une nouvelle ligature; même insuccès. L'hémorrhagie est aussi abondante; le malade perd ses forces de plus en plus et tombe dans une prostration extrême.

M. Stroppa ne perd pas de temps; il fait remplir toute la plaie de charpie imbibée de liquide hémostatique et pratique une nouvelle incision au niveau de l'iliaque externe; un fil est jeté autour de cette artère et l'hémorrhagie cesse aussitôt. Le membre devint engourdi et froid; mais au bout de quelques heures, la chaleur reparut.

Un mois après l'opération, le malade sortait parfaitement guéri. (*Il Morgagni* et *Gaz. méd.*)

DE LA SYPHILIDE PIGMENTAIRE A FOND JAUNE,

Par M. Vincenzo Tanturri.

Ce mémoire est un des meilleurs travaux qui aient été publiés sur la syphilide pigmentaire.

L'auteur admet au point de vue pathologique trois types de coloration pigmentaire : la cuivrée, la jaune et la noire.

La coloration cuivrée, signe traditionnel, classique de la syphilis constitutionnelle, ne semble point à M. Tanturri un signe de premier ordre, car elle ne se rencontre pas exclusivement et constamment dans les processus organiques de la syphilis cutanée. Suivant Gamberini, la syphilis imprimerait au sang une modification chromatique, telle qu'il donnerait à la peau une teinte cuivrée; de la même manière, l'anémie, la chlorose, le scorbut modifient la couleur de la peau.

M. Tanturri a fait de nombreuses expériences, tant sur le sang de sujets syphilitiques atteints de syphilides pigmentaires que sur celui d'individus sains, et jamais il n'a observé de différence appréciable. De plus, si l'opinion de Gamberini était vraie, on devrait observer la teinte cuivrée chez tous les syphilitiques et sur toute la surface du corps, au même titre qu'on voit la décoloration des téguments dans la chlorose, etc. Mais, au contraire, le pigment cuivré se dépose en des endroits déterminés, et particulièrement dans les points de la peau où existe ou bien avait existé auparavant un processus syphilitique, ulcératif ou néoplasique. Il est donc plus probable que le dépôt de pigment cuivré est subordonné à l'activité produc-

---

En 1830, M. Palluy succéda à M. Dumaupas. Il continua avec méthode l'œuvre de son prédécesseur, et eut le bonheur de trouver à la tête du service médical un homme éminent par la science et par les vertus, celui qui contribua si puissamment par ses doctrines, par ses écrits et par son exemple à la réforme du traitement des aliénés, Esquirol (1). Sous l'influence du savant aliéniste, qui représentait les progrès de la science et les sentiments d'humanité qui distinguent le temps où nous vivons, les services furent comme créés à nouveau.

Une des principales réformes accomplies alors fut la reconstruction du quartier des hommes, dont les bâtiments étaient resserrés, mal distribués et même dégradés.

Un examen général des lieux fut fait par les architectes et les inspecteurs. Le ministre de l'Intérieur se rendit à Charenton et visita l'établissement en détail. On reconnut non-seulement qu'il était urgent d'abattre tout le quartier des hommes, mais aussi que, malgré la supériorité relative du quartier des femmes, il serait nécessaire de reconstruire la maison en entier, sur un plan mieux approprié aux nouveaux principes de traitement.

Des études furent faites dans ce but; un programme, à la rédaction duquel concourut Esquirol, fut arrêté; un plan fut dressé, et une loi ouvrit au budget de l'État un crédit de 2,720,000 fr., pour la reconstruction du quartier des hommes; il fut convenu que de son côté la maison de Charenton affecterait à ces travaux, qui comprenaient aussi l'érection d'une chapelle et d'un bâtiment destiné à loger les principaux fonctionnaires et employés, une somme de 600,000 fr., montant de ses ressources disponibles.

(1) Le 22 novembre 1862, la statue en bronze d'Esquirol a été solennellement inaugurée dans la cour d'honneur de la maison impériale de Charenton.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que la loi qui autorise la reconstruction (18 juillet 1838) coïncide avec la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, qui fut un si grand bienfait pour ces infortunés.

Les nouveaux bâtiments furent terminés au bout de sept ans (1). Ils s'élèvent en amphithéâtre sur la pente méridionale d'un côteau admirablement situé, d'où l'œil embrasse une grande partie de la belle vallée de la Marne et de la Seine. Ils se composent de deux ailes étagées l'une au-dessus de l'autre et séparées par une longue cour intérieure. Peu de situations sont aussi salubres et aussi agréables à la fois.

Dans chaque division est un préau planté d'arbres, donnant par une galerie à jour sur la campagne et entouré de galeries couvertes qui servent de promenoirs les jours où le temps ne permet pas aux malades de se rendre dans le jardin.

Une chapelle d'un bon style s'élève derrière la cour d'honneur, au point culminant de la maison, et frappe au loin les regards par son bel aspect.

Depuis l'époque où la maison a été reconstruite, l'historique de l'institution ne présente que des améliorations intérieures, poursuivies avec persévérance, mais d'une importance secondaire. Nous arrivons maintenant à l'exposition du caractère général et de l'organisation de l'établissement.

II.

Il a conservé le caractère que lui avaient donné les frères de la Charité. C'est un pensionnat ouvert à tous les aliénés de la France, en même temps que, par la modicité des prix de pension, et par l'existence des bourses ou places gratuites que l'on accorde aux indigents pour y entrer, c'est une institution de bienfaisance.

Les pensions payées par les familles pour les malades civils, les prix de journée payés par le ministère de la guerre pour les militaires qu'il envoie, et la subvention accordée sur les fonds de l'État pour les bourses, couvrent les dépenses.

Le taux des pensions a été fixé comme il suit par une décision ministérielle prise en 1856 : 1re classe, 1,500 fr.; 2e classe, 1,200 fr.; 3e classe, 900 fr.

Les pensionnaires en chambre payent en outre 900 fr. pour un domestique homme et 800 fr. pour une femme. L'entretien des malades reste, pour le linge et les vêtements, à la charge des familles.

Le ministère de la guerre donne 3 fr. 30 par jour pour les officiers, et 2 fr. 47 pour les sous-officiers et soldats. Les officiers jouissent du régime de la 2e classe, les sous-officiers et soldats de la 3e.

La subvention accordée par l'État est de 66,410 fr.; mais ce n'est pas une subvention gratuite; elle a pour but d'indemniser l'établissement des dépenses que lui font supporter les boursiers et demi-boursiers. En réalité, il y a là substitution de l'État aux familles de ceux-ci pour le payement de leurs pensions.

Le nombre des bourses est actuellement de 79, dont 22 sont divisées en demi-bourses, soit 101 aliénés civils profitant des libéralités de l'État.

Les bourses sont toutes de 3e classe et correspondent à la pension de 900 fr.; les familles peuvent toutefois, en payant le complément, faire admettre les boursiers et demi-boursiers au régime des 1re et 2e classe.

(1) Esquirol n'en vit pas l'achèvement; mais un de ses élèves les plus distingués, M. le docteur Calmeil qui lui a succédé, a pu mettre en pratique tous les projets qu'il avait formés.

trice des éléments anatomiques de la partie malade, et que ces éléments modifient parfois leur principe colorant normal.

M. Tanturri combat aussi l'opinion de Zeissel qui croit que les divers pigments syphilitiques sont dus à la formation de nouveaux vaisseaux. En effet, si cette opinion est vraie dans quelques cas exceptionnels, la coloration cuivrée est due le plus souvent à une différence de quantité ou de qualité de la matière pigmentaire.

L'opinion de Boerensprong n'est pas moins exclusive, lorsqu'il avance que la coloration cuivrée est due à la congestion des vaisseaux, à la coagulation consécutive du sang dans ces vaisseaux ou encore à un épanchement de sang entre les faisceaux du tissu connectif sous-cutané.

Suivant M. Tanturri, voici ce que l'on peut dire sur cette question si controversée : La substance pigmentaire accumulée dans les points où se voit la coloration cuivrée, présente l'aspect du pigment normal; par conséquent, la différence de couleur tient principalement au mode de distribution de la matière pigmentaire. Lorsque les granulations rougeâtres et brun-jaunâtres sont disséminées dans un grand nombre de cellules de la peau, on aperçoit une teinte cuivrée légère; au contraire, si la teinte est très-foncée, cela provient de ce que des amas considérables de pigment sont condensés dans une seule couche, et cette couche est ordinairement celle des cellules cylindriques du réseau de Malpighi. Dans quelques cas, le tissu connectif du sommet des papilles concourt également à augmenter l'intensité de la coloration.

Mais la coloration cuivrée n'est pas la seule qui s'observe dans la syphilis; on rencontre aussi la coloration jaune sous deux formes différentes, l'une consécutive aux exanthèmes syphilitiques précoces, superficiels et diffus : on peut l'appeler *consécutive;* l'autre n'est précédée d'aucune lésion cutanée dans les parties où elle se développe : c'est la *primitive.*

I. On observe la *syphilide jaune consécutive* dans les points de la peau qui ont déjà été le siége de syphilides exanthématiques précoces, telles que la roséole, etc. Elle présente l'aspect de taches d'un jaune obscur et sale, plus ou moins régulièrement arrondies, de la largeur d'une pièce de cinq centimes, ordinairement disséminées et séparées par des intervalles de peau saine. D'autres fois, ces taches sont rapprochées les unes des autres, et forment des groupes ou des stries dirigées en divers sens; elles occupent le plus souvent les parties antérieures et postérieures du tronc, les régions mammaires et sternales, la moitié interne du bras et des avant-bras, les parties antérieure et supérieure de la cuisse.

Les syphiliographes ont donné à ces taches des dénominations très-vagues : fauves, légèrement cuivrées (Bassereau), café au lait (Robert). Il n'échappa point à la perspicacité de Bassereau que ces taches étaient consécutives à la roséole, et dues à une substance extravasée et infiltrant les couches superficielles de la peau. Simon fut plus explicite en disant que cette coloration reconnaissait pour cause une altération pigmentaire du réseau de Malpighi, et qu'elle était ordinairement l'expression d'une syphilis antérieure.

Sur les taches se voient quelquefois des squames très-ténues ou poussière fine, dans lesquelles le microscope ne révèle jamais de parasites. Le plus généralement, néanmoins, leur surface est rugueuse, comparativement à la surface des parties environnantes qui est lisse.

Cette altération pigmentaire à fond jaune peut disparaître ou, plus rarement, prendre un aspect plus foncé, se transformer en une teinte légèrement cuivrée, et persister ainsi pendant un temps fort long. M. Tanturri a trouvé cette terminaison dans des cas où les éruptions exanthématiques, affectant une marche chronique, s'étaient montrées à diverses reprises successives, et chez des personnes dont la nutrition était profondément altérée.

II. La *syphilide jaune primitive* a été décrite, pour la première fois, par M. Hardy, sous le nom de syphilide pigmentaire, puis, par le docteur Pillon; elle est caractérisée par des taches jaunâtres, couleur d'ocre ou grisâtres, qui se manifestent ordinairement sur le cou sous la forme d'un large collier; elles peuvent encore se montrer en d'autres points du corps, avec une tendance à se propager dans une étendue plus ou moins grande; mais alors leur siége habituel est à la partie antérieure du corps. Ces taches sont irrégulières à leurs bords et distribuées sans ordre; la peau qui les entoure a sa coloration normale. D'autres fois, on n'aperçoit point de taches; le pigment est uniformément distribué sur de larges surfaces, interrompues seulement par des îlots plus ou moins ronds de peau saine; c'est, en quelque sorte, l'aspect d'un marbre à deux couleurs. On peut donc admettre deux variétés principales de cette syphilide, la syphilide pigmentaire maculeuse (hypercromie jaune maculeuse) et la réticulée (hypercromie jaune réticulée).

On sait que M. Bazin place la syphilide pigmentaire à côté de l'albinisme, et qu'il la considère comme un véritable vitiligo. M. Tanturri croit que cette opinion est basée uniquement sur une illusion d'optique. Il a pu examiner au microscope la peau d'individus atteints de cette forme de syphilide, et il a constaté autant de pigment qu'à l'état normal dans les parties qui, suivant M. Bazin, en seraient dépourvues.

La dénomination de *syphilide du cou* (Pillon), syphilide cervicale (Gintrac), n'est pas exacte, car cette affection se rencontre également sur d'autres points du corps, tels que la poitrine, l'abdomen, etc.

M. Tanturri a observé la syphilide pigmentaire jaune dix-huit fois sur soixante-douze cas de syphilis chez des femmes. Ce chiffre montre nettement l'origine syphilitique de cette affection. (*Il Morgagni* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 janvier 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle il invite l'Académie à lui faire connaître le montant des frais de premier établissement et de la dépense annuelle résultant d'une nouvelle organisation du service de la vaccine dans le cas où il y aurait lieu de substituer la vaccination animale à la vaccination de bras à bras;

2° Un rapport sur une épidémie de choléra dans la commune de Maugnio (Vaucluse), par M. le docteur Nourrigat (Comm. des épidémies;

3° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), pendant l'année 1864, par M. le docteur Tellier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit des lettres de candidature, pour la section d'anatomie pathologique, de MM. Empis, Bourdon et Barthez.

La correspondance manuscrite comprend, en outre :

1° Le tableau du mouvement de l'épidémie cholérique dans Paris, depuis son invasion jusqu'au 14 janvier 1866, adressé par M. le préfet de police;

2° Une lettre de M. Palu sur le traitement de la gravelle par le miel;

3° Un travail de madame la comtesse de Castelnau, qui attribue le choléra à l'invasion de sangsues ailées venant des Indes, où elles pullulent au milieu des bourbiers fangeux des fleuves de ces contrées (Comm. du choléra);

4° Un mémoire de M. le docteur Cramoisy sur le choléra épidémique et son traitement par l'alcoolature d'aconit (Comm. du choléra);

5° Une lettre de M. le docteur Adet de Roseville, qui demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé le 26 avril 1864.

M. le secrétaire annuel donne lecture du contenu de ce pli. Il est relatif au traitement du choléra par l'alcoolature d'aconit. L'alcoolature d'aconit, suivant l'auteur, serait le remède spécifique du choléra. Mais il faut le donner à dose toxique; c'est par plusieurs grammes qu'il l'administre dans une potion prise par cuillerées d'heure en heure.

M. BERGERON présente, au nom de M. le docteur Paulin Roussel, ancien inspecteur des eaux de la Chaldette, une brochure intitulée : *Études médicales sur les eaux thermales de la Chaldette (Lozère).*

M. GUBLER présente, au nom de M. le docteur Barthélemy-Benoît, chirurgien de 1[re] classe de la marine impériale, un ouvrage ayant pour titre : *De la Fièvre bilieuse hématurique observée au Sénégal.*

M. DEPAUL présente deux ouvrages de M. le docteur William Hammond (de Philadelphie) : l'un, sur l'insomnie, intitulé : *On wakefulness with an introductory chapter on the physiology of sleep;* le deuxième, sur les affections vénériennes, intitulé : *Lectures on venereal diseases.*

M. LARREY présente :

1° Au nom de M. le docteur Legouest, une brochure sur les *amputations en général* (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*);

2° Au nom de M. le docteur H. Lespiau, médecin-major de 1[re] classe à l'hôpital du Gros-Caillou, une brochure intitulée : *Exposé clinique des blessures de guerre soignées dans les hôpitaux militaires français de Puebla et de Cholula.*

Typhus contagieux et vaccine. — M. LEBLANC demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Bouvier, dit-il, dans son allocution de la dernière séance, a exprimé l'opinion qu'il existait une analogie entre le typhus des bêtes à cornes et la variole. Il a proposé, en conséquence, l'inoculation comme moyen prophylactique. L'idée n'est pas nouvelle, et tout récemment encore elle a été mise en pratique en Angleterre. J'ai oublié, à ce sujet, de dire qu'il s'était passé un fait analogue au jardin d'acclimatation en 1864. MM. Mathieu et Auzias-Turenne inoculèrent, à cette époque, plusieurs animaux du Jardin avec du horse-pox. Des animaux inoculés alors, il en restait 5 seulement au moment de l'invasion du typhus. Sur ces 5 animaux, 3 ont été atteints par le typhus, 2 seulement en ont été préservés. On peut conclure de ce fait que l'inoculation est inefficace comme préservatif du typhus.

M. J. GUÉRIN. La correspondance comprend une lettre du ministre du commerce sur la vaccine animale. Je demanderai s'il n'y aurait pas opportunité à ouvrir une discussion sur ce sujet. La question a été réservée après la lecture du rapport annuel sur la vaccine. Depuis lors des faits nouveaux se sont produits et des expériences ont été faites. Je voudrais que l'Académie invitât le directeur de la vaccine à nous dire ce qu'il sait à cet égard. Ce n'est pas seulement une question de doctrine, c'est aussi une question d'humanité. Il ne faudrait pas laisser s'introduire dans le public une confiance dans l'efficacité de la vaccination animale qui ne serait pas justifiée par les faits.

M. BOUILLAUD. J'ai dit, dans l'une des précédentes séances, que je faisais des réserves à l'égard de la dénomination de typhus donnée à l'épizootie des bêtes à cornes. Ce qui s'est passé depuis n'est pas fait pour me faire revenir sur ma première opinion. Je demande qu'on ne tire aucune conclusion, l'expérience n'étant pas encore suffisamment décisive. J'insiste d'autant plus sur ce point, que nous sommes en ce moment en pleine épidémie de variole. Qu'il soit donc bien convenu qu'il n'y a à cet égard aucune opinion bien arrêtée au sein de l'Académie.

M. DEPAUL. Je répondrai à M. J. Guérin que j'ignore de quels faits il veut parler; pour moi, je ne connais aucun fait qui soit de nature à me faire revenir de l'opinion que je me suis faite depuis peu sur ce point. J'ai été converti par les faits dont j'ai été témoin depuis les expériences de M. Lanoix, à la pratique de la vaccination animale, et depuis que j'ai adopté cette pratique, je n'ai eu qu'à m'en louer.

M. BOUILLAUD. J'insiste beaucoup et de la manière la plus sérieuse sur la nécessité d'étudier ces questions, d'autant qu'ainsi que je viens de le dire, nous sommes sous l'influence d'une épidémie de variole. J'ai eu ces jours derniers, dans mon service, deux cas de mort par la variole, bien que les sujets eussent été vaccinés. Il importe donc de ne pas perdre de vue la question de la vaccine et des revaccinations.

M. H. BOULEY. Je ne demande pas mieux, comme le veut M. Bouillaud, de réserver mon opinion sur la nature du typhus contagieux. Mais il y a deux questions distinctes et qu'il importe de ne pas confondre, la question pratique et la question scientifique ou doctrinale. En présence de l'épizootie, ce qui devait nous préoccuper avant tout, c'était le point de vue pratique; il fallait arrêter les progrès du mal;

III.

La maison impériale est administrée par un directeur responsable, assisté d'une commission consultative (1).

Le personnel médical se compose d'un médecin en chef, d'un médecin adjoint, d'un chirurgien, d'un pharmacien, de cinq élèves internes, dont quatre en médecine et un en chirurgie, d'un surveillant en chef et d'un surveillant adjoint, d'infirmiers, d'infirmières, etc.

Vingt sœurs Augustines, appartenant à une congrégation de Liége qui se recrute en Belgique et en France, se partagent les divers services, tels que la cuisine, l'office, la lingerie. Treize d'entre elles, y compris la supérieure qui remplit les fonctions de surveillante générale, sont attachées au quartier des dames; la vingtième sœur dessert la salle du canton.

Un aumônier résidant donne les secours spirituels aux malades et dit la messe tous les matins; les dimanches et jours de fête il célèbre l'office divin en présence de plus de cent aliénés des deux sexes qui se réunissent dans la chapelle.

Les pensionnaires sont au nombre de 570, savoir : 300 hommes et 270 femmes.

Cette population se divise en 115 pensionnaires de 1[re] classe, 160 de 2[e] et 295 de 3[e] classe. Hâtons-nous de dire que le traitement médical est le même pour tous, et que tous sont l'objet d'une même sollicitude; le régime alimentaire seul diffère d'une classe à l'autre. Ajoutons aussi que les aliénés ne sont pas logés et groupés comme par castes, suivant les classes auxquelles ils appartiennent : dans les quartiers, le groupement est purement médical, c'est-à-dire qu'il est fait par le médecin d'après l'état mental des malades et d'après les diverses affinités qu'il remarque entre eux; de la sorte, chaque division renferme des malades appartenant aux trois classes.

On a pu voir, par l'énumération du personnel attaché à l'établissement, sur quelle échelle le service médical y est organisé : visites journalières, soins assidus de toutes sortes, rien n'est négligé de ce qui peut contribuer à la guérison des malades. Le service des bains, si important dans une maison comme celle de Charenton, occupe une grande place dans le traitement qu'y suivent les malades : on y donne en moyenne 11 à 12,000 bains par an.

Mais on sait que c'est surtout du traitement moral qu'on peut attendre les guérisons. Il est ici organisé d'une manière remarquable.

Les moyens curatifs, qui le constituent, consistent, en principe, à distraire et à amuser les malades sans les exciter. Ces moyens sont : les promenades à pied dans les jardins de l'établissement et dans le bois de Vincennes, les promenades en voiture dans la campagne, les séances de lecture à la bibliothèque, les leçons de musique que donne une personne attachée à la maison, les jeux de cartes, de dominos, de billards, de quilles, de boules, et les réunions qui ont lieu le dimanche et le jeudi soir dans les salons de l'administration.

Tous les divertissements dont on vient de lire l'énumération sont très-goûtés par les malades de Charenton. La bibliothèque des hommes, notamment, est très-fréquentée, et il y règne un calme et un ordre parfaits. La lecture a le double avantage de produire une heureuse diversion dans les idées des pensionnaires, et, en entretenant ou en ravivant chez eux le goût des travaux intellectuels, de réveiller le sentiment de la dignité, que l'aliénation mentale fait perdre aujourd'hui si souvent.

Il y a loin de là au sort de l'aliéné à la fin du dernier siècle : « Confiné, dit le docteur Ferrus, dans une loge étroite, chargé de chaînes, couvert de haillons, il vivait misérablement d'aliments grossiers que lui jetaient la pitié et l'aumône, n'ayant pour toute communication avec le monde auquel il avait appartenu, que la vue irritante d'oisifs qui se faisaient un jeu cruel de l'exaspérer. » Les aliénés n'étaient pas alors des malades, mais des malfaiteurs.

Aujourd'hui vivre en air pur dans une habitation située au milieu d'une campagne riante, jouir du repos, des soins les plus assidus et les plus délicats, de distractions variées; être apaisés, consolés, soulagés toujours, guéris très-souvent, tel est le sort des pensionnaires de Charenton; sort que l'administration s'attache à adoucir de plus en plus, en ne négligeant aucune amélioration, aucun progrès dans leur traitement physique et moral. Francis AUBERT.

(1) Conformément à l'article 31 de la loi du 30 juin 1838, le président de cette commission remplit, en vertu d'une délégation qu'il reçoit d'elle, les fonctions d'administrateur provisoire des aliénés non interdits ou non pourvus d'une administration judiciaire. Il protége leurs droits et leurs intérêts et les représente dans les actes de la vie civile.

---

c'est ce que nous avons fait. Le rôle pratique accompli reste la question doctrinale. La maladie est-elle le typhus, est-ce la variole? Le cow-pox peut-il en prévenir le développement? Il y a un pays qui a le triste privilége en ce moment de pouvoir étudier cette maladie, c'est l'Angleterre. D'après des documents qui nous sont parvenus tout récemment par la *Lancette anglaise*, il aurait été fait des expériences d'inoculation desquelles il résulterait que sur 16 animaux d'une même écurie, qui ont été inoculés, 10 ont été préservés du typhus; 6 seulement ont succombé à l'épizootie malgré l'inoculation. La question, comme on le voit, n'est pas encore complétement résolue; je suis donc de l'avis de M. Bouillaud, à l'égard de la question de doctrine, qu'il faut encore réserver; mais je ne suis plus de son avis à l'égard de la question pratique; pour celle-là, nous ne devions pas attendre, nous devions agir comme nous l'avons fait.

M. BOUILLAUD. Pour s'arrêter à un procédé aussi brutal que celui de l'assommement, il faut avoir une opinion bien arrêtée. M. Bouley est beaucoup plus facile à convaincre que moi.

M. REYNAL. On sait que le typhus est originaire de la Russie méridionale, où il règne endémiquement. Or, en Russie on a fait des expériences de vaccination qui n'ont donné aucun résultat. On a fait d'autres expériences, on a cherché à inoculer le typhus lui-même, et il paraîtrait que l'on serait arrivé par là à des résultats beaucoup plus satisfaisants. Je me propose de communiquer plus tard ces faits, avec quelques détails à l'Académie.

M. MAGNE. Dans d'autres épizooties de typhus, on a constaté des symptômes de variole ou de clavelée qui ne paraissent point exister, au même degré du moins, dans l'épizootie actuelle. Je préfère, quant à moi, vu l'incertitude où nous sommes sur la nature de la maladie, lui donner le nom de peste bovine que celui de typhus.

Quant à la nécessité d'abattre les animaux atteints de la maladie, je crois qu'il ne peut pas y avoir de doute à cet égard. C'est ce qu'on avait fait déjà dans les épizooties de 1711 ou 1712, dont on nous a transmis la relation; les Anglais n'ont pas voulu suivre cette pratique dans l'épizootie actuelle, on sait quelles en ont été les conséquences.

Nous avons en faveur de notre opinion l'autorité de Vicq-d'Azyr, celle de Haller et de Bourgelat. Si les moyens de traitement doivent être tentés, c'est seulement dans les lieux isolés lorsque l'épizootie est confinée dans une contrée d'où elle ne peut pas s'étendre et se propager au dehors.

M. BOULEY. Nous ne pourrons jamais parvenir à nous entendre avec M. Bouillaud. Il raisonne pour les animaux comme s'il s'agissait des hommes. Quand nous parlons de l'assommement, il s'agit d'un moyen prophylactique, il est clair que ce moyen n'est pas prophylactique pour les animaux que l'on assomme, cela va de soi, mais pour ceux qu'on ne tue pas et que l'on préserve ainsi contre la contagion. J'ai à cet égard une conviction si arrêtée, que si M. Bouillaud faisait partie des conseils de salubrité vétérinaire, je demanderais sa destitution au ministre.

M. REYNAL. La question est résolue sur ce point en Russie. L'abattement partiel, et non pas général comme l'a dit M. Magne, est à mon avis la mesure la plus sûre pour arrêter l'épizootie.

LECTURES.

Application des injections coagulantes à la cure du varicocèle. — **M. MAISONNEUVE**, candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire, donne lecture sous ce titre d'un mémoire dont voici les conclusions. (Nous publierons plus tard ce travail.)

En résumé :

1° Les injections coagulantes de perchlorure de fer, à 32 degrés, d'après la méthode de Pravaz, constituent sans contredit la meilleure méthode opératoire pour la guérison radicale des varices.

2° Jusqu'à présent, des difficultés d'exécution avaient empêché l'application de cette précieuse méthode à la cure du varicocèle.

3° Grâce au nouveau procédé que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, ces difficultés n'existent plus, et la cure du varicocèle, devenue désormais aussi simple que celle des varices ordinaires, pourra s'effectuer sans crainte aucune pour la vie des malades, non plus que pour l'intégrité de leurs fonctions génitales.

Eaux potables. — **M. ROBINET.** J'ai eu l'occasion de faire tout récemment quelques observations nouvelles relativement à la différence que présentent les eaux de l'Oise avec celles de la Seine, et celles de la Seine elles-mêmes entre elles, suivant qu'elles sont puisées sur la rive gauche ou sur la rive droite où elles sont mêlées, comme on le sait, avec les eaux de la Marne.

Voici les faits principaux qu'a constatés M. Robinet. Il a examiné à l'hydrotimètre les eaux de la Seine à Paris et à Ivry, de l'Oise à Pontoise et de la Seine à Carrières-sous-Poissy, prise sur la rive droite et sur la rive gauche.

L'eau de Seine dans Paris (20 décembre) a donné 20°.

L'eau de Seine à Ivry (31 décembre) a donné 21°.

L'eau de l'Oise à Pontoise (28 décembre) a donné 28°,50.

L'eau de Seine à Carrières-sous-Poissy, rive gauche (à 15 kilom. de l'Oise), a donné 23°,25.

L'eau de Seine à Carrières-sous-Poissy, rive droite (à 15 kilom. de l'Oise), a donné 27°,50.

Inoculation de l'épizootie régnant en Angleterre. — **M. AUZIAS-TURENNE** donne lecture, sous ce titre, d'une note que nous reproduirons dans l'un de nos prochains numéros.

PRÉSENTATION.

Ovariotomie. — **M. PÉAN** présente à l'Académie deux malades qu'il a opérées, l'une par l'ovariotomie pour un kyste volumineux de l'ovaire, la seconde d'une tumeur fibreuse de l'utérus par l'ablation de la tumeur par la voie du vagin.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par un décret en date du 13 janvier, M. le docteur Evans a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— M. Charles Robin vient d'être élu membre de l'Institut (Académie des sciences), en remplacement de M. Valenciennes.

Au premier tour de scrutin, le savant et aimé professeur a été nommé par trente-quatre voix contre vingt et une données à son concurrent M. Lacaze-Duthiers.

Cette nomination, depuis longtemps attendue, a été accueillie avec la plus vive satisfaction.

— Par arrêté ministériel en date du 9 janvier, M. Georges Bergeron, étudiant en médecine de la Faculté de Paris, lauréat de ladite Faculté, a été nommé officier d'Académie, en récompense de son courage et de son dévouement, pendant la dernière épidémie cholérique.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Jarjavay, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chirurgien du lycée Saint-Louis, en remplacement de M. Moulin.

M. Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin du lycée impérial Saint-Louis, en remplacement de M. Allibert.

M. Feltz est institué agrégé stagiaire (section de médecine) près la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Barret (de Carpentras).

— La Société médicale du 4e arrondissement a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1866. Ont été nommés :

Président, M. Fraigniaud; vice-président, M. Jacquemin; secrétaire-général, M. de Soyre; secrétaire annuel, M. Alix; trésorier, M. Naudinat.

— La Société des sciences médicales vient de composer son bureau, pour l'année 1866, de la manière suivante :

Président, M. de Soyre; vice-président, M. Pfeiffer; secrétaire-général, M. Alix; secrétaire annuel, M. Prat; trésorier, M. Boutin.

— M. le docteur Marey, lauréat de l'institut, ouvrira le 24 courant, à deux heures, un cours de physiologie médicale avec expériences.

Ces leçons, qui auront pour objet l'étude du *Mouvement dans les fonctions de la vie*, auront lieu tous les mercredis à deux heures, rue de l'Ancienne-Comédie, n° 14.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD. Se composera de 15 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr. Les tomes I, II, III et IV sont en vente. — Les principaux articles du tome IV sont : Atrophie, par Ch. Sarrazin; Atrophie musculaire progressive, par Jules Simon; Auscultation, par Luton; Autopsie, par A. Tardieu; Avant-bras, par Demarquay; Avortement, par Devilliers; Avortement (médecine légale), par A. Tardieu; Axilliaires (vaisseaux), par Bœckel; Bains, par Ore; Balanite, Balano-posthite, par A. Fournier; Bandages, par Ch. Sarazin; Bassin, par Bailly; Bec-de-lièvre, par Demarquay; Belladone, par Marchand et Hirtz. — Paris, J. B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Les trois fléaux : le choléra épidémique, la fièvre jaune et la peste, par P. FOISSAC, lauréat de l'Institut. In-8° de 200 pages, Prix : 3 fr. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Le choléra est-il contagieux? par le docteur STANSKI. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, J. B. Baillière et fils.

De l'emploi des préparations ferrugineuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par le docteur MILLET (de Tours), mémoire couronné par la société impériale de médecine de Toulouse. In-8° de 94 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, F. Savy, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOUÊF.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SÉANCE SOLENNELLE
DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

La séance solennelle de la Société impériale de chirurgie a été, suivant l'habitude, remplie, par un discours du président touchant l'état moral de la Société, par un compte rendu des travaux de l'année exposé par le secrétaire général, et enfin par un éloge d'un des membres qu'a perdus la Société de chirurgie.

Du discours de M. Broca, président sortant, il ressort que la prospérité de la Société de chirurgie, à tous les égards, est arrivée à un état des plus florissants.

Parmi les événements heureux que M. Broca a comptés pendant sa présidence, et qu'il a rappelés comme il convient, il en est un que nos lecteurs connaissent déjà : c'est l'élévation de la Société au titre de Société impériale.

C'est M. Legouest qui a fait le compte rendu des travaux de la Société. Tout en observant une juste sobriété de détails, M. le secrétaire perpétuel a bien rappelé la richesse des matériaux qui ont été accumulés à la Société de chirurgie.

Cette année, nous avons eu la bonne fortune d'entendre un très-bon éloge prononcé par M. H. Blot. M. le secrétaire annuel a bien résumé les œuvres de Cazeaux. Il a retracé aussi le caractère de ce maître; il a insisté sur le procès honorable soutenu par Cazeaux et l'Association des médecins de la Seine, pour établir le caractère sacré du secret médical, même devant la loi, quand on n'a pas donné au médecin une mission médico-légale. — Dr Armand Després.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du Traitement de la gangrène spontanée par les bains d'oxygène.

Nos lecteurs n'ont pas oublié, sans doute, les intéressantes recherches de M. Raynaud sur la gangrène symétrique des extrémités, dont il a rattaché l'existence à un vice d'innervation des vaisseaux capillaires, ou plutôt, suivant son heureuse expression, à une asphyxie locale, démontrée par la diminution ou l'absence de l'oxygène dans les tissus mortifiés. On se rappelle aussi que M. Laugier, guidé par cette donnée expérimentale, en a déduit l'idée d'un traitement par les bains locaux d'oxygène, dont les premiers essais lui ont donné des résultats assez satisfaisants pour l'encourager à poursuivre l'étude de ce mode de traitement. Les deux premiers faits constatés par M. Laugier, et qui ont fait l'objet de ses deux communications à l'Académie des sciences des 28 avril 1862 et 25 mai 1863, ont été recueillis dans les plus grands détails et publiés depuis *in extenso*, par M. Foucras, alors élève-externe à l'Hôtel-Dieu, dans sa thèse inaugurale soutenue tout récemment (le 18 décembre dernier).

On se souvient que dans le premier de ces deux faits, il s'agissait d'un homme âgé de soixante-quinze ans, entré à l'Hôtel-Dieu, avec une mortification partielle d'un orteil et une menace de gangrène de la peau du coude-pied. Après six applications du bain d'oxygène faites à raison d'une par jour et durant une heure chaque fois, la peau de toutes les parties menacées de gangrène avait changé d'aspect et de couleur, elle n'était plus aussi froide, ni aussi rougeâtre; les taches étaient diminuées d'étendue et avaient perdu leur aspect violacé; les douleurs, intolérables jusque-là, avaient aussi diminué d'intensité. Après la neuvième application, la température et la sensibilité étaient redevenues normales, il n'y avait plus aucun point violacé. Au bout d'une quinzaine de jours, un cercle inflammatoire s'était formé autour de la petite eschare qui persistait, et cette eschare se détachait vers le vingt-deux ou vingt-troisième jour, laissant une petite plaie superficielle, rosée, bourgeonnante, qui était complétement cicatrisée au bout de cinq semaines.

Dans le second fait, il s'agit d'un homme âgé de soixante-seize ans, entré à l'Hôtel-Dieu, avec une gangrène presque complète du quatrième et du cinquième orteils du pied gauche. Le reste du pied était menacé de gangrène; les trois premiers orteils, la région dorsale, le bord externe, offraient des traînées d'un rouge violacé et quelques points bleuâtres; ces dernières parties étaient le siége de douleurs vives. La peau de la plante du pied était exsangue et comme flétrie. Enfin, toute la peau du pied avait perdu sa coloration normale, elle était presque partout rouge, douloureuse et sensiblement gonflée, sa température était abaissée. Au bout d'un mois de traitement par les bains d'oxygène répétés tous les jours pendant une heure, les parties frappées de sphacèle, qui avaient été circonscrites par un cercle inflammatoire, s'étaient éliminées; la gangrène commençante s'était arrêtée dans toutes les autres parties du pied, et quelques semaines après, la plaie, résultant de la chute des parties sphacélées, était cicatrisée, et le malade sortait guéri, n'ayant plus de douleurs et se servant très-bien de son pied.

Ces deux faits, dont les résultats avaient répondu à toutes les espérances que l'on avait fondées sur l'essai des bains d'oxygène, n'ont pas tardé à être suivis de quelques nouveaux cas tout aussi favorables. C'est la relation succincte de ces nouveaux faits que nous allons emprunter à la thèse de M. Foucras.

Quelque temps après ces deux premiers essais, M. Laugier fut informé que M. le docteur Debourge (de Rollot), d'après les indications qu'il lui avait fournies, avait administré les bains d'oxygène pour une gangrène du pied et qu'il en avait obtenu un résultat très-avantageux. Voici, en quels termes, M. Debourge résume ce fait dans une note communiquée, sur sa demande, à M. Foucras.

Le malade, âgé de soixante-sept ans, très-fort, a été pris de gangrène sénile le 26 mars 1862; le premier bain d'oxygène a été mis en usage le 18 mai, et la phalange du gros orteil enlevée à l'aide de l'instrument, le 11 juin. Les bains oxygénés ont été continués pendant une quinzaine de jours encore; le malade a été mis à l'usage de l'eau oxygénée de Neubourg. Mais la cicatrisation n'a eu lieu que dans le courant du mois de mars suivant.

Ce même malade, après une fracture complète de l'autre jambe, a été pris à la fin de mars 1864, d'une nouvelle gangrène ayant pour siége le gros orteil et l'orteil voisin. Cette fois, la gangrène s'est bornée aux phalangettes. Les deux extrémités gangrenées ont été enlevées le 21 juin et le 28 novembre suivant, la cicatrisation était à peu près complète; il ne restait plus qu'un très-léger suintement au centre.

Quelques observations du même genre ont été communiquées à M. Foucras par son condisciple M. Lempereur.

La première est celle d'une femme d'Avesne-le-comte, Catherine M... âgée de 74 ans, entrée le 30 octobre 1863 dans le service de M. Laugier, avec une gangrène très-avancée du cinquième orteil et un refroidissement des autres orteils avec sensation de fourmillements et douleurs dans tout le pied, qui offrait sur sa face dorsale quelques traînées bleuâtres.

Bien que ce cas n'offrit pas toutes les conditions favorables à l'action de l'oxygène, notamment en ce que les battements de l'artère pédieuse n'étaient pas très-nettement sensibles et qu'il existait quelques duretés sur son trajet, néanmoins l'usage des bains d'oxygène ne paraissant pas avoir d'inconvénients sérieux, l'essai en fut fait; dès la troisième application, une amélioration sensible se manifesta. Au bout de seize à dix-sept jours le sillon inflammatoire éliminateur sépara le sphacèle; en même temps les autres parties du pied reprirent leur coloration et leur température ainsi que leur sensibilité normale. La guérison ne fut complète qu'au bout de quelques mois, la plaie ayant été très- longue à cicatriser.

Une femme de cinquante-cinq ans, qui avait déjà subi une amputation du pouce droit pour une gangrène, entre à l'Hôtel-Dieu, avec une nouvelle gangrène des deux premiers orteils du pied droit, tout le dos du pied était livide, violacé et même un peu noirâtre, froid et presque complètement insensible au tact. Après le huitième bain d'oxygène il survint une amélioration considérable, le pied avait recouvré sa coloration, sa température et sa sensibilité normale. Quatorze bains, en tout, suffirent pour amener l'élimination des deux orteils sphacélés et la guérison complète du reste.

Enfin voici deux derniers faits tout récents.

Un marinier, du nom de B... âgé de soixante seize ans, se présente le 19 septembre dernier à la consultation de M. Guyon, suppléant alors M. le professeur Laugier, ayant une gangrène du pouce droit; le pouce est froid et noir, toute la main est

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des tumeurs, par M. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Traité iconographique du système nerveux et des organes des sens, par Ludovic Hirschfeld, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Varsovie (2).

§ I.

Avant de donner un exposé des matières contenues dans le livre de M. Broca, nous devons dire que le lecteur y trouvera comme dans le *Traité des anévrysmes* et la *Thèse sur l'étranglement dans les hernies*, les mêmes mérites : un exposé complet de la science et une discussion sérieuse des points en litige. C'est surtout dans la partie relative au traitement des tumeurs, à l'examen théorique et clinique de la thérapeutique des tumeurs, que les qualités de l'auteur se font le plus remarquer. Aussi, nous ne doutons pas que le *Traité des tumeurs* ne se place immédiatement au rang du *Traité des anévrysmes.*

L'essence, l'origine, la formation des tumeurs ont été l'objet d'une longue et patiente étude. Au point de vue de l'histoire d'abord, l'auteur a suivi l'évolution de nos connaissances sur les tumeurs et le cancer en particulier, dans l'antiquité, à l'Académie de chirurgie et à la Société anatomique. Il a pris la succession des idées des chirurgiens, depuis J. Hunter et Laennec, jusqu'à MM. Cruveilhier, Lebert et Virchow, sans oublier M. Raspail, Royer-Collard et Schwann, rendant à chacun ce qui lui appartenait; et il n'est pas peu flatteur pour notre pays de trouver, dans la partie historique du livre de M. Broca, que Raspail a eu le premier l'idée de la théorie cellulaire dont Schleiden, Schwann, Reichert et Virchow ont eu jusqu'ici tout le mérite et tout le bénéfice.

L'auteur expose la théorie cellulaire et la théorie du développement continu telles que l'École allemande les professe. Dans cette partie, M. Broca examine les défauts de l'idée en polémiste habile et avec des raisonnements très-serrés, et ce qu'il y a de défectueux dans la théorie développée par les allemands, apparaît clairement.

Théoriquement, M. Broca accepte la division des tumeurs en tumeurs homologues et hétérologues, comme Laennec, en tumeurs homœomorphes et hétéromorphes, comme M. Lebert. Les tumeurs malignes ou le cancer sont, on le conçoit, la partie la plus débattue dans ce travail.

Quelques personnes ont déjà dit que le livre de M. Broca se faisait le défenseur de la cellule cancéreuse, telle qu'elle a été admise autrefois. Nous n'avons point trouvé, dans les pages que nous analysons, la justification de cette accusation, si ce peut en être une.

Voici qu'elle est la théorie acceptée par M. Broca, nous la dégageons ici des consciencieuses controverses et des scrupules qui apparaissent çà et là quand une affirmation n'est pas suivie de preuves assez fortes aux yeux de l'auteur :

Étant donnée une tumeur, si elle contient des éléments anatomiques ayant leur analogue dans l'économie, c'est une tumeur homœomorphe, formée au dépend d'un blastème normal, où se sont développés en vertu de la loi d'analogie, exposée par J. Vogel, des éléments semblables à ceux que la région ou l'organe voisin renferme.

Pour être complet, l'auteur admet ensuite une sous-division des tumeurs homœomorphes. Les tumeurs hétérotopiques de M. Lebert, les tumeurs hétéradéniques de M. Ch. Robin, composées d'éléments analogues à ceux qui existent dans l'économie sont pour l'auteur des tumeurs homœomorphes hétérologues.

Les tumeurs hétéromorphes, dont le cancer est le type, sont des tumeurs formées d'éléments n'ayant pas d'analogues dans l'économie; elles se développent au dépens du dépôt d'un blastème jouissant de propriétés particulières, ou d'un blastème normal, profondément altéré, et dans lequel se forment des cellules altérées d'une façon spéciale, ce qui les éloigne des cellules normales, de la région ou de l'organe, qui est le siége de la tumeur.

M. Broca ajoute une proposition à l'appui de sa thèse. De ce que, dit-il, le blastème producteur des tumeurs hétéromorphes est un blastème normal mais altéré, on conçoit que dans leur structure, ces tumeurs présentent quelque chose qui se rapproche des tissus normaux. Et il admet que le blastème des tumeurs bétéromorphes donne naissance à des éléments autogènes et à des éléments adventices. Les premiers, engendrant, dans les tumeurs cancéreuses par exemple, du tissu cellulaire; les secondes, donnant naissance aux cellules du squirrhe ou de l'encéphaloïde.

A la théorie cellulaire et du développement continu de Virchow, les propositions de M. Broca opposent la théorie du blastème et une sorte de génération spontanée de cellules nouvelles.

En fait, les deux théories ont un côté plausible; en principo, elles se fondent toutes deux sur l'étude du développement de l'œuf, et il est difficile de se prononcer. En effet, s'il est juste de dire que l'homme est le résultat de la prolifération de la cellule primordiale ou tache embryonnaire de M. Coste, on peut dire aussi que le contenu de la cellule est un blastème, qui sert au développement des éléments nouveaux, aussi bien qu'un noyau de cellule.

(1) Paris, Asselin, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.
(2) Paris, Victor Masson et fils, éditeurs, place de l'École de Médecine.

violacée, douloureuse et froide. On lui administre seulement quatre bains d'oxygène ; mais on remarque à leur suite que la température de la main s'est notablement élevée ; les douleurs avaient cédé à l'opium. Au bout de dix jours, cet homme quitta l'hôpital, la gangrène du pouce étant restée limitée.

Un second malade nommé G... âgé de cinquante et un ans, entre dans le même service le 11 novembre, malade depuis trois mois, il a le pied gauche tuméfié, violacé, très-douloureux, avec des orteils noirâtres depuis quelques jours, surtout le gros orteil : perte de sensibilité, refroidissement complet, battements artériels sensibles seulement à la fémorale. Malgré cette contre-indication, M. Laugier fit appliquer l'oxygène six heures tous les jours. Le dos du pied perdit peu à peu sa coloration violacée, devint rosé et se réchauffa, la gangrène parut céder ainsi pendant huit jours ; mais au bout de ce temps, elle prit une grande intensité, s'étendit sur le pied d'abord et puis sur la jambe.

Comme le disait M. Laugier dans sa leçon clinique du 21 novembre, ce n'était pas le cas d'employer l'oxygène, il ne pouvait tout au plus que produire une amélioration momentanée, ce qui a eu lieu en effet.

Quelles sont en résumé, les conditions qui indiquent l'emploi des bains d'oxygène et celles qui l'excluent ? On a déjà dans les faits qui précèdent, quelques éléments pour résoudre cette question. Voici en quels termes M. Foucras en pose les termes :

« Pour songer à retirer un bon résultat de l'oxygène, il faut que les artères principales des membres menacés de gangrène soient perméables. Ainsi, dès qu'on ne percevra point les battements de l'artère pédieuse et de la tibiale postérieure pour le pied, ou de la radiale et de la cubitale pour la main, on ne saurait espérer grand chose de l'oxygène, du moins comme moyen curatif. Au contraire, tant que la circulation artérielle persistera au moins en partie, et que la gangrène ne sera qu'imminente, l'emploi des bains d'oxygène sera indiqué. »

Quant au mode d'administration, on le connaît déjà, il nous suffira de le rappeler ici en quelques mots : On place du chlorate de potasse et un peu d'oxyde de zinc dans une cornue, qui est mise en rapport, par un tube coudé, avec un flacon laveur qu'on garnit d'un tube de sûreté. De ce flacon part un troisième tube, lequel est fixé, d'une part, sur la troisième tubulure du flacon, et, d'autre part, s'engage dans un petit orifice pratiqué sur une grande vessie de bœuf ou sur un manchon en caoutchouc, construit *ad hoc*. Cette vessie, destinée à loger l'extrémité gangrenée (le pied ou la main), porte une large fente par laquelle le membre est introduit. Pour fermer alors hermétiquement, on applique, avec une bande de caoutchouc, les bords de cette fente sur la partie inférieure de la jambe, en ayant soin préalablement de chasser l'air contenu dans la vessie. Il suffit alors de chauffer avec une lampe à alcool le mélange renfermé dans la cornue, le dégagement d'oxygène qui se fait rapidement vient gonfler la vessie et agir sur le membre.

La durée de l'application, variable suivant les cas, ne doit jamais être moindre d'une heure, mais elle peut être portée à trois, à six et même à huit heures par jour.

Ainsi que le démontrent les observations rappelées plus haut, l'effet des bains d'oxygène est d'abord de modifier la coloration de la peau menacée ou déjà atteinte par la gangrène, qui, de livide qu'elle était, devient rosée, et puis reprend insensiblement son état normal. En même temps, la température abaissée s'élève, la sensibilité amortie reparaît, l'œdème s'efface, les douleurs diminuent graduellement et cessent ; enfin, le cercle inflammatoire se développe autour des parties gangrenées qui doivent être éliminées.

Les nouveaux résultats que nous venons d'exposer justifient, comme on le voit, les espérances qu'avaient fait naître les premiers essais de cette méthode.

Du traitement topique des affections de la matrice par des pansements quotidiens, à l'aide de pessaires médicamenteux préparés avec les typhas.

L'idée des pansements dans les affections de la matrice, a toujours dominé la thérapeutique gynécologique, et elle est aussi ancienne que la science médicale. Les difficultés dans l'application la faisaient seule abandonner ; mais on appréciait si bien ses avantages qu'elle revivait sans cesse. De nos jours encore, quelques rares praticiens emploient comme pansement des mèches de charpie ou de coton imbibées dans quelques substances médicinales ; mais tout cela paraît loin encore des avantages que promet M. le docteur Raciborski, par ses pessaires médicamenteux. Une mèche de charpie ou de coton ne peut guère être introduite assez profondément dans le vagin sans le secours d'un des spéculums en usage, ce qui rend alors chaque fois l'intervention d'un homme de l'art nécessaire. Il suffira de rester debout, et à plus forte raison de marcher, pour que la mèche glisse en bas et abandonne le col.

Les pessaires médicamenteux de M. Raciborski, sont des segments de *typha*, dont on a enlevé la tige ligneuse centrale, ou la hampe, pour leur donner de la souplesse. Le duvet resté seul est maintenu par une enveloppe en tulle très-clair. Ces cylindres représentés dans la fig. 1, ont une longueur de 7 à 8 centimètres, et peuvent par conséquent occuper toute la longueur du vagin, et ils ont autant de circonférence. Par suite de leur introduction, qui se fait directement ou à l'aide d'un petit spéculum *ad hoc*, le vagin se déplisse, ce qui fait disparaître en même temps des abaissements plus ou moins considérables du col, qui compliquent souvent les différentes affections utérines. Par la même raison disparaissent aussi, quelquefois presque instantanément, d'autres complications telles que des tiraillements dans les reins, des pesanteurs dans le bas-ventre, et qui dépendaient de cet abaissement.

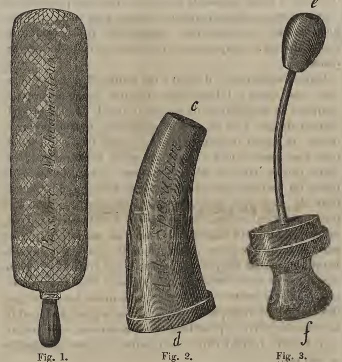


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

L'extrémité vulvaire de chaque pessaire se termine par une petite tige arrondie en gutta-percha, qui fait une légère saillie au fond de la vulve, et que les malades peuvent saisir très-facilement elles-mêmes lorsqu'elles veulent retirer le pessaire.

Tous les liquides peuvent être mis à l'aide de ces pessaires en contact avec le vagin et le col. L'auteur se sert ainsi depuis quatre ans, avec beaucoup de succès, de décoctions émollientes, des calmants, des astringents, etc. Le perchlorure de fer, appliqué ainsi en solution plus ou moins concentrée, lui a rendu de très-grands services dans le traitement des métrorrhagies. M. Raciborski dit avoir retiré d'excellents effets dans l'aménorrhée des femmes mariées et contre la stérilité, en appliquant à l'aide de ces pessaires directement sur les organes génitaux : l'eau de mer plus ou moins concentrée, la solution de sels de Pennès, et beaucoup d'eaux minérales que l'on a l'habitude de prescrire en boisson et en bains dans le traitement des affections des organes sexuels. Sous ce rapport, les pessaires médicamenteux du docteur Raciborski semblent devoir être d'un grand secours dans la thérapeutique balnéologique. Le coaltar, l'acide phénique, le permanganate de potasse, appliqués de la même manière, désinfectent promptement les secrétions les plus fétides. L'auteur pense qu'on pourrait peut-être en tirer un très-bon parti au moment des épidémies, des fièvres puerpérales dans les grands établissements des femmes en couches, en introduisant dans le vagin de chaque nouvelle accouchée un pessaire médicamenteux imbibé de liquides désinfectants ci-dessus mentionnés.

Comme les substances appliquées à l'aide de pessaires ont une action soutenue et prolongée sur les parties malades et, par conséquent, infiniment plus forte que lorsqu'on les emploie en injections, on doit toujours prendre cela en considération lorsqu'il s'agit de doser les médicaments que l'on désire employer.

La fig. 2 représente le dessin (réduction de moitié) d'un instrument en gutta-percha destiné à faciliter l'introduction des pessaires. On lui a donné le nom d'*auto-spéculum*, parce que les malades l'introduisent elles-mêmes avec une très-grande facilité lorsqu'il s'agit de multiplier les pansements dans l'intervalle des visites du médecin. Il offre une courbure à parois antérieure et postérieure parallèles aux courbures du bassin et suivant exactement l'axe de celui-ci. Lorsqu'il est garni de son mandrin (fig. 3), il ne forme avec lui qu'une seule pièce. On le saisit à pleine main par sa base, en présentant le bout vers la partie inférieure de la vulve. Il suffit alors de faire exécuter à la base un léger mouvement de bascule d'arrière en avant, pour que le bout de l'instrument pénètre dans le vagin et se dirige presque de lui-même vers le col. Alors on retire le mandrin et on le remplace par le pessaire. On doit appliquer le petit godet qui se trouve au milieu de l'embout du mandrin, sur le petit bouton en gutta-percha qui termine le pessaire, afin de pousser celui-ci tout à fait dans le sens de l'axe du vagin. A mesure qu'on enfonce ainsi le pessaire on retire le spéculum. On garde le pessaire médicamenteux pendant plusieurs heures, le plus souvent pendant toute la nuit ; mais on peut aussi le placer le jour. Beaucoup de femmes peuvent le garder ainsi sans être obligées de prendre de précautions ; mais il est toujours plus prudent de maintenir l'instrument en place à l'aide d'un bandage en T, ou en se garnissant comme à l'époque des règles, lorsque les malades veulent marcher et à plus forte raison sortir de chez elles. Un pessaire peut servir pour plusieurs pansements, seulement il faut avoir soin de le laver chaque fois avant de le réintroduire, et les malades doivent aussi faire des injections à l'eau dans l'intervalle des pansements.

GROSSESSE OVARIQUE

Terminée par hémorrhagie intra-péritonéale mortelle,

Par M. le docteur Ch. Blet, ancien aide de clinique
de la Faculté de médecine de Strasbourg.

J'ai l'honneur de vous adresser une observation recueillie dans ma pratique particulière et se rapportant à un cas de grossesse ovarique terminée par hémorrhagie intra-péritonéale mortelle. A mon grand regret, il ne m'a pas été possible, dans l'autopsie, d'élucider certains détails très-importants, à cause

---

Le premier volume du *Traité des tumeurs* ne comprend que les généralités sur les tumeurs. La description topographique des tumeurs sera exposée dans la seconde partie de l'ouvrage.

Nous ne dirons rien de l'auteur, nos lecteurs connaissent M. Broca, et nous n'avons pas à leur parler de l'autorité qui appartient à ses ouvrages.

§ II.

La librairie de M. Victor Masson vient de publier une nouvelle édition du *Traité iconographique du système nerveux et des organes des sens*, par M. Ludovic Hirschfeld.

Il y a déjà plusieurs années que cet habile anatomiste nous a quitté. Appelé à la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Varsovie, il a dû cesser de faire, à l'École pratique, des leçons excellentes, dont nos contemporains, et sans doute beaucoup de nos lecteurs, gardent le souvenir.

La première édition du livre dont nous parlons aujourd'hui, édition luxueusement établie, après avoir été épuisée, vient d'être nouvellement éditée, revue et corrigée par l'auteur.

Dans le livre de M. Hirschfeld, il y a une partie descriptive et des planches. La partie descriptive, nette, concise et complète, est bien de cette bonne anatomie descriptive qu'on trouve dans les livres de Boyer et du professeur Cruveilhier, et qui a toujours fait la supériorité et la gloire de l'École de Paris.

Certes, c'est fort bien de multiplier les détails de l'anatomie microscopique ou de l'histologie. Ces choses sont excellentes, et si elles n'étaient pas approfondies, il faudrait le regretter. Mais il convient de ne pas oublier que l'anatomie descriptive est la plus importante notion que doit acquérir le médecin. Il en est de l'anatomie comme de la géographie, et il ne faudrait pas plus sacrifier la première à l'histologie, que substituer la géologie à la seconde.

Les pages du livre que nous analysons sortent d'un esprit habitué à exposer l'anatomie ; il y a juste ce qu'il faut, et cela n'est pas un mince mérite.

Le plus bel éloge que l'on puisse faire des excellentes planches dessinées par M. Léveillé de la partie iconographique du livre a déjà été fait par d'autres. M. Hirschfeld a été reconnu comme un des plus habiles anatomistes, et sur la foi de ses dissections, modèles de toutes ses planches, les anatomistes les plus recommandables ont appuyé leurs descriptions. M. Sappey, lui-même, a rendu cette justice à M. Hirschfeld, et de la part du chef des travaux anatomiques de la Faculté, si autorisé dans la question, l'éloge a de la valeur.

Nous ne pouvons dire plus à nos lecteurs. Les planches qui ont trait à la description de l'encéphale, des nerfs rachidiens et des nerfs des membres surtout ne peuvent être décrites ici. Les élèves apprécieront ces chefs-d'œuvre de dissection, lorsqu'ils auront besoin d'étudier le système nerveux. Nous ne leur conseillons pas toutefois d'étudier la névrologie et les organes des sens seulement sur les planches. Les traités iconographiques d'anatomie ne sont pas faits dans ce but. Elles facilitent et guident le travail de la dissection : et dans notre temps où le médecin a tant de choses à apprendre en peu de temps, le livre, qui lui permet d'acquérir vite et sûrement une science, est un bienfait.

D'un autre côté, pour le médecin et le travailleur qui sont loins des amphithéâtres, ces planches leur rappellent ses dissections, et les remettent, en peu de temps, en possession de leurs connaissances anatomiques.

M. Ludovic Hirschfeld, en dehors de son mérite d'habile anatomiste, n'a pas disséqué stérilement : il a fait plusieurs remarques importantes : ainsi, les recherches sur le canal central de la moelle dont il a admis l'existence chez l'adulte, sur l'entrecroisement des faisceaux latéraux et même postérieurs de la moelle, sur des branches non encore bien décrites des nerfs périphériques et des branches des ganglions du grand sympathique, etc.

Dans la seconde édition qui est entre nos mains, l'auteur a ajouté un mot sur les fonctions des nerfs, sur la texture élémentaire des organes. Le livre était sous presse au moment où M. Luys a fait paraître ses belles recherches sur le système nerveux ; cela expliquera pourquoi l'auteur n'a pu en donner un résumé.

Quoique M. Hirschfeld soit étranger, si nous sommes bien informé ; quoique la Faculté de Varsovie ait l'honneur de le compter parmi ses professeurs, nous considérons, néanmoins, ce livre comme un de nos ouvrages nationaux.

M. Hirschfeld est du nombre de ceux qui, en venant chez nous, ont accepté les difficultés que nous rencontrons sur le chemin du travail, un de ceux qui ont subi les épreuves du doctorat français, et ont passé dans nos hôpitaux. Élève et préparateur de Bourgery, c'est près d'un des nôtres qu'il a acquis sa force et sa supériorité. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir glorifier aujourd'hui l'École de Paris d'avoir fourni à l'étranger, un homme de valeur, que nous pourrions avoir à regretter, s'il ne nous avait laissé une des meilleures parties de lui-même.

Dr A. Després.

Du pneumatocèle du crâne, par L. Thomas, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 89 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1855, Adrien Delahaye.

des conditions défectueuses dans lesquelles j'ai dû opérer; c'est là un écueil difficile à éviter dans les rares autopsies que nous avons occasion de faire à la campagne. Quoi qu'il en soit, vous jugerez peut-être que cette observation, telle qu'elle est, présente encore assez d'intérêt au point de vue de l'histoire des grossesses extra-utérines, pour mériter les honneurs de l'insertion dans votre excellent journal.

Madame X..., marchande foraine à Gertwiller, trente-six ans, habituellement bien portante, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde qui la retint au lit pendant six semaines, il y a de cela plusieurs années; d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, se fatiguant beaucoup aux travaux de son ménage et de son commerce, et menant d'ailleurs une existence assez déréglée.

Mère de plusieurs enfants, les couches ont toujours été heureuses, elle a fait en outre plusieurs fausses couches. D'habitude bien réglée, elle avait depuis deux ou trois semaines des pertes de sang presque continuelles par le vagin, mais pas plus abondantes qu'aux époques menstruelles ordinaires; elle ne s'en était pas autrement inquiétée. Je n'ai pas pu savoir la date de la dernière menstruation qui a précédé ces pertes.

Le 2 juin 1864, elle conduisit encore sa voiture au marché et c'est là qu'elle se plaignit pour la première fois de malaise général, de grande lassitude et de douleurs de ventre tellement vives qu'elle dut renoncer à remballer elle-même ses marchandises. Rentrée chez elle en voiture, elle fit encore quelques menus travaux de ménage, puis se mit au lit, sur les instances de son mari.

Le 3 juin elle paraissait très-souffrante, mais se leva néanmoins, fit son ménage et put dîner à table. Vers trois heures du soir, pendant qu'elle était au ruisseau à faire sa lessive, elle fut prise subitement de violents maux de ventre, et ce n'est qu'avec peine qu'elle put remonter chez elle, où elle tomba à terre, se tordant de douleurs. C'est dans cette position que des voisines la trouvèrent évanouie vers six heures du soir.

On crut d'abord à une indigestion, à cause des traces de vomissements de matières alimentaires qu'on trouva sur le plancher, et on employa divers remèdes (infusions de camomille, gouttes d'Hoffmann, lavement purgatif, etc., etc.); la malade se ranima, mais se plaignant de douleurs extrêmes dans le ventre, et comme la syncope menaçait sans cesse de revenir, on me fit appeler vers neuf heures du soir.

Je trouvai la malade couchée sur le dos, immobile, pâle, sans voix, baignée d'une sueur froide, le pouls presque imperceptible de 90 à 100 pulsations. Le ventre fortement ballonné était très-douloureux et ne supportait pas la plus légère palpation; la soif était inextinguible et la faiblesse telle que les syncopes revenaient coup sur coup. Impossible, d'ailleurs, d'obtenir aucun renseignement de la malade (ce sont les assistants qui m'ont rapporté les antécédents que j'ai signalés). — Ayant su qu'il y avait eu antérieurement des désordres menstruels, j'ai pratiqué le toucher vaginal; la malade n'accusa pas de douleurs, et je ne constatai d'anormal que la présence dans le vagin d'un liquide visqueux, sanieux.

Rien de particulier à l'examen de la poitrine.

Je fis prendre à l'intérieur et alternativement du vin, du bouillon, de l'eau fraîche, de l'éther, en même temps qu'on pratiquait des frictions sèches aux membres, et qu'on appliquait des sinapismes aux extrémités et des compresses froides sur l'abdomen. Mais tout fut en vain, la malade ne se ranimait que pour retomber peu après dans de nouvelles faiblesses, et le 4 juin, après quelques heures où elle parut aller mieux, elle expira subitement dans une dernière syncope à deux heures de l'après-midi.

Roideur cadavérique générale et complète, dès six heures du soir.

Autopsie. — La cavité abdominale contient une quantité considérable de sérosité mêlée de sang, le petit bassin est tout rempli de caillots de sang noir. Cette hémorrhagie provenait de la rupture d'une tumeur cylindrique de 10 centimètres de long sur 3 centimètres d'épaisseur, située transversalement au niveau du détroit supérieur à droite; le péritoine servait d'enveloppe à cette tumeur qui s'était développée dans l'épaisseur du ligament large droit, dont elle avait dédoublé les feuillets. La tumeur elle-même comprenait la trompe de Fallope et son pavillon, l'ovaire et un œuf en voie de développement, le tout englobé dans un gros caillot de sang. L'ovaire occupait avec l'œuf l'extrémité interne de la tumeur, le pavillon son extrémité externe, et la trompe en longeait le bord inférieur. Cette dernière était parfaitement intacte, perméable, et ne renfermait pas de sang. — La rupture de la tumeur avait eu lieu à son extrémité interne, sous forme d'une ulcération de la largeur d'une pièce de 1 franc, à bords irréguliers et comme mâchurés; le fond de cette ulcération était constitué par la substance grumeleuse du placenta d'un œuf qui avait le volume d'une grosse noisette, et dans lequel j'ai constaté la présence d'un petit embryon. L'œuf s'attachait immédiatement à l'ovaire par des adhérences extrêmement ténues. L'ovaire ne présentait rien de particulier et ressemblait en tout point à celui du côté gauche.

J'ai le regret de ne pas avoir pu vérifier les rapports exacts de l'œuf avec l'ovaire correspondant, afin de savoir avec certitude si l'œuf s'était développé dans l'intérieur même d'une vésicule ovarique, ou simplement à la surface de l'ovaire. Le diagnostic manque donc d'une précision rigoureuse; je me trouvais en présence d'un cas de grossesse ovarique, mais je ne saurais affirmer si c'était une grossesse ovarique interne ou externe.

Nulle part l'on ne voyait de traces de péritonite ancienne ou récente aux environs de la tumeur.

L'ovaire et la trompe gauches ne présentent rien de particulier.

La matrice avait conservé ses dimensions normales; le fond de la cavité utérine était recouvert d'une couche de matière pulpeuse grisâtre de 3 millimètres d'épaisseur, et se laissant aisément enlever par le grattage avec le manche du scalpel. Pas de trace de sang épanché ni de sanie dans la cavité utérine.

Les parois vaginales étaient baignées d'un liquide visqueux, sanieux.

Ni le crâne, ni le thorax n'ont été ouverts.

Estomac vide; intestins distendus par des gaz; foie jaunâtre, graisseux.

TRAITEMENT DU HOQUET PAR LA PRESSION ÉPIGASTRIQUE,

Par M. Léon Boyer.

Il y a quelques années, M. le professeur Rostan signalait à sa clinique deux cas de hoquet opiniâtre dans lesquels la compression méthodique de l'épigastre avait guéri le spasme du diaphragme, vainement combattu jusque-là par des moyens divers. M. le docteur Léon Boyer rapporte plusieurs faits analogues observés dans sa pratique, et dont voici le résumé :

Obs. I. — Une jeune personne de dix-huit ans est prise de hoquet continu à la suite d'une suppression des règles par un refroidissement des extrémités inférieures. Une saignée du pied est faite sans résultat. Alors, suivant le précepte posé par M. Rostan, M. Boyer applique la paume de la main sur le creux de l'estomac, et presse fortement : une légère amélioration se manifeste, les mouvements deviennent moins violents, l'inspiration moins rapide, etc; mais le succès n'est pas complet. M. Boyer recommande aux parents de faire de suite une grosse pelote de linge, de l'appliquer sur le creux de l'estomac et de la maintenir fortement au moyen d'une serviette entourant la poitrine. Immédiatement après l'application de l'appareil, les accidents cessent. On prescrit une potion antispasmodique, et pour boisson de l'eau de Seltz sucrée en petite quantité.

Sur les dix heures du soir, quatre heures environ après l'application du bandage, la malade, un peu fatiguée par la pression, juge à propos de tout enlever; mais aussitôt les accidents reparaissent, et l'on s'empresse de faire rétablir l'appareil. Le lendemain, à dix heures du matin, le hoquet n'avait pas reparu. La jeune fille conserva son appareil quelques jours encore. Le hoquet avait disparu sans retour, et elle n'en a pas eu d'atteintes depuis.

Obs. II. — Le sujet de la seconde observation est un jeune homme de vingt-cinq ans, chez lequel le hoquet s'accompagnait d'étouffement et d'anxiété. Au lieu de le saigner comme on le voulait, M. Boyer prend quatre mouchoirs de poche qu'il trouve sous la main; il en fait une pelote qu'il place sur le creux de l'estomac, et qu'il serre fortement à l'aide de la cravate du malade : dix minutes après, tout était fini.

Même résutat dans la troisième observation.

Ce traitement si simple est pourtant plus ancien qu'on ne le croit. Bordeu l'avait employé avec un succès complet. Voici ce qu'il en dit : « Traitant autrefois, avec un autre médecin, une personne atteinte de hoquet, nous mîmes inutilement en usage tous les moyens que l'expérience, la raison et les livres purent nous fournir; ce ne fut qu'en serrant très-fortement les hypochondres, l'épigastre et le dos du malade avec une serviette, que nous le guérîmes sur-le-champ. » (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1866. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Ebrmann (de Mulhouse) adresse des observations et des moules d'opérations de palatoplastie qui sont remis à M. Verneuil, pour en donner une communication complète.

M. Larrey offre à la Société, de la part de M. Daga, une brochure intitulée : *Du Psoïtis*; et de la part de M. Th. Longmore, une brochure intitulée : *Remarques sur l'ostéomyélite consécutive aux coups de feu*, etc.

M. Verneuil présente la thèse inaugurale de M. Cluzeau intitulée : *De quelques fractures rares du maxillaire inférieur.*

M. Depaul s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

ÉLECTIONS.

M. le Président procède par voie de tirage au sort à la nomination d'une Commission chargée de l'examen des archives.

Cette Commission se trouve composée de MM. Guérin, Chassaignac et Després.

Un deuxième tirage au sort a lieu, pour la nomination d'une Commission composée de cinq membres chargés d'examiner les comptes du trésorier.

Cette Commission se trouve composée de MM. Danyau, Boinet, Désormeaux, Dolbeau et Depaul.

Comité de publication. — A la majorité absolue sont nommés du Comité : MM. Foucher, Follin, Marjolin.

Commission des congés. — Sont nommés membres de cette Commission : MM. Boinet, Forget, Dolbeau.

La Société procède ensuite à l'élection d'un membre associé étranger.

Sur 28 votants :

M. Vanzetti (de Padoue) obtient 27 suffrages,
M. Marion Sims . . . . . . 1 —

En conséquence, M. Vanzetti est élu membre associé étranger.

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Sur 29 votants :

MM. Gaujot	obtient	29	voix.
Courty	. . .	28	—
Oré	. . .	28	—
Pétrequin	. .	26	—
Hergott	. .	25	—
Ehrmann	. .	23	—
Bœckel	. .	22	—
Berchon	. .	20	—
Heurtaux	. .	20	—

En conséquence sont nommés membres correspondants nationaux :

MM. Gaujot, Courty, Oré, Pétrequin, Hergott, Erhmann, Bœckel, Berchon, Heurtaux.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Sur 28 votants :

MM. Donders	obtient	28	voix.
Th. Longmore	. . . . .	27	—
Bilroth	. . . . . .	26	—
Brown Séquard	. . . .	26	—
T. Holmes	. . . . . .	25	—
Humphry	. . . . . .	25	—
Gurlt	. . . . . .	24	—
Heudorfer	. . . . . .	24	—
Smith	. . . . . .	23	—
Emmert	. . . . . .	22	—

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

Séance du 10 janvier. — Présidence de M. Broca.

SÉANCE ANNUELLE.

M. Broca. Messieurs, avant de donner la parole à notre éminent secrétaire-général, qui vous rendra compte de vos travaux pendant la dernière année, je dois vous demander quelques moments d'attention pour me conformer à l'article 20 des statuts, qui oblige le président à vous présenter, au début de cette séance solennelle, un rapport sur la situation morale et financière de la Société.

La commission des comptes n'ayant pas encore terminé son travail, je ne puis entrer dans le détail des chiffres; et ce n'est point là d'ailleurs ce que vous attendez de moi, mais vous apprendrez avec satisfaction que jamais, depuis la fondation de la Société, l'état de nos finances n'a été aussi prospère. L'application des nouvelles mesures que vous avez adoptées il y a trois ans, a maintenant porté ses fruits. Malgré la suppression des contributions extraordinaires, malgré l'heureuse et considérable réduction que votre assiduité croissante a fait subir au produit des amendes, et enfin malgré l'extension donnée à la publication de nos *Mémoires*, le budget de 1865 se liquidera, tous frais payés, par un notable excédant de recettes. Cette situation continuera à s'améliorer pendant plusieurs années, grâce aux modifications qu'un décret récent rendu par l'Empereur, sur l'avis du conseil d'État, a introduit dans nos statuts. La Société, qui jusqu'ici n'avait pu qu'exceptionnellement prendre à sa charge les frais de publication des planches et des figures, reste en mesure de le faire désormais toutes les fois que le comité le jugera nécessaire, et nos *Mémoires*, déjà si recherchés, y gagneront encore en importance et en intérêt.

Vous avez remarqué sans doute que les fascicules se suivent maintenant à des intervalles plus courts et plus réguliers, de telle sorte qu'à l'avenir nous pourrons compléter, tous les deux ans, un volume de *Mémoires*. Remercions-en le comité de publication et le secrétaire-général qui ont eu le mérite d'introduire cette utile amélioration; mais ajoutons, à la décharge de leur devancier, que le zèle des administrateurs précédents était souvent entravé par la prudence du trésorier.

Remercions aussi et surtout, les anciens membres honoraires et correspondants nationaux qui, revêtus de leur titre à une époque où il n'imposait aucune charge, et libres d'opter pour les anciens statuts, ont cependant presque tous adhéré, avec l'empressement le plus cordial et le plus flatteur, aux nouveaux statuts, dont l'effet n'était pas rétroactif. Leur adhésion spontanée nous a montré combien les intérêts de la Société leur sont chers; et grâce à eux, une innovation qui ne devait introduire dans nos finances que des améliorations lentes et graduelles, nous a ouvert immédiatement l'ère de prospérité que nous avions cru préparer seulement pour nos successeurs.

En adoptant ces nouvelles mesures, vous vous proposiez, messieurs, d'accroître les ressources de la Société; mais vous pressentiez aussi qu'une participation plus directe à notre vie collective resserrerait de plus en plus les liens de solidarité qui existaient entre nous et nos collègues des départements. Cette prévision n'a pas manqué de se réaliser; les communications qu'ils nous ont adressées sont devenues plus fréquentes et plus intéressantes. Lorsqu'un fait important se présente dans leur pratique, lorsqu'une idée nouvelle germe dans leur esprit, c'est à la Société de chirurgie qu'ils s'empressent d'en offrir les prémices.

En même temps que nos membres correspondants nous donnaient tous des preuves de leur zèle et de leur dévouement, nous avons vu s'accroître rapidement le nombre de nos candidats. Il y a huit ans, lorsque la Société, pour donner à l'élection de ses membres correspondants le caractère d'une compétition sérieuse, crut devoir limiter à 70 le nombre des correspondants nationaux, elle ne prévoyait pas que ce chiffre deviendrait bientôt insuffisant. Pendant les quinze premières années de son existence, les nominations individuelles ne lui avaient donné que 46 correspondants : il semblait donc probable que le chiffre de 70 ne serait pas atteint de sitôt. Mais dès que le système de la compétition fut adopté, et que l'élection annuelle au scrutin de liste, sur le rapport d'une Commission générale, eut remplacé le système primitif, les candidatures devinrent de plus en plus nombreuses, de sorte qu'au bout de cinq ans, après avoir entièrement rempli son cadre, la Société resta en présence d'une longue liste de candidats, parmi lesquels figuraient beaucoup de chirurgiens distingués, et dont l'élection, faute de places vacantes, se trouvait indéfiniment ajournée. Désormais, pour élire de nouveaux collègues, il fallait attendre que la mort eût frappé les anciens; ce fut ainsi que la Société fut appelée à élire trois correspondants nationaux en 1863; mais l'année 1864 s'écoula toute entière sans nouvelles vacances, et mon honorable prédécesseur, M. Richet, dans son discours de fin d'année, exprima, au nom du Bureau, le regret que nous avions éprouvé de ne pouvoir donner satisfaction à l'impatience légitime de nos candidats, dont le nombre allait toujours croissant.

Il était clair, en effet, que notre cadre était beaucoup trop restreint. Le nombre de nos correspondants nationaux était bien inférieur à celui de nos départements. Puis, n'était-il pas nécessaire de donner un certain nombre de places à nos confrères de l'armée et à ceux de la marine impériale? Et enfin, lorsqu'un Français pratiquait et cultivait avec distinction la chirurgie, soit dans nos colonies, soit dans un pays étranger, fallait-il lui fermer nos portes? Vous avez donc pensé, Messieurs, qu'il était juste et utile de donner plus d'extension à notre liste; et vous avez demandé au gouvernement l'autorisation de porter à cent le nombre de nos membres correspondants nationaux.

Vous vous êtes préoccupés en même temps de l'élection des correspondants étrangers. Nos anciens statuts ne nous permettaient de faire notre choix que parmi les savants qui avaient fait acte de candidature. Cette restriction était fâcheuse, car les chirurgiens étrangers n'étaient pas obligés de connaître nos statuts, et ceux qui les connaissaient hésitaient souvent à s'y soumettre. Aussi, quoique ces candidats ne fissent pas défaut, ces commissions jalouses de ne vous présenter que des noms dignes de vos suffrages, furent-elles plus d'une fois obligées de vous proposer une liste écourtée, et de rester bien en deçà du nombre des places déclarées vacantes. Pour faire cesser cette situation, vous avez demandé l'autorisation de procéder directement à l'élection des membres correspondants étrangers.

Telle est, Messieurs, la double modification que vous avez introduite dans vos statuts. Nous avons dû en demander la confirmation au gouvernement qui a seul qualité pour modifier les statuts des sociétés reconnues d'utilité publique, et en obtenant ce que nous sollicitions, nous avons obtenu en outre la plus flatteuse des distinctions auxquelles puisse aspirer une société savante. Le même jour a vu paraître au *Moniteur* deux décrets impériaux rendus sur l'avis du conseil d'État. L'un de ces décrets modifiait, suivant nos désirs, trois articles de nos statuts; l'autre conférait à notre Société le titre de *Société impériale de chirurgie*.

Il nous est permis, Messieurs, de nous enorgueillir de cette haute récompense, et de croire que nous la devons avant tout à l'importance de nos publications. Mais nous serions ingrats de ne pas exprimer notre reconnaissance à M. le Ministre de l'instruction publique, dont la bienveillance éclairée est allée en quelque sorte au-devant de nos vœux.

Les trente places de correspondants nationaux qui viennent d'être créées auraient pu être aisément remplies cette année même, et la liste des candidats aurait encore été bien loin d'être épuisée. Mais c'eût été reproduire immédiatement la situation dont nous venons de sortir. Vous avez d'ailleurs pensé qu'il était juste de laisser à de nouvelles candidatures le temps de se manifester. Vous avez donc décidé que six des nouvelles places seulement seraient données chaque année, sans préjudice de celles qui pourraient devenir vacantes par décès ou par mutation.

Appliquant pour la première fois ce principe, vous avez dû ajouter cette année aux six places réglementaires, les deux places laissées vacantes par la mort si regrettable de nos plus éminents collègues des départements, M. le professeur Alquié, de Montpellier, et M. le docteur Rigal, chirurgien en chef de l'hôpital de Gaillac. Une troisième vacance s'est produite en même temps, et celle-là du moins ne nous a pas laissé de regrets, car elle a été la conséquence de la mutation de M. Maurice Perrin, qui n'a cessé d'être membre correspondant que pour devenir membre titulaire. Le nombre des places disponibles a ainsi été porté à neuf. Ce chiffre, au premier abord, paraissait un peu élevé, mais la discussion qui a suivi la présentation de la liste de la commission générale, a prouvé qu'il aurait fallu une liste beaucoup plus longue pour donner place à tous les chirurgiens vraiment distingués qui ont sollicité vos suffrages.

La commission chargée de présenter des candidats aux places de correspondants étrangers, a pu disposer de douze places, pour combler les lacunes laissées par les élections des années précédentes. Libre de porter son choix sur les chirurgiens du monde entier, elle avait à remplir une tâche très-difficile et très-délicate. Tout autre que le savant rapporteur de cette commission aurait eu besoin d'un travail immense pour passer ainsi en revue toute la chirurgie étrangère. Mais M. Giraldès est depuis longtemps familiarisé avec ces études cosmopolites. Il connaît les institutions aussi bien que les hommes, la biographie aussi bien que la bibliographie, et le rapport si remarquable, si complet, qu'il nous a lu à l'appui de la présentation de la commission, a rendu la séance du comité secret plus intéressante ou plus instructive que ne le sont beaucoup de nos séances publiques.

Vous avez décidé tous d'une voix que ce rapport ne devait pas être perdu pour la science, qu'il serait publié intégralement dans nos *Bulletins*. Mais cette décision particulière fournissait l'occasion d'examiner une question plus générale. Notre éminent collègue, M. Larrey, renouvelant ici une proposition qu'il a déjà faite dans une autre enceinte, a émis le vœu que les rapports sur les prix et sur les candidatures fussent lus et discutés en séance publique, et publiés aux *Bulletins* comme nos travaux ordinaires. Cette proposition ne pouvait être l'objet d'un vote immédiat; mais elle a paru réunir l'approbation d'un grand nombre de membres, et, en chargeant une commission de la mettre à l'étude, votre bureau a été heureux de constater qu'elle n'était en opposition avec aucun article de nos statuts.

Si l'année qui vient de s'écouler a vu prospérer nos finances et grandir notre position, elle a été d'un autre côté bien cruelle pour nous. Jamais la mort n'avait creusé dans nos rangs des vides aussi nombreux. Elle a frappé, à quelques mois d'intervalle, deux de nos membres correspondants nationaux, MM. Alquié, de Montpellier, et Rigal, de Gaillac; et trois de nos membres titulaires, MM. Debout, Morel-Lavallée, et Bauchet. Je ne puis songer, Messieurs, à vous rappeler aujourd'hui les services divers que ces collègues aimés et regrettés ont rendus à la science. Je ne pourrais le faire sans abuser de vos moments, et sans empiéter sur les attributions des orateurs qui seront appelés à prononcer ici les éloges auxquels ils ont droit. Je dois me borner à exprimer ici la douleur que la Société a éprouvée en perdant ainsi coup sur coup plusieurs de ses membres les plus utiles et les plus estimés, douleur que devait accroître encore la mort de l'illustre professeur Malgaigne. M. Malgaigne, depuis bien longtemps, s'était volontairement séparé de nous à la suite de quelques difficultés intérieures, purement administratives, dont je ne dois pas me faire juge. Mais il était un des membres fondateurs de la Société, un de ceux qui avaient le plus contribué à ses premiers succès. Elle ne pourrait surtout oublier, sans ingratitude, que c'est à lui qu'elle doit sa belle devise : *Vérité dans la science, moralité dans l'art.* Qu'il me soit donc permis, Messieurs, de payer aujourd'hui à ce maître éminent un juste tribut de regrets.

A la place de ceux qui nous ont quittés, vous avez élu cette année cinq membres titulaires : MM. Perrin, Panas, Tarnier, Labbé et Després. Il m'est doux de pouvoir, en terminant, souhaiter la bienvenue à ces nouveaux collègues, qui ont déjà pris une part active à notre vie scientifique, et qui nous aideront à perpétuer dans la Société impériale de chirurgie, les traditions de travail et de bonne confraternité que nos anciens nous ont transmises.

M. LEGOUEST, secrétaire général, fait le compte rendu annuel des travaux de la Société.

M. BLOT, secrétaire annuel, lit une notice scientifique sur la vie et les travaux de Cazeaux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Voici, d'après le dernier état du choléra dressé par le service sanitaire de la préfecture de police et communiqué à l'Académie de médecine, et qui clôt ce genre de communication, le mouvement général de l'épidémie depuis l'invasion jusqu'à la date du 14 janvier.

ENTRÉES.	
Hôpitaux civils : Admissions.	2865
— — Cas déclarés à l'intérieur.	707
DÉCÈS.	
Dans les hôpitaux civils.	1844
— — militaires	162
DÉCÈS A DOMICILE.	
1er arrondissement	131
2e —	110
3e —	179
4e —	210
5e —	227
6e —	131
7e —	114
8e —	112
9e —	107
10e —	205
11e —	360
12e —	249
13e —	213
14e —	158
15e —	107
16e —	84
17e —	423
18e —	385
19e —	250
20e —	77
Décès signalés dans les communes rurales depuis le dernier bulletin.	545
Totaux.	6383

— Par arrêté ministériel en date du 18 janvier 1866, M. le docteur Wurtz, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé doyen de cette faculté.

— Par arrêté, en date du 12 janvier, M. le docteur Moulin, en récompense de ses longs et honorables services, a été nommé chirurgien honoraire du lycée impérial Saint-Louis.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Chailly-Honoré, membre de l'Académie de médecine, l'un des accoucheurs les plus habiles et les plus occupés de Paris.

— M. le docteur Follin, chirurgien de l'hôpital Cochin, commencera dans cet hôpital le mercredi 24 janvier, à neuf heures, des conférences de clinique chirurgicale, et les continuera les mercredis et vendredis suivants.

La conférence du vendredi sera consacrée à des exercices pratiques d'ophthalmoscopie.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus, suivant les derniers tarifs des postes.

HOTEL-DIEU. — M. MAISONNEUVE.

Application des injections coagulantes à la cure du varicocèle.

Le varicocèle ou développement variqueux des veines du cordon spermatique est plutôt une infirmité qu'une maladie, en ce sens qu'il ne compromet jamais la vie d'une manière directe.

Néanmoins, les accidents auxquels il peut donner lieu sont parfois si pénibles, que le moral des malades s'en affecte profondément, et qu'il peut même en résulter une hypochondrie véritable.

On comprend dès lors quels efforts ont dû faire les chirurgiens pour obtenir la cure de cette affection. Déjà du temps de Celse, on employait contre elle la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques. On employait aussi la ligature, l'incision, l'excision, la castration même. Toutes ces méthodes, qui ont trouvé des partisans parmi les praticiens les plus illustres, tels que A. Paré, Paul d'Égine, Delpech, etc., avaient pour but la destruction plus ou moins complète des veines variqueuses, dans l'opinion où l'on était alors que cette destruction était la condition essentielle de la guérison.

Vers le commencement de ce siècle, alors que la découverte de l'infection purulente eut éclairé les chirurgiens sur les dangers de l'inflammation suppurative des veines, on essaya de substituer aux anciennes méthodes celles moins effrayantes de la compression linéaire, de la ligature sous-cutanée, de l'enroulement, etc., dans lesquelles on se propose seulement d'oblitérer les veines sans les détruire. Cependant, malgré leur supériorité réelle sur les précédentes, ces opérations nouvelles ne laissaient pas encore que de présenter de graves inconvénients, et surtout ne mettaient pas absolument à l'abri de la phlébite. Voici comment A. Bérard s'exprimait à ce sujet, dans l'article *Varicocèle* du *Dictionnaire de médecine*.

« Tous ces moyens, dit-il, ont été suivis d'accident, plusieurs malades ont eu le testicule atrophié (il aurait pu dire aussi gangrené) à la suite de la compression ou de la ligature. Delpech a été assassiné par un jeune homme chez lequel la ligature de deux varicocèles avaient amené ce résultat. D'autres malades sont morts de phlébite et un grand nombre n'ont été guéris que momentanément. » Aussi les chirurgiens en arrivèrent-ils peu à peu à ne plus pratiquer d'opérations contre le varicocèle, non plus que contre toutes les varices en général.

Tel était l'état des choses, quand en 1852 Pravaz fit connaître ses belles recherches sur les injections de perchlorure de fer dans les veines, et démontra que quelques gouttes d'une solution à 32° de cette substance, injectées dans l'intérieur d'une veine, suffisent pour produire instantanément un caillot solide et oblitérer le calibre du vaisseau.

Un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels je suis heureux de me compter, s'empressèrent d'appliquer cette méthode nouvelle au traitement des varices, et en obtinrent en effet les plus heureux résultats.

Par une simple piqûre, à peine sentie du malade, et n'entraînant jamais après elle le moindre danger, le chirurgien pouvait désormais guérir les varices les plus volumineuses et les plus invétérées. Aussi, le traitement de ces affections si longtemps délaissées ne tarda-t-il pas à devenir l'une des branches importantes de la chirurgie.

Une lacune grave cependant restait à combler pour compléter les applications de cette précieuse méthode.

Le varicocèle, qui parmi les divers groupes de tumeurs variqueuses est précisément celui dont la guérison offre le plus d'intérêt, avait semblé jusqu'à ce jour inaccessible aux injections coagulantes. En effet, si par leur position superficielle et leur fixité, les varices des membres se prêtent facilement à l'introduction du trocart de Pravaz, il n'en est plus de même du varicocèle dont les veines, protégées par des couches multiples, sont en même temps plongées dans un tissu cellulaire très-lâche qui leur donne une mobilité extrême.

Or, les difficultés qui résultent de ces conditions anatomiques avaient paru si graves, qu'aucun chirurgien, à ma connaissance, n'avait même tenté de les vaincre. A mesure néanmoins qu'en l'appliquant aux varices des membres je me pénétrais davantage de la supériorité de la nouvelle méthode, à mesure surtout que j'acquérais plus d'expérience dans son exécution, je me trouvais de plus en plus choqué de cette anomalie, et j'arrivai enfin à cette conviction, que pour résoudre le problème et faire rentrer le traitement du varicocèle dans la loi commune, il fallait d'abord modifier l'instrument destiné à l'opération.

Jusqu'alors, en effet, on ne s'était servi pour ponctionner les veines variqueuses que du trocart ordinaire, c'est-à-dire d'un instrument composé de deux parties : d'une canule mousse et d'un mandrin pointu, destinés à faire pénétrer celle-ci dans les tissus ; le chirurgien devait donc, pour introduire la canule dans l'intérieur des veines, ponctionner d'abord les tissus avec ce double instrument, puis quand il supposait la pointe arrivée dans l'intérieur du vaisseau, ce que rien ne pouvait indiquer d'une manière certaine, il devait retirer le mandrin en laissant la canule en place, pour voir si le sang coulait, seul indice réel de la pénétration de la canule dans la veine.

Mais si le sang ne coulait pas, il fallait réintroduire le mandrin dans la canule et tenter une nouvelle ponction, pour recommencer la même manœuvre, deux, trois et même un plus grand nombre de fois.

Dans les varices des membres, ces manœuvres hésitantes et multiples n'ont que des inconvénients de second ordre ; mais quand il s'agit de veines dont la ponction est difficile et incertaine, et qui de plus sont plongées au milieu d'un tissu cellulaire lâche où les thrombus se font avec une facilité extrême, il est de la plus haute importance d'être renseigné immédiatement sur la pénétration ou la non-pénétration de l'instrument.

C'est dans ce but que je fis confectionner un trocart à tige creuse ou mieux une canule trocart analogue à celle dont on se sert dans la méthode hypodermique et qui me paraît désormais devoir remplacer avantageusement le trocart ordinaire dans la plupart de ses applications.

Cette canule, munie d'une pointe acérée, pénètre facilement dans les tissus, et comme son calibre n'est point obstrué par un mandrin, le sang peut jaillir aussitôt que la pointe a transpercé les parois de la veine, ce qui ne laisse aucun doute sur le fait capital de la pénétration. Dès lors, l'opération se poursuit comme dans le procédé ordinaire, c'est-à-dire que le chirurgien introduit dans la canule le petit tube dont la seringue est armée, puis faisant mouvoir le piston au moyen du pas de vis, il injecte dans la veine la liqueur coagulante.

Une seule injection nous a toujours suffi pour oblitérer tout le paquet variqueux, ce que nous expliquons par ce fait anatomique remarquable, que les veines du cordon testiculaire, qui ont entre elles de nombreuses anastomoses, vont toutes se perdre dans un tronc commun dont l'oblitération arrête la circulation dans toutes les veines secondaires à la fois.

Cette circonstance qu'une seule injection suffit pour oblitérer toutes les veines dans le varicocèle simplifie singulièrement l'opération. Mais il importe, par contre, que cette injection unique soit assez abondante. Nous avons l'habitude de la faire de 20 à 25 gouttes, et nous n'avons jamais eu le moindre regret de cette manière de faire.

OBS. I. — *Varicocèle du côté gauche. Injection de perchlorure de fer. — Guérison.* — Au mois de juillet 1864, M. L... jeune gentleman anglais, me fut adressé par le médecin de sa famille, pour un varicocèle du côté gauche qui le fatiguait beaucoup.

Le cordon testiculaire avait, par le développement variqueux des veines, acquis un volume énorme : le testicule atrophié pendait à plus de 20 centimètres. Le malade, âgé de 27 ans, me dit que depuis l'âge de dix-huit ans il était en proie à une douleur continue qui se prolongeait le long du cordon jusque dans le flanc gauche et les reins ; que cette douleur plutôt énervante qu'aiguë, ne lui laissait ni repos ni trêve ; qu'elle semblait s'aggraver chaque jour ; qu'elle le rendait incapable de se livrer à aucun plaisir non plus qu'à aucune occupation sérieuse, et que depuis quelques mois la pensée de rester infirme toute sa vie le jetait dans une sorte de spleen qui lui donnait parfois des idées de suicide.

Malgré le vif désir qu'il avait de guérir de son infirmité, ce jeune homme m'avoua que toutes les méthodes opératoires dont on lui avait parlé lui faisaient peur et qu'il redoutait de s'y soumettre. Cette pusillanimité ne me surprit pas, on l'observe fréquemment chez les malades énervés par de longues souffrances. Je cherchai alors à le rassurer en lui exposant que la méthode nouvelle dont je me proposais de me servir pour obtenir sa guérison était infiniment plus simple que les méthodes anciennes de la cautérisation, de l'excision, de l'enroulement, de la compression linéaire ou de la ligature ; qu'elle ne provoquait presque aucune douleur, enfin qu'elle était d'une innocuité absolue. Mes paroles portèrent la conviction dans son esprit et l'opération fut résolue.

Le malade étant debout appuyé contre son lit, un aide saisit entre le pouce et l'index la racine du cordon pour y intercepter la circulation veineuse et rendre les varices plus saillantes. Avisant alors une des nodosités les plus volumineuses, je la piquai avec la canule trocart ;

FEUILLETON.

UN MOT SUR L'INOCULATION DE L'ÉPIZOOTIE
RÉGNANT EN ANGLETERRE.

J'ai pris avec tout le monde le plus grand intérêt aux communications de MM. Leblanc et H. Bouley sur le *typhus contagieux des bêtes à cornes*, ainsi nommé par Guersent (1), tandis que Vicq d'Azyr (2) l'avait désigné par l'expression de *peste varioleuse* (3).

Je n'ignorais presque aucune des circonstances sur lesquelles les deux membres éminents de la section de médecine vétérinaire ont appelé l'attention.

Le point de départ exotique et même lointain de la maladie, sa facile propagation, son effrayante létbalité, les détails nécropsiques, y compris l'exanthème intestinal, enfin la nécessité cruelle comme les merveilles prophylactiques de l'assommement, j'avais appris tout cela par mes lectures, sans en avoir acquis toutefois la notion pratique, que possèdent à un si haut degré les deux savants académiciens.

Il n'est pas jusqu'à l'extension de la maladie à d'autres animaux que les grands ruminants, dont je n'aie eu précédemment connaissance, car elle est loin de constituer un événement aussi exceptionnel et surtout aussi récent qu'on le présume. Sans parler de faits plus anciens rassemblés par Paulet (4), Vicq-d'Azyr rapporte que l'épizootie de 1775 emporta 150 chiens dans les étables infectées, et qu'elle atteignit des chats, des *cochons* et des poules. En outre, pendant l'épizootie de 1814 on a traité 3 chèvres atteintes de la maladie, 2 à Lyon et 1 à Alfort (5).

L'homme lui-même n'a point toujours été considéré comme se trouvant absolument à l'abri de la contagion dans certaines circonstances. (Mercurialis, Cogrossi, Vallisnieri, etc.) (6) M. Bouley a soupçonné un moment que Renault, de très-regrettable mémoire, pouvait en avoir été atteint et en être mort ! Ce que je lui ai ouï dire un jour à ce sujet m'a impressionné vivement et n'a pas cessé de préoccuper mon esprit.

Quant au procédé expéditif, j'allais dire l'expédient de l'extermination en masse, conseillé d'abord par Lancisi (7), il est bien plus anglais au moins d'adoption que ne semble le penser M. Bouley. Ce sont en effet nos voisins d'outre-Manche qui, les premiers, l'ont mis en pratique il y a plus d'un siècle et demi. Six mille bêtes malades furent assommées en 1713, dans les seules provinces de Middlesex, d'Essex et de Sury (8).

Je suis loin de méconnaître les services et de blâmer d'une manière absolue l'emploi si profitable de ce moyen héroïque, qui, paraît-il, a fait ses preuves à titre de ressource suprême. Mais sans compter qu'il n'est guère praticable dans un grand pays où l'épizootie s'est largement étendue et définitivement établie (9) ; je ne puis me résoudre à considérer l'*ultima ratio* d'un massacre général comme l'idéal de l'art et dernier mot d'une médecine quelconque !

Deux faits connexes sont certains :

1° Il est très-exceptionnel qu'un animal présente deux fois le développement complet de la maladie.

(1) *L. B. Guersent,* Essai sur les épizooties. Paris, 1815. (Article extrait du Grand Dictionnaire des sciences médicales.)

(2) Exposé des moyens curatifs et préservatifs qui peuvent être employés contre les maladies pestilentielles des bêtes à cornes. In-8°. Paris, 1776.

(3) *Petite vérole des bœufs* de Ramazzini ; *peste des bœufs* de Dancisi ; *maladies contagieuses* de Layard ; *fièvre putride* de Camper ; *maladie phlogoso-gangréneuse des bêtes à cornes* de Paulet ; *fièvre putride et gangréneuse* de Gilbert ; *peste bos-hongraise* de Buniya ; *cachexie ou diathèse varioleuse* de Dupuy, etc.

(4) Recherches historiques et physiques sur les maladies épizootiques, avec les moyens d'y remédier dans tous les cas ; publiées par ordre du roi par *M. Paulet,* docteur en médecine des Facultés de Paris et de Montpellier. 2 vol. in-8°. Paris, 1775. *Passim.*

(5) *L. B. Guersent, loc. cit.,* p. 24.

(6) *Paulet, loc. cit.,* tome I, p. 126.

(7) *Buniva,* Mémoire contenant les plus remarquables notices historiques et les résultats les plus intéressants de ses observations et expériences relatives à l'épizootie bos-hongraise qui fait des ravages en Piémont depuis la fin de l'an 1793..... Brochure in-8° de 44 pages, sans date, sans nom d'imprimeur ni lieu d'impression, p. 2.

(8) *Transactions philosophiques,* n° 358. — Instructions et avis aux habitants des provinces méridionales de la France sur la maladie putride et pestilentielle qui détruit le bétail ; publié par ordre du roi. Paris, 1775, de l'imprimerie royale. In-4°, par *M. de Montigny. Paulet, loc. cit.,* tome I, p. 141.

(9) « Dès qu'un pays entier, comme la Hollande en est un exemple, est « infecté dans des milliers de villages et d'étables, les forces humaines ne « suffisent plus pour déraciner une contagion. » (Mémoire sur la contagion parmi le bétail, mis au jour pour l'instruction du public, le 28 septembre 1773. Berne, à l'imprimerie de Leurs Excellences. Brochure in-8° de 40 pages, que je crois être de Haller.

un jet de sang qui sortit aussitôt par l'extrémité de cette canule, m'apprit que j'étais arrivé dans l'intérieur de la veine, et je procédai immédiatement à l'injection de perchlorure de fer, en introduisant dans la canule le tube de la seringue de Pravaz et en faisant mouvoir la vis du piston; la quantité de perchlorure injecté fut de vingt gouttes. Aussitôt le sang se coagula dans une notable partie de la tumeur, qui devint compacte et ferme, sans douleur vive.

Je conseillai au malade de garder le lit. Le cordon devint le siége d'un travail inflammatoire modéré qui s'éteignit vers le cinquième jour; puis la tumeur diminua graduellement de volume jusqu'au 8 juillet, où le malade voyant sa guérison assurée, retourna dans son pays.

Obs. II. — *Varicocèle du côté gauche, injection de perchlorure de fer. — Guérison.* — O..., Jacques, âgé de dix-huit ans, confiseur, vint à l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1865, pour y être traité d'un varicocèle du côté gauche. Ce malade raconte qu'il éprouvait depuis quelques mois une douleur sourde dans l'aine et dans les reins. D'abord il ne s'en inquiéta pas, mais voyant que cette douleur persistait, il alla consulter un médecin de son voisinage qui, sans l'examiner, lui dit que cette douleur était de nature rhumatismale et l'engagea à prendre quelques bains de vapeur. Loin d'améliorer son état, cette médication rendit ses douleurs plus intenses; c'est alors qu'il prit le parti de venir à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Là, je reconnus chez ce jeune homme un varicocèle assez volumineux du côté gauche. Ce varicocèle avait une forme presque globuleuse, ou plutôt les veines variqueuses formaient vers le milieu du cordon un peloton du volume d'un gros œuf de pigeon, puis au-dessus et au-dessous, elles ne constituaient plus qu'un lacis mollasse. Je fis comprendre au malade que le meilleur moyen de le guérir de ses douleurs était de le débarrasser de son varicocèle, ce qu'il accepta avec joie.

L'opération eut lieu le 13 janvier, de la manière suivante : Le malade étant debout, j'appliquai d'abord à l'anneau inguinal gauche un bandage herniaire à ressort puissant, comme s'il se fût agi de contenir une hernie, mais en réalité dans le but d'exercer sur la racine du cordon une compression régulière. Sous l'influence de cette compression, les veines devinrent plus saillantes et tendues. Je cherchai alors à piquer les veines les plus grosses avec ma canule trocart, mais par deux fois la pointe glissa sur la veine sans y pénétrer; une troisième fois enfin je fus plus heureux et j'arrivai dans l'intérieur de la veine, ainsi que me l'indiqua de suite l'issue d'un jet de sang.

J'introduisis aussitôt le tube de Pravaz dans l'intérieur de la canule, et j'injectai dans la veine quinze gouttes de la solution coagulante (perchlorure de fer à 32 degrés). L'opération étant terminée, je retirai l'instrument d'abord, puis le bandage dont la présence devenait inutile, et le malade retourna à son lit. Les suites de cette opération furent de la plus grand simplicité, la douleur fut à peine sensible et le malade ne cessa pas un seul jour de se promener dans les salles jusqu'au 26 janvier, où, se trouvant en état de reprendre ses travaux, il demanda à sortir de l'hôpital.

Obs. III. — *Varicocèle très-volumineux, injection de perchlorure de fer. — Guérison.* — R..., âgé de vingt-cinq ans, ouvrier tonnelier, vint à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier, pour y être traité d'un varicocèle très-volumeux.

Depuis plusieurs années déjà, ce jeune homme souffrait des reins sans en connaître les causes; bien que d'une forte corpulence, il se fatiguait facilement, était souvent obligé de ne faire que des demi-journées, et se trouvait ainsi en butte aux quolibets de ses camarades, ce qui, joint aux douleurs sourdes qu'il ressentait d'une manière continue, l'avait jeté dans une sorte de mélancolie. Plusieurs médecins qu'il consulta reconnurent chez lui l'existence d'un varicocèle et l'engagèrent à se faire opérer, et c'est dans cette intention qu'il vint me trouver; lorsque je le vis, je constatai de suite l'existence d'un double varicocèle. Celui du côté droit seulement était de médiocre volume, tandis que celui du côté gauche était des plus considérables. De ce côté, le testicule était atrophié, le scrotum pendait jusqu'au milieu de la cuisse, aussitôt qu'on enlevait le suspensoir; je devais opérer le lendemain un malade atteint de la même affection, et qui était dans les salles depuis plusieurs jours; je résolus de faire dans le même jour les deux opérations, ce qui eut lieu en effet le 13 janvier; le procédé opératoire fut entièrement le même, c'est-à-dire que le malade étant debout, le cordon comprimé à son émersion du canal inguinal par un bandage à ressort, je cherchai la veine la plus grosse et la plus saillante, et je la piquai avec l'aiguille trocart, ce qui fut assez facile vu le volume des veines variqueuses. J'introduisis ensuite le tube de Pravaz, et j'injectai dans la veine vingt-cinq gouttes de perchlorure de fer.

Cette seule injection suffit pour coaguler immédiatement le sang dans le tiers environ de la tumeur, puis cette coagulation gagna peu à peu et finit par envahir la totalité du varicocèle.

Il en résulta une tuméfaction assez exactement comparable à celle que l'on observe après l'injection de l'hydrocèle; pendant trois jours le malade dut garder le lit, mais à partir du quatrième jour, la sensibilité de la tumeur ayant diminué notablement, le malade put se lever une partie du jour, et le 24 janvier il se trouva en état d'aller à Vincennes achever sa guérison. (Voyez Académie de médecine, numéro du jeudi 18 janvier.)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Empis.

Rhumatisme viscéral.

Le malade, qui fait le sujet de cette observation, est un jeune homme de dix-sept ans; ses antécédents, surtout au point de vue de sa famille sont des plus importants à noter; nous voyons, en effet, que le grand'père était goutteux, et qu'à plusieurs reprises, sur ses vieux jours, il fut obligé de se faire soigner, à l'hôpital Saint-Louis, pour une maladie de peau fort rebelle. Le père, que j'ai pu visiter, est un homme de quarante-huit ans, négociant en vins, qui abuse souvent des alcooliques; il est obèse et dit être rhumatisant; il paraît avoir eu déjà trois atteintes de rhumatisme articulaire aigu; depuis douze ans que les douleurs le laissent en repos, il porte sur la poitrine et les bras un eczéma qui varie d'intensité et d'étendue, et qui ne s'est éteint complétement que pendant deux mois, lors d'une dernière attaque de rhumatisme, que le malade eut il y a deux ans. La mère de notre jeune homme est d'une bonne santé et ne présente ici rien à noter.

Ces antécédents, bien établis, il s'agit maintenant d'un jeune garçon de dix-sept ans, faible de constitution, qui est resté petit et pâle, sans avoir eu cependant de maladie grave pendant son enfance. Il fut pris, au mois de février 1863, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu; toutes les articulations furent prises, et pendant un mois, il resta sans mouvement dans son lit. Après une convalescence de plus de deux mois, quoique toujours très-faible, il prit l'état de garçon boucher. Pendant toute une année, il ressentit de temps à autres, une oppression douloureuse à la région précordiale, quand il avait fait une course un peu longue ou même un effort assez modéré. Il continuait cependant à travailler, lorsque le dimanche 12 juin 1864, il se trouva pendant quelque temps dans un courant d'air. Il fut « saisi » pour me servir de son expression, et le soir même, le malade avait des frissons, de la céphalalgie, une soif vive. Le 13 juin, aux signes précédents, s'ajoute une douleur abdominale, douleur peu fixe, variable d'intensité, et que la pression exagère.

Le 14, une nouvelle douleur plus vive encore se fait sentir à la région mammaire, la respiration devient anxieuse et précipitée; cet état persista jusqu'au 18, époque à laquelle ce malade entre à l'hôpital de la Pitié.

Le soir de son entrée, je trouve un garçon pâle et affaibli, la respiration est fréquente et pénible, le pouls est régulier et bat 92 pulsations par minute. Il existe une douleur vive à droite de la poitrine, qui, en effet, de ce côté, a perdu sa sonorité, à partir du milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'en bas; en avant la matité remonte à un travers de doigt au-dessus du mamelon. L'auscultation de la poitrine fournit les signes suivants : en bas, une grande faiblesse du murmure respiratoire; plus haut, vers la pointe de l'omoplate, un souffle doux, et si l'on fait parler le malade une égophonie type, les vibrations thoraciques dans les parties inférieures seulement sont tout à fait abolies. Les deux sommets et tout le côté gauche ne présentent aucun signe morbide ni à l'auscultation, ni à la percussion.

Le cœur paraît hypertrophié, la matité existe, en effet, dans une étendue de 8 centimètres environ, à partir de la troisième côte; les bruits sont superficiels et le choc perceptible à la main, on entend un double bruit de souffle à la pointe, celui du premier temps couvre en grande partie celui du second, il existe aussi à la base un bruit de souffle au premier temps.

Le foie est très-volumineux, ses limites supérieures ne peuvent être nettement appréciées, à cause de l'épanchement pleurétique, mais en bas elles dépassent les côtes et descendent même à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, se prolongeant aussi dans l'hypochondre gauche.

L'abdomen est large, très-sonore en haut, tout à fait mat vers les parties déclives, et cette matité est susceptible d'augmenter ou de diminuer selon la position occupée par le malade; il y a de la constipation.

La rate, d'après la percussion, paraît avoir son volume normal, et l'examen attentif des urines, ne laisse découvrir aucune trace d'albumine, car, traitées alternativement par la chaleur et l'acide nitrique, elles ne donnent aucun précipité.

Le 19 et le 20, le malade a 96 pulsations et 30 inspirations par minute. Sous l'influence d'un vésicatoire, l'épanchement pleurétique du côté droit a diminué, la respiration est moins anxieuse.

Le 21, la toux est plus fréquente, le soir le pouls est à 100, le malade se plaint d'une douleur à la région précordiale, les signes locaux sont cependant toujours les mêmes au cœur, mais en arrière et à gauche de la poitrine, on entend de nombreux râles sous-crépitants; plus bas, la matité est complète, il semble qu'il se soit fait là un petit épanchement pleurétique et de l'œdème du poumon. En même temps qu'il se formait du liquide dans les plèvres, un œdème général survenait, surtout accentué aux cuisses et à la paroi abdominale.

Le 22, au matin, l'état général est moins satisfaisant, 108 pulsations; la matité est plus étendue du côté gauche de la poitrine; le soir, 116 pulsations et 60 inspirations par minute; l'œdème général a augmenté, la peau des jambes et des bourses est très-tendue.

Le 23, au matin, 120 pulsations, les inspirations sont très-fréquentes (68 par minute); à trois heures de l'après-midi, l'anxiété devient plus grande, la respiration s'accélère, le malade a de l'orthopnée et succombe très-rapidement, à cinq heures du soir, au sixième jour de son entrée à l'hôpital.

L'autopsie fut faite le 25, trente-six heures après la mort. — Le sujet est pâle et bouffi, la rigidité cadavérique persiste encore, le visage est ensanglanté par un flot de ce liquide sorti des narines. A l'ouverture, il s'échappe de la cavité abdominale 500 grammes environ d'un liquide jaune citrin, un peu foncé, mais transparent; la surface elle-même du péritoine offre une teinte légèrement rosée.

Les plèvres contiennent toutes les deux un liquide analogue au précédent, qui occupe : à droite, la moitié environ de la cavité thoracique; à gauche, le tiers seulement; çà et là, des deux côtés, quelques fausses membranes unissent le feuillet viscéral au feuillet pariétal de la plèvre.

Les poumons sont un peu comprimés, le lobe inférieur droit présente la splénisation dans presque toute son étendue, quelques morceaux de sa substance, coupés au hasard et jetés sur l'eau, gagnent rapidement le fond du vase; le poumon gauche crépite dans toute sa hauteur et ne présente qu'un peu d'œdème.

Entre les deux poumons et revêtu par le péricarde, on aperçoit le cœur dont le volume total dépasse celui de l'un des poumons; les deux feuillets du péricarde sont unis par une fausse membrane, assez épaisse et résistante, si bien que la cavité séreuse n'existant plus, on trouve à peine, à la partie tout à fait postérieure, une ou deux cuillerées à café de liquide citrin et transparent, emprisonné par les fausses membranes; ces dernières se détachent du feuillet viscéral du péricarde, comme s'enlèverait la pelure d'une pêche; on rencontre cependant çà et là quelques points plus résistants, où elles adhèrent par des filaments rougeâtres; vues au microscope, elles renferment de nombreux vaisseaux de nouvelle formation, indice certain de la tendance de ces fausses membranes à s'organiser. La séreuse au-dessous est d'un rouge vif, quelquefois même ecchymotique.

Le cœur est hypertrophié dans son ensemble, il mesure : 11 centimètres de haut, 12 de largeur, 5 1/2 d'épaisseur.

L'hypertrophie porte spécialement sur la paroi du ventricule gauche qui mesure jusqu'à 26 millimètres en épaisseur; l'endocarde lui-même ne présente pas de lésions moins remarquables. On y voit une teinte rouge, surtout marquée, dans le ventricule gauche, sur la valvule mitrale; cette dernière, ainsi que les valvules sigmoïdes de l'aorte, présentent des végétations ou sortes de petites franges régulières, qui se trouvent situées non pas sur le bord libre tout à fait, mais au niveau même, où les surfaces se mettent au contact pendant l'occlusion de ces valvules.

Dans le ventricule droit, la rougeur est beaucoup moins vive, la valvule tricuspide présente à peine quelques traces des végétations dont je viens de parler, et les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont tout à fait saines.

Plusieurs caillots se rencontrent dans le cœur :

Un premier, dans le ventricule gauche, se prolonge dans l'aorte, il est fibrineux et de peu de consistance.

Un deuxième, dans le ventricule droit, se prolonge dans l'artère pulmonaire jusqu'à sa première bifurcation, tout le reste du calibre de cette artère est perméable jusque dans ses dernières ramifications;

2° L'épizootie s'arrête d'elle-même (10), — à l'instar des épidémies qui ont épuisé les matériaux dont elles s'alimentent, — à moins que d'être entretenue par l'introduction d'un bétail étranger; à tel point que, si tous les Anglais s'imposaient un rigoureux carême, à Pâques il n'y aurait plus chez eux de typhus.

Ces deux vérités, qui se tiennent étroitement, mettent la pensée sur la voie d'une prophylaxie souveraine, en dirigeant l'esprit de recherche vers la pratique de l'inoculation. On est porté à se demander pourquoi cette pratique, patronnée par les grands noms des Haller, des Camper et des Vicq d'Azyr, n'a pas réalisé les espérances qu'on avait fondées sur elles, et que justifient pleinement les données actuelles de la science.

C'est avec une satisfaction égale à ma surprise que j'ai trouvé, dans un ouvrage presque inconnu, mais fort intéressant, une moitié de la solution de cette question. L'autre moitié se trouve dans cette remarque : que si l'on a, à l'envi, exterminé en masse, on n'a presque nulle part inoculé de même. Et pourtant que de lumières et de bienfaits la médecine humaine ne pourrait-elle pas retirer d'expériences de ce genre souvent pratiquées sur une large échelle! Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point de *médecine comparée* pour en faire ressortir l'importance.

L'ouvrage dont je parle a été publié, sans date, à Vesoul, sous le titre suivant :

Dissertations françaises et latines sur les points les plus importants de l'art de guérir, divisées en deux livres, ouvrage très-utile aux jeunes médecins et chirurgiens, par M. Billard, *docteur en médecine à Vesoul, chef-lieu du département de la Haute-Saône.* In-8°.

L'érudit bibliothécaire de Besançon, Weiss, fait remonter vers 1820 l'époque de sa publication (11).

Une dissertation du premier livre porte ce titre : *Méthode préservative des épizooties, suivi d'un essai sur la fièvre charbonneuse des porcs* (12).

On lit dans cette dissertation, qui a trait évidemment à l'épizootie actuelle désignée par les mots de *fièvre putride maligne contagieuse* (13), que l'inoculation préventive de ce typhus a été pratiquée, « avec le plus grand succès, par M. Salchow, docteur en mé- « decine, professeur et physicien à Maldorf, dans la Dithmarcie « méridionale. »

Suivent des détails touchant l'application et les résultats de la méthode.

C'est donc sur la rive droite de l'Elbe, dans un pays où la vaccine a couvé longtemps avant d'éclore en Angleterre, c'est dans ce Holstein, si tourmenté aujourd'hui, qu'a été conçu et heureusement appliqué, pour la première fois, un procédé régulier d'inoculation du *typhus contagieux des bêtes à cornes*.

Je me bornerai à donner les renseignements qui suivent, chacun pouvant, à l'avenir, en prendre à la source de plus complets.

En général, le succès est d'autant mieux garanti que le sujet de l'inoculation est plus jeune.

La matière à inoculer doit être tirée des yeux et des narines, plutôt que de la bouche d'une bête malade, à l'aide d'une grosse et longue mèche de coton qu'on en imprègne. Cette mèche est destinée à faire un séton. On place celui-ci, au moyen d'une aiguille d'emballage, à un endroit dépilé de la région de l'omoplate étendu en tous sens « *d'un demi-empan,* » c'est-à-dire d'environ 10 centimètres.

Voici comment on procède à la petite opération :

Un pli longitudinal ou antéro-postérieur est fait à la peau; l'aiguille transperce de haut en bas, à son milieu, la base de ce pli : la mèche du séton se trouve ainsi à peu près verticale et l'écoulement de la matière favorisée. Après cela, cette mèche, étant nouée à distance, forme une anse lâche et mobile. Le virus est donc placé et demeure pendant un certain temps en contact avec les parties organiques traversées par la mèche.

« Depuis le second jour jusqu'au septième, tout le traitement con- « siste (à part ce qui concerne l'observation des prescriptions diété- « tiques dont l'importance ne peut être que secondaire) à élever, le « matin, en haut de deux pouces, le fil de l'inoculation, et à le baisser « d'autant à midi et le soir. Le septième jour, on ôte entièrement ce « fil..... »

Afin que l'animal ne lèche point sa blessure, on le tient lié fort court.

« Depuis le septième jour jusqu'au quinzième, chaque fois qu'on « donne à l'animal sa nourriture, on presse la plaie de haut en bas « pour en faire sortir le pus, qu'on essuie avec un morceau d'étoffe « de laine ou une feuille de chou. On essuie aussi la matière qui pour- « rait s'être arrêtée à l'ouverture d'en haut; quand, au quinzième

(10) Haller? loc. cit., p. 39.

(11) Biographie universelle ancienne et moderne..... Nouvelle édition, publiée sous la direction de M. Michaud..... Tome IV. Paris, 1843.

(12) Page 105.

(13) Page 108.

ce caillot est fibrineux, assez résistant, et adhère aux colonnes charnues du ventricule.

Un troisième caillot s'échappe de l'oreillette droite à la section de la veine-cave inférieure, au niveau de son embouchure, il est d'un blanc jaunâtre, enroulé sur lui-même. Mis sous un filet d'eau, il prend une forme arborescente. Quel a été son point de départ? Je l'ignore; la veine-cave inférieure et les veines des membres inférieurs sont perméables dans toute leur étendue.

Le foie est notablement augmenté de volume : il mesure 28 centimètres transversalement, 23 d'avant en arrière, et 14 de haut en bas; sa structure paraît aussi altérée; à première vue, il offre un aspect granité jaune et rouge, mais au microscope, on trouve les cellules bien normales et en grande quantité. On y voit aussi une immense quantité de globules sanguins et quelques cellules graisseuses; les vaisseaux, en général, mais les veines sus-hépatiques, en particulier, y sont très-développés.

Les méninges ne présentent aucune lésion, la rate est normale, et les reins simplement congestionnés.

En résumé, un jeune garçon de dix-sept ans, fils et petit-fils de rhumatisants, éprouve, à l'âge de seize ans, la première atteinte de la maladie de famille; il est pris pendaut deux mois d'un violent accès de rhumatisme articulaire aigu; pendant toute l'année qui suit, il n'éprouve qu'un léger malaise, à la suite des efforts qu'il fait, malaise se traduisant surtout par une sensation douloureuse de la région précordiale. En juin 1864, il tombe de nouveau malade, il a eu un refroidissement, et il entre à l'hôpital avec un épanchement pleurétique à droite, de l'ascite et des signes d'endo-péricardite; le surlendemain de son arrivée, il se fait un épanchement du côté gauche, et le malade succombe six jours après son entrée, au douzième jour seulement de sa maladie.

L'autopsie met en évidence tous les faits prévus pendant la vie du malade, c'est-à-dire une endo-péricardite, tant ancienne que récente, des épanchements séreux dans les plèvres et dans le péritoine, un œdème généralisé et de plus un foie très-volumineux.

En présence de ces faits, bien que les articulations soient restées complétement saines durant toute la maladie, je n'hésite pas à mettre tous les phénomènes que je viens de décrire sous la dépendance du rhumatisme. Cette opinion, pour beaucoup de personnes, semblera au premier abord extraordinaire; voyant en effet tous les signes d'une péricardite se manifester dès le début de la maladie, chacun sera tenté de rapporter les suffusions séreuses, aussi bien que l'œdème général et la congestion du foie, à la lésion cardiaque. Mais si l'on analyse avec soin les faits et leur succession, on ne tardera pas à se convaincre que chacun des épanchements séreux fut accompagné et quelquefois même précédé d'une douleur vive, ce qui n'aurait certainement pas eu lieu si ces épanchements eussent été passifs. L'autopsie fournit elle-même de nouvelles preuves en faveur de mon opinion : la teinte foncée des liquides, la couleur rosée du péritoine, les fausses membranes des plèvres, donnent à leur tour à ces épanchements le cachet de l'inflammation.

Je ne voudrais cependant pas aveuglément mettre toutes les lésions sous la dépendance du rhumatisme. Aussi regarderai-je la congestion hépatique et l'œdème général comme tout à fait consécutifs à l'altération si profonde du cœur, et serai-je bien porté à croire la splénisation du lobe inférieur droit due seulement à sa compression par le liquide pleurétique, sans toutefois oser l'affirmer; cette idée se fonde surtout sur la couleur assez pâle de ce lobe pulmonaire.

Nous arrivons maintenant à un des points les plus intéressants, comme détail de l'observation, c'est à l'histoire de ces trois caillots dont l'existence fut révélée par l'autopsie. Les deux premiers ne nous occuperont pas, leur aspect et leur consistance les mettaient, sans nul doute, dans la catégorie des caillots qui se forment au moment de l'agonie au après la mort. Le troisième avait un tout autre aspect : rougeâtre dans sa plus grande étendue, friable, arborescent, il possédait, je crois, les qualités qui permettent d'affirmer que ce caillot n'était pas récent, qu'il s'était formé pendant la vie et dans tout autre point que l'oreillette droite. Quel pouvait donc être son point de départ? Telle fut la question que je me posai; les veines des membres inférieurs étaient perméables dans toute leur étendue; le caillot, par sa forme très-branchue, par son volume lui-même, faisait aussitôt rejeter la possibilité de cette origine; les veines sus-hépatiques, au contraire, étaient, selon toute probabilité, le point de formation de ce caillot, si l'on songe en effet à la gêne de la circulation hépatique, à la grande congestion du foie, à la dilatation de ces veines elles-mêmes, on comprendra combien je suis porté à lui assigner ce point de départ, sans cependant en avoir la certitude.

Je soulignerai encore en passant la singulière lésion des valvules du cœur : cette variété de production pathologique, en forme de franges, je l'ai déjà rencontrée plusieurs fois dans des cas d'endocardite chronique et le plus souvent de nature spécifique, chez des ivrognes ou des syphilitiques.

Un fait important et que chacun a dû remarquer, c'est l'absence complète de toute manifestation du côté des articulations, tandis que les différentes séreuses furent atteintes, y compris le péritoine, fait rare, mais qui me paraît ici incontestable.

Je n'ai plus qu'un mot à dire, et c'est pour faire remarquer les antécédents du malade. Un grand-père goutteux et affecté d'une maladie de peau, un père rhumatisant, qui porte lui-même depuis plus de dix ans un eczéma assez étendu, sont des faits qui parlent hautement, pour faire ranger la goutte et le rhumatisme un peu dans la même famille; et si l'on cherche les preuves de cette parenté, ce ne sont pas les signes de l'une et de l'autre maladie qu'il nous faudra interroger seulement, mais bien plutôt cette transmission héréditaire possible et plus fréquente qu'on ne le croit généralement, de la goutte par un rhumatisant, ou du rhumatisme par un goutteux.

Les faits que je viens de rapporter plaident encore en faveur d'une autre cause, et tendent à faire admettre l'existence des arthritides comme le veut M. Bazin; en effet, la grande objection de ceux qui ne veulent les admettre à aucun prix, est celle-ci : montrez-nous par quel signe physique se distingue un herpès, un eczéma ou toute autre maladie de peau, que vous gratifiez dans certains cas du titre d'arthritides. Mais est-il venu à l'idée de quelqu'un de nier l'existence des scrofulides et des syphilides, parce que dans un grand nombre de cas il serait impossible de les distinguer si l'on ne voyait que leurs caractères physiques ; et ne voyons-nous pas à chaque instant, en médecine, un même symptôme reconnaître pour origine les causes les plus diverses ?

Je n'ai pas la prétention de juger ici la question, non plus que de convaincre personne, je désirais simplement apporter un nouveau fait à l'appui de cette manière de voir, car de nombreuses observations pourront seulement éclairer la question et faire ensuite disparaître toute hésitation.

L. Hémey, interne du service.

DE L'EXTRACTION DES CATARACTES DURES

à l'aide de la curette-érigne

par le docteur Émile Martin, oculiste du bureau de bienfaisance de Marseille.

J'ai l'intention dans cette note de soumettre à l'appréciation de mes confrères un instrument qui permet d'appliquer à l'extraction des cataractes dures la méthode opératoire réservée presque spécialement aux cataractes de consistance fluide; je veux parler de l'extraction par une simple ponction de la cornée, combinée toutefois avec l'iridectomie.

Messieurs de Græfe, Waldau et Critchett, qui ont été les instigateurs de cette méthode, dans le but d'éviter les inconvénients primitifs et secondaires qui sont attachés à une large ouverture de l'œil, produite par une plaie à lambeau et les froissements et tiraillements de l'iris (membrane au tissu fragile et très-inflammable) ont créé des instruments particuliers pour faciliter le manuel opératoire. Parmi ceux-ci, la curette de Critchett est l'instrument qui a fixé le plus l'attention et qui a paru réunir le plus grand nombre des conditions désirables. Toutefois, les manœuvres que nécessite cette curette pour permettre d'entraîner au dehors la lentille, ont facilement pour effet de violenter les membranes antérieures de l'œil et de compromettre ainsi le résultat brillant de l'opération. Le mouvement considérable de bascule qu'il faut imprimer à l'instrument pour arriver à se rendre maître du cristallin et à l'attirer au delà de la plaie kératique, expose soit à fragmenter celui-ci, soit à froisser et à tirailler les membranes antérieures.

L'instrument que je propose aujourd'hui a été construit par M. Mathieu sur mes données.

Il consiste en une curette légèrement concave, mince comme celle de Critchett, et pouvant par sa forme glisser aisément entre la membrane hyaloïde et la face postérieure du cristallin.

Il est muni à sa face concave de deux petites dents ou érignes très-courtes et très-fines, qui sont protégées soit par la convexité de la curette, soit par ses parois de façon à ne pouvoir léser aucune des parties au milieu desquelles il pénètre, et qui ne peuvent traverser toute l'épaisseur de la lentille opaque. Enfin, ces petites dents se recourbent en crochet par la pression du doigt sur le manche de l'instrument, et s'implantent par ce seul mouvement dans le noyau cristallinien, de sorte qu'il suffit de l'attirer horizontalement à soi pour extraire en même temps le cristallin.

Je pratique l'opération de la manière suivante :

1° Je sectionne la cornée à l'aide d'un couteau coudé plus large que les couteaux ordinaires (M. Mathieu m'a construit des couteaux à l'aide desquels j'obtiens une ouverture de près du tiers de la circonférence kératique);

2° J'excise une portion de l'iris d'après les règles posées par M. de Græfe;

3° Je dilacère la capsule antérieure;

4° J'introduis la curette-érigne fermée presque perpendiculairement à la plaie de l'ouverture, j'abaisse le manche en glissant la curette derrière la partie moyenne du cristallin, je presse sur le levier en inclinant encore légèrement le manche, puis enfin j'attire peu à peu l'instrument et le cristallin vers la plaie kératique.

S'il reste dans l'œil des masses corticales, il ne faut pas les y abandonner, leur séjour dans les chambres pourrait retarder la guérison; je ferme les paupières et j'attends que l'humeur aqueuse en se reformant ait rassemblé dans le champ de la pupille les fragments refoulés en arrière de l'iris, et je leur donne alors issue avec la plus grande facilité.

Il est important d'appliquer ensuite un bandeau compressif. La guérison s'effectue d'ailleurs avec rapidité et il n'est même pas nécessaire de faire aliter le malade.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 22 décembre 1865. — Présidence de M. Béhier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

M. Hemey lit une observation de *Rhumatisme viscéral* (voir plus haut).

DISCUSSION.

M. Beaumetz. L'auteur appuie le diagnostic de péricardite aiguë posé pendant la vie, sur la péritonite et sur la simultanéité de divers épanchements pour affirmer la nature rhumatismale de cette maladie.

Mais le sujet de l'observation n'ayant présenté aucun des symptômes auxquels se reconnaît la péricardite aiguë, notamment le souffle et le frottement, il était impossible de poser un semblable diagnostic. De plus, un individu peut avoir actuellement une pleurésie franche, bien qu'il ait eu trois ans auparavant un rhumatisme articulaire aigu. Les autres épanchements de sérosité s'expliquent suffisamment par l'affection ancienne du cœur unie à la pleurésie actuelle. Quant à la

---

« jour, il ne sort plus de pus de la plaie, mais seulement un peu de « sang si l'on exprime fort, on cesse désormais d'exprimer et on « laisse la plaie se cicatriser d'elle-même. »

L'animal est dès lors tout à la fois guéri et préservé.

A quelque épreuve que l'on ait soumis les bêtes ainsi traitées, elles n'ont pu contracter de nouvelle infection.

Après avoir exposé cette méthode, Billard en généralise l'emploi contre toutes les maladies contagieuses, « *avec les modifications*, — bien entendu, — *qu'exigent les circonstances*. »

Il avance même une théorie pour expliquer les succès obtenus. C'est précisément la même que lady Montagute (14) hasardait, en 1717, à propos de l'inoculation de la petite vérole. Les syphilisateurs ne la répudieraient pas s'il ne leur répugnait infiniment de subordonner des vérités de faits incontestables à des vues spéculatives beaucoup moins assurées.

Voici d'ailleurs les expressions textuelles de Billard : « L'inoculation peut servir à attirer le venin et son véhicule vers quelques « parties extérieures du corps, au moyen de quoi les parties nobles « en souffriront moins, et le foyer qui l'exhale serait atteint... Les ex- « périences réitérées de M. Salchow lui ont réussi quand il a eu la « précaution, après avoir excité la maladie, d'en favoriser l'issue « aussi promptement qu'il a été possible, sans lui donner le temps, « en se domiciliant dans le corps, d'y corrompre entièrement les li- « quides, d'attaquer les solides, et de produire des inflammations « dangereuses. »

La mobilité du séton est donc spéciale au procédé de Salchow et le distingue nettement des autres. Il faut y joindre la pression expulsive, fréquemment exercée sur la plaie.

J'ajouterai, simplement par scrupule historique, que les auteurs s'accordent, abstraction faite de toute pensée d'inoculation, à considérer les exutoires, et en particulier le séton, comme étant le moins mauvais de tous les moyens curatifs de la maladie (15).

Le séton mobile et virulent, secondé par des pressions expulsives, mérite, en définitive, d'être pris en considération. Ce procédé est sans doute susceptible de perfectionnements.

Je n'ai d'autre dessein que de le tirer de l'oubli.

Si l'on m'objectait que tout cela était connu même avant la pratique de Salchow et les révélations de Billard et a souvent été répété, je n'hésiterais pas à répondre qu'on prend des mots pour les choses et des apparences pour la réalité, et je ferais appel à de nouvelles et sérieuses réflexions.

Je signalerai enfin comme ayant quelque rapport avec mon sujet, c'est-à-dire l'inoculation, une autre dissertation (16) de Billard, où il soutient, par des considérations d'un ordre élevé, l'identité des virus variolique et vaccin. Je regrette d'autant plus de ne pouvoir me ranger à sa manière de voir sur ce sujet, qu'elle se rapproche davantage de l'opinion de membres de l'Académie que j'honore profondément.

N'était mon désir de resserrer cette note dans les plus étroites limites, je ne quitterais pas la plume sans faire mention d'un mémoire sur l'inoculation de la fièvre typhoïde, lu par M. Bourguignon à l'Académie des sciences, le 8 octobre 1855 (17). Quand un soldat du progrès est obligé de rechercher l'hospitalité d'une terre étrangère, on n'en ressent que plus vivement le besoin de lui rendre justice, et l'on se prend à envier le privilége de ceux qui peuvent rappeler avec autorité ses services du haut de cette tribune, en lui renvoyant un doux écho de la patrie.

Dr Auzias-Turenne.

Traitement du choléra, par M. le docteur Dupuy (de Frenelle). Brochure in-8°. Prix : 75 cent. franco. — Paris, 1865, P. Asselin, libraire-éditeur.

(14) Lettres de milady Wortlay Montagute, écrites pendant ses voyages en diverses parties du monde; traduites de l'anglais. Nouvelle édition..... 3 vol. in-12. Londres, 1764 et 1768. Tome I, p. 221.

(15) Paulet, *loc. cit.*, tome I, *passim*, et spécialement pages 117 et 118.

(16) Observations sur l'usage et l'effet des préparations mercurielles dans la petite vérole naturelle et inoculée, extraites de différents auteurs, et notamment de cas de pratique particuliers à l'auteur de ce mémoire, sur l'identité de la vaccine, de la petite vérole et d'autres virus. (Livre I, p. 166.)

(17) Appel à des expériences dans le but d'établir le traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses inrécidivables par l'inoculation de leurs produits morbides, par le docteur *H. Bourguignon*, lauréat de l'Institut, membre de la Société de biologie, etc. — Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 8 octobre 1855. (Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.) Une feuille in-8°. Paris, Victor Masson, 1855.

péritonite, je la conteste, la séreuse n'ayant offert à l'autopsie ni vascularisation, ni fausses membranes.

En somme, cette maladie ne saurait être qualifiée de rhumatismale, quoiqu'elle puisse se rattacher en partie aux accidents rhumatismaux survenus il y a trois ans.

M. BALL. L'apparition de chacun des épanchements a été précédée d'une douleur; M. Hemey en conclut que ces épanchements étaient actifs. Une telle raison est tout à fait insuffisante, c'est une exagération qui nuit à la cause qu'il veut servir. M. Hemey ensuite a parlé de l'hérédité croisée de la goutte et du rhumatisme. Le fait n'est pas douteux; il a été mis en lumière par les auteurs anglais. Mais de la réalité de ce croisement, il ne faut pas conclure à l'identité des deux affections. On a vu, dans une famille de rhumatisants, apparaître, après plusieurs générations, l'aliénation mentale et cependant on n'a pas dit que ces individus étaient atteints de folie rhumatismale.

M. HEMEY. Je me suis borné à avancer que la goutte et le rhumatisme étaient de la même famille. Quant à la douleur initiale dans un épanchement, c'est néanmoins à son absence ou à sa présence qu'on reconnaît la nature passive ou active de cet épanchement; d'ailleurs je n'avais pas d'autres signes à ma disposition.

M. BALL. Je n'ai pas à donner les signes distinctifs de l'épanchement actif et de l'épanchement passif; mais ce que je soutiens, à titre de philosophie médicale, c'est qu'il vaut mieux réserver son jugement que d'avoir recours à un signe insuffisant. Quant à la conclusion de l'observation, je la crois un peu risquée et je n'ose, pour ma part, rapporter au rhumatisme les divers incidents qui y sont relatés.

M. VOISIN. La folie, névrose à laquelle on vient de faire allusion, ne doit pas être assimilée à la folie survenue dans le cours d'un rhumatisme, c'est-à-dire rhumatismale. Cette dernière est généralement symptomatique d'une altération progressive des méninges.

M. BALL. Je ne voulais que rappeler un fait et je ne prétends nullement qu'il faille regarder une folie essentielle comme rhumatismale, parce que dans les antécédents de famille il se sera trouvé des rhumatismaux. L'existence précédemment de rhumatismes ne saurait constituer qu'une cause prédisposante.

M. VOISIN. En ce cas, nous nous entendons.

M. OLLIVIER. Je pense comme M. Ball, relativement à la conclusion de cette observation. De ce qu'un rhumatisant engendre un fils goutteux, il n'en résulte pas nécessairement que la goutte et le rhumatisme sont identiques.

J'aurais désiré que M. Hayem ait recherché s'il y avait ou non de l'acide urique dans le sérum du sang. Je me suis livré à l'exemple de M. Charcot, et, selon le procédé de Garrod, à quelques recherches de ce genre. De la sérosité recueillie, à l'aide de vésicatoires volants, sur divers sujets atteints, les uns de rhumatismes articulaires aigus, les autres de rhumatismes articulaires chroniques, soit primitifs, soit consécutifs, n'a jamais offert traces d'acide urique, tandis que celle obtenue chez trois goutteux en a toujours renfermé plus ou moins. La présence de ce principe dans la sérosité d'un vésicatoire, qui, en somme, a la composition du sérum du sang, permet donc de différencier les deux maladies.

M. BÉHIER. M. Hemey, à propos de la nature de certaines éruptions, a parlé de syphilides. Mais, si la spécialité de ces éruptions est universellement admise, c'est précisément parce qu'elles possèdent des caractères propres et que, presque constamment, elles peuvent se reconnaître à première vue et souvent même à distance. Lorsqu'en dehors d'elles et des syphilides on m'aura donné les signes positifs à l'aide desquels je pourrai distinguer par exemple un eczéma de telle nature d'avec un eczéma de telle autre nature, alors je consentirai très-volontiers à admettre telle et telle autre classe spéciale d'éruptions. Mais jusqu'ici on ne l'a pas fait; c'est un point d'ailleurs sur lequel je ne voudrais pas entamer de discussion pour le moment.

M. HEMEY. J'ai cependant vu les autorités les plus compétentes fort embarrassées pour diagnostiquer *de visu* certaines scrofulides ou syphilides, et je ne crois pas que, pour admettre les arthritides, il faille nécessairement qu'elles soient faciles à distinguer. Ne voyons-nous pas à chaque instant en médecine un même symptôme avoir pour origine les causes les plus diverses? La tache rosée lenticulaire n'a pas de caractères spéciaux à chaque maladie, et pourtant elle appartient à des maladies très-dissemblables.

M. GERIN-ROZE. M. Béhier ne veut pas entamer de discussion sur la réalité de l'existence des arthritides et des herpétides. N'admettant ni la dartre, ni l'arthritis comme maladies constitutionnelles, il juge inutile de discuter les conséquences d'un principe qu'il n'admet pas. Une autre fois, nous discuterons le principe. Aujourd'hui, je me contenterai de réfuter son opinion sur les syphilides.

De toutes les éruptions, les syphilides sont-elles les seules qui présentent des signes objectifs pathognomoniques? Est-il exact de prétendre qu'à de très-rares exceptions près, il suffit de voir une cicatrice ou une éruption syphilitiques pour en discerner la nature, à distance, sans interroger le malade, sans rechercher les symptômes concomitants? Je ne le pense pas, et repousse formellement à cet égard l'opinion de M. Béhier; je trouve la preuve de mon assertion dans les erreurs de diagnostic si fréquentes quand il s'agit des formes ulcéreuses de la syphilis et de la scrofule. Qui oserait seulement trente fois sur cent déclarer un ulcère syphilitique ou scrofuleux, si on lui cachait le corps du malade, ne laissant voir que la partie lésée du tégument? Dernièrement encore, je voyais se cicatriser, sous l'influence de l'iodure de potassium, un ulcère reconnu comme ulcère syphilitique, par un de nos plus distingués médecins de l'hôpital Saint-Louis, et inutilement traité comme scrofulide quelques mois auparavant par une des plus brillantes autorités du même hôpital. Des erreurs arriveraient tous les jours, si l'on ne pouvait remonter à la nature du mal par l'étude des affections antérieures. La recherche des antécédents n'empêche-t-elle pas de confondre à chaque instant certaines variétés de psoriasis syphilitiques et de psoriasis dartreux?

Je pense donc que les signes objectifs des syphilides ne sont pas plus pathognomoniques que ceux des dartres et des scrofulides; et qu'il est impossible de préciser quoi que ce soit en dermatologie sans refaire l'histoire complète des affections antérieures présentées par le malade.

Qu'est-ce par exemple que l'impétigo?

M. BÉHIER. C'est de l'impétigo et rien de plus! Les différences observées entre ces individus et dont on voudrait faire des caractères distinctifs résultent des causes diverses qui les ont produits et surtout de la variété des terrains. C'était la pensée de Biett. La nature des terrains, voilà l'élément fondamental, celui dont on ne tient pas suffisamment compte. Ainsi, dans un sol scrofuleux, la graine d'impétigo lèvera et se développera d'une façon à part. La pneumonie dans ce même sol, l'entérite, revêtiront une physionomie analogue, auront une marche particulière. Je ne veux pas insister.

M. BEAUMETZ. Je reviens sur un argument auquel il ne m'a pas été répondu. C'est principalement sur l'existence d'une péricardite aiguë que s'est appuyé M. Hemey, pour admettre la nature rhumatismale de la maladie qu'il a observée.

A cela, j'ai déjà objecté que les symptômes ordinaires de cette phlegmasie manquant, il n'était pas possible de la diagnostiquer sur le vivant. Je vais plus loin, et je dis qu'elle ne peut davantage se démontrer sur le cadavre. Les deux feuillets du péricarde étaient réunis par des fausses membranes anciennes, entre les mailles desquelles on a trouvé à peu près une cuillerée à soupe de sérosité limpide, c'est-à-dire une quantité insignifiante, normale dans ces conditions. Je ne vois là les indices ni d'une péricardite aiguë, ni d'un travail aigu dans une péricardite chronique. M. Hemey ne peut donc s'appuyer sur ce qui existe du côté du cœur pour affirmer de nature rhumatismale les épanchements dans la plèvre, le péritoine, etc.

M. VOISIN. On paraît croire qu'en l'absence de frottement, il n'y a pas moyen de diagnostiquer une recrudescence aiguë dans une péricardite chronique. C'est une erreur, M. Bouillaud a signalé un *bruit de galop* très-caractéristique qui apparaît avec l'état aigu.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Le secrétaire, Paul TOPINARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le 26 janvier.

Ordre du jour :

Note sur un cas de *Paralysis agitans* avec glycosurie, par M. Paul Topinard.

Observations sur certains accidents convulsifs dans le cours du choléra, par M. Anger.

— M. le docteur Cazenave de la Roche vient d'être nommé membre de la Société météorologique de France.

— M. le professeur Jarjavay reprendra, jeudi 25 janvier, ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Beaujon, et les continuera les jeudis suivants.

— Le docteur E. Verrier recommencera un cours quotidien d'accouchements et d'opérations, le lundi 5 février prochain, à la clinique de M. le docteur Meyer, 41, rue de l'École de médecine. S'adresser à M. Verrier, rue Bonaparte, 72 bis.

— M. le docteur Auzoux commencera le 28 janvier, à une heure, un cours public et gratuit d'anatomie humaine et comparée, rue Antoine-Dubois, 2.

— M. le docteur Fort vient de commencer l'étude des fonctions des nerfs crâniens, dans son cours public de physiologie, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

Hygiène de la vue, par le docteur A. MAGNE, officier de la Légion d'honneur. Un volume in-12 de 320 pages, 4e édition. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Schnepp. Le pèlerinage de la Mecque. In-8°. Prix : 1 fr. — Paris, L. Leclerc, 14, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 JANVIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a tenu hier une séance publique fort courte, et un comité secret assez long et assez orageux, nous a-t-on dit.

La séance publique se résume dans deux communications relatives à des méthodes de thérapeutique, dont l'une est nouvelle et l'autre..... renouvelée.

On connaît les persévérantes études de M. le docteur Sales-Girons, sur les inhalations pulmonaires et la diète respiratoire. On sait aussi les oppositions qu'elles ont rencontrées et les critiques dont elles ont été l'objet. L'idée première de M. Sales-Girons, à laquelle on ne saurait refuser un certain caractère d'originalité, bien qu'ayant sa source en réalité dans une pratique très-ancienne, s'est graduellement élevée dans son esprit aux proportions d'une méthode thérapeutique générale. C'est même cette généralisation des anciens procédés fumigatoires et atmiatriques, limités autrefois aux actions pulmonaires, qui constitue, à proprement parler, l'originalité et la nouveauté de la méthode préconisée par notre confrère. Aujourd'hui M. Sales-Girons expose dans un mémoire, dont on trouvera au compte-rendu un résumé sommaire, comment il entend substituer pour le traitement de la plupart des maladies la méthode atmiatrique, ou l'administration des principaux médicaments par les bronches à la méthode usuelle de l'ingestion par l'estomac, et il rapporte un fait à l'appui de l'efficacité de ce mode d'administration des agents actifs de la thérapeutique. Ce travail est moins une démonstration qu'un appel fait par son auteur à ses confrères, pour les inviter à l'expérimentation, ce juge souverain de toute conception thérapeutique. Nous lui prêtons volontiers notre concours.

La seconde méthode thérapeutique dont il s'agit, est l'application de l'électricité statique, abandonnée dans ces dernières années pour l'électricité dynamique, et remise en pratique par M. Poggioli. Avec quels avantages? C'est ce que l'auteur s'est proposé de montrer dans son mémoire, où il rapporte un grand nombre d'observations favorables. La commission nommée jugera.

L'Académie paraît en veine de réformes. On se rappelle les propositions réitérées qui lui ont été soumises à l'égard de la lecture désormais publique des rapports de prix, et généralement de tous les rapports scientifiques qui, sous divers prétextes de convenance, ont toujours été lus jusqu'ici en comité secret. Si nous sommes bien informés, le conseil académique aurait accepté le principe de la proposition, non sans quelques résistances, et la question serait prochainement soumise à l'Académie en séance publique. Nous ne donnons cela que comme un bruit arrivé jusqu'à nous à travers la double enceinte de la salle des délibérations du Conseil.

Ce qui s'est passé hier en comité secret nous est parvenu avec moins de mystère. On se rappelle que dans la précédente séance, M. le ministre du commerce a invité l'académie à lui faire connaître le montant des frais de premier établissement et de la dépense annuelle résultant d'une nouvelle organisation du service de la vaccine, dans le cas où il y aurait lieu de substituer la vaccination animale à la vaccination de bras à bras. On refuse rarement les avances d'un ministre, surtout quand ces avances sont des largesses. Mais ici l'acceptation impliquait l'engagement de pratiquer désormais la vaccination animale, sinon exclusivement, au moins parallèlement à la vaccination de bras à bras; et cet engagement préjugeait une question qui n'est pas encore complétement résolue et qui est encore contestable pour quelques-uns, savoir : la préférence à donner à la vaccination animale sur la vaccination de bras à bras, ou tout au moins leur équivalence réciproque. De là vive discussion, paraît-il. La vaccine jennérienne a été défendue énergiquement comme une arche sainte à laquelle il n'était pas permis de toucher. La majorité de l'Académie ne s'est pas laissé émouvoir. Elle a adopté le devis proposé et en a voté l'envoi au ministre. Nous verrons donc prochainement une petite vacherie annexée aux bureaux de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN.

Leçons sur les fractures en V et leurs complications,

Recueillies et publiées par M. E. NICAISE, interne du service.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un malade que vous avez vu couché au n° 38 de la salle Saint-Louis.

C'est un homme de cinquante-huit ans, qui fut ramassé hier sur la voie publique, en état complet d'ivresse; il présente une fracture des deux os de la jambe droite. Le fragment supérieur du tibia, terminé par un V allongé et très-acéré, a fait à la peau une large plaie contuse en T. L'os est dénudé dans une assez grande étendue, il y a une attrition des parties molles, et un gonflement assez considérable, au-dessus de la solution de continuité. La gravité de ces fractures m'étant bien connue, je me décide, contrairement à ma règle générale de conduite, à pratiquer l'amputation immédiate, ou celle, qu'avec M. Larrey, on peut appeler primitive, parce qu'elle est faite avant le développement de la fièvre traumatique.

Ceci m'amène a revoir avec vous, l'ensemble des fractures cunéennes, à vous en indiquer les complications, et à vous faire connaître les indications et les contre-indications de l'opération.

Les fractures en V sont beaucoup plus fréquentes au tibia que sur les autres os; en outre, elles se présentent en ce point, avec leurs formes caractéristiques et toutes leurs complications, je prendrai donc pour type de ma description la fracture en V du tibia.

Le fragment supérieur présente, en avant et en dedans, une longue pointe en forme de V saillant; en arrière, on remarque un V rentrant; sur le fragment inférieur, l'inverse a lieu, le V rentrant est en avant, le V saillant en arrière.

Ces fractures ne font pas partie de celles que vous trouvez décrites par les auteurs; ce ne sont pas des fractures obliques simples, elles sont irrégulières, à plusieurs contours. Gerdy (1) a bien décrit des fractures dentées et des fractures en spirale; mais ici, nous n'avons qu'une demie spirale avec deux dents, une pour chaque fragment; on pourrait cependant considérer notre malade comme présentant une variété de fracture dentée ou en pointe.

Malgaigne (2) décrit une forme de fracture à laquelle il donne le nom de fracture dentelée; cette dénomination suppose un certain nombre de dents moins longues et plus nombreuses que dans les fractures en V, ces dentelures elles-mêmes présentent sur leurs bords de légères inégalités. Cette variété se rencontre particulièrement chez les enfants, à la clavicule, au tibia, où elle donne les fractures que l'on a considérées comme incomplètes. Malgaigne parle encore des fractures obliques, mais je vous ferai remarquer que ces fractures sont rares, presque toujours il y a une dent.

Cette particularité n'était pas suffisante pour justifier une dénomination nouvelle, s'il ne s'était agi que de la forme de la solution de continuité de l'os, mais cette forme en V s'accompagne généralement de fractures secondaires, de fissures et de complications dues à la pression de l'un des fragments sur l'autre, et dont l'importance est telle que j'ai cru devoir former un groupe nouveau de fractures, sous le nom de fractures cunéennes ou en V, ou encore fracture à longue dent.

Presque toujours de l'angle du V rentrant du fragment inférieur part une fissure qui se prolonge plus ou moins loin, et très-souvent jusque dans l'articulation tibio-tarsienne.

Ces fissures sont rares sur le fragment supérieur, sa cassure est généralement nette; cependant, j'ai rencontré quelques cas où l'on voyait une fente longitudinale partant du bord de la fracture, se prolonger en haut en suivant l'axe de la diaphyse; cette fissure part le plus souvent du sommet du V rentrant, ou d'un point voisin de ce sommet.

Sur le fragment inférieur, l'existence de la fissure est la règle; quelquefois, suivant l'âge, il y a fissures et fractures consécutives très-étendues, assez étendues même, dans certains cas, pour constituer la lésion principale. Les fissures ont des directions et des longueurs variables, tantôt verticales, le plus souvent obliques, décrivant une sorte de spire, et limitant un fragment osseux qui ne reste adhérent que par son tissu spongieux, et que l'on pourrait enlever par un effort peu considérable. Dans les fractures en V du tibia, le fragment limité par les fissures appartient souvent à la face postérieure et à la surface articulaire.

(1) Gerdy, *Traité de chirurgie pratique.*
(2) Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations.*

Dans l'étude du mécanisme de ces fractures, il faut distinguer deux périodes : la première où se produit la fracture, la seconde où se produit la fissure; il y a donc deux mécanismes différents. Le plus souvent, le premier agit aussi pour produire la fissure, mais il se rencontre en même temps quelque violence nouvelle.

La fracture en V reconnaît plusieurs causes : le mécanisme le plus fréquent consiste en une torsion des os sur leur grand axe, en sens contraire de leur torsion normale. Si nous supposons, par exemple, le tibia fixé par ses deux extrémités, nous le verrons céder à son point de torsion; c'est ainsi que la fracture s'est produite chez un malade, dont l'observation fut lue (1) à la Société de chirurgie. Cet homme voulant répondre à une appellation s'est tourné brusquement en arrière, son pied étant fixé; il en est résulté une fracture en V du tibia, avec fracture du péroné au même niveau et fissures tibiales.

Quelquefois le mécanisme est encore plus compliqué, il peut y avoir combinaison d'un mouvement de torsion, d'un mouvement d'extension forcée de la jambe sur le pied et de flexion latérale.

Enfin, M. Larrey a observé la fracture en V à la suite d'une chute directe sur les pieds.

J'ai vu (2) un malade qui, pris sous un éboulement, a présenté une fracture dentelée du fémur avec fissures sur le fragment supérieur, et une fracture du tibia au tiers supérieur. Le fragment inférieur de ce dernier os était en V et il avait pénétré le fragment supérieur réduit en plusieurs esquilles.

Dans la production des fissures, des fractures consécutives ou de l'écrasement, outre l'influence de la cause vulnérante, nous avons à enregistrer celle de la contraction musculaire et celle d'une forte flexion du pied dans certains cas. Les diverses causes amènent la pression des fragments l'un sur l'autre. La disposition du V favorise la production des fissures; le fragment à longue dent agit à la manière d'un coin. Il exerce une pression sur le fragment inférieur qui se fend, en même temps qu'un mouvement de torsion est produit au moment de l'accident.

Si la pointe presse sur le contour du fragment inférieur, il peut y avoir simple fissure ou fracture longitudinale allant jusque dans l'articulation; si elle presse sur sa portion centrale, il peut y avoir écrasement du tissu spongieux et éclatement du tissu compacte. On observe alors une dépression du tissu spongieux, une cavité qui recevait le fragment supérieur. Quelquefois la dent de ce fragment se brise et reste implantée dans le tissu spongieux, c'est ce que l'on voit sur les dessins de la thèse d'un de mes anciens élèves, M. Bourcy (3).

Ainsi donc, les fissures sont produites par un mouvement de rotation, de torsion ou de flexion forcée, les fragments étant encore engrenés. La violence extérieure et la contraction musculaire se réunissent pour amener ce résultat. En outre, je vous ferai remarquer que les fissures et l'éclatement se rencontrent en général sur le fragment le plus court.

Si nous considérons maintenant la fréquence des fractures cunéennes, nous voyons que, sur ce sujet, les opinions ont bien changé. D'abord ces fractures sont méconnues et prises pour des fractures obliques; après mes leçons cliniques faites à l'hôpital Cochin, en 1855, on en publie quelques observations; moi-même, à cette époque, je croyais encore la fracture peu fréquente. J'ai dû bientôt constater, au contraire, qu'elle est assez commune, et aujourd'hui je croirais volontiers que c'est la forme la plus commune des fractures de jambe, du moins de celles qui siégent au tiers inférieur et sont produites par une cause indirecte (torsion, inflexion).

La fracture fissurique se rencontre, en effet, beaucoup plus souvent au tibia que sur les autres os, et elle en occupe le tiers inférieur. Je l'ai observée pour la première fois en 1847, à l'hôpital Saint-Antoine, puis j'eus l'occasion d'en voir un cas à l'Hôtel-Dieu, en 1851, et deux à Cochin, en 1855 (4); depuis, j'en ai recueilli de nombreuses observations dans les hôpitaux, et vous pouvez en voir, en ce moment, un certain nombre dans nos salles.

Au tibia, le V du fragment supérieur appartient généralement à la face interne de l'os; en d'autres termes, la fracture est le plus souvent oblique en bas, en avant et en dedans ; les fissu-

(1) Obs. de Fournier, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 nov. 1855.
(2) Gosselin, *Société de chirurgie*, 4 mars 1857.
(3) Bourcy, thèse, Paris, 1855.
(4) *Gazette des Hôpitaux*, 1855, p. 218.

res siégent sur le fragment inférieur et vont jusqu'à l'articulation ; dans un cas, la pression a même amené une fissure sur l'astragale (1).

L'extrémité supérieure du tibia peut aussi être le siége d'une fracture à longue dent ; j'ai observé un cas où le fragment inférieur, terminé par un V, avait pénétré dans le supérieur, séparé les deux tubérosités du tibia et produit un assez grand nombre d'esquilles.

D'autres os présentent encore cette variété de fracture ; en suivant l'ordre de fréquence, après le tibia, vient le fémur, siége principal des fractures en spirale de Gerdy. Sur cet os, c'est aussi à l'extrémité inférieure qu'elle existe plus fréquemment. Il y a généralement fracture sus-condylienne, le fragment supérieur est terminé par un V, plus ou moins obtus (moins acéré que celui que l'on trouve dans la fracture du tibia) ; il pénètre dans le tissu spongieux du fragment inférieur, renverse quelquefois en dedans les bords de la fracture en produisant des esquilles, et amène la formation d'une fissure intercondylienne. C'est en ce point que l'on observe surtout l'influence de l'âge sur la production des fractures secondaires, car si le malade a dépassé l'âge adulte, il y a presque toujours une fracture intercondylienne.

Malgaigne et M. Vielar avaient constaté l'existence de ces fractures intercondyliennes, compliquant la fracture sus-condylienne, chez les individus âgés de plus de cinquante ans, mais ils n'avaient pas rattaché leur mécanisme à celui des simples fissures.

J'ai observé sur le corps du fémur une fracture dentelée de Malgaigne, qui offrait deux fissures sur le fragment supérieur.

Le même mécanisme de pénétration et d'éclatement explique les fissures ou les fractures secondaires que l'on observe sur le grand trochanter, à la suite de la fracture du col à sa base, et de la pénétration du fragment supérieur dans le tissu spongieux du grand trochanter.

Le péroné est rarement le siége de fractures en V. On en a observé quelques cas seulement avec fissures sur l'un ou l'autre fragment et une fois sur les deux. Le plus souvent cet os est fracturé en même temps que le tibia, mais il s'agit alors d'une complication qui nous occupera tout à l'heure, je ne m'y arrête pas en ce moment.

Sur le cubitus, Jobert a rencontré une fracture en V, et le fragment inférieur était séparé en deux par la pointe supérieure (2).

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius, décrites par M. Voillemier, s'expliquent par le même mécanisme que celui qui donne les fissures.

La fréquence des fractures fissuriques vous est donc bien connue ; vous remarquerez que le fragment le plus long présente toujours la forme d'un V, quelquefois, il est vrai, un peu obtus, mais de forme telle, cependant, qu'il peut agir par pression sur le fragment le plus court, en pénétrant dans son tissu spongieux ; vous remarquerez aussi la prédilection de ces fractures pour les extrémités épiphysaires des os longs, où un tissu spongieux abondant, recouvert d'une lamelle compacte peu épaisse, semble favoriser leur production.

Les complications de ce genre de fractures sont très-nombreuses et très-graves, quelquefois même plus graves que la fracture même.

DU TYPHUS ET DE LA GANGRÈNE SÈCHE,

Par M. DE SANCTIS, professeur de pathologie externe à l'Université de Naples.

Il s'agit d'un cas de gangrène sèche survenue à la jambe droite chez une jeune fille de vingt ans, qui avait été atteinte du typhus un mois auparavant.

La gangrène se limita au tiers supérieur de la jambe, l'amputation fut faite à ce niveau et la malade guérit. En examinant le membre amputé, on trouva les vaisseaux oblitérés complétement par des caillots fibrineux. Pendant l'opération, on avait perdu très-peu de sang comme le chirurgien l'avait annoncé.

Cette observation donna lieu aux réflexions suivantes sur la nature de la gangrène dans ce cas. Pour expliquer la gangrène dans le typhus, dit M. de Sanctis, il n'est pas nécessaire de recourir à des doctrines exclusives. L'abattement général des forces, le ralentissement de la circulation, l'insuffisance temporaire des valvules cardiaques, la tuméfaction splénique, l'anorexie et le principe morbide du typhus, sont des causes puissantes de gangrène. (*Il Morgagni* et *Gaz. méd.*)

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Précédée d'une affection de la moelle (3).

(Rapport lu à la Société médicale d'observation, par M. HAYEM, interne des hôpitaux.)

Parmi les nombreuses questions que soulève la pathologie cérébrale, il en est peu qui offrent, sous tous les rapports, plus d'intérêt que la paralysie générale. Étudiée avec soin, surtout depuis les travaux de Bayle et de Calmint, caractérisée à l'autopsie par des altérations particulières et constantes, elle a été, pour ainsi dire, dérobée par les auteurs modernes à l'aliénation mentale pure, et constituée sous forme d'entité morbide ayant non-seulement ses symptômes, sa marche, mais aussi ses lésions caractéristiques. C'est là certainement un des progrès les plus considérables accomplis dans la médecine mentale, et pour en saisir toute l'importance il suffit de rappeler la fréquence de la paralysie générale et les nombreuses questions que soulève son diagnostic.

Aussi nous espérons qu'on nous saura gré, à propos de l'observation très-remarquable lue à la Société par M. Magnan, interne des hôpitaux (1), de traiter succinctement un des points qui se rattache à ce sujet.

C'est en se basant sur l'anatomie pathologique, très-laborieuse d'ailleurs, comme on le sait, en ce qui touche le système nerveux, que M. Magnan a dirigé ses recherches sur les affections de l'encéphale. Il s'est efforcé d'étudier la fréquence et la valeur des lésions, de les comparer entre elles, et de les poursuivre dans leur mode d'évolution et de généralisation.

C'est ainsi que son attention a été particulièrement attirée, à propos de la paralysie générale, par un certain nombre de faits qui, aperçus seulement auparavant, avaient été incomplétement interprétés (2). Je veux parler de ceux dans lesquels la paralysie générale semble avoir des rapports intimes avec une affection de la moelle.

C'est un des derniers observés en ce genre qui fait le sujet de l'observation de M. Magnan. Il est nettement formulé dans le titre : « Maladie de la moelle suivie de paralysie générale. » Nous reviendrons plus tard sur les détails de l'observation ; mais le fait scientifique important à considérer qui en découle et sur lequel nous allons nous étendre un instant, c'est qu'une maladie de la moelle peut être un des modes pathogéniques de la paralysie générale.

En reprenant les détails historiques de la question, nous aurons à analyser deux mémoires publiés en allemand, et à faire allusion à un travail de M. Magnan, encore inédit.

L'observation de sclérose spinale postérieure de Horn, aurait le privilége d'être à la fois et la première observation d'ataxie locomotrice progressive et celle d'affection de la moelle terminée par paralysie générale. On nous accordera volontiers que ce fait, qui date de 1833, et qui est resté longtemps inconnu, offre surtout un intérêt historique.

Arrivons donc de suite aux travaux de MM. Westphal et Magnan.

Dans un premier mémoire, M. Westphal (3) rapporte trois observations, dont deux sont suivies d'autopsie. Ce sont celles dont M. Jaccoud (4) donne une analyse succincte.

Il s'agit de malades qui, avant de présenter des troubles encéphaliques, ont eu des symptômes très-nets de sclérose spinale postérieure. Ils avaient, en effet, pendant des années, des douleurs lancinantes, fulgurantes, dans les extrémités inférieures, plus rarement dans les bras. Puis peu à peu la marche devenait chancelante, il y avait de l'incontinence d'urine. Au commencement de la maladie on a noté de la diplopie.

Les troubles de la motilité dans les extrémités inférieures ne pouvaient s'apprécier que lorsque l'on faisait marcher les malades. Dans l'obscurité ou les yeux fermés, ceux-ci perdaient immédiatement l'équilibre et tombaient. Cependant, dans leurs lits, ils pouvaient exécuter tous les mouvements et ils opposaient une résistance considérable aux efforts qu'on tentait pour fléchir ou étendre leurs membres inférieurs contre leur gré.

Ces symptômes durèrent plusieurs années avant l'explosion des symptômes cérébraux, qui furent caractérisés par un délire des grandeurs, parfaitement semblable au délire des paralytiques généraux ordinaires. Il y eut de plus inégalité des pupilles et des accès épileptiformes.

Dans les deux autopsies, on a trouvé une dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle dans toute sa longueur.

Dans le cerveau, qui ne paraît pas avoir été examiné avec un soin suffisant au point de vue des lésions des couches corticales, on a noté, dans un cas, l'extension des lésions médullaires sur le plancher du quatrième ventricule, et, dans les deux cas, un certain degré d'hydrocéphalie interne.

Vers la même époque, M. Magnan, sans avoir connaissance des observations publiées par M. Westphal, établissait, dans un travail encore inédit, que certains cas de paralysie générale étaient précédés de tous les symptômes d'une maladie de la moelle.

Les premiers faits de ce genre, au nombre de cinq, dont trois avec autopsie, concernent des malades qui ont présenté pendant plusieurs années avant l'explosion des symptômes encéphaliques, des troubles de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs.

Dans trois cas, M. Magnan a noté des phénomènes ataxiques au début de l'affection médullaire ; mais dans toutes les observations, il est survenu des troubles de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs, quelquefois aussi dans les membres supérieurs, de l'incontinence d'urine et des matières fécales, c'est-à-dire des symptômes de paraplégie et non de sclérose spinale postérieure seulement, comme dans les premiers cas observés par M. Westphal.

A l'autopsie, les lésions de la moelle siégeaient non-seulement dans les cordons postérieurs, mais encore dans les cordons antéro-latéraux ; le maximum de la lésion était vers la fin de la région dorsale. De là, elle se propageait en haut vers l'encéphale, qui offrait les lésions les plus caractéristiques de la paralysie générale.

Dans un second mémoire, M. Westphal (1) a fait connaître encore plusieurs faits du même genre, recueillis par lui et plusieurs de ses confrères ; on y trouve toujours à peu près la même évolution symptomatique, et à l'autopsie le même enchaînement des lésions. Aussi nous ne ferons remarquer que cette particularité : c'est que dans un seul cas il est mention de la propagation des lésions médullaires aux cordons antéro-latéraux ; dans les autres, elles étaient restées confinées aux cordons postérieurs, et dans le seul cas que nous signalons, il est survenu des symptômes de paraplégie ; dans les autres, il n'y avait que des phénomènes ataxiques.

Tel est l'exposé abrégé des faits antérieurs à celui dont M. Magnan vous a entretenus, et sur lequel il est temps maintenant d'attirer votre attention.

Il s'agit d'une femme de quarante-six ans, qui a été atteinte, trois ans avant l'apparition des symptômes cérébraux, d'affaiblissement de la motilité et de la sensibilité dans les extrémités inférieures.

Ces symptômes allèrent progressivement en s'aggravant, et suivirent une marche régulièrement ascendante jusqu'au moment où, la maladie ayant atteint son développement complet, la paralysie générale fut constituée.

Il est inutile de reprendre la description de tous les symptômes et celle de leur marche progressive, points qui sont parfaitement indiqués dans l'observation ; mais les détails de l'autopsie sont très-remarquables.

M. Magnan a trouvé en effet une méningite spinale chronique et des altérations scléreuses de la moelle dans les faisceaux postérieurs et dans les faisceaux antéro-latéraux, le maximum de la lésion siégeant dans les premiers.

De plus, l'examen microscopique des lésions médullaires et des lésions encéphaliques lui a permis de rapprocher, au point de vue anatomique, les lésions spinales et celles de l'encéphale, fait qu'il avait déjà déduit de ses observations antérieures, mais qui éclate ici dans tout son jour à cause des lésions des méninges spinales.

C'est en effet la première observation dans laquelle les lésions des méninges spinales ont été trouvées aussi prononcées que celles des méninges cérébrales, et l'on est en droit de conclure, comme l'a fait M. Magnan, à une analogie parfaite entre les altérations spinales et cérébrales.

Ce fait est donc le complément de ceux que nous avons analysés brièvement devant vous et nous allons pouvoir, avec M. Magnan, tirer de cet ensemble d'observations les conséquences importantes qui en découlent relativement à la pathogénie de certaines paralysies générales, et aussi aux rapports qui unissent, au point de vue de l'anatomie pathologique et de la clinique, les différentes parties du système cérébro-spinal.

En effet, comme vous le voyez, un nombre déjà important d'observations, dont quelques-unes sont accompagnées d'autopsie complète, établissent que la paralysie générale peut être précédée longtemps à l'avance d'une affection de la moelle.

Celle-ci est tantôt une dégénérescence grise et ascendante des faisceaux postérieurs, comme dans la plupart des cas de M. Westphal, tantôt une dégénérescence, non-seulement des cordons postérieurs, mais aussi des cordons antéro-latéraux, comme dans tous les faits observés par M. Magnan ; enfin, dans le cas qui vous a été lu il y avait, outre ces lésions de la moelle, une méningite spinale chronique des mieux caractérisées.

Toutes ces altérations de la moelle se rapportent donc, en résumé, à cette lésion particulière qui a été décrite dans ces dernières années sous le nom de sclérose, altération qu'on a retrouvée d'ailleurs dans d'autres affections que l'ataxie locomotrice progressive. Le siége de cette sclérose semble être le plus souvent le même que dans les cas d'ataxie locomotrice progressive, c'est-à-dire les faisceaux postérieurs seuls de la moelle ; mais comme nous l'avons déjà fait remarquer, elle a occupé dans plusieurs des faits de M. Magnan et de bonne heure, les faisceaux antéro-latéraux, aussi bien que les postérieurs.

Cette lésion de la moelle, accompagnée ou non de méningite chronique, s'est propagée dans tous les cas de bas en haut, en général en s'affaiblissant vers l'encéphale, et l'examen nécroscopique aussi bien que la relation des faits cliniques, démontrent évidemment qu'il s'agit ici d'une véritable propagation de la maladie jusque dans l'encéphale.

Il resterait maintenant à démontrer l'identité des lésions méningo-encéphaliques avec les lésions médullaires, pour compléter l'étude de la physiologie pathologique. Mais il faudrait pour cela reprendre des questions qui sont bien connues de ceux qui ont étudié l'anatomie pathologique de la paralysie générale et qui nous entraîneraient trop loin. Nous nous en tiendrons à ce simple aperçu et nous ajouterons seulement que les découvertes histologiques récentes ne peuvent laisser aucun doute à cet égard, si l'on a soin de tenir compte de la différence des milieux dans lesquels se développent les lésions.

En effet, comme le dit très-judicieusement M. Magnan, dans le cerveau comme dans la moelle c'est le tissu conjonctif qui semble être le point de départ de la lésion, sorte de travail

(1) Béranger-Féraud. Thèse, 1864, p. 25, Obs. de M. Pichorel.
(2) Musée Dupuytren.
(3) Voir notre numéro du 18 janvier 1866.

(1) Voyez Paul Topinard. *De l'Ataxie locomotrice, etc.* 1864, p. 30 et 289.
(2) Westphal. *Tabes dorsalis und Paralysis universalis progressiva.* (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, von Laehr. xx, p. 1.) Berlin, 1863.
(3) Jaccoud. *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, 1864.
(4) *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, von Laehr. xxi, 1864.

irritatif déterminant une prolifération nucléaire considérable dans ce tissu, et l'altération des éléments nerveux paraît n'être que secondaire ; aussi, nous nous croyons en droit de conclure avec lui :

1° Que les maladies de la moelle dont nous avons parlé, en se terminant par paralysie générale, prouvent, par leur nature, la progression des lésions de bas en haut, qu'il existe des paralysies générales par propagation.

2° Que ces faits cliniques et anatomo-pathologiques, en s'éclairant mutuellement, montrent que la paralysie générale est une affection organique de l'encéphale, dont la lésion morbide a une grande ressemblance avec la méningite chronique et la sclérose spinale.

3° Que la paralysie générale est en quelque sorte une sclérose méningo-encéphalique, tantôt primitive, tantôt, dans les cas rares que nous avons étudiés, consécutive à une affection de la moelle de même nature.

OBSERVATION DE SQUIRRHE DE LA TÊTE DU PANCRÉAS,

par le docteur Boucaud.

Les altérations du pancréas, spécialement le cancer, sont assez rares et d'un diagnostic assez difficile pour qu'il soit utile d'en relever les exemples que la presse peut enregistrer, surtout quand ils sont recueillis avec soin. A ce titre, on lira avec intérêt l'observation de M. Boucaud, d'autant plus que la lésion pancréatique formait une tumeur appréciable pendant la vie, et dont le siége superficiel et la mobilité s'accordaient médiocrement avec les dispositions anatomiques normales de la glande. On sait quelle incertitude règne d'ordinaire sur l'origine et la nature des tumeurs sus-ombilicales qui paraissent indépendantes du foie ou du pylore. Dans le cas présent, on avait songé à un cancer de l'épiploon, et c'est le diagnostic qu'on porte d'ordinaire en pareille circonstance. Il est important de constater, par une autopsie, qu'une tumeur pancréatique peut offrir à la palpation les mêmes caractères qu'une tumeur épiploïque. On verra, du reste, qu'il existait une compression des voies biliaires qui avait été parfaitement reconnue.

Antoine F..., charpentier, âgé de cinquante-six ans, entra, le 19 septembre, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, n° 13. Il a quitté son travail il y a trois mois, alors qu'il se sentit faible et qu'il rejeta ses aliments, bien que les vomissements ne fussent ni quotidiens ni réguliers.

A cette époque donc, le malade s'alita, s'aperçut d'une petite tumeur dans le flanc droit, et fut pris de jaunisse. Les vomissements persistèrent tantôt bilieux, tantôt composés d'aliments ; les selles, assez régulières, devinrent dures et très-foncées ; le malade n'avait aucun mauvais goût à la bouche et conservait un peu d'appétit.

Tous ces phénomènes s'aggravent et sont très-accusés à l'entrée du malade dans mon service. Un simple coup d'œil complète l'observation. L'amaigrissement est excessif ; les traits de la face, qui est cependant calme, accusent cette faiblesse profonde et le trouble de la nutrition. L'ictère, très-foncé, avait coloré l'urine, mais sans produire ni albuminurie ni hématurie. Les hémorrhagies spontanées des maladies hépatiques faisaient défaut. Le foie, indolore, nous parut avoir conservé ses dimensions normales, au moins du côté du thorax ; du côté de l'abdomen, une difficulté se présente.

Une tumeur dure, bosselée, peu douloureuse au toucher, du volume d'une grosse pomme, occupait l'hypochondre droit. Cette tumeur était mate ; sa matité parut, au premier examen, se continuer avec celle du foie. Était-ce un squirrhe ou un kyste de la face inférieure du foie? Cette opinion fut discutée, mais rejetée par moi pour les raisons suivantes : je pensai cette tumeur distincte du foie, parce que je pus percevoir une fois entre les côtes droites et la tumeur une ligne sonore, sur laquelle la main qui pressait rencontra une petite crépitation due à un déplacement de gaz et de liquides. Ces phénomènes, qui étaient sujets à disparaître, indiquaient une anse intestinale située entre le foie et la tumeur examinée. Bien que la sensation obtenue dans cette épreuve se rapprochât du frémissement hydatique, on rejeta l'opinion d'un kyste du foie, et l'on pensa que la tumeur qui avait amené ce dépérissement était un squirrhe situé au voisinage des vaisseaux biliaires, mais indépendant du foie. La palpation de la tumeur, exercée dans le but de rechercher son origine, c'est-à-dire sa base ou son point de départ, me permit de reconnaître que la tumeur s'était développée d'arrière en avant, et non pas de haut en bas. C'était donc une tumeur qui descendait de l'hypochondre droit. Enfin, le dernier caractère fourni par la palpation vint corroborer les autres notions un peu minutieuses de cet examen. La main, embrassant cette tumeur et pressant latéralement de droite à gauche, parvint à déplacer la tumeur avec les parois du ventre, à la refouler d'un pouce ou deux vers la ligne médiane. La tumeur reprenait, du reste, sa place aussitôt la pression cessée. Cette expérience, répétée plusieurs jours, acheva notre conviction, quant au siége de la tumeur en dehors du foie.

La tumeur occupait donc un organe mobile. Était-ce l'estomac? Le malade n'avait ni constipation, ni hématémèse, ni mélæna ; le squirrhe n'occupait pas le tube digestif, mais un organe mobile flottant, et siégeait au voisinage des vaisseaux biliaires. Notre diagnostic adopta donc comme acquis à l'examen clinique : une tumeur squirrheuse indépendante du foie et du tube digestif, mais comprimant les voies biliaires. En conséquence, on inscrivit sur la feuille *squirrhe de l'épiploon.*

Le malade succomba le 15 octobre. A l'autopsie, la tumeur, grosse comme une tête de fœtus, occupe la tête du pancréas. Elle se continue avec le corps de cet organe, et l'altération de structure s'arrête au niveau du *col du pancréas*. Le corps de cet organe, qui est sain, a conservé ses rapports. La partie antérieure formant la tumeur est assez mobile. Du reste, celle-ci est entourée par les trois portions du duodénum, et l'origine de cet intestin est interposée entre la tumeur et le foie. Cet organe est sain et n'a aucune connexion avec la tumeur. Les voies biliaires sont distendues par la bile, et une teinte verdâtre avait pénétré par imbibition tous les viscères voisins au moment de l'autopsie.

L'estomac et ses orifices étaient sains. Les viscères libres n'étaient fixés par aucune adhérence au péritoine.

La coupe de la tumeur était lardacée, et son tissu criait sous le scalpel.

Cette tumeur, qui englobait les canaux cholédoque et pancréatique, n'était le siége ni d'une ulcération, ni d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie.

Nota. Notre malade n'a eu à se plaindre ni de ptyalisme, ni de sialorrhée, ni de selles aqueuses abondantes, tous symptômes observés dans certaines affections pancréatiques. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 23.)

DE LA DIPLOPIE UNI-OCULAIRE IRIENNE,

Par cause traumatique et de son traitement,

Par M. le docteur Amédée Paris,

Directeur du dispensaire ophthalmique d'Angoulême.

La perception par un seul œil, de deux images distinctes d'un seul objet, constitue la diplopie uni-oculaire.

Diverses causes produisent cette anomalie de la vision ; mais, toutes ces causes engendrent des effets identiques. Ainsi, quels que soient les organes malades de l'œil diplopique — cornée, iris, cristallin — ils laissent passer deux faisceaux lumineux, qui dessinent deux images sur une même rétine.

La déduction théorique de ces effets est logique, elle se tire de l'harmonie des fonctions visuelles ; on la démontre par l'expérience de Scheiner, qui consiste à regarder une épingle à travers deux trous percés dans une carte, si près l'un de l'autre, qu'ils soient compris dans un espace égal au diamètre de la pupille. L'épingle paraît double, excepté à une certaine distance, qui est celle de la vue parfaite dans les conditions habituelles.

Les abnormités congénitales de la cornée, de l'iris et du cristallin, ainsi que leurs états pathologiques qui amènent la division du champ visuel en deux parties séparées, confirment la théorie. J'en donnerai pour preuve l'observation suivante, recueillie sur un sujet dont l'iris détaché de ses adhérences offrait une double pupille et une image double ; les autres membranes antérieures et postérieures du même œil restant saines.

Décollement traumatique de l'iris droit. — Deutocorie. — Diplopie uni-oculaire correspondante. — Opération. — (Iridenclise). — Guérison.

G... (Joseph), de Belfort (Haut-Rhin), âgé de soixante-trois ans, tailleur de pierres, bonne constitution, tempérament sanguin.

Le 7 mai 1862, G... conduisait un camion, sur le plancher duquel il était assis, à gauche et près du cheval. Une ruade de ce dernier atteint G... au-dessus de l'œil droit et divise la peau correspondante horizontalement, sur une longueur de 4 centimètres et une profondeur de 1 centimètre. La section est nette. Un médecin, appelé quelques instants après l'accident, réunit les lèvres de la plaie, par première intention ; trois jours après, la réunion était complète. L'œil, qui avait été couvert d'un bandeau est laissé libre. G... s'étonne alors de voir les objets doubles et troublés. Il accuse son œil blessé de ce phénomène singulier et justifie cette accusation en couvrant cet œil avec sa main, qui fait, à l'instant même disparaître la diplopie. G... conclut de cette expérience qu'il devait voiler cet organe : c'est ce qu'il fit d'abord, avec un monocle grossier ; puis, pour moins de gêne, avec un appareil léger, qu'il construisit lui-même et qui se composait d'un demi-cercle de fil d'archal, se terminant en avant et en arrière par un anneau circulaire de 4 centimètres de diamètre, recouvert de peau tapissée d'une compresse de toile. Cet appareil, quoique fort incommode, était porté constamment par le malade ; il était fixé en arrière à la région occipitale et en avant sur le rebord orbitaire. De la sorte, G... pouvait voir les objets simples et clairs, partant gagner sa vie.

L'incommodité causée par l'appareil, les douleurs occasionnées par la compression du rebord orbitaire et de l'œil, forçaient souvent G... de retirer l'appareil. Alors, les objets redevenaient doubles ; G... rencontrait deux mêmes hommes dans la rue ; voyait deux mêmes marches du trottoir ou d'un escalier ; touchait, en travaillant, la pierre fausse au lieu de la vraie.

Le 2 juin suivant, G... se présenta à ma consultation. Voici les faits que j'observai à cette époque.

Le volume du globe oculaire droit est le même que celui de l'œil gauche. La cornée est saine. La pupille naturelle occupe sa position normale, tandis que, située au-dessus, la pupille accidentelle touche, d'une part, le limbe cornéal, et, d'autre part, se trouve séparée de la pupille normale par une bandelette transversale très-mince de substance irienne. La pupille secondaire est presque triangulaire, à base en bas ; on dirait une pupille artificielle par iridodialyse. La couleur de cette pupille est noire comme celle de la pupille vraie ; la couleur de l'iris n'a pas changé ; les deux pupilles restent insensibles à l'action de la lumière et de l'atropine ; aucun corps étranger ne flotte dans la chambre antérieure ni dans la chambre postérieure. Avec l'ophthalmoscope, l'examen est possible par les deux pupilles : le cristallin, le corps vitré, la rétine, la choroïde, la pupille paraissent sains ; les phosphènes existent.

En fermant les paupières de l'œil droit, je permets à G... de voir les objets simples ; en écartant les paupières, ces mêmes objets, présentés dans une ligne parallèle, à l'axe visuel, lui semblent doubles et superposés, les objets réels en bas. A travers l'ouverture centrale d'un ophthalmoscope, les objets rapprochés sont également vus doubles ; mais, à trois mètres de distance, ils se confondent. Quand le malade regarde en bas, la diplopie est plus prononcée ; en haut, au contraire, elle diminue et disparaît même ; en bas, la pupille supérieure est tout à fait à découvert ; en haut, elle se cache sous la paupière supérieure.

Le diagnostic était facile : G... était atteint de diplopie par deutocorie.

Deux opérations me semblaient praticables pour remédier à un pareil état. La première consistait à ramener la portion déplacée de l'iris à sa position normale, c'est-à-dire à déterminer l'occlusion de la pupille supérieure au moyen du lambeau irien ; ou bien, en second lieu, à déterminer un strabisme supérieur par la section du muscle droit inférieur. Cette dernière opération était plus grave dans ses conséquences que la première : celle-ci donnait presque sans accident un résultat immédiat ; je lui accordai la préférence et la pratiquai de la manière suivante : G... est assis dans un fauteuil, la tête appuyée sur le dossier, la face tournée vers la fenêtre et bien éclairée.

Je plonge, à l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée, à 2 millimètres du bord ciliaire, un couteau lancéolaire droit, dont la pointe divise obliquement et complétement les couches kératiques. L'humeur aqueuse mouille la lame du couteau ; celui-ci est retiré ; l'iris ne se déplace pas. J'introduis alors, à travers l'ouverture ainsi faite, une érigne, le crochet à plat. Dans la chambre antérieure, j'incline le manche de l'érigne en arrière, pour que le plan du crochet devienne parallèle à l'iris et à la cornée. Au niveau du bord pupillaire normal, je retourne doucement le crochet de l'érigne, j'engage l'iris dans sa concavité, et je ramène cet instrument ainsi chargé vers l'ouverture kératique. L'enclavement du lambeau irien attiré en dehors de la plaie eût donné lieu à une sorte de myocéphalon, qui aurait disparu avec la cicatrisation de cette plaie ; mais je n'aurais remédié ainsi qu'imparfaitement à l'état de G... : de chaque côté du lambeau irien aurait existé une petite pupille, donnant accès à la lumière et nuisant à l'intégrité de la vision par la pupille normale.

J'attirai, en conséquence, l'iris en dehors et avec un stylet très-fin, à pointe mousse, j'étalai l'iris dans la plaie kératique, de manière à faire disparaître complétement la pupille supérieure. Je déformai sans doute de la sorte la pupille inférieure, qui apparut sous la forme d'un coloboma ; mais, au moment où je terminais l'opération, G... me déclara que la diplopie avait cessé.

Le pansement consista dans l'occlusion des paupières pratiquée avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, une compresse et un monocle.

Jusqu'au 21 juin, l'appareil du pansement put être conservé ; G... n'éprouva aucune douleur.

Le 21, j'enlevai les pièces du pansement, et je trouvai la place kératique en voie de bonne cicatrisation : une injection vasculaire périkératique s'étend aux lèvres de cette plaie. L'iris est encore enclavé, la diplopie ne reparaît pas. J'applique un nouvel appareil semblable au premier, qui est conservé jusqu'au 27 juin.

Pendant ce temps, G... vague à ses occupations, sans éprouver de douleurs.

Le 27 juin l'appareil du pansement est retiré. La plaie de la cornée est çà et là parsemée de points noirâtres dus à la décomposition de l'iris, qui est resté enclavé. L'injection vasculaire a presque entièrement disparu. Je me contente d'appliquer sur les paupières, que je maintiens fermées, une compresse graduée et un monocle.

Le 4 juillet, la cicatrisation de la plaie est complète, elle est marquée par une ligne transversale blanchâtre ; la diplopie a complétement cessé. Je recommande à G... de conserver son bandeau pendant quelques jours ; il suit mon conseil jusqu'au 12 juillet. A cette époque, il abandonne le pansement et continue de travailler, sans le moindre inconvénient, du côté de son œil droit.

J'ai observé G... jusqu'au 21 janvier 1863, et ai pu reconnaître alors que la guérison s'était maintenue. La pupille normale existe seule et permet une vision régulière ; celle-ci est moins nette avec une lumière vive qu'avec un demi-jour, à cause de l'agrandissement du champ visuel, et l'impossibilité de l'accommodation, la pupille restant insensible à la lumière et aux narcotiques ; mais la diplopie a disparu promptement, sans accidents ; G... peut librement se livrer à ses travaux et gagner sa vie.

La ponction de la cornée est une opération reconnue aujourd'hui tout à fait inoffensive, depuis les travaux du professeur Sperino ; celle que j'ai pratiquée, en dehors de tout accident inflammatoire, me permettait d'atteindre facilement et sans le déchirer le lambeau irien, dont la présence dans le champ visuel produisait la diplopie.

Il m'eût été facile de retrancher le lambeau irien et de transformer ainsi, en un triste coloboma, les deux pupilles normale et accidentelle ; mais, la vision eût été plus troublée et le malade n'aurait pas gagné à cette opération. Le strabisme supérieur aurait ajouté une infirmité de plus. Dans le cas actuel, l'enclavement de l'iris était le seul moyen rationnel, scientifique de combler la pupille supérieure ; aucun accident ne devait précéder ni accompagner cette opération : la guérison, qui l'a suivie, a justifié mon pronostic.

OBSERVATION DE MORT

Par cessation progressive des fonctions du cœur,

Par le docteur Lafont-Gouzi.

Voici, chez un vieillard, un exemple d'un genre de mort que l'auteur appelle avec bonheur *mort physiologique*, et que nous croyons extrêmement rare. M. Lafont-Gouzi ne dit pas qu'il ait inspecté avec soin la poitrine, et nous doutons un peu que, s'il l'eût fait, il n'eût pas constaté, au moins dans les derniers moments, de l'engouement au bord postérieur du poumon. Mais il faut ajouter que cela n'eût rien changé à l'opinion qu'on peut se faire de cet état, où l'on ne constate qu'un épuisement lent des forces vitales, puisque l'engouement pulmonaire eût pu et dû être considéré comme un phénomène consécutif. On regrettera pourtant que la durée des accidents, depuis l'instant où le pouls s'est ralenti jusqu'à la mort, n'ait pas été spécifiée.

« J'ai vu, dit l'auteur, s'éteindre sans maladie un bon vieillard qui n'offrit d'autre trouble fonctionnel qu'un ralentissement régulièrement progressif de l'impulsion cardiaque. Ce

qu'il y a de remarquable, c'est que le pouls descendit successivement à 50 pulsations par minute, puis à 40. Quelques jours avant la mort, on ne comptait plus que 20 pulsations. La veille de la mort, je ne trouvai plus que 5 battements artériels parfaitement isochrones à ceux du cœur, et, pendant les dernières heures de l'agonie, le pouls battait 2 fois par minute seulement, et toujours avec la même régularité.

« Le sujet de cette observation était âgé de quatre-vingt-trois ans et de santé parfaite, sauf quelques incommodités hémorrhoïdaires et des atteintes passagères de démence sénile ; de sorte que la mort, avant de lui ravir tout à fait l'existence, lui avait ôté la faculté de sentir le coup qu'il ne pouvait éviter, et l'avait réduit à une sorte de vie végétative... La vie a cessé par suite d'un ralentissement progressif de la circulation sanguine, sans altération organique, et indépendant de l'action de la digitale ou de toute autre substance pouvant ralentir les mouvements du cœur. » (*Gaz. Hebd.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 janvier 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un mémoire de M. de Zurich, sur une cause inconnue jusqu'ici de la fièvre nerveuse ; 2° des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Malichecq (de Mont-de-Marsan), Gevrey (de Vesoul), Palenchon (de Cuisery), Raimbert (de Châteaudun), Châtelain (de Lunéville), Dehée (d'Arras) ; 3° la traduction d'un avis publié par le syndic de Licata (Italie), au sujet d'une épidémie de scarlatine qui a eu lieu dans cette ville (comm. des épidémies); 4° un mémoire de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), sur l'inaltérabilité du virus vaccin (comm. de vaccine) ; 5° les rapports sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Vichy, par M. le docteur Durand (de Lunel), et des hôpitaux militaires thermaux de Hammam-Riza et d'Hammam-Mescoutine, par M. le docteur Raoul, médecin-major (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Thérapeutique respiratoire. — M. LE Dr SALES-GIRONS adresse un mémoire sur la thérapeutique respiratoire. Ce mémoire est accompagné de la lettre suivante, qui en expose le but :

Monsieur le Président,

Le présent mémoire, que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, est la suite ou le développement de mon idée d'une *Thérapeutique respiratoire ;* c'est-à-dire d'une méthode de traitement des maladies, dans laquelle les médicaments principaux seraient administrés par les bronches au lieu de l'être par l'estomac.

S'il est un fait qu'on puisse affirmer sur les meilleures preuves de la physiologie moderne, c'est certainement celui de la préférence que mérite pour la bonne administration des médicaments, la voie respiratoire sur la voie digestive.

Susceptibilité organique, excellence de texture, position au foyer primitif de l'hématose, contiguité particulière avec les globules sanguins, aptitude supérieure d'absorption, netteté de surface, etc., tous les avantages de la muqueuse bronchique contrastent avec les conditions opposées de la muqueuse gastrique, au bon usage interne des médicaments.

La voie respiratoire, il est vrai, ne présente pas les facilités d'introduction et de dosage externe de la voie digestive. Mais si la première fait mieux pour la cure que la seconde, le but est indiqué, l'habitude et l'art feront le reste pour l'atteindre. En attendant mieux, nous présentons la pulvérisation des liquides comme moyen d'introduction des médicaments dans les bronches, puisque tous les médicaments dont nous voulons parler peuvent être mis en dissolution liquide.

Tant que la clinique n'aura point parlé, je le sais, les bonnes preuves de la physiologie ne sont que des présomptions favorables, mais pourvu que ces présomptions poussent à l'expérience clinique, cela suffit à mon dessein, persuadé que les recommandations de la physiologie auront tôt ou tard ces résultats. Mon ambition aujourd'hui serait de le hâter.

Je n'ai qu'une observation de fièvre intermittente rebelle, traitée et guérie par les respirations d'une solution quinique pulvérisée. Je la transcris à la fin de mon mémoire et à titre de spécimen pour ceux qui voudraient la contrôler par des observations cliniques ultérieures.

Je vous prie, monsieur le Président, de faire que ce mémoire donne lieu à un rapport.

Agréez, etc.

(Le mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gubler et Béclard).

M. TARDIEU dépose sur le bureau, au nom de M. Parchappe, un ouvrage imprimé intitulé : *Statistique des Établissements pénitentiaires de la France.*

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres, M. Chailly-Honoré. Une députation de l'Académie a assisté aux obsèques ; M. Devilliers a prononcé un discours sur la tombe, au nom de ses collègues.

Sur l'invitation de M. le Président, **M. DEVILLIERS** donne lecture de ce discours, qui est accueilli par les applaudissements de l'assemblée.

Traitement des maladies par l'électricité statique. — M. POGGIOLI donne lecture d'un travail intitulé : *Sur le Traitement des maladies par l'électricité statique.*

L'auteur rappelle diverses communications qu'il a adressées sur ce même sujet à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. Le travail qu'il soumet aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie comprend six nouveaux faits qui témoignent de l'heureuse influence de la médication qu'il exploite depuis quatorze années. Deux de ces faits ont été recueillis dans le service de M. Briquet. Le premier est relatif à une malade atteinte de myélite chronique et qui a pu quitter l'hôpital après la dix-septième séance d'électrisation, ne conservant qu'un léger engourdissement aux mains et aux reins. Le deuxième se rapporte à une jeune fille qui a été guérie en vingt séances d'une chorée générale datant de huit ans. Les quatre autres observations comprennent les heureux résultats obtenus par l'auteur dans un cas d'ophthalmie rebelle, un cas de coqueluche grave, un autre de perte de la voix, et enfin dans un cas d'hémiplégie récente, suite de congestion cérébrale (comm. MM. Trousseau, Bouillaud et Cerise).

A trois heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du projet de réponse fait au nom de l'Académie, par M. Depaul, à la lettre par laquelle le ministre du commerce la consulte sur l'opportunité d'instituer parallèlement au service actuel de la vaccine une série d'expériences comparatives avec le vaccin animal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 20 janvier, l'élection que l'Académie des sciences, de l'Institut impérial de France, a faite de M. Ch. Robin pour remplir la place d'académicien devenue vacante dans la section d'anatomie et de zoologie par suite du décès de M. Valenciennes, a été approuvée.

— La Société médicale de l'Élysée vient de constituer son bureau pour l'année 1866 :

Président, le docteur Gallard. — Vice-Président, le docteur Roturéau. — Secrétaire général, le docteur Sevy. — Secrétaire annuel, le docteur Cierresen. — Trésorier, le docteur Linus.

— La séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu dimanche 28, à une heure, à l'École de médecine.

Le Moniteur scientifique Quesneville contient, dans les numéros des 1er et 15 janvier, qui ont paru : Leçon de philosophie chimique sur l'atomicité des éléments, par M. A. Wurtz. — Objets d'intérêt scientifique, par M. W. Hofmann : l'analyse spectrale, l'histoire des nouveaux métaux : Cœstum, Rubidium, Thallium. — Histoire des allumettes chimiques et recettes diverses pour les préparer, par M. Nicklès. — Chronique du merveilleux : Classification du savoir humain, les Rêves, leur distinction. — Revue de physique et d'astronomie, par R. Radau. —Revue de photographie. — Revue de chimie médicale, de toxicologie et des sociétés de pharmacie de l'étranger, par Parisel. — Compte rendu très-complet de l'Académie des sciences, chimie manufacturière, par E. Kopp; etc., etc.

Le *Moniteur scientifique Quesneville*, le plus complet et le moins cher des journaux scientifiques, le plus lu à l'étranger et celui dont la rédaction est la plus utile, s'adresse aux chimistes, aux physiciens, aux manufacturiers et aux pharmaciens instruits des grandes villes, que l'on consulte souvent pour éclairer l'industrie. Le prix du *Moniteur scientifique*, qui paraît tous les quinze jours, est de 20 francs par an pour la France et 25 francs pour l'étranger, *franco* par la poste, rue de la Verrerie, n° 55, à Paris.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie,* par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et ARMAND DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. 1re partie, avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Galezowski. Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent. In-8°, figures et planches coloriées. Prix : 4 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 11. — SAMEDI 27 JANVIER 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 27 JANVIER 1866. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Vaccinations et Revaccinations.

La question des vaccinations et revaccinations continue à occuper l'attention, et elle fait à peu près exclusivement en ce moment l'objet des communications et des discussions de la Société médicale des hôpitaux. Nous y avons entendu hier une très-intéressante communication de M. Hervieux sur ce sujet. M. Hervieux a pratiqué, dans son service de la Maternité, une série assez considérable de vaccinations et de revaccinations avec le vaccin animal, qui lui ont fourni des résultats différant très-peu, à tous égards, de ceux que donnent en général les vaccinations et revaccinations faites avec le vaccin usuel.

Cette égalité d'action, en ce qui regarde les effets immédiats (les seuls qu'on puisse bien apprécier jusqu'à présent), est déjà un fait assez intéressant par lui-même, pour que nous croyions devoir rappeler ici les principaux détails des expériences de notre confrère.

Pendant les cours des derniers mois de 1865, 84 vaccinations ont été faites à la Maternité, sur des enfants nouveau-nés, à l'aide du vaccin animal; voici les effets qui ont été constatés :

Sur ces 84 vaccinations, 16 ont échoué complétement, 4 ont donné lieu à des papules presque imperceptibles; 5 enfants sont partis avant le développement des pustules. Quant aux 59 restants, chez lesquels le vaccin a évolué régulièrement, M. Hervieux a noté que le rapport des pustules avec celui des piqûres (celles-ci étaient toujours au nombre de 6), a été le suivant :

10 fois	on a observé	1 seule pustule.
11 fois	—	2 pustules.
15 fois	—	3 —
8 fois	—	4 —
10 fois	—	5 —
5 fois	—	6 —

Il était intéressant de savoir quels chiffres donnait la vaccination ordinaire comparée à la vaccination animale. M. Hervieux a recueilli, dans ce but, les résultats de 95 vaccinations par le vaccin usuel ou de bras à bras, pratiquées la même année, à la Maternité, chez des enfants nouveau-nés dans une période précédente. Voici ces résultats :

Sur ces 95 enfants, 8 étaient partis avant le temps nécessaire pour le développement des pustules vaccinales.

Chez 19 d'entre eux,	échec complet.	
— 9	—	1 pustule.
— 12	—	2 pustules.
— 15	—	3 —
— 13	—	5 —
— 12	—	6 —

Il y a, comme on le voit, une assez frappante similitude dans les résultats. Pour les deux séries d'enfants, il y en a eu environ un cinquième chez lesquels l'opération est restée sans effet.

La même similitude se retrouve aussi, à peu près, pour le nombre relatif des pustules.

Quant au développement des pustules, M. Hervieux a remarqué qu'il était en général plus tardif, plus lent à se produire avec le vaccin animal, et que les pustules étaient généralement moins larges et moins belles.

Cette opération n'a donné lieu à aucun accident grave. Il n'en a été observé d'autres que ceux auxquels peut donner naissance la vaccination ordinaire, c'est-à-dire l'inflammation phlegmoneuse des pustules, l'adénite vaccinale, l'érysipèle, et chez les enfants faibles ou maladifs, l'ulcération des pustules.

Voici maintenant les résultats des revaccinations pratiquées par la nouvelle méthode, ou plutôt par le nouveau vaccin, dans le même établissement. La plupart ont été faites sur des femmes enceintes, sur les élèves sages-femmes de la Maternité, sur les filles de service, et en général sur des femmes pour la plupart jeunes ou n'ayant pas dépassé quarante ans.

Ces revaccinations sont au nombre de 156.

90 ont échoué radicalement.

4 ont donné naissance à des boutons presque invisibles.

36 ont produit des élevures qui n'avaient aucun des caractères de la pustule vaccinale régulière.

26 seulement ont été suivies de l'évolution classique de la vaccine vraie.

Sur ces 26 cas, 7 fois	on a observé	6 pustules.
3 fois	—	5 —
1 fois	—	4 —
6 fois	—	3 —
9 fois	—	1 —

Pour les revaccinations, M. Hervieux n'a pas eu de terme de comparaison, n'ayant point pratiqué parallèlement de revaccinations avec l'ancien vaccin.

M. Hervieux s'est préoccupé d'un point intéressant de l'étude de la vaccine, savoir : quel est le nombre de piqûres qu'il convient de faire pour assurer le mieux possible son effet. On sait que, sur la foi de quelques hommes autorisés en matière de vaccine, les médecins ont cru longtemps qu'une pustule préservait aussi bien que six, huit, dix ou davantage. On se rappelle que M. Legroux, pénétré de cette conviction, ne faisait aux nouveau-nés de son service qu'une ou deux piqûres, dans le but d'écarter les chances de phlegmon et d'érysipèle. Contradictoirement à cette croyance invétérée et très-générale, M. Guéneau de Mussy exprimait récemment devant ses collègues l'opinion que plus on multiplie le nombre des piqûres, plus on assure la préservation de la variole par la vaccine. M. Bergeron, à cette occasion, a rappelé que les statistiques de l'hôpital des varioleux de Londres avaient fourni des résultats parfaitement conformes à cette opinion. M. Hervieux est venu apporter encore, en faveur de cette manière de voir, l'appui de sa conviction et de son expérience.

Voici comment s'est formée sa conviction à cet égard.

Pendant qu'il faisait le service à l'hôpital Cochin, en 1859, en remplacement d'un de ses collègues, une épidémie de petite vérole se déclara dans ses salles. En examinant avec attention le bras des malades, il remarqua que la presque totalité des variolés ne portaient qu'une ou deux cicatrices vaccinales. Toutes les fois que depuis cette époque il a eu occasion de soigner des variolés, il a constaté que les sujets les plus gravement atteints étaient toujours ceux qui présentaient le moins de cicatrices vaccinales.

Un fait non moins important que M. Hervieux a établi par ses recherches, et qui vient à l'appui d'un fait cité par M. Blache dans l'une des précédentes séances, c'est que ce que l'on a appelé la fausse vaccine peut donner lieu à la vaccine vraie. Voici les faits qui l'ont conduit à établir cette proposition.

En 1850, alors qu'il était à Elbeuf où régnait une épidémie de variole très-intense, il dut faire beaucoup de vaccinations; mais il lui arriva souvent de manquer de vaccin. Un jour de disette, n'ayant à sa disposition que des pustules de fausse vaccine, il puisa à cette source, et, à sa grande surprise, l'inoculation fut suivie d'un succès complet. Les observations qu'il a faites à la suite de cette expérience l'ont convaincu qu'il n'y a, en réalité, ni vraie ni fausse vaccine, toute pustule vaccinale, que sa forme soit vésiculeuse ou pustuleuse, qu'elle soit pointue ou aplatie, saillante ou déprimée à son centre, pouvant fournir un vaccin parfait.

Deux dernières questions ont été examinées, par M. Hervieux : « Au bout de combien de temps après l'inoculation vaccinale la vaccine est-elle préservatrice de la petite vérole? Combien de temps après la naissance convient-il de vacciner? »

M. Hervieux a observé récemment à la Maternité, deux faits relatifs à la première question, qui, sans la résoudre, tendent du moins à prouver qu'il ne faut pas trop se fier à la puissance préservatrice de la vaccine, tant qu'il ne s'est pas écoulé neuf à dix jours au moins à dater du moment de l'inoculation.

Un enfant nouveau-né, vacciné avec du vaccin de génisse, est atteint, dix jours après l'inoculation, d'une éruption généralisée. Confiant dans la vertu préservatrice de la vaccine à cette période, M. Hervieux pose le diagnostic, non pas d'une variole, mais d'une éruption vaccinale, comme il avait eu souvent occasion d'en rencontrer à cette époque du développement des pustules vaccinales. Mais l'éruption, qui était alors d'apparence simplement miliaire et d'une abondance extrême sur tout le corps, avait pris dès le lendemain la forme papuleuse ; le surlendemain il y avait déjà des pustules aplaties, caractéristiques, la fièvre était intense. L'enfant succomba le jour même.

La seconde observation est relative à l'enfant d'une femme variolée, récemment accouchée à la Maternité, et qui allaita son enfant jusqu'au moment où l'on vit apparaître chez elle l'éruption variolique. L'allaitement fut suspendu aussitôt, l'enfant confié à une nourrice, et vacciné avec du vaccin pris sur un autre enfant auquel on avait précédemment inoculé du vaccin de génisse. Le vaccin se développa régulièrement, mais au huitième jour (16 novembre 1865), survint une éruption générale qui ne tarda pas à prendre le caractère de l'exanthème variolique. Le 4 décembre, dix-huitième jour de l'éruption, l'enfant succomba dans la période de dessication.

Quant à la question de savoir au bout de combien de temps après la naissance il convient de vacciner les enfants, M. Hervieux est d'avis que si, en temps d'épidémie variolique, il faut vacciner huit à quinze jours au plus après la naissance, dans la crainte de voir survenir une variole mortelle, hors le temps d'épidémie il est plus sage d'attendre quelques mois, jusqu'au quatrième environ.

Les principes formulés par M. Hervieux sont ceux que nous avons toujours suivis dans notre pratique, et que nous avons préconisés ici toutes les fois que nous en avons trouvé l'occasion.

Chancre mou de la conjonctive chez une malade atteinte de plaques muqueuses multiples.

La nommée R..., âgée de vingt-deux ans, couchée au n° 1 de la salle Saint-Alexis, est entrée atteinte, pour la première fois, de syphilis, le 30 décembre 1865, dans notre service, à l'hôpital de Lourcine.

Elle présentait des plaques muqueuses de la vulve et des grandes lèvres d'une part, et des plaques muqueuses des commissures des lèvres d'autre part. Il n'y avait pas de roséole.

Les plaques muqueuses de la vulve ont été cautérisées le 3 janvier, avec une solution de chlorure de zinc, 10 grammes de ce sel pour 50 grammes d'eau. Tous les jours la malade plaçait sur les parties atteintes de plaques muqueuses une compresse imbibée d'une solution de chlorure de zinc plus faible, 10 grammes de sel pour 200 grammes d'eau. Les plaques muqueuses des lèvres étaient pansées avec la poudre de calomel et de sucre : calomel, 2 grammes ; sucre, 3 grammes.

Le 3 janvier, les plaques muqueuses de la vulve étaient en voie de guérison. La malade, très-soigneuse et très-propre, avait fait régulièrement ses pansements.

Le 9 janvier, la paupière inférieure, au niveau de la commissure, était rouge ou plutôt rosée et douloureuse ; nous avons cru qu'il s'agissait d'un orgeolet au début, et nous avons prescrit des compresses d'eau blanche sur les paupières.

Le 10, la commissure des paupières était œdématiée, le bord des paupières était rouge, l'œil était sain, et la conjonctive présentait un peu de rougeur à la partie externe. La malade avait souffert pendant la nuit.

L'œil ne pleurait pas; les paupières écartées ne laissaient voir aucune trace de pus, de sorte que le diagnostic d'une conjonctivite devait être rejeté. Nous avons été d'avis alors que la malade avait dû transporter à ses paupières la matière inoculable des plaques muqueuses de la vulve, et nous avons cru à une syphilide conjonctivale.

Le traitement institué a été des compresses d'eau blanche en permanence sur les paupières, et la malade devait ouvrir les paupières de temps en temps, pour faire pénétrer l'eau blanche sur le globe oculaire.

Le 11, le gonflement des paupières avait encore augmenté, il y avait un chémosis séreux de la conjonctive oculaire en dehors, et l'œil ne pouvait plus être découvert qu'avec peine. Le même traitement a été continué.

La malade avait beaucoup moins souffert que les jours précédents. Le 12, le gonflement des paupières avait considérablement diminué. En soulevant alors la paupière supérieure, nous avons pu distinguer, à la face externe de cette membrane, une élevure de la muqueuse d'un rouge framboisé, ayant à peu près le volume d'un petit pois. Cette élevure était ulcérée à son sommet ; l'ulcération était irrégulière, à bords taillés à pic, et était au fond d'une coloration blanchâtre analogue à la couleur du pus.

La conjonctive oculaire, au point opposé, était rouge violacée et présentait des plis. Cet état de la conjonctive existait en dehors et s'étendait jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival. La cornée était saine, ainsi que tout le reste de la conjonctive. Nous avons recherché alors s'il y avait des engorgements ganglionnaires à la région parotidienne et à la région sous-maxillaire, nous n'avons rien trouvé.

En présence de ces lésions, nous avons diagnostiqué un chancre mou de la conjonctive.

Le traitement a été un peu modifié : nous avons fait souffler de la poudre de calomel et de sucre sur l'ulcération, deux fois par jour, puis une seule fois, et des compresses d'eau blanche restaient néanmoins appliquées sur les paupières le jour et la nuit. Les jours suivants, l'ulcération a marché rapidement vers la guérison. Le fond de l'ulcère a repris une coloration rosée, les bords se sont affaissés, le chémosis conjonctival a disparu, et la malade a cessé peu à peu de ressentir des picotements dans les paupières.

Le 16, l'ulcération était réduite à une rougeur violacée. Les plaques muqueuses de la vulve, qui avaient été traitées comme précédemment, étaient cicatrisées.

Les plaques muqueuses des commissures des lèvres étaient encore dans le même état.

Aujourd'hui, l'œil est revenu à son état normal, la malade ne souffre plus.

Les chancres de la conjonctive sont choses fort rares; on en connaît peu d'exemples dans les livres. M. Desmarres cite deux exemples : dans l'un d'eux, l'on trouve une description presque semblable à celle que nous avons donnée. Sur le milieu de la conjonctive inférieure, il y avait une tumeur allongée ayant à peu près le volume d'un pois vert, au sommet de laquelle existait « une ulcération à bords déchiquetés et taillés à pic, donnant un peu de pus. » Dans la seconde observation de M. Desmarres, une papule avait été constatée près de la caroncule, et comme elle était accompagnée d'une conjonctivite hypérémique assez intense, elle avait été prise pour une conjonctivite pustuleuse ; mais quatre jours après, il y avait une ulcération ainsi désignée : « Son aspect est caractéristique : les bords en sont taillés à pic, le fond en est rempli par une matière d'un gris jaunâtre tout à fait semblable à celle que l'on rencontre dans les ulcérations syphilitiques primitives (1). »

Notre observation diffère par un point : il y avait un engorgement d'un ganglion préauriculaire dans les observations de M. Desmarres. Nous n'attachons pas une grande importance à cela. Nous avons déjà dit ailleurs (2) que les adénites, et surtout les adénites suppurées, tenaient beaucoup au défaut de soins au début des accidents. Et en effet, lorsque M. Desmarres a vu sa malade, il y avait quinze jours qu'elle avait mal à l'œil, et nous avons vu le mal tout à fait à son début.

Ce qu'il y a de remarquable dans ces faits de chancre mou de la conjonctive, c'est l'intégrité du globe de l'œil, la localisation de l'inflammation. Les douleurs éprouvées par les malades sont très-variables ; dans notre observation, la malade a souffert pendant deux jours, et dans l'observation de M. Desmarres, la malade disait n'avoir point souffert ; il n'est point fait mention, dans l'autre observation de ce chirurgien, s'il y avait des douleurs.

Du fait dont nous venons d'entretenir nos lecteurs il résulte que nous avons assisté à la transmission du virus d'une plaque muqueuse sous forme de chancre mou ; et ce fait a déjà été depuis longtemps établi par M. Ricord, lorsqu'il a donné au chancre mou le synonyme de chancre des syphilitiques. Enfin, à notre avis, il s'agit, selon toutes probabilités et vu la rareté des faits de chancre de la conjonctive, du transport direct du pus des plaques muqueuses de la vulve à la membrane contaminée.

(1) Desmarres. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 215.

(2) *Dictionnaire de thérapeutique*, Bouchut et Desprès ; art. Bubon.

ÉTUDES SUR LES PÉRIODES DIVERSES
de l' accès d'éclampsie

Mémoire présenté à la Société de médecine de Paris

Par M. le docteur Jules de Soyre.

Au mois de février 1845, on amena à la salle Sainte-Cécile de l'hôpital Saint-Antoine, une primipare âgée de dix-neuf ans. Elle était à terme ; le travail avait débuté dans la nuit, et il avait été accompagné de fréquents accès d'éclampsie. Cette jeune fille, entrée à l'hôpital le matin, fut accouchée à quatre heures du soir à l'aide du forceps ; et malgré la déplétion de l'utérus, les accès continuèrent avec la même intensité jusqu'à la nuit suivante, où la malade mourut.

C'était le premier cas d'éclampsie que j'observais, et il fixa d'autant plus mon attention, que dès cette époque je me destinais d'une manière spéciale à la pratique des accouchements. Je crus dès lors remarquer que chaque accès offrait des séries de phénomènes que l'on pouvait grouper en périodes. La théorie admise par Mme Lachapelle ne comprend que l'éclampsie en général et non la division de l'accès. M. Chailly admet trois périodes pour l'accès. Mais c'est au lit même des malades que j'ai voulu étudier toutes les phases de l'accès d'éclampsie, et poursuivant mes recherches sur toutes les éclamptiques qui se sont présentées à l'hôpital des Cliniques de 1845 à 1852, je divisai, dans ma thèse inaugurale du 5 janvier 1852, l'accès total d'éclampsie en quatre périodes : 1° période d'invasion ; 2° période de convulsions toniques ; 3° période de convulsions cloniques ; 4° période de coma. C'était la première fois que l'accès d'éclampsie était ainsi décrit, j'en avais la certitude. Cependant ma thèse venait d'être imprimée lorsque je connus le mémoire de M. Beau sur l'épilepsie, publié en 1836 (Archives générales de médecine, tome onzième, 3e série, page 330). Dans ce travail M. Beau divise l'accès épileptique en quatre périodes : 1° période tétanique ou tonique ; 2° période spasmodique ou clonique ; 3° période de ronflement ; 4° période de retour de la sensibilité et de l'intelligence.

Quoique j'aie le regret de n'avoir pu mentionner dans ma thèse le mémoire de M. Beau sur l'épilepsie, je dois déclarer que si l'un et l'autre nous admettons pour deux névroses si analogues des périodes convulsives tonique puis clonique, notre description n'est pas semblable. Je me contente de citer ici une seule différence. Ainsi pour M. Beau le malade ne respire pas pendant la période tonique, et il respire pendant la période clonique ; j'ai constamment observé le contraire dans l'accès d'éclampsie. Du reste, la lecture comparative du mémoire de M. Beau sur l'épilepsie et de ma thèse sur l'éclampsie prouvera, je l'espère, que je n'ai rien emprunté au travail si estimable de M. Beau. Mais dans tous les cas je me crois fondé à réclamer la priorité de la description des périodes tonique et clonique pour l'accès d'éclampsie.

Bien que l'éclampsie et l'épilepsie présentent quelques ressemblances, ces deux affections sont différentes ; ainsi l'éclampsie a toujours pour cause déterminante la grossesse ou la parturition, tandis que l'épilepsie, tout en pouvant continuer pendant la grossesse, semble, d'après les observations de Desormeaux, être suspendue pendant le travail de l'accouchement, loin d'être plus fréquente. Je puis à cet égard apporter un témoignage personnel.

J'ai vu à l'hôpital des Cliniques, le 4 novembre 1857, une épileptique multipare dont les accès étaient plus fréquents pendant la menstruation et la grossesse et qui accoucha pour la quatrième fois, à terme, d'une fille bien portante, sans éprouver la moindre convulsion.

Une autre épileptique, observée à l'hôpital des Cliniques en 1864, continua à avoir des accès pendant sa grossesse. Le jour de son accouchement elle eut deux accès d'épilepsie, cependant elle accoucha sans convulsions ; le jour suivant elle eut encore deux accès ; puis une monomanie puerpérale se déclara et la malade guérit ; enfin, le jour de sa sortie, cette femme eut encore un accès d'épilepsie.

Dans ces deux cas, l'épilepsie était antérieure à la grossesse, et chaque accès était suivi du retour de la sensibilité et de l'intelligence.

Je crois qu'il est utile de connaître en détail l'accès d'éclampsie type pour le différencier de l'accès irrégulier, dont le pronostic est en général beaucoup plus grave. Depuis 1845, j'ai vu presque toutes les éclamptiques de l'hôpital des Cliniques et quelques éclamptiques de la ville. C'est donc une suite d'observations prolongées pendant vingt ans qui m'autorise à diviser l'accès d'éclampsie en quatre périodes.

1° Période d'invasion ;

2° Période de convulsions toniques saccadées avec respiration haletante ;

3° Période de convulsions cloniques saccadées avec asphyxie, puis cyanose (ces deux périodes forment l'accès convulsif proprement dit) ;

4° Période de coma.

Lorsque le premier accès se manifeste, dans quelques cas très-rares, la malade pousse un cri ; mais le plus souvent ce premier accès n'est pas précédé de cris et il apparaît à la stupéfaction des assistants. Si la femme est debout, elle tombe par terre ; si elle est couchée elle tombe quelquefois de son lit. C'est qu'alors la première période a passé inaperçue, et déjà l'on voit l'accès convulsif proprement dit.

Mais voici comment l'accès régulier se présente dans toute son étendue.

Invasion. — *Première période, ou période d'invasion.* Il survient dans les membres, et surtout dans les bras, des soubresauts convulsifs qui sont séparés par des repos. Les paupières supérieures sont agitées par des frémissements choréiques qui sont suivis de calme. Les yeux se dirigent à gauche et en haut, puis à droite et en bas, avec une excessive lenteur, et cela plusieurs fois de suite. Les avant-bras sont fléchis à angle droit sur les bras, qui se tournent en pronation forcée. Les poings se ferment et emprisonnent les pouces. Le regard devient fixe et l'accès convulsif proprement dit va commencer.

La durée de cette première période varie de une à trois minutes.

Accès convulsif proprement dit. — Il comprend deux périodes caractérisées d'abord par des convulsions toniques saccadées avec respiration haletante ; puis par des convulsions cloniques saccadées avec asphyxie, puis cyanose. Elles forment les deuxième et troisième périodes de l'accès que je désigne sous le nom de période de convulsions toniques et période de convulsions cloniques.

Il est d'usage à l'hôpital des Cliniques d'indiquer la durée de l'accès d'éclampsie par la durée de l'accès convulsif proprement dit.

Deuxième période, ou période de convulsions toniques. — Dans cette deuxième période le visage pâlit. La respiration devient courte, bruyante et saccadée. La face située sur la ligne médiane du corps, est entraînée par des convulsions toniques et saccadées vers le côté gauche. C'est un phénomène que j'ai observé presque toujours. Le contraire ne s'observe guère qu'une fois sur trente éclamptiques.

Pendant ce temps, le muscle peaussier du côté droit se contracte, et entraîne à droite et en bas la commissure labiale droite. La bouche est entr'ouverte, les mâchoires sont écartées ; il y a un léger tremblement de la langue.

Les yeux se portent et restent dirigés à gauche et en haut ; ils sont en partie recouverts par les paupières supérieures.

Les convulsions toniques retentissent en même temps dans les membres supérieurs et inférieurs.

J'ai vu, à la Clinique le 26 octobre 1846, pendant l'exagération de cette période, une femme tomber du côté gauche de son lit pendant le sixième accès.

Troisième période, ou période de convulsions cloniques. — C'est la période la plus grave de l'accès ; c'est la période d'asphyxie ; c'est elle qui mérite plus particulièrement le nom d'ἔκλαμψις. Dans le jeu des paupières il y a scintillation que l'on pourrait assez bien assimiler à ces éclairs d'orage que l'on remarque dans les soirées d'été, avec cette particularité que leur succession est aussi régulière que rapide. Pendant cette période toutes les éclamptiques se ressemblent.

La face, qui était dirigée à gauche, revient vers la ligne médiane. La tête s'agite par un balancement qui a son centre de mouvement à l'articulation de la tête avec la colonne vertébrale ; la bouche cesse d'être tirée à droite et en bas. Les mâchoires se rapprochent avec force et saisissent ordinairement la langue sur ses côtés, quelquefois à sa pointe.

De même que les convulsions toniques, les convulsions cloniques se manifestent brusquement et simultanément dans les différentes parties du corps. Les paupières sont agitées par un clignotement régulier extrêmement rapide ; les yeux roulent et présentent par moments du strabisme. Il y a des convulsions cloniques du muscle orbiculaire des lèvres. La malade semble marmotter ; les muscles canin et zygomatique se convulsent cloniquement. C'est probablement pendant cette période que M. le professeur Paul Dubois a vu, dans un cas particulier, ainsi que je le lui ai entendu dire, la face prendre l'expression de la figure du satyre.

La langue, convulsée cloniquement, chasse, à travers l'interstice des dents incisives, une salive écumeuse mêlée de sang provenant des lésions produites par les morsures. Mais le phénomène le plus important est la cessation complète de la respiration. L'air contenu dans la cavité buccale semble barboter dans l'épaisse salive qui y est contenue. La face se congestionne, se bouffit, et vers la fin de cette période elle devient pâle, puis bleuâtre et livide ; les lèvres deviennent violettes. La cyanose annonce la terminaison des convulsions.

Les convulsions cloniques se répètent deux, trois, quatre fois et même plus par seconde ; elles sont plus rapides au début qu'à la fin de cette période, dont la durée est d'un quart de minute à une minute environ.

Si cette période se prolongeait, la mort de la femme en serait la conséquence inévitable. C'est aussi la période qui met le plus en danger l'existence de l'enfant.

Il est rare que la durée totale de l'accès convulsif ne soit que d'une demi-minute ; dans l'immense majorité des cas, il est d'une minute à une minute et demie ; assez souvent l'accès dure deux minutes ; quelquefois il dépasse cette durée, et très-exceptionnellement il dure pendant cinq minutes.

Tel est le résultat des observations que j'ai faites au lit des éclamptiques et la montre à la main. Je n'ai jamais vu un accès convulsif se prolonger au delà de cinq minutes. Aussi ai-je la conviction que pour les accès qui sont indiqués comme dépassant cette limite, on a compté la durée totale de l'accès, c'est-à-dire que l'on a réuni toute la durée de l'invasion, de l'accès convulsif et surtout du coma, dont la durée est très-variable et presque illimitée.

Ce qui, dans plus d'un cas, aura surtout porté à admettre un accès convulsif de longue durée, c'est que l'on aura pris pour un seul accès convulsif, deux accès convulsifs réunis et comme imbriqués, et que j'appellerai accès convulsif doublé.

Dans ce cas, immédiatement après la cyanose d'un accès convulsif, il arrive que la période de coma, l'intervalle d'un accès à l'accès suivant et la période d'invasion de cet accès, sont pour ainsi dire supprimés, et l'on voit apparaître de nouveau les convulsions de la période tonique, puis de la période clonique. Mais il ne faut pas confondre cet accès nouveau avec le précédent, et l'on doit se garder de cette erreur.

Parfois les accès convulsifs doublés sont si fréquents qu'il est impossible de compter les accès convulsifs simples. Cela n'est pas rare, et je l'ai encore observé à l'hôpital des Cliniques, le 23 mai 1865, chez une éclamptique qui a eu soixante accès avant l'application du forceps, et après son accouchement plus de quatre-vingt-dix accès, dont le plus grand nombre était doublé. Malgré les soixante accès qui ont précédé l'accouchement, l'enfant a été extrait vivant ; il était à sept mois de la vie intra-utérine. Les accès de la mère continuèrent à se manifester jusque pendant son agonie. Elle expira en ma présence, le 24 mai 1865, à huit heures cinquante-huit minutes du matin, trois minutes après son dernier accès convulsif.

Après l'accès convulsif survient la période du coma.

Coma. — *Quatrième période, ou période de coma.* La malade fait de grands efforts d'inspiration, pendant lesquels les narines viennent à la rencontre de la cloison nasale. La respiration commence à se rétablir ; l'expiration est accompagnée d'un violent stertor, qui fait flotter les joues. Pendant cette expiration, il y a rejet d'écume sanguinolente, qui, chassée à travers les commissures des mâchoires, parcourt l'intervalle situé entre les joues et les arcades dentaires ; parfois la malade grince des dents. Les paupières ne battent plus, elles sont à demi-baissées ; il y a roulement des yeux ; la résolution de l'accès convulsif est complète.

Cette période, assez courte au début de l'éclampsie, augmente de durée à mesure que les accès se répètent, au point d'occuper enfin tout l'intervalle d'un accès à l'autre, et même de se prolonger toute une journée.

Dans les cas graves, les accès peuvent être tellement rapprochés que le coma soit supprimé. Chez l'éclamptique observée à la Clinique, les 23 et 24 mai 1865, les fortes inspirations produisaient un claquement des narines contre la cloison nasale pendant toute la durée du coma, et il n'y avait pas de stertor.

INTERVALLE. — Dans quelques cas rares, la malade reprend sa connaissance après le premier ou les premiers accès; elle n'a alors nullement conscience de ce qui vient de se passer en elle. Plus les accès se répètent, plus l'intelligence devient obtuse. Quelques éclamptiques accouchent pendant l'accès; et lorsque la raison semble revenue, elles ne se rappellent pas avoir été enceintes. Si le retour de l'intelligence a lieu après de nombreux accès, ce sont les souvenirs de l'enfance qui se présentent le plus nettement à la pensée des malades.

Après la période comateuse, il survient ordinairement un calme général avec assoupissement. Quand l'accès est sur le point de se reproduire, l'œil semble reprendre son expression normale. Ces phénomènes peuvent persister pendant toute l'éclampsie.

Quelquefois aussi, après la période de coma, il survient une grande agitation avec des mouvements désordonnés qui durent pendant tout l'intervalle d'un accès à l'autre.

Dans la forme irrégulière de l'attaque d'éclampsie, les accès peuvent être doublés, ou ne présenter que l'invasion et des mouvements désordonnés, ou des convulsions partielles avec retour de l'intelligence et conscience de l'accès que la malade peut décrire. Enfin les périodes et l'intervalle des accès peuvent présenter une variété de désordres incompréhensibles. Un exemple très-curieux de ce genre a été observé par M. Depaul, le 12 juillet 1842.

NOMBRE DES ACCÈS. — Le nombre des accès est très-variable. On en voit rarement un seul, et ils peuvent s'élever à cent cinquante, comme je l'ai vu le 23 mai dernier à la Clinique, et même à deux cent trente, comme M. Depaul l'a observé le 12 juillet 1842.

Lorsqu'il n'y a qu'un seul accès, il survient quelquefois avant l'accouchement, mais le plus généralement pendant ou après la délivrance. On a même vu à la Clinique un seul accès se manifester onze heures après l'accouchement (18 janvier 1843), et dans un autre cas (19 février 1849), un seul accès a paru deux jours après l'accouchement.

Les accès peuvent cesser après l'accouchement, mais c'est la très-rare exception. Ils sont alors peu nombreux, de un à cinq; cependant j'ai vu le 1er octobre 1846, à la Clinique, une jeune femme avoir trente accès avant l'accouchement; et après la sortie de l'enfant aucune convulsion ne s'est produite. Cette femme est sortie bien portante. Mais j'ai vu aussi deux femmes mourir enceintes, l'une après quinze accès d'éclampsie (9 novembre 1857), et l'autre après trente accès (8 janvier 1860).

Les accès peuvent se produire pendant la gestation et se reproduire pendant le travail, comme cela a été observé chez l'éclamptique de la Clinique, du 23 mai 1865, qui a eu un mois avant l'accouchement plusieurs accès dans une nuit.

On voit les accès se manifester pendant la grossesse, pendant le travail, pendant la rupture des membranes (Clinique, juillet 1865, un seul accès), pendant l'accouchement, pendant la délivrance, et après un temps plus ou moins éloigné après la délivrance.

Le petit nombre d'accès, le retour de l'intelligence, l'absence d'œdème et d'albuminurie, sont des signes favorables pour la guérison.

TRAITEMENT. — Voici la conduite à tenir auprès d'une femme éclamptique :

Il faut placer de chaque côté du lit de la malade une personne dont la fonction consistera à l'empêcher de tomber. Cela arrive rarement, néanmoins il suffit que cet accident soit possible pour y veiller. Une personne aura pour mission de repousser la langue avec un linge, disposé en tampon, afin d'éviter les lésions de cet organe.

Le toucher, pratiqué discrètement, doit faire reconnaître quel est l'état des organes génitaux; si le travail est commencé, s'il y a de la dilatation, si le bassin est bien conformé, quelle est la partie que présente l'enfant.

Il faut aussi avoir soin de vider le rectum et la vessie, d'examiner les urines, d'observer attentivement les accès convulsifs, de pratiquer une saignée du bras relative à la force de la malade.

Pendant le coma, s'il y a raptus sanguin très-considérable, on appliquera dix, quatorze, seize sangsues aux apophyses mastoïdes. On donnera un lavement purgatif avec du sel marin (chlorure de sodium), ou avec du miel de mercuriale. M. le professeur Paul Dubois faisait prendre à ses malades un purgatif composé de calomel et jalap, 60 centigrammes de chaque, divisé en six doses administrées d'heure en heure.

On a quelquefois essayé l'emploi du chloroforme qui a paru donner des résultats peu satisfaisants.

M. le professeur Paul Dubois pense qu'on ne doit terminer l'accouchement, dans le cas d'éclampsie, que quand les choses sont assez avancées pour que cette opération soit facile et prompte. Les efforts et les violences, inséparables de l'accouchement artificiel, quand le fœtus est peu engagé dans le bassin, ou quand les voies naturelles ne sont pas encore préparées, paraissent à M. Paul Dubois devoir produire des inconvénients et des dangers qui ne sont pas compensés par l'avantage qu'il peut y avoir à terminer l'accouchement. D'ailleurs, il ne faut pas se dissimuler que l'accouchement artificiel ne met pas, dans la plupart des cas, comme on paraît le croire, un terme aux attaques convulsives. Il ne suffit pas que l'utérus soit désempli pour faire cesser les accès. Ce qui le prouve, c'est que l'éclampsie peut se manifester après l'accouchement, et même plusieurs jours après cette époque.

C'est pour soustraire le fœtus à l'influence des accès éclamptiques, et non pour faire cesser ces accès, que l'application du forceps a été jugée nécessaire.

Il faut donc savoir attendre l'accouchement spontané, à moins de contre-indications sérieuses. Les incisions sur l'orifice utérin ne seront pratiquées que dans les cas de rigidité de cet orifice, et jamais dans le but d'accélérer le travail. Quand l'éclampsie a provoqué le travail, il faut le favoriser. Dès que la dilatation de l'orifice permettra la division de l'œuf, on fera la rupture des membranes fœtales; quand la dilatation sera assez avancée, il faudra débarrasser l'utérus sans la moindre violence. Dans la présentation du sommet, il faudra faire l'application du forceps aussitôt que l'instrument pourra être appliqué sans danger.

Enfin, s'il y a des difficultés du côté de la mère ou du côté du fœtus, il faudra se conformer aux règles prescrites dans ces cas divers.

Telles sont les observations principales que j'ai faites durant une longue série d'années, et dans des circonstances très-nombreuses. J'ai cru qu'il serait utile de résumer les résultats généraux de ces observations, et tel est le but spécial du mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aux lumières de la Société de médecine de Paris.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. BROCA, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Au moment de descendre de cette estrade où, sous des titres divers, vos suffrages m'ont si longtemps maintenu, j'éprouve le besoin de vous exprimer toute ma gratitude. Vous m'avez nommé successivement secrétaire annuel, secrétaire général, vice-président, et l'année dernière, enfin, vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à vous présider. Je suis fier d'avoir obtenu tant de marques de votre confiance, et si quelque chose m'a manqué pour m'en montrer digne, ce n'est du moins, j'ose le dire, ni le zèle pour les intérêts de la Société, ni le sentiment profond de reconnaissance que je lui dois.

J'invite M. le président Giraldès à prendre possession du fauteuil de la présidence.

M. GIRALDÈS, en prenant la présidence pour l'année 1866, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et très-chers Collègues,

En prenant la place occupée par mon éminent collègue, avant d'inaugurer les travaux de l'année, j'ai un double devoir à remplir : demander à la compagnie de voter des remerciements à son bureau de l'année dernière, et en particulier à son président, M. Broca.

La Société se rappelle que c'est à l'initiative intelligente, à l'active et constante intervention de son dernier président, que des mesures d'ordre intérieur, dans le but de développer l'influence et la prospérité de la Société de chirurgie, ont été proposées et adoptées. Les résultats heureux qu'elles ont déjà produits, vous ont été exposés dans la séance annuelle. M. Broca, en sa qualité de secrétaire général ou de président de la Société de chirurgie, a mis sans hésitation au service de la compagnie son zèle, son temps et son activité; sa présidence comptera comme une des plus utiles à la Société impériale de chirurgie.

Il me reste, Messieurs, un autre devoir, et celui-ci m'est bien doux à accomplir : j'ai à prier mes collègues de recevoir mes vifs remerciements, ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'ils m'ont déféré en m'appelant à diriger vos travaux. Mais, Messieurs, l'honneur que vous avez bien voulu m'accorder me rend un peu exigeant, et je vous prie de le compléter, en me prêtant votre concours, et votre bienveillante sympathie pour m'aider à remplir les délicates fonctions que vous m'avez confiées.

C'est surtout à nos jeunes collègues que je m'adresse plus particulièrement. A eux, en effet, incombe la mission de tenir notre compagnie le plus près possible du tourbillon scientifique, et d'en mesurer les oscillations; il leur appartient d'appeler devant vous les découvertes récentes et les faits controversés. C'est au sein de la Société de chirurgie qu'ont germé et se sont développées des questions chirurgicales importantes, portées plus tard en pleine fleur dans une autre enceinte. Sans doute, certains faits de chirurgie peuvent recevoir ailleurs un plus grand retentissement, ici ils sont mesurés et pesés à leur juste valeur. Rappelez-vous, enfin, que des découvertes ou des nouveautés douteuses évitent soigneusement votre contrôle, pour aller s'étaler pompeusement ailleurs.

Messieurs, l'art et la science de la chirurgie ne sont pas cantonnés dans le périmètre des fortifications de Paris, elle ne reconnaît point de frontières. Suivez donc d'un œil attentif les progrès de notre science, ne laissez point sommeiller dans les oubliettes de vos cartons les travaux envoyés des départements et de l'étranger; les confrères qui s'adressent à nous ont droit à être entendus. A vous donc, jeunes collègues, la tâche d'entretenir le feu sacré parmi nous, et de maintenir toujours cette excitation intellectuelle, âme des sociétés scientifiques. Rappelez-vous, enfin, que la devise de la Société impériale de chirurgie : « Vérité dans la science, » comprend aussi : « Travail et progrès. »

CORRESPONDANCE.

MM. Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde ;

Bœckel, professeur agrégé à l'École de médecine de Strasbourg ;

Ehrmand de Mulhouse, ancien chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Alger;

Hergott, professeur agrégé à l'École de médecine de Strasbourg ;

Heurtaux, professeur à l'École secondaire de médecine de Nantes ;

Oré, professeur de physiologie à l'École secondaire de médecine de Bordeaux;

Pétrequin, professeur de pathologie externe à l'École secondaire de médecine de Lyon ;

Adressent des lettres de remerciements à l'occasion de leur nomination de membres correspondants.

La Société reçoit également des lettres de remerciments de MM. T. Holmes, de Londres, et Thomas Longmore, nommés membres correspondants étrangers.

— **M. LARREY** offre au nom de M. le docteur H. Lespiau, médecin-major à l'hôpital du Gros-Caillou, un mémoire intitulé : *Exposé clinique des blessures de guerre soignées dans les hôpitaux militaires français de Puebla et de Cholula.*

— **M. VERNEUIL** présente le *Traité de Laryngoscopie* de M. le professeur V. Bruns, de Tubingen.

Galvano-caustique chimique. — M. le professeur **VELPEAU** présente, au nom de M. le docteur L. Ciniselli, membre correspondant, un mémoire imprimé renfermant une série d'observations sur l'emploi de la galvano-caustique chimique. Ce travail est accompagné de la lettre suivante :

A la Société impériale de chirurgie de Paris.

Messieurs,

Les derniers mots prononcés par M. Dolbeau, à la séance du 27 décembre, à l'occasion de la discussion sur le traitement des polypes naso-pharyngiens, m'obligent de communiquer à cette savante Société mes observations à l'appui de son opinion sur l'importance que l'électro-chimie va acquérir dans le traitement de cette maladie. Je fais d'autant plus volontiers cette communication à la Société de chirurgie, qu'elle a eu la complaisance d'écouter celle que j'ai faite en 1860 (séance du 5 septembre). J'appelais son attention sur les cautérisations électro-chimiques, en lui montrant, avec l'appui des expériences et des faits cliniques, le parti que la chirurgie pourrait tirer de cette nouvelle méthode de cautérisation, que j'appelais *galvano-caustique chimique*, pour la distinguer de la galvano-caustique jusqu'alors connue, opérée par la chaleur électrique que je signalais par le nom de *thermique*. La théorie relative, les histoires choisies parmi les maladies traitées, les règles pour son application ont été exposées dans mes *Études de l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants et de ses applications à la thérapeutique*, publiées en 1862, que j'ai présentées à cette Société, avec un résumé qui a eu l'honneur d'être imprimé dans ses Bulletins.

Maintenant j'envoie en hommage à la Société un recueil d'observations de galvano-caustique chimique, qui vient de paraître dans les *Annali Universali di Medicina*. Ce recueil se compose d'observations de grenouillette, de tumeur cancéreuse (observation de grand intérêt pratique), de rétrécissement d'urètre, de polype nasal, de tumeur érectile pulsatile. Quant au polype naso-pharyngien, le recueil ne renferme que l'observation présentée par M. Nélaton, à l'Académie des sciences, en 1864; parce qu'aucun cas de cette nature ne s'est présenté à ma pratique depuis 1856, époque à laquelle j'ai commencé à traiter des tumeurs et différentes maladies par l'action électro-chimique du courant. Cependant les observations recueillies, et en particulier celles qui se rapportent aux polypes des fosses nasales, sont en faveur de l'opinion de M. Dolbeau, et je crois que c'est à l'électro-chimie de faire disparaître de la pratique les opérations qui l'ont précédée dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

En effet, les guérisons déjà obtenues par l'illustre clinicien de Paris, confirmées depuis longtemps dans une maladie dont la récidive est si facile, sont encourageantes ; il ne manque que des observations nombreuses pour assurer que la guérison qu'on obtient par son emploi est radicale.

Sous ce point de vue, les deux observations de mon recueil, relatives au polype nasal, ne sont pas dépourvues d'intérêt.

Dans un cas, le polype occupait la fosse nasale dans toute son étendue, déplaçant la cloison et l'os du nez correspondant; il a été détruit en neuf séances par la galvano-caustique alcaline, je veux dire par l'introduction dans sa masse d'une seule aiguille communiquant avec le pôle négatif (Obs. XII).

L'autre cas (Obs. XIII) regarde un enfant de vingt-deux mois, dont le polype, après avoir rempli la fosse nasale et avoir déplacé l'os du nez correspondant, se fit jour à la région lacrymale, et grossit au point de chasser le globe oculaire hors de l'orbite. C'est sur la tumeur orbitaire que la galvano-caustique a été appliquée, en ayant soin d'enfoncer les aiguilles à travers la perforation de l'unguis qui avait livré passage au polype. Cinq séances suffirent pour débarrasser le petit malade de la cruelle maladie. La tumeur orbitaire détruite, l'œil reprit sa place, la cavité nasale devint libre, et l'ouverture de l'unguis se ferma.

Mais, chose remarquable sur laquelle je rappelle votre attention, honorables Messieurs, les restes de la tumeur qui existaient encore après la chute des eschares, sans apparence de mortification, disparurent spontanément. Une de ces guérisons date de six mois, l'autre de cinq, constatées par des examens successifs.

Ce fait, qui pourrait inspirer des doutes, et qui d'abord est surprenant, est peut-être confirmé par les observations mêmes rapportées par M. Dolbeau, empruntées à la pratique de M. Nélaton ; car je suppose que l'illustre professeur n'aura pas attaqué la racine des tumeurs, mais qu'il aura implanté les aiguilles dans leur masse.

Bien que surprenant, cependant il me semble que le phénomène peut trouver une explication facile, en considérant que l'action du courant ne peut pas manquer tandis qu'on cherche ses effets chimiques, qu'on s'en est servi pour résoudre les engorgements chroniques des glandes cervicales ; qu'elle déploie toute sa force lorsque le courant est transmis à l'aide de l'acupuncture, comme dans les cas dont il est question.

En me tenant à des observations répétées, je puis affirmer que la diminution des tissus pathologiques traités par la galvano-caustique chimique, n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée ; elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des eschares ; je puis affirmer aussi que le tissu pathologique, débarrassé des eschares, occupe la place de celles-ci, au lieu de présenter une cavité, comme après la chute des eschares faites

par les caustiques chimiques ; la masse du tissu pathologique, qui semble avoir acquis une contractilité particulière, revient sur elle-même d'une manière sensible et extraordinaire.

C'est aux observations cliniques nombreuses de confirmer ces faits qui promettent d'apporter à la pratique chirurgicale de grands avantages. La Société de chirurgie est appelée à en apprécier au juste la valeur.

COMMUNICATIONS.

M. SERRES (d'Alais), membre correspondant, fait à la Société diverses communications sur les sujets suivants :

Fistules pharyngiennes bilatérales. — La rareté de ces fistules congéniales m'engage à porter à votre connaissance trois cas observés dans ma pratique.

Le premier sujet offert à mon examen était une jeune fille d'une dizaine d'années. Elle avait sur les parties latérales du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, sur le bord antérieur du muscle cléido-mastoïdien, à droite et à gauche une très-petite ouverture fistuleuse, depuis sa naissance, ayant la dimension de points lacrymaux, avec un léger enfoncement infundibuliforme.

Par cette ouverture sortait un liquide filant, clair comme de la salive.

Un petit stylet pénétrait facilement dans ces deux fistules, mais n'arrivait jamais dans le pharynx ; — mais une injection colorée pénétrait dans l'arrière-gorge, au-dessous des amygdales.

Cette infirmité fut guérie par les injections do teinture d'iode pure.

Deux autres sujets atteints de la même maladie, mais beaucoup plus jeunes, ont paru à ma consultation et n'y sont plus revenus.

Traitement des ophthalmies dites catarrhales et des ophthalmies scrofuleuses, ulcéreuses, réticuleuses. — Quelque soit le caractère de ces ophthalmies, pourvu qu'elles n'aient pas une origine traumatique, elles guérissent toutes à peu près et fort rapidement par le badigeonnage extérieur des paupières légèrement closes, avec un pinceau trempé dans l'eau pure, passé et repassé plusieurs fois dans l'azotate d'argent ou bien trempé dans une solution titrée à 60 centigrammes pour 40 grammes, ou bien encore par l'application d'un morceau de linge recouvert d'une couche de pommade faite avec 60 centigrammes du même sel et 40 grammes d'axonge qu'on laisse séjourner huit à dix minutes sur les paupières fermées.

Si la peau devient noirâtre à la suite de ce pansement, les paupières tuméfiées s'affaissent, se rident, s'ouvrent, la photophobie disparaît; l'œil supporte la clarté du jour; cette amélioration se manifeste en sept ou huit heures, avec un changement accentué dans la couleur conjonctivale.

L'ophthalmie catarrhale, souvent fort rebelle, guérit en deux ou trois pansements.

Quant aux ophthalmies ou conjonctivites vésiculeuses, ulcéreuses, il faut renouveler ces pansements une fois par jour, le matin ou le soir, pendant une quinzaine de jours au plus, pour assurer la guérison.

Si on les suspend trop tôt, l'inflammation strumeuse reparaît avec une sorte de fureur, le gonflement de la conjonctive est extrême, l'écoulement abondant, les granulations vésiculeuses se dessinent dès que les paupières ont repris leur couleur normale. Mais dans les quelques heures qui suivent le nouveau badigeonnage, si la peau est bien noircie, tout rentre dans l'ordre et s'y maintient sous l'influence de cette coloration.

Il n'est pas utile que le remède azotique argenté pénètre dans l'œil, mais il faut qu'il affleure la zone ciliaire de chaque paupière.

Des expériences nombreuses et comparées démontrent l'inefficacité douloureuse de l'introduction du caustique au contact conjonctival, et la puissante action thérapeutique du badigeonnage noircissant sans surexciter la sensibilité.

L'état de la peau des paupières, souvent recouverte de vésicules simples ou ulcérées, de croûtes eczémateuses, contre-indique momentanément l'emploi de notre médication. On diminue ces complications avec les bains sulfureux ou les bains de sublimé, à la dose de 6 ou 8 grammes, en ayant la précaution de laver les deux yeux et la figure tout le temps de l'immersion avec un linge trempé dans l'eau du bain lui-même; puis on revient au badigeonnage, si l'inflammation conjonctivale ou cornéenne survit à celle de la peau.

La rapidité et la constance des résultats obtenus par la formule du badigeonnage noircissant mettent en évidence et hors de doute les rapports immédiats de l'effet à la véritable cause.

Granulations du cartilage tarse supérieur, entretenant les kératites et altérant la transparence de la cornée, traitées avec succès par l'acide chromique mono-hydraté. — Ces granulations, dures, saillantes, acquièrent souvent et dépassent même le volume d'une grosse tête d'épingle : elles sont séparées par des sillons profonds; elles sont très-réfractaires aux caustiques généralement employés et aux modificateurs plus doux, tels que l'acétate de plomb, etc., qu'on leur appose avec tant de persévérance.

Complétement édifié sur la lenteur de ces remèdes ou leur inutilité, j'ai dû tenter la lotion partielle du cartilage dans sa partie la plus granulée. Cette opération, d'ailleurs fort simple, a été pratiquée plusieurs fois avec l'assurance d'avoir sauvé des yeux gravement compromis.

Quand j'ai eu connaissance des résultats obtenus en Belgique par l'usage de l'acide chromique, j'ai dû aussi tenter cette voie nouvelle de guérison.

Les premiers essais faits avec l'acide chromique tout à fait liquide ayant été nuls, j'en ai entrepris d'autres avec l'acide chromique cristallin à l'état pâteux ou mono-hydraté. Les succès ont été complets, saisissants.

Un petit fragment, gros comme une lentille, est déposé sur du verre, au contact de l'air ; il tombe en déliquium.

Un corps long et arrondi à son extrémité principale est légèrement mouillé ; on le passe sur les granulations du cartilage tarse, préalablement renversé et abaissé de façon à protéger l'œil ; puis, avec un linge fin, on essuie de manière à enlever l'excès d'acide et empêcher que la moindre particule de celui-ci soit mise en contact avec la conjonctive oculaire recouverte ; après une minute d'exposition à l'air, les granulations ayant toutes un aspect jaunâtre, desséché, on explore la surface malade pour s'assurer s'il y a lieu de passer l'acide sur des points échappés à la première application. Quand le second badigeonnage complémentaire est terminé, un pinceau trempé dans l'eau fraîche est passé sur le cartilage pour enlever l'acide non combiné avec la végétation ; le pansement est fait.

Il suffit de deux à huit pansements, à cinq jours d'intervalle, pour guérir cette maladie, sans laisser les traces de tissus inodulaires que déterminent, sur la conjonctive tarsienne, les agents de cautérisation habituellement employés, et pour rendre à la cornée toute sa transparence.

La douleur provoquée par l'application est à peu près nulle ; les malades peuvent reprendre immédiatement après leurs occupations accoutumées.

On peut rigoureusement mettre hors de cause l'action caustique du remède, si l'on veut se rendre compte du mode d'effet de l'acide chromique contre les granulations d'apparences variqueuses. La combinaison chimique est trop limitée pour expliquer la guérison par ces destructions successives si peu proportionnées avec la grandeur des effets thérapeutiques.

Ophthalmie purulente. — Si l'on examine attentivement un œil atteint d'ophthalmie purulente, on remarque en général que chaque quart d'heure le pus infecteur et corrodeur s'accumule entre le globe oculaire et les paupières agglutinées, qu'il jaillit avec une certaine force dès qu'on lui ouvre une issue en les séparant.

Partant de ce fait important, il faut, pendant trois jours consécutivement, tous les quarts d'heure pendant le jour, toutes les demi-heures pendant la nuit, ouvrir les paupières et enlever le pus formé soit avec un pinceau trempé dans l'eau tiède, légèrement miellée et vinaigrée, soit avec une seringue chargée du même liquide.

J'affirme que ce traitement, si souvent employé dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, m'a rendu et me rend chaque jour les services les plus signalés et les plus constants, lorsqu'il est suivi avec une religieuse exactitude au moment nécessaire.

Mais pour obtenir la ponctuelle observation du traitement, il faut donner à ces prescriptions une sanction morale énergique, en déclarant à la mère qu'on la rend responsable de la guérison ou de la perte des yeux de son enfant.

Le troisième jour, le danger est conjuré et la mère, charmée d'avoir pleinement réussi, oublie ses insomnies, les peines passées, sans rancune pour la rigueur des prescriptions d'ailleurs si en rapport avec les chances à courir.

C'est ici le cas de rappeler les effets du badigeonnage noircissant pour arrêter de bonne heure les ophthalmies catarrhales des jeunes enfants et même des adultes, car ces affections sécrétantes légères sont parfois des signes prémoniteurs trop souvent méconnus.

Chemosis. — Quand d'une manière toute exceptionnelle le chemosis prend dans cette maladie une prédominance marquée sur la purulence, comme dans toutes autres inflammations oculaires, il est urgent d'inciser la cornée et la sclérotique, pour faire cesser l'étranglement qui étouffe la cornée et la mortifie ; une longue expérience m'a démontré la prééminence de ces moyens sur tous les autres ; la nature elle-même nous montre souvent cette voie libératrice d'un essai de pression en ouvrant (trop tard souvent) elle-même la cornée par une perforation ulcéreuse.

Par décret en date du 30 décembre 1865, ont été compris, à compter du 1er janvier 1866, dans la première formation du cadre des médecins et des pharmaciens en chef de la marine, d'après leur ancienneté respective dans le grade dont ils sont actuellement pourvus :

Dans le grade de médecin en chef : MM. Quesnel, Saint-Pair, Dufour, Delioux de Savignac, Duval, Collas, Rochard, Fonssagrives, Walther, Arlaud, Jossic, Barrallier, Beau, Marroin, Drouet, Beaujean, Moufflet, Sénard, Riou Kerangal.

Dans le grade de pharmacien en chef : MM. Vincent, Roux, Fontaine, Jouvin.

— Par décret en date du 17 janvier 1866, M. Vincent, pharmacien en chef, a été promu au grade d'inspecteur adjoint dans le corps de santé de la marine.

Le Directeur, Dr E. Le Soupr.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JANVIER 1866.

DES MOYENS PROPRES A ALIMENTER LES PHTHISIQUES.

I.

J'ai eu bien des fois sous les yeux le spectacle offert par des sujets tuberculeux depuis longtemps aux prises avec leur maladie, la maintenant immobile ou la forçant même de rétrograder, grâce à un fond d'énergie vitale que soutenait, chez eux, la possibilité de l'alimentation. Je ne citerai qu'un seul exemple de ces luttes opiniâtres ; je le crois intéressant dans plusieurs de ses parties.

M. G..., qui atteint aujourd'hui sa quarante-deuxième année, est né d'une mère phthisique ; quatre sœurs plus jeunes que lui, ont succombé à la tuberculose pulmonaire. A l'âge de dix-neuf ans, M. G..., qui se faisait déjà remarquer par une stature et une constitution vraiment colossales, eut une première hémoptysie, qui fut attribuée à une contusion du thorax frappé par un brancard de voiture.

Sept ans plus tard, de nouveaux crachements de sang survinrent pendant une partie de chasse, mais cette fois, sans cause équivoque. L'auscultation du malade permit, en effet, de reconnaître plusieurs groupes de tubercules espacés dans le lobe supérieur du poumon gauche. Cette première poussée aboutit rapidement à la formation d'une caverne de médiocre ampleur. Depuis lors, c'est-à-dire depuis seize ans, M. G... vit dans les conditions suivantes: au printemps, évolution, ramollissement et évacuation avec ou sans hémoptysie, d'un certain nombre de tubercules invariablement fournis par le poumon gauche ; en été, rémission notable dans les phénomènes d'irritation pulmonaire, vaste éruption de taches hépatiques ; l'automne ramène, à sa suite, la diarrhée, les sueurs nocturnes, des sécrétions bronchiques excessivement abondantes et des douleurs articulaires souvent fort vives : avec l'hiver reviennent la toux sèche à peu près continue, les accès de fièvre hectique, des palpitations et une dyspnée qu'augmente le plus léger effort de locomotion.

Le testicule droit, devenu tuberculeux depuis un an environ, est parfois le siége de souffrances intolérables.

Ces troubles généraux, accidentels ou périodiques, sont traversés, mais sans arrêt dans leur marche, par une complication fort singulière. Chaque mois se partage, pour M. G..., en trois phases d'une durée à peu près égale. Ainsi, pendant huit ou dix jours, le sujet, complétement privé de sommeil, s'agite, parle sans cesse, ne demande ou n'écoute aucune réplique ; à cette agitation succède une décade de torpeur et de somnolence continuelles, une sorte d'*hibernation*, à l'expiration de laquelle M. G... rentre dans la période de calme et de régularité fonctionnelle.

A ce formidable ensemble de causes de destruction, M. G... oppose une résistance qui tantôt fléchit, tantôt se relève, suivant les fluctuations que subissent son appétit et ses aptitudes digestives.

Il m'en coûte de prévoir pour ce conflit un dénoûment funeste, mais je ne crois pas ce dénoûment prochain, car le malade conserve encore assez de vigueur pour ne pas céder immédiatement aux attaques qui se multiplient contre lui avec tant d'obstination.

La phthisie pulmonaire est, par elle-même, une cause bien suffisante de dépérissement, mais la ruine est à peu près certaine pour les tuberculeux, quand ils sont en même temps abattus par la fièvre, spoliés par l'abondance ou la continuité des hémoptysies, de l'expectoration, de la diarrhée et de la suppuration ; nulle chance de salut pour ceux qui sont en outre délaissés par l'appétit. L'organisme, qui conserve la faculté de se régénérer par l'alimentation, peut, en effet, avec des chances diverses de durée, résister aux affections générales ou diathésiques, à moins qu'un accident collatéral ne vienne l'obliger à fléchir. N'est-ce point par un régime approprié que l'on parvient à prévenir et à corriger la pourriture d'hôpital chez les blessés, à soutenir et à prolonger la vie, quand elle s'épuise par de continuelles déperditions morbides? Ces procédés sont de règle générale en thérapeutique ; mais ce qui en rend l'application souvent difficile pour les phthisiques, c'est l'inappétence ou la dyspepsie qui les consume et nous embarrasse.

L'anorexie chez les tuberculeux a ses nuances et ses causes : il faut savoir tenir compte des unes et des autres afin de ne risquer ni violence, ni témérité regrettables dans nos tentatives d'alimentation. Il faut de même se garder de confondre l'inappétence avec la dyspepsie, deux phénomènes qui dénotent des troubles d'espèce différente dans les fonctions de l'appareil digestif.

L'anorexie, dans la tuberculisation, varie depuis la simple indifférence jusqu'au dégoût complet pour toute sorte de nourriture. Lorsque les malades, d'après les conseils du médecin, consentent et réussissent à surmonter leur dégoût et à ingérer une certaine quantité d'aliments, ceux-ci sont fréquemment rejetés, et si l'estomac les conserve, il ne les digère que très-laborieusement.

En principe, toute affection morbide aiguë fébrile, générale ou bien limitée à un seul organe, peut déterminer l'inappétence ; mais dans les maladies chroniques qui n'ont point pour siége l'estomac ou ses annexes, l'appétit s'altère moins communément. Que dans l'une de ses périodes, la phthisie s'accompagne d'un mouvement fébrile considérable, la faim cesse habituellement de se faire sentir ; il est rare aussi qu'elle se conserve après une attaque d'hémoptysie.

L'anorexie est à peu près constante parmi les tuberculeux dont la muqueuse gastrique est altérée par l'inflammation, le ramollissement, l'ulcération, l'épaississement, l'état mamelonné ou l'amincissement de son tissu. Lorsque ces lésions anatomiques envahissent le grand cul-de-sac de l'estomac seulement, l'appétit se soutient longtemps et ne diminue que peu de jours avant la mort, c'est-à-dire que les choses se passent comme dans les cas où l'estomac est resté à l'abri de toute altération.

Tandis que l'anorexie précède quelquefois de loin la tuberculisation pulmonaire, l'appétit peut se conserver intact avec des lésions graves de l'estomac, de même qu'il peut se perdre sans tuberculisation fibrile et sans lésions gastriques. (M. Louis.)

C'est en vertu d'une sorte d'anesthésie viscérale que l'appétit diminue ou disparaît chez les malades auxquels on prodigue les médicaments narcotiques, et l'on peut considérer aussi comme l'effet d'un engourdissement de la vitalité, l'anorexie qui s'observe chez les poitrinaires mélancoliques ou depuis longtemps condamnés à la séquestration dans un air confiné. J'ai vu bien souvent des soldats, déjà avancés dans la tuberculisation, entrer à l'hôpital en descendant la garde, ne plus manger qu'avec indifférence, quelques jours après avoir passé de l'air libre dans l'atmosphère des salles. Enfin, il arrive parfois que sans aucune modification nouvelle de leur état pathologique, certains phthisiques, qui depuis longtemps vivaient avec une extrême sobriété, sont repris tout à coup d'une faim avec laquelle ils déjeunent tout le temps qu'ils ne dînent pas. Cet appétit exagéré semble devoir être parfaitement compatible avec des désordres lamentables de l'appareil digestif.

En 1834, j'assistais Casimir Broussais dans l'autopsie d'un sujet qui avait succombé au dernier degré d'une phthisie consécutive à la rougeole. Cet homme était depuis quinze jours tourmenté par un appétit vorace qu'il ne contentait qu'au moyen d'un supplément de ration frauduleusement introduit à l'hôpital. Nous trouvâmes dans l'estomac, de la soupe, une portion de bœuf, des légumes, du pain, des œufs durs, des noix, du fromage et une demi-livre environ de galette, le tout à peine mâché et facilement reconnaissable. La muqueuse gastro-intestinale était, dans toute son étendue, criblée d'ulcérations de dimensions variées. Le foie, d'un volume ordinaire, était passé à l'état graisseux. En somme, la face postérieure de l'estomac était le seul point de l'appareil digestif resté intact. La mort avait eu lieu par asphyxie.

L'anorexie, qu'éprouvent à divers degrés la plupart des tuberculeux, devient fréquemment un véritable souci pour le médecin, qui cherche et ne trouve pas toujours le moyen de ressusciter le goût des aliments. Et de la part du malade lui-même, que de préoccupations, de rêves fantastiques en fait de préparations culinaires, et combien peu se réalise l'espoir qui les avait conçus !

Quand un phthisique ne digère pas ou ne digère que difficilement les aliments qu'il a ingérés par complaisance ou à contre-cœur, c'est que chez lui il y a association de la dyspepsie à l'inappétence, deux états qui peuvent naître et coexister sous l'influence d'une même cause.

La digestion stomacale peut demeurer lente et incomplète chez les tuberculeux, alors même qu'ils conservent de l'appétit. Cette dyspepsie se sépare rarement des maladies aiguës ou chroniques qui envahissent l'estomac ; elle se manifeste quelquefois bien avant les symptômes caractéristiques de la lésion viscérale. Elle tourmente aussi les sujets qui souffrent de la poitrine, et elle les éprouve en vertu d'une certaine solidarité qui lie l'estomac à l'état des poumons. La dyspepsie peut encore être idiopathique et amenée par les causes générales qui surexcitent ou dépriment la sensibilité morale du sujet ; ou bien elle est produite par l'usage prolongé et abusif des boissons et des aliments surchargés de condiments très-sapides.

Enfin, il est une cause de dyspepsie que je veux élever au niveau d'importance qu'elle mérite, c'est l'état d'épuisement, je dirais presque de dessiccation de l'organisme chez quelques tuberculeux, qui ne permet plus à la muqueuse stomacale de fournir le contingent des sucs nécessaires à la chymification.

L'intestin répète toute la série des troubles fonctionnels et des lésions pathologiques dont l'estomac est susceptible, c'est-à-dire qu'il y a chez les phthisiques des inflammations, des ulcérations, des dyspepsies intestinales reconnaissables par la nature des matières évacuées.

La transformation graisseuse du foie a été observée par M. Louis, 40 fois sur 120 tuberculeux ; cette lésion, passablement obscure pendant la vie, n'entrave pas absolument la digestion, mais elle nuit à la nutrition, et c'est à elle qu'il faut s'en prendre quelquefois du dépérissement progressif des sujets.

J'ai rappelé tout à l'heure que les médecins les mieux avisés ne réussissent pas toujours à triompher de l'inappétence et de la dyspepsie si fréquentes chez les poitrinaires. C'est en vain qu'ils s'y prennent par la douceur, qu'ils traitent à l'amiable ; ils échouent. De dépit, ils recourent alors volontiers aux excitants ; ils espèrent, en stimulant la muqueuse et les nerfs gastriques, imposer aux organes le travail qu'ils refusent. Cette médication possible, dans quelques cas exceptionnels, ne saurait, sans de funestes conséquences, être érigée en méthode générale. Quand j'entends M. Rufz et après lui M. Fuster, recommander aux phthisiques de faire bonne chère, de s'abreuver de rhum, de cognac, etc., je me demande sous quel prétexte des praticiens aussi distingués ont pu formuler un semblable conseil.

On ne fait pas de la thérapeutique avec les seules inspirations d'un cœur chaud pour l'humanité, il faut encore de la prudence et du discernement. De ce qu'un régime excitant peut être impunément essayé pour amorcer l'organe du goût et rehausser les forces digestives dans les cas de phthisie latente ou torpide, s'ensuit-il que ce même régime convient également à toutes les espèces de tuberculisations? Il peut réussir d'abord en apparence, mais il finit par allumer ou entretenir la fièvre ; et, si la gastrite ne préexiste pas chez le malade, du moins se déclare-t-elle dès qu'un excitant est inopportunément introduit dans l'estomac. (Andral.)

Stimuler un organe, n'équivaut pas toujours à le régénérer ; on lui redonne une énergie factice et de courte durée, mais rien de plus. Si je ne craignais de faire descendre la comparaison de trop haut, je dirais que ce procédé ressemble beaucoup aux manœuvres artificieuses des maquignons. Cependant, il y a en faveur des partisans de l'alcool et des épices une circonstance tout à fait atténuante, c'est la difficulté de constater les lésions présentes de l'estomac et de pressentir l'intolérance de cet organe, car souvent la langue ne dit rien de précis relativement à ces désordres. De sorte qu'une première tentative de stimulation peut bien s'excuser, mais si elle donne lieu à des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques, etc., il ne doit plus être permis de la renouveler.

M. Louis, partant de ce principe que la faiblesse hâte le développement de la phthisie, s'est appliqué à formuler des règles magistrales sur les moyens de vaincre la torpeur de l'appareil digestif chez les tuberculeux. Il a établi, à cet égard, de rigoureuses distinctions ; malgré que son programme soit un modèle de sagacité, l'auteur avoue lui-même qu'il en a obtenu peu de succès d'alimentation. Pour moi, la question en est encore à son commencement ; c'est pourquoi je pense qu'il peut y avoir profit à en poursuivre l'étude. CHAMPOUILLON.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN.

Leçons sur les fractures en V et leurs complications,

Recueillies et publiées par M. E. NICAISE, interne du service (1).

Je ne reviendrai pas sur l'influence de l'âge qui tend à remplacer les fissures par des fractures complètes.

La douleur est une complication fréquente, cela s'explique, soit par la difficulté de la réduction et même l'irréductibilité des fragments, soit par l'embrochement de la peau, comme vous avez pu le voir sur notre malade du n° 12, atteint d'une fracture en V du tibia, sans plaie, et chez lequel une dente-

(1) Fin. — Voir le numéro jeudi 25 janvier.

lure du V supérieur a pénétré dans la face profonde du derme.

La cause la plus fréquente de la douleur est l'inflammation lente qui se montre dans le fragment inférieur, et est due à l'écrasement du tissu spongieux et aux fissures. Quand ces dernières vont jusqu'à l'articulation, alors la périostite, l'ostéité, l'ostéomyélite, s'accompagnent d'une arthrite subaiguë.

Outre la douleur, on peut encore observer un retard dans la consolidation ; cette complication existe chez le n° 12 de la salle Saint-Louis, dont je viens déjà de vous parler. La fracture remonte à plus de deux mois et demi, et cependant la consolidation n'est pas complète, malgré l'application de l'appareil à attelles plâtrées, laissé deux mois en place. Le malade éprouve de la douleur, il y a du gonflement, en un mot, une légère ostéomyélite est venue compliquer la fracture.

Dans une observation publiée par un chirurgien militaire (1), les douleurs ne cessèrent que sept mois et demi après l'accident.

Quelquefois, il y a irréductibilité, ce qui s'explique par la disposition des fragments, par la pression qu'ils ont exercée l'un sur l'autre, par la pénétration dont ils sont le siége, comme dans les fractures du radius. Vous avez un exemple de réduction incomplète et des déformations consécutives au n° 39 de la salle des hommes ; il a une fracture en V du tibia droit avec fracture du péroné un peu au-dessous, ce qui est rare ; la fracture fut produite par une cause directe. La réduction fut difficile, et il resta un peu de chevauchement des fragments, avec saillie de leurs extrémités et élargissement de la jambe. La consolidation est parfaite, nous sommes au cinquantième jour.

La fracture du péroné accompagne souvent la fracture en V du tibia, et très-fréquemment elle siége beaucoup plus haut que cette dernière ; il est rare qu'elle ait lieu à la même hauteur. J'accorderais volontiers une certaine importance à cette fracture du péroné ; ces saillies considérables du fragment supérieur du tibia, si difficiles à maintenir, qu'il y ait plaie ou non, me paraissent tenir aux cas où le péroné est fracturé à sa partie supérieure. Les deux os étant fracturés au même niveau, le péroné logé au milieu des muscles, parallèle au tibia, peut retenir le fragment supérieur en l'empêchant de se porter en avant et en dedans. Le tibia, pour exécuter ce mouvement, devrait entraîner le péroné et ses masses musculaires ; au contraire, si ce dernier est fracturé à sa partie supérieure, le tibia est libre, et il peut obéir à l'action du triceps crural, en même temps que l'action des muscles postérieurs de la jambe porte les fragments inférieurs en arrière, et exagère encore le déplacement. Du reste, d'autres observations et quelques expériences sont nécessaires pour affirmer cette opinion.

Je me rappelle avoir vu à Cochin un malade (2) qui avait le péroné fracturé à son quart supérieur, et chez lequel le fragment supérieur du tibia avait une tendance continuelle à se porter en avant.

Chez le malade que nous allons opérer, vous avez dû remarquer le déplacement considérable du fragment supérieur que l'on ne peut maintenir ; là aussi, le péroné est fracturé à sa partie supérieure.

Peut-être les déchirures des insertions musculaires de l'extrémité du fragment supérieur du tibia, qui devient alors complétement libre, favorisent-elles le déplacement en avant.

Rarement, quand il n'y a pas de plaie, on observe les complications graves d'infection putride, d'ostéomyélite suppurée. Cependant j'ai observé à Cochin un malade qui avait une fracture du tibia sans plaie, et qui est mort le trentième jour de sa fracture, à la suite d'une fièvre grave et d'un érysipèle léger. A l'autopsie, nous avons constaté une fracture en V avec fissures ; il y avait du pus entre les deux fragments et dans l'articulation tibio-tarsienne, rien dans les organes ; mais, je vous le répète, ces cas sont rares.

Il est assez fréquent de rencontrer une plaie communiquant avec le foyer de la fracture ; elle reconnaît pour cause, soit l'action directe d'un corps extérieur, soit la pression de dedans en dehors du fragment supérieur pointu. Si la cause fracturante continue d'agir, le tibia pourra être porté en dedans et en avant, surtout si le péroné est fracturé à sa partie supérieure. Il en résultera donc une plaie contuse à la partie inférieure et interne de la jambe ; ajoutons que la disposition en V facilite la pénétration dans les parties molles et la production d'une plaie extérieure. Si nous réunissons à ces lésions l'écrasement du tissu spongieux, la déchirure du tissu médullaire, les fissures ou les fractures secondaires, allant jusqu'à l'articulation, nous voyons de suite la porte d'entrée des complications graves ; nous avons une plaie permettant la communication de l'air extérieur avec le foyer de la fracture et l'articulation.

Je dois vous signaler ici, à propos de l'écrasement du tissu spongieux, une particularité que je rencontre sur notre malade ; chez lui, la substance médullaire est peu broyée, et sur sept ou huit cas de fractures semblables, dont j'ai observé les pièces pathologiques, c'est la première fois que je trouve la moelle si peu déchirée. Si le fragment supérieur n'a pas agi davantage sur l'inférieur, cela tient au hasard de l'accident et à l'interposition entre les deux fragments d'une portion du muscle jambier antérieur.

M. Velpeau a vu un cas semblable ; dans une fracture de la

(1) *Revue médicale*, 1864. Docteur Mouchet, p. 464.
(2) Bourcy. Thèse, 1855.

clavicule, il y avait, entre les fragments, interposition du muscle sous-clavier.

Cette disposition est difficile à reconnaître ; elle diminue l'attrition de la moelle, mais la déchirure inévitable du muscle est encore une condition défavorable.

Une des principales complications est l'arthrite suppurée ; elle est fréquente et on lui a fait jouer le principal rôle, dans la gravité de ces fractures. M. Bérenger Féraud, dans un mémoire à l'Académie de médecine, puis dans sa thèse soutenue en 1864, dit que la mort est toujours la conséquence de l'arthrite traumatique. Pour moi, je n'attribue peut-être pas tant d'influence à la suppuration ; c'est un élément clinique de la plus haute importance et dont il faut se défier, mais je crois qu'une complication plus grave prime celle-ci, je veux parler de l'infection putride.

Les fractures de jambe, semblables à celle que porte notre malade, laissent craindre une fièvre traumatique grave et plus tard une infection purulente. La fièvre traumatique peut même rendre l'amputation impossible, car quelquefois il survient sur le membre une gangrène, dont la marche envahissante empêche l'action du chirurgien et entraîne le malade ; en même temps, on voit quelquefois les tissus s'infiltrer de gaz. La mort est due alors à ce que j'appelle l'infection putride des premiers jours.

Cette infection a pour cause la résorption de matières putrides dans les premiers jours qui suivent l'accident. Étant à l'hôpital Cochin, j'ai fait, sur des chiens, des expériences dont les résultats n'ont jamais été publiés. Je prenais des matières provenant des grandes plaies contuses et je les transportais dans le tissu cellulaire sous-cutané ; le plus souvent les animaux guérissaient. Si, au contraire, j'introduisais dans le tissu cellulaire des matières provenant du foyer des fractures compliquées ou de caries, de nécroses, d'abcès par congestion, provenant en un mot d'altérations osseuses, alors la mort était la terminaison fatale. A l'autopsie, on ne trouvait rien dans les organes, ni phlébite, ni abcès métastatiques, enfin aucune des lésions qui caractérisent l'infection purulente. Il y avait donc eu résorption de substances putrides, septicémie, et les os surtout paraissaient fournir ces substances putrides.

Billroth (1) a fait des expériences semblables sur des chiens, également en injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané des liquides ichoreux ou du pus ; il a constaté aussi l'existence d'une fièvre traumatique violente et des signes de septicémie.

Dans les autopsies, il trouva de la congestion pulmonaire, de l'hypérémie marbrée de la rate, mais sans infractus hémorragiques le plus souvent.

Billroth admet que la pénétration dans le sang de substances putrides peut amener une fièvre traumatique grave ; il va plus loin encore en disant que ces substances sont absorbées par les lymphatiques qui les versent dans le sang, et il ajoute que, comme les muqueuses, le néoplasme inflammatoire, pour me servir de son expression, oppose une barrière très-solide à la pénétration des substances putrides. L'auteur laisse un peu de côté l'étude de l'origine de ces substances.

Les grandes plaies contuses des parties molles sont rarement suivies d'accidents graves, quand les os ne sont pas atteints ; les malades échappent souvent à la fièvre traumatique, à l'infection purulente. Si, au contraire, il y a des lésions osseuses, l'on a à craindre la fièvre traumatique, et plus tard, l'infection purulente peut venir compliquer leur état.

J'attache donc aux lésions osseuses, dans le cas de fracture avec plaie, beaucoup de gravité, et je crois que dans ces cas, des éléments putrides sont fournis à l'absorption, mais d'où viennent-ils ? Ce n'est pas le parenchyme de l'os, avec ses matériaux inorganiques, qui peut fournir ces éléments. Ce n'est pas le sang, car il les produirait aussi bien dans les autres plaies, et nous avons vu que l'infection putride était surtout fréquente dans les plaies des os.

Il ne reste donc que la substance médullaire capable de donner lieu à cette putridité, elle fournit des matériaux organiques putrides qui amènent l'intoxication. Cette infection a lieu quand le tissu spongieux est en communication avec l'air, elle est favorisée par la dilacération des tissus spongieux et médullaires. Il y a dans ces cas une ostéomyélite plus ou moins prononcée, quelquefois les accidents sont si rapides que l'on trouve à peine du pus dans le tissu médullaire, et jamais l'on ne constate les lésions de l'infection purulente. On ne peut donc confondre l'infection dont je parle avec l'infection purulente. Cette dernière peut survenir à une époque plus éloignée de l'accident et même elle est très-fréquente dans l'ostéomyélite suppurée. Je suis, sur ce point, d'accord avec Blandin, qui établit une relation entre l'ostéomyélite et l'infection purulente ; il admet aussi que dans le tissu médullaire, si spécial, il peut se développer un principe virulent.

M. Tharsile Valette (2), dans un mémoire sur l'ostéomyélite des amputés, cherche à différencier l'ostéomyélite proprement dite de l'infection purulente ; la mort, dit-il, peut, dans l'ostéomyélite, survenir en trois ou quatre jours. J'adopte la distinction qu'il établit, mais au lieu d'attribuer le principal rôle à l'ostéomyélite, je l'attribuerai à l'infection putride.

Ce principe virulent du tissu médullaire, admis par Blandin et par moi, a été l'occasion de recherches de la part de Klose (3) de Breslau. Pour cet auteur, dans les fractures avec plaie, les liquides extravasés se mêlent à l'oléine qui domine dans la

(1) *Arch. de méd.*, 1865, novembre, décembre.
(2) *Bull. de la Soc. chir.*, 1855, p. 290.
(3) *Gaz. hebdom.*, 1856, p. 245.

graisse du tissu spongieux. Sous l'influence de l'air et d'une certaine température, il y a production d'un acide gras, lequel, par son mélange avec les produits épanchés, donne naissance à un composé toxique ; il y a absorption et décomposition rapide du sang. Si l'acide gras se mélange avec des liquides transformés en pus, il peut en résulter la pyoémie, qui survient plus tard que la septicémie.

Comme on le voit, plusieurs auteurs ont une certaine tendance à attribuer au tissu médullaire, dans les fractures compliquées de plaies, une action spéciale sur le développement d'une sorte de septicémie. Dire au juste quel est le produit putride et expliquer sa formation, c'est difficile ; mais il n'en reste pas moins ce fait de l'influence spéciale de l'irritation du tissu médullaire par l'écrasement et la dilacération qu'il subit, et par l'exposition à l'air.

Je ne m'arrêterai pas sur les complications tardives, le phlegmon, l'infection purulente, la fièvre érysipélateuse, etc., elles aggravent toujours beaucoup le pronostic.

Dans les fractures en V, le pronostic varie donc considérablement selon les cas. Quand il n'y a pas de plaie, il est peu grave ; mais la fracture articulaire peut amener une arthrite prolongée et retarder la guérison ; une ostéomyélite subaiguë peut avoir le même résultat. Dans des cas exceptionnels, on pourrait peut-être rencontrer les signes d'une infection grave.

Il faut donc se borner à maintenir le malade dans un appareil convenable, amener l'immobilité des fragments ; pour cela, l'appareil à attelles plâtrées remplit toutes les conditions. Il laisse à découvert la partie antérieure du membre, ce qui permet d'agir selon les cas, soit d'appliquer des émollients pour combattre l'inflammation, soit d'exercer une compression sur le fragment supérieur, quand il se porte en avant. En outre, il faut avoir soin de placer le malade dans un endroit bien aéré et exposé à la lumière du soleil ; ce petit point de détail a une certaine importance, dans ces cas où souvent la consolidation est lente.

On observe quelquefois une plaie extrêmement petite, semblable à une piqûre, et qui est produite de dedans en dehors par la pointe du V. Cette petite plaie donne passage à une quantité parfois considérable d'un liquide noirâtre, sanguinolent ; elle établit une communication entre l'air et le foyer de la fracture et peut amener les complications graves, l'infection putride et la suppuration ; heureusement elle est susceptible de guérir assez facilement. Il suffit, pour obtenir ce résultat, d'appliquer sur la plaie une couche bien faite de bandelettes collodionnées ; ce pansement par occlusion, laissé en place aussi longtemps que possible, permet à la plaie de se réunir par première intention ou par un mode intermédiaire à la réunion par première intention et à celle par seconde intention. Ce mode de réunion est assez analogue à celui qu'on observe dans les plaies du cuir chevelu, pansées avec de l'alcool plus ou moins étendu ; ceci fera du reste l'objet d'une autre clinique.

S'il y a plaie et surtout plaie un peu étendue, écrasement de la moelle, éclatement du fragment inférieur, délabrement des parties molles, comme cela arrive fréquemment dans cette variété de fracture, il faut le plus souvent recourir à l'amputation du membre ; on devra agir avec une grande réserve et baser sa décision sur l'état des parties molles, l'étendue de la plaie, celle des surfaces osseuses en contact avec l'air (étendue plus grande dans les fractures comminutives, absorption plus facile et conséquences plus graves), sur le plus ou moins d'écrasement de la moelle, sur la fracture articulaire, etc. Si le malade ne veut pas se laisser opérer ou si les indications ne sont pas très-sérieuses, je conseillerais l'irrigation continue ou un pansement bien fait avec l'alcool étendu de trois fois son poids d'eau.

J'insiste sur ce point, parce qu'on m'a fait dire qu'il fallait en général pratiquer l'amputation pour les fractures en V. J'ai toujours enseigné, au contraire, qu'il fallait la réserver exclusivement pour les cas de fractures compliquées de plaie étendue, et quand il y a en même temps d'autres lésions favorables à l'amputation. Dans nos salles, vous pouvez voir quatre ou cinq malades qui, avec des fractures en V, marchent vers la guérison, malgré de légères complications ; toutefois, je m'empresse de reconnaître que la consolidation est plus lente que dans les autres fractures.

Quant à notre dernier malade, nous trouvons chez lui une plaie contuse fort étendue des parties molles, un décollement des muscles remontant très-haut, une fracture en V qui certainement s'accompagne de fissures jusque dans l'articulation ; il y a en outre attrition de la substance médullaire, diminuée un peu, il est vrai, par l'interposition du muscle jambier antérieur. Le fragment supérieur du tibia est irréductible, et l'extrémité de ce fragment est privée de périoste ; l'état est donc très-grave, nous avons tout à craindre, et je n'hésite pas à pratiquer l'amputation, sans oser dans ce cas fonder sur elle de trop grandes espérances.

Si ce malade était à la campagne, peut-être conseillerais-je d'essayer de conserver le membre en faisant la résection des bouts fracturés, du supérieur surtout qui est dénudé ; mais, dans un hôpital, nous ne pouvons penser à ce moyen.

Nota. — Le malade a eu, après l'amputation, diverses complications qui ont rendu pendant quelques temps le pronostic douteux ; il a eu deux poussées érysipélateuses qui ont été suivies d'un large phlegmon de la cuisse, incisé en plusieurs endroits. L'état général s'est ensuite amélioré, toute trace d'accidents a disparu ; le malade est en pleine guérison, et son moignon marche vers la cicatrisation.

STOMATOSCOPIE.

Nous avons assisté, il y a quelques jours, à une expérience très-curieuse de stomatoscopie, dont M. Jules Bruck, dentiste à Breslau, a bien voulu nous rendre témoin. A l'aide d'un appareil particulier d'éclairage électrique, on peut voir par transparence et avec la plus grande netteté la couronne et les racines dentaires. Voici en quoi consiste cet appareil.

La source lumineuse du stomatoscope de M. Bruck, c'est la pile galvanocaustique à deux éléments du professeur Middeldorpff, aux fils conducteurs de laquelle se visse le manche de l'armature ou bougie électrique, laquelle consiste en un miroir concave en maillechort ou en argent, d'un demi-pouce de diamètre, représentant assez bien la forme d'un dé à coudre, et au foyer duquel se trouve adapté le fil de platine en spirale, mis en communication avec les fils conducteurs renfermés dans le manche. Le miroir est enveloppé d'une capsule en buis poli qui dépasse son rebord, afin d'empêcher que la chaleur rayonnante ne brûle les parties de la bouche avec lesquelles il doit être mis en contact.

Une plaque fermant la bouche fait de cette cavité une chambre obscure.

Diverses modifications dont il serait superflu de donner en ce moment les détails, permettent d'adapter facilement la partie éclairante de cet appareil aux diverses parties de la bouche, aux gencives, à la face interne des joues, au voile du palais, à l'isthme du gosier, et enfin au larynx lui-même, à l'aide du réflecteur laryngoscopique.

Nous avons pu voir ainsi avec la plus grande facilité ces diverses parties sur l'expérimentateur lui-même, qui a bien voulu se prêter à ce genre d'exploration. Toutes les parties cachées des dents, notamment leur couronne et leurs racines, sont vues par transparence, avec une netteté telle que la plus légère altération ne saurait échapper à cet examen.

Il y a là évidemment pour l'art dentaire une précieuse ressource de diagnostic qui ne peut manquer de concourir au perfectionnement de cette branche utile de la chirurgie.

SYPHILISATION.

Nos lecteurs n'ont point oublié que le professeur W. Boëck (de Christiania) a été appelé en Angleterre pour appliquer la syphilisation. M. Boëck a quitté Londres le 24 décembre, y laissant un service de syphilisation organisé, sous la direction de M. Lane, qui, témoin des résultats, s'est déclaré partisan de la méthode. Nous savons en outre que la syphilisation est pratiquée par le docteur Marney, à l'hôpital de Belfast (Irlande).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 17 janvier 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

DISCUSSION.

Ophthalmie purulente des nouveau-nés (1).

M. VELPEAU. Les moyens de traitement que vient de préconiser M. Serres, et les résultats qu'il en obtient sont trop en dehors de ce que nous voyons habituellement, pour que je ne croie pas nécessaire de demander à notre collègue des renseignements plus précis. L'ophthalmie scrofuleuse est pour moi une kératite avec ulcération. Cela paraît être dans la bouche de M. Serres une dénomination vague embrassant plusieurs espèces d'inflammations oculaires. Le badigeonnage au nitrate d'argent de la surface externe des paupières s'adresse-t-il plus particulièrement à l'une ou l'autre de ces lésions ou les guérit-il toutes?

M. SERRES. L'ophthalmie scrofuleuse est une affection complexe, elle tend à la chronicité, elle s'accompagne entre autres phénomènes persistants de photophobie, et l'on trouve, en ouvrant les paupières, des lésions variables. Quelles que soient ces lésions, le badigeonnage des paupières m'a donné de bons résultats. Je fais exception bien entendu pour les granulations, contre lesquelles j'ai mis en usage l'acide chromique.

M. LE FORT. Le nitrate d'argent agit-il chimiquement ou simplement en colorant en noir la surface externe des paupières?

M. SERRES. J'ai vu le nitrate d'argent appliqué directement sur la conjonctive ne pas agir. Je ne suis donc pas disposé à invoquer une action chimique d'ailleurs bien difficile à démontrer. Je ne puis cependant admettre que le noircissement des paupières explique l'action de la médication que je préconise. Rien n'est plus fâcheux que de soustraire du contact de la lumière les enfants atteints d'ophthalmies scrofuleuses. Il est d'ailleurs difficile de se rendre un compte exact de beaucoup d'autres médications.

M. LE FORT. Je dirai seulement, à propos de cette partie de la communication de M. Serres, que j'ai employé les badigeonnages avec la teinture d'iode et le collodion avec certains avantages, mais sans obtenir les succès dont nous parle notre honorable collègue. Ces moyens m'ont paru surtout utiles pour réprimer la vascularisation, souvent très-notable, des paupières dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Le collodion a encore l'avantage de favoriser leur renversement et de faciliter l'écoulement du pus. Mais à propos même de ces ophthalmies purulentes, je ne crois pas que l'on puisse laisser établir que la guérison est la conséquence nécessaire du traitement. J'ai fait laver les yeux chaque heure avec un collyre contenant de la teinture d'iode et de la glycérine, et j'ai vu cependant des cornées devenir blanchâtres, deux fois elles se sont perforées. J'ai vu aussi l'ophthalmie persister avec toute sa force après la perforation. Je m'éloignerais donc encore ici des idées professées par M. Serres, et n'oserais suivre son exemple en ponctionnant un œil atteint d'ophthalmie purulente. Pour juger une semblable méthode, il faudrait d'ailleurs une statistique bien complète.

M. FOLLIN. M. Serres m'a paru confondre les formes graves et légères des ophthalmies. La conjonctivite simple, dite catarrhale, guérit très-simplement par quelques lotions, des astringents, quelquefois spontanément. Quant à l'ophthalmie dite scrofuleuse, si bien étudiée par nous dans sa forme anatomique, c'est une kératite pustuleuse ou ulcéreuse. Les caustiques violents me paraissent condamnables; l'atropine, les lotions chaudes, le régime, le changement de climat, agissent efficacement. Le temps est souvent un indispensable auxiliaire; mais à une certaine période les révulsifs, en particulier les vésicatoires sur les paupières, préconisés par M. Velpeau, peuvent déterminer la guérison. Il y a donc, dans ces cas complexes, des indications variées à remplir, qui sont gouvernées et par l'espèce morbide, et par ses phases, et par l'état de santé du malade. Aussi ne puis-je m'empêcher de remarquer que le moyen préconisé par M. Serres répond à bien des indications et résout bien des difficultés. Je ne dirai rien de l'emploi de l'acide chromique, que je n'ai pas essayé contre les granulations palpébrales. Je reste, je l'avoue, un peu surpris de la rapidité si grande de la guérison, même avec un agent si énergique.

M. TRÉLAT. J'ai eu presque constamment à traiter des ophthalmies purulentes à la Maternité depuis deux ans. C'est après quelques tâtonnements que je suis arrivé à adopter une méthode uniforme de traitement. Je dois dire qu'après avoir essayé en particulier, et dans les meilleures conditions de bonne exécution, les lavages répétés simples, je suis resté convaincu qu'ils n'étaient suffisants que dans les cas très-simples. Pour peu que l'ophthalmie soit grave, il faut des collyres, et je suis arrivé à formuler des solutions beaucoup plus énergiques que celles que j'employais aux débuts; je n'ai qu'à m'en louer. Les lavages viennent admirablement en aide aux collyres. Mais il est certains cas où je suis obligé de scarifier les conjonctives. Enfin, je recours avec grand avantage au sulfate de cuivre à une période plus avancée, lorsque la maladie se prolonge. Il est des circonstances où même, avec cet appareil de moyens, l'on ne réussirait pas si l'on n'isolait pas les enfants. Les résultats que j'obtiens sont satisfaisants. J'ai perdu l'année dernière cinq ou six yeux; mais dans l'immense majorité des cas j'ai pu arriver sûrement à la guérison.

M. GUYON. J'ai eu à traiter, dans les hôpitaux de Villas et Cochin, un nombre assez grand d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés : chez un seul enfant un des yeux a été perdu. Le traitement que j'ai mis en usage est analogue à celui que préconise M. Trélat. Je crois seulement qu'il est plus utile de répéter les applications des collyres que d'en élever le titre. Aussi je ne dépasse jamais un gramme pour trente. Si l'ophthalmie est grave, trois applications sont régulièrement faites dans les vingt-quatre heures. Les irrigations et lavages, déjà préconisés par M. Chassaignac, sont indispensables dans tous les cas, et peuvent suffire pour les ophthalmies catarrhales. Les scarifications rendent de véritables services dans les cas de vascularisation auxquels faisait allusion M. Le Fort; mais leur usage est assez limité.

M. DEPAUL. La marche de cette discussion m'amène aussi à dire ce que j'ai fait à l'hôpital des Enfants Assistés, et depuis trente ans à la clinique d'accouchement. M. P. Dubois affirmait qu'il est infiniment rare qu'un enfant perdît les yeux lorsqu'il était soigné d'une manière convenable. Je puis soutenir la réalité de son dire. Et cependant le traitement que préconisait M. P. Dubois, le seul auquel j'aie recours, est bien simple. Mais il faut qu'il soit exécuté par une personne dévouée, avec le soin le plus minutieux. Je me garde bien, toutefois, de faire réveiller les enfants toutes les demi-heures, comme le veut M. Serres : c'est une torture inutile. Je fais pratiquer les lavages avec une petite seringue; il est facile, avec quelque attention, de parfaitement balayer le pus sécrété par les conjonctives. Deux ou trois fois par vingt-quatre heures sont introduites quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent, contenant 5 ou 10 centigrammes de sel pour 20 grammes d'eau. Je mets, bien entendu, à part les enfants assistés et ceux qui sont pris au milieu de ces épidémies d'ophthalmies qui précèdent ordinairement les épidémies puerpérales; mais, en dehors de ces conditions spéciales, le traitement que je viens d'indiquer guérit sûrement lorsqu'il est bien appliqué. Le secret de la guérison est surtout dans les soins minutieux.

M. TARNIER. Je suis de l'avis de M. Depaul sur la rareté de la perte des yeux bien soignés. Mais je crois devoir faire une petite rectification à propos de la pratique attribuée à M. Dubois. J'ai eu l'honneur d'être pendant deux années son chef de clinique et j'ai toujours vu mettre en usage dans son service trois collyres désignés sous ces titres : de faible, moyen et fort. Le premier contenait un gramme sur soixante, le second deux sur soixante, et le collyre fort quatre sur soixante.

M. DEPAUL. A l'époque dont nous parle M. Tarnier, M. Dubois, dont la santé était altérée, se faisait souvent suppléer par les agrégés. Il serait donc très-possible que cette modification dans le dosage des collyres ne lui appartienne pas.

M. BLOT. J'exprime tout d'abord le désir que cette discussion continue. Il y a sur le traitement des ophthalmies purulentes des nouveau-nés beaucoup d'idées erronées qu'il importe de combattre. Je ne crois pas cette maladie aussi grave qu'on l'a faite. Pour ma part, depuis dix-huit années, je n'ai pas vu, en ville, perdre un seul œil en se servant simplement des moyens indiqués par M. Depaul. Il ne faut pas, il est vrai, comparer ce que l'on fait à l'hôpital et dans la clientèle, il faut aussi tenir compte des épidémies et du bon élevage de l'enfant, mais je crois cependant qu'il est possible d'établir que la gravité de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est moindre qu'on n'est habitué à le croire.

M. CHASSAIGNAC. Mes honorables collègues viennent de soulever plusieurs questions qui ne sauraient être approfondies dans cette séance. Il faudrait surtout bien définir ce que l'on entend par ophthalmie purulente. Il y a, je crois, beaucoup de chirurgiens qui n'en ont jamais vu. Il y en a toujours aux Enfants Assistés, mais songez sur quelle quantité et quelle qualité de population sont prélevés ces petits malades. Je suis pour ma part disposé à soutenir que ce qu'on guérit à si peu de frais n'est pas l'ophthalmie purulente, mais je laisse la parole à M. Serres.

M. SERRES. En principe, je crois très-sage de s'en rapporter aux observations de chacun. J'ai été surpris moi-même des résultats que j'ai obtenus, et c'est ce qui m'a engagé à vous les faire connaître.

Je tiens le plus grand compte des observations de mes honorables collègues, mais je puis, en m'appuyant sur mon expérience, affirmer de nouveau l'utilité et l'innocuité du barbouillage des paupières et des moyens plus effrayants qui consistent à détruire les granulations par l'acide chromique, ou à ponctionner obliquement la cornée dans le chemosis. L'on m'a objecté que c'était tourmenter inutilement un enfant que de le déranger toutes les demi-heures, mais à peine dix minutes se sont écoulées que du pus est déjà sécrété. J'ai réussi et je reconnais que l'on peut réussir autrement, mais j'ai réussi sans employer les caustiques et c'est la pratique que j'ai cru devoir recommander, après l'avoir exclusivement adoptée.

La discussion est mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances.

M. BROCA. La première observation de M. Serres passe inaperçue au milieu de la discussion. Elle est des plus intéressantes comme siége particulier des fistules congéniales du cou. Ces fistules qui résultent d'un arrêt de développement, de l'oblitération incomplète de la première fente branchiale, sont fort rares.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

(1) Suite.— Voir le numéro du 26 octobre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 novembre 1865. — Présidence de M. DUPERTUIS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. BOYER, à propos du procès-verbal, exprime ses scrupules d'avoir dû entretenir la Société de sa dernière communication avant de l'avoir soumise à M. Le Cœur, dont le mémoire seul lui a inspiré l'essai.

M. Boyer n'a mis en cause que l'intoxication puerpérale qui diffère essentiellement de la péritonite puerpérale, et avec laquelle il est impossible de la confondre autrement que par une confusion de langage encore assez commune, et il est très-étonné qu'à cette occasion on soit entré dans des considérations multipliées : 1° sur la péritonite, les cas de mort subite; 2° le régime des accouchées; 3° les soins qu'elles réclament dans les diverses phases de l'accouchement; et 4° l'opportunité des boissons vineuses que lui ne conseillerait que dans des cas tout à fait exceptionnels, car elles sont loin d'être exemptes de danger.

Au sujet des injections en particulier, on a dit que les injections alcooliques agissaient en déterminant les contractions utérines. Il n'était pas plus question de cela que de péritonite dans le cas particulier. L'accouchement datait de huit jours, et les sinus devaient être assez fermés pour que l'on n'eût pas à y songer.

DISCUSSION.

M. DUPERTUIS. Il est des cas de mort subite pendant la péritonite puerpérale qui ne sont aucunement dus à la péritonite.

M. E. DUBOIS cite la pratique déjà ancienne de M. Dupierris père, qui, toutes les fois qu'il craint une métro-péritonite, pratique aussitôt des injections alcooliques dans l'utérus, et a toujours eu à s'en louer.

M. DUPUY. La parole et les travaux de notre très-honoré collègue, M. Mattei, jouissent, dans le monde médical, d'une trop légitime autorité pour les laisser passer sans réplique, lorsqu'ils peuvent consacrer des opinions aventurées, sinon dangereuses pour la pratique.

Il semblerait, d'après M. Mattei, que tous les cas de mort subite, pour ainsi dire survenus à la suite d'injections intra-utérines quelconques, sont dus à ces injections, et de plus par pénétration du liquide injecté dans la circulation, à travers les sinus béants de l'utérus, et il signale comme un danger d'introduire ce moyen dans la pratique obstétricale.

Je connais, dit-il, plusieurs cas de mort subite due à des injections provocatrices du travail prématuré.

Je répondrai que toutes les fois que l'on est conduit à de telles manœuvres, c'est qu'il existe des imminences de danger et de gravité dont les suites funestes ne peuvent être imputables, dans la majorité des cas, à l'intervention médico-chirurgicale.

D'un autre côté, cette pénétration si facile des liquides à travers les sinus béants de l'utérus n'est-elle pas un peu arbitraire?

En effet, comment se ferait-il que des injections toujours faites avec une extrême prudence pénétrassent si aisément dans les sinus utérins, alors qu'immédiatement après l'accouchement, comme pendant les jours suivants, les liquides tels que le sang, plus ou moins fluide, les sérosités, les lochies, ichor séro-purulent, etc., qui remplissent la cavité utérine, qui sont bien autrement comprimés dans tous les sens, par les contractions expultrices de l'organe, que par une injection poussée avec mesure et lenteur, ne franchissent pas ces mêmes sinus béants et ne foudroient pas toutes nos accouchées?

Cependant M. Mattei fait, dans les cas de rétention de délivre putréfié ou de métrorrhagies rebelles, des injections intra-utérines avec des eaux astringentes ou du perchlorure de fer, mais jamais avec de l'alcool, parce que, outre les douleurs qu'elles exciteraient, il craint la pénétration dans les sinus et la mort subite qui pourrait en résulter.

En reconnaissant que les injections alcooliques étendues sont essentiellement détersives et anti-septiques, il me semble qu'elles ne doivent pas être si incendiaires; car si l'on pratique une de ces injections dans le canal de l'urèthre, par exemple, elle n'y déterminera qu'une sensation de chaleur passagère fort innocente.

S'il est une injection que je redouterais entre toutes, c'est celle du perchlorure de fer qui produit instantanément des caillots de sang très-durs, des coagulations, des mucosités, etc., vrais corps étrangers qui irritent l'organe encore à vif, et ainsi provoquent l'inflammation, la métrite ou la péritonite.

Pour mon compte, je n'ai pas encore fait d'injections intra-utérines médicamenteuses, alcooliques ou autres, mais j'ai pratiqué tout récemment encore des irrigations ou injections d'eau tiède dans deux cas, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Dans le premier, il s'agissait d'une jeune femme accouchée par une sage-femme et qui n'était pas encore délivrée quatre jours après. Sans hésiter un instant, je pratiquai une première irrigation qui détermina quelques douleurs utérines et l'écoulement de quelques gouttes de sang. Douze heures après environ, une deuxième irrigation détermina des douleurs plus fortes et avec elles l'expulsion en-

tière du placenta. L'observation a été publiée dans *l'Abeille médicale* de 1854.

Le second cas est relatif à la femme d'un pharmacien, laquelle avait avorté à trois mois, d'un embryon, sans vestige de membranes ni de délivre.

Pendant plus de deux mois après l'accident, cette pauvre femme avait eu à chaque instant des hémorrhagies accompagnées d'épreintes utérines tellement douloureuses qu'elles lui causaient souvent des évanouissements. Je fus appelé à lui donner mes soins, et, dans une consultation, je conseillai fermement une injection intra-utérine avec de l'eau tiède. Ce conseil fut suivi. L'injection entraîna des matières putrides infectes et elle fut suivie de douleurs très-vives, d'angoisses pénibles de la malade; mais, dès le lendemain, il se déclara un peu de mieux rapidement suivi de convalescence définitive.

A coup sûr, ces injections ou irrigations intra-utérines constituent le meilleur et presque l'unique moyen efficace dans ces cas de rétention du placenta ou de lambeaux de membranes qui sont d'autant plus dangereux, plus difficiles à expulser qu'ils sont plus petits et que l'utérus est moins développé.

Du reste, la statistique de Kiwisch, en ne donnant que trois morts sur douze cas graves, est la proclamation la plus éloquente de l'utilité et de l'innocuité relative des injections intra-utérines, même en cas de métrites puerpérales.

RAPPORT.

M. GEORGES lit un rapport sur les comptes rendus des travaux de la Société médicale de l'Aube où il signale particulièrement l'importance des mémoires présentés par M. Guichard sur les Eaux Bonnes et sur les services qu'elles peuvent rendre dans la phthisie pulmonaire, et par M. Mongeot, sur l'absorption et principalement sur l'absorption cutanée.

LECTURE.

Choléra. — M. MASSON fait une communication sur le choléra qui a été publiée dans notre numéro du jeudi, 21 décembre.

M. DUPERTUIS. Le système nerveux est tellement affecté chez les cholériques que les plus peureux n'ont plus peur quand ils en sont atteints, et qu'ils ne conservent aucun sentiment affectif. Il serait à désirer que les frictions préconisées par M. Masson fussent plus promptement employées dans les cas foudroyants.

Congrès de Bordeaux. — M. CARON rend compte à la Société de l'excellent accueil que ses délégués ont reçu au congrès médical de Bordeaux. La publication des travaux qui y ont été présentés et leur diversité nous montreront, outre les liens d'une cordiale confraternité qu'ils favorisent, toute l'importance des congrès scientifiques.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr DUPUY. D. M P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décrets impériaux du 17 janvier 1866, rendus sur la proposition du Ministre de la marine et des colonies, ont été promus :

Au grade de médecin principal : les médecins de 1re classe, MM. Vesco, Sabatier, Barthélemy.

Au grade de pharmacien principal : les pharmaciens de 1re classe, MM. Hugoulin, Lemoine.

— Par décision du Ministre de la marine et des colonies, en date du 30 décembre 1865, ont été nommés à la première classe de leur grade :

M. le directeur du service de santé Maher.

MM. les médecins-professeurs : Roubin, Maisonneuve, Le Roy de Méricourt, Gallerand, Ollivier, Duplouy.

MM. les médecins principaux : Bigol, Bellebon, Richaud, Mazé, Barat, Margain, Gourrier, Mauger, Japhet, Le Clerc, Thibaut, Gueit, Gaigneron, Colson, Bourdel, Fleury, Bouffier.

M. le pharmacien-professeur Peyremol.

— Par décision du Ministre de la marine et des colonies, en date du 19 janvier 1866, ont été mis en non-activité pour infirmités temporaires, MM. les médecins principaux Thiéry et Jourdan.

— La deuxième et dernière série des soirées scientifiques de la Sorbonne commencera le 16 février et sera close le 20 avril.

Voici le programme de cette série :

Vendredi 16 février, M. Jamin, professeur à la Faculté des sciences et à l'École polytechnique : De la Foudre.

23 février, M. Lespès, professeur à la Faculté des sciences de Marseille : Des Fourmis.

2 mars, M. Péligot, membre de l'Institut : De l'Air.

9 mars, M. Bert, docteur ès sciences naturelles : Du Système nerveux.

16 mars, M. Lissajous, professeur de physique au lycée Saint-Louis : Les Radiations solaires.

23 mars, M. Laussedat, professeur à l'École polytechnique : Éclipses totales de soleil.

13 avril, M. Bureau, docteur ès sciences naturelles : De la Flore française à l'époque houillère.

20 avril, M. Boutan, proviseur du lycée Saint-Louis : De la Glace.

— Nos lecteurs partageront sans doute notre satisfaction en apprenant que le fondateur de l'hydrothérapie scientifique, M. le docteur L. Fleury, après avoir professé à l'étranger, pendant plusieurs années, la clinique hydrothérapique, et y avoir fondé des établissements importants, vient se fixer de nouveau à Paris et y reprendre la direction d'un établissement. La thérapeutique des maladies chroniques était grandement intéressée au retour du célèbre auteur du *Traité d'hydrothérapie rationnelle*, car il faut encore bien des efforts pour vulgariser les véritables principes de l'hydrothérapie.

— Nous avons le regrét d'annoncer la mort de M. le docteur Ley, ancien médecin des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le jeudi 1er février, à l'Hôtel de ville (salle de la bibliothèque), à trois heures.

Ordre du jour : 1° Élection d'un vice-président. — 2° De l'attitude des compagnies d'assurances en présence des morts subites, par M. le docteur Legrand du Saulle. — 3° Communications diverses.

A l'issue de la séance, banquet annuel, rue Montorgueil, 70 (six heures et demie).

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 17 février, à six heures et demie, aux Frères-Provençaux (Palais-Royal) ; les cotisations seront reçues dans les hôpitaux, par l'économe de la salle de garde, ou bien par MM. Piogey, rue des Martyrs, 28, et Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Le prix de la souscription est de 15 francs.

— M. le docteur Mallez recommencera un cours clinique des maladies des voies urinaires, le lundi, 5 février, à neuf heures et demie du matin, 6, rue du Pont-de-Lodi, pour le continuer les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

On s'inscrit, 6, rue du Pont-de-Lodi.

— Le cours public d'accouchement du docteur Jounia-Reymond aura lieu le mercredi et le vendredi (au lieu du lundi), à sept heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique.

— L'Association des médecins du département de la Seine a tenu sa séance annuelle hier dimanche, 28 janvier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Velpeau. L'assemblée avait pour objet la lecture du compte rendu de l'année 1865, par M. le secrétaire général Louis Orfila, l'élection d'un président et de deux vice-présidents et le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale. MM. Velpeau, Barth et Nélaton, président et vice-présidents sortants ont été réélus pour l'année 1866.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Essai de pneumatologie médicale. Recherches physiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les gaz, par J.-M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale et du conseil d'État, membre de la Société impériale de chirurgie. — Paris, 1866, 1 vol. in-8 de 865 pages, avec figures, 9 fr. J. B. Baillière et fils.

Nouveau traitement de l'angine couenneuse, du croup et des autres localisations de la diphthérie, par le baume de copahu et le poivre cubèbe, médication anticatarrhale, substitutive générale, par M. Trideau, d'Andouillé (Mayenne). In-8 de 32 pages, 1 fr. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Meyhoffer. Le choléra, son mode de propagation et les moyens de s'en préserver. In-8°. Prix : 75 cent.

Nos souscripteurs dont l'abonnement est fini le 31 décembre dernier sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. Decq, libraire, rue de la Madeleine, 9; ou à M. Mayolez, libraire, rue de l'Impératrice, 35;

Ceux de l'Angleterre, à M. H. Baillière, libraire à Londres, 219, Regent street;

Ceux de la Suisse, à MM. Jullien frères, libraires à Genève;

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 13. — JEUDI 1er FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 1er FÉVRIER 1866. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 JANVIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Cette séance dont une moitié s'est passée en lectures et l'autre en colloques et pourparlers incidents, a été fort animée et très-intéressante. C'est d'abord M. Bouley, toujours l'un des premiers à l'œuvre, qui indique un moyen prompt et décisif de résoudre la question de la prophylaxie du typhus de l'espèce bovine par le vaccin. C'est ensuite M. Ségalas qui, en signalant un nouvel exemple récent de rupture d'une sonde de gomme élastique dans la vessie, a montré une fois de plus combien il importe que les chirurgiens s'assurent de la bonne fabrication des sondes. C'est enfin M. Robinet, encore un surveillant actif de tout ce qui touche aux intérêts de l'hygiène publique, qui a appelé l'attention de l'Académie sur les graves accidents de trichinose dont on a récemment entretenu le public, et l'a mise en demeure de s'occuper de cette importante question.

Voilà de la besogne toute taillée pour l'Académie. La question de la vaccination animale, celle de la prophylaxie du typhus par la vaccine, la question des trichines et des mesures de police sanitaire qu'elle peut susciter, et d'autres encore que nous pouvons oublier, défrayeront pour longtemps ses séances.

Des deux lectures que l'Académie a entendues, la première de M. A. Guérin, candidat pour la section de médecine opératoire, est relative à un point de diagnostic chirurgical intéressant, savoir : à quels signes on peut reconnaître les fractures sans déplacement du maxillaire supérieur. La deuxième, de M. le docteur Beni-Barde, a pour sujet l'étude clinique et expérimentale du mode d'action de certaines applications hydrothérapiques. On trouvera un résumé de ce dernier travail dans le compte rendu de cette séance. Quant au mémoire de M. A. Guérin, nous en donnerons un extrait ou un résumé dans un des prochains numéros. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Oblitération incomplète de l'artère pulmonaire droite.

(Observation recueillie par M. BLACHEZ, chef de clinique de la Faculté.)

La nommée P..., âgée de vingt-neuf ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital le 11 octobre 1865.

C'est une femme de petite taille, maigre, assez chétive. Elle dit qu'elle a toujours été sensible au froid et qu'elle n'a jamais pu courir; lorsqu'elle se livrait à un exercice un peu violent, tel que la danse, elle palpitait et sa figure s'injectait. Elle a encore ses parents; sa mère était rhumatisante, et elle a eu cinq attaques qui la retenaient habituellement six semaines au lit.

Elle a eu une fièvre cérébrale à l'âge de cinq ans et une pneumonie à neuf ans. Les règles ont paru à treize ans, et se sont montrées depuis avec régularité. Mariée à dix-neuf ans, elle a eu quatre enfants dont deux vivent encore. Les autres sont morts à deux ans hydrocéphales.

Elle fait remonter sa maladie à trois ans; elle l'attribue à une peur ou à une émotion violente causée par une querelle de ménage; depuis ce moment, elle a toujours été sujette à des étouffements. Il y a deux ans que la teinte bleue du visage a commencé à se manifester.

Trois fois elle a eu de l'anasarque débutant toujours par les pieds. Elle n'a jamais craché de sang.

Le 4 mars 1864, elle était à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 29. On constata l'état suivant :

Cyanose remarquable. Vive sensibilité au froid, le pouls est régulier, normal. Le cœur n'est pas gros. Pas d'impulsion exagérée ni de frémissement à la main.

Rien à la pointe.

A la base, en dehors et à gauche de l'orifice aortique, existe au second temps, un bruit prolongé qui remplit tout le grand silence.

Pouls veineux remarquable par sa netteté et sa régularité.

Un nouvel examen pratiqué le lendemain permet de reconnaître, au niveau du troisième espace intercostal gauche, à deux centimètres en dehors du bord gauche du sternum, un souffle court et sec au premier temps; ce souffle est suivi d'un bruit prolongé râpeux qui produit et occupe tout le second temps. Ce deuxième bruit semble suivre l'artère pulmonaire et le ventricule droit.

A la pointe, les deux bruits sont sensiblement nets.

En résumé, ce premier examen répété trois ou quatre fois donne pour résultat constant :

Un souffle double ou plutôt deux souffles siégeant tous deux à la base.

Le premier, court, rude, ayant son maximum en dehors et à gauche du sternum, au niveau du troisième espace; et le second, prolongé, râpeux, occupant tout le second temps et paraissant suivre l'artère pulmonaire et le ventricule droit.

Le cœur paraît peu hypertrophié ; la circulation veineuse est modérément gênée.

Le 18, la cyanose a fait des progrès, la malade ne se lève pas, elle se refroidit avec une extrême facilité ; quand elle se lève, quand elle a mangé, elle devient presque noire.

Le pouls 84, régulier, assez plein, sans rebondissement. Le cœur bat dans le quatrième espace en dedans du mamelon. Il paraît volumineux et l'augmentation de volume semble surtout affecter les cavités droites.

Pouls veineux, plus fréquent que le pouls artériel.

Toujours le double bruit à la base : le premier, sec, rude; le deuxième, prolongé, assez doux, affectant sensiblement l'artère pulmonaire, occupant tout le grand silence, de manière à rejoindre le premier bruit.

Le 4 juin, même état; la cyanose est plus prononcée encore. Pas d'œdème des jambes. Pouls régulier.

La malade sort de l'Hôtel-Dieu.

Nous la retrouvons à la Charité, où elle entre le 11 octobre 1865. La teinte cyanique est tellement forte, qu'on la prend au bureau pour une cholérique; elle est aussitôt transportée dans le service spécial; on la frictionne vigoureusement; ses protestations engagent la sœur à prévenir l'interne de garde, qui reconnaît une maladie bleue, et la fait transporter à Sainte-Madeleine.

Les lèvres sont noires, comme teintes à l'encre, les pommettes sont également violettes, ainsi que les extrémités. Les doigts sont enflés à leur extrémité et comme terminés en massue. La température est très-sensiblement abaissée. Les battements du cœur sont énergiques. La pointe bat violemment dans le quatrième espace du mamelon.

Pas de frémissement à la main, le choc est net, la pointe bien détachée.

Les bruits sont nettement frappés à la pointe. A la base, on croit entendre au deuxième temps un bruit râpeux très-prolongé, se dirigeant vers l'épaule, occupant tout le grand silence et joignant le premier bruit qui paraît normal.

Pas de retentissement dans l'aorte thoracique. Le premier bruit nous semble faible, comme avorté, coïncidant sensiblement avec le pouls qui est régulier, et avec le choc de la pointe qui se détache de la peau à chaque systole.

Les veines du cou turgides, mais ne présentent pas de battements.

Il n'y a pas d'œdème.

La respiration est sensiblement pure.

Le soir après dîner, elle est prise chaque jour d'accès de dyspnée pendant lesquels la face devient noire, les extrémités froides et livides ; le pouls petit, fréquent, mais toujours régulier. La respiration se fait normalement. Le cœur bat avec énergie et c'est à ce moment que les signes stéthoscopiques se manifestent avec le plus d'évidence.

Dans les premiers jours de novembre, la malade est vue par M. Bouillaud, qui fixe au premier temps le bruit prolongé et maximum de la base.

Depuis le 15 novembre la malade a commencé à présenter de l'œdème. Elle garde le lit toute la journée, et évite de manger le soir pour échapper aux accès de dyspnée qui deviennent effrayants.

Malgré ses précautions, l'œdème augmente; une ascite se manifeste, le pouls devient petit et irrégulier au moment des accès. La teinte bleue garde son intensité toute la journée et la malade succombe le 29 novembre, n'ayant perdu connaissance que quelques heures avant la mort.

Autopsie. — Le cœur est volumineux et présente au moins un tiers en sus de sa grosseur habituelle; l'hypertrophie porte principalement sur le ventricule droit; la couleur de l'organe est un peu livide.

Le péricarde présente une adhérence ancienne et solide dans un point qui répond à la partie supérieure de la face antérieure du ventricule droit. Plusieurs plaques fibrineuses existent dans le voisinage, siégeant toutes sur le même ventricule.

A l'ouverture du cœur, on trouve le ventricule droit largement dilaté, les parois sont considérablement hypertrophiées, les piliers charnus ont le volume du doigt et sont plus gros que ceux du ventricule gauche.

Les valvules un peu épaissies, fibrineuses, jouent librement et ferment les orifices d'une manière complète.

Les valvules sygmoïdes essayées par l'eau sont insuffisantes.

A 3 centimètres de l'orifice de l'artère pulmonaire, on trouve un bouchon fibrineux qui s'étend dans la branche droite du vaisseau jusque dans la racine du poumon. Ce bouchon a à peu près la forme et le volume du pouce. Il remplit les deux tiers du calibre de l'artère qui ne paraît pas élargie à son niveau, on le suit jusque dans le poumon droit. Il s'interrompt brusquement dans le tronc pulmonaire, sans fournir de division aux rameaux voisins. Ce caillot est intimement adhérent à la membrane interne de l'artère, on ne peut l'en séparer, le décoller que par une traction énergique.

A la coupe, on voit que ce caillot est formé de couches fibrineuses concentriques, complétement décolorées, d'aspect corné.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Ramollissement et la Congestion du cerveau, principalement considérés chez le vieillard. Étude clinique et pathogénique, par le Dr J. V. LABORDE, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, etc. (1).

I.

Malgré le précieux ouvrage du professeur Rostan, malgré les travaux d'Abercrombie, de Durand-Fardel, de Lallemand, de Calmeil, de Bouillaud, d'Andral, de Cruveilhier, etc., il y a encore quelques points obscurs dans l'étude du ramollissement cérébral. M. Laborde vient de chercher à soulever un coin du voile dans le livre que nous avons sous les yeux.

Disons tout d'abord que notre confrère n'a pas voulu faire un traité complet du ramollissement cérébral : c'est surtout l'étude topique des altérations organiques qui a appelé son attention. A la suite des Paget, des Bennett, des Ch. Robin, des Virchow, il a pu constater une altération de structure des vaisseaux de l'encéphale, mais ce qui lui a montré un jour tout nouveau, c'est l'étude des modifications que subit la circulation cérébrale aux divers âges.

Le fait le plus important qui résulte des recherches anatomo-pathologiques de M. Laborde, réside dans la coïncidence d'une lésion des circonvolutions cérébrales avec une lésion de même nature dans la structure des régions centrales (corps striés, couches optiques). Jusqu'ici, ce fait, qui s'est révélé constamment à notre confrère, avait échappé à ses devanciers, qui l'avaient signalé quelquefois comme un phénomène accessoire, mais jamais comme un phénomène simultané.

Placé pendant deux ans comme interne à Bicêtre, M. Laborde a pu observer par lui-même; puis, parcourant les livres de ses devanciers, il a recueilli ainsi 50 observations, qui ont servi de base à son travail.

La découverte de la coïncidence des altérations des couches corticales et des couches centrales est donc un fait que M. Laborde considère comme désormais acquis à la science. Mais ses recherches lui ont appris un autre fait qui n'a été signalé par aucun auteur, c'est que « non-seulement il y a coïncidence d'altération de la substance des circonvolutions et des centres, mais que, de plus, il y a corrélation entre la région affectée des premières et celles des secondes, pourvu que ceux-ci ne soient pas soumis à une complète désorganisation. Ainsi..., toute altération de la région antérieure, moyenne ou postérieure des circonvolutions répond à une altération de la partie antérieure, centrale ou postérieure du corps strié ou de la couche optique. »

Ce fait d'anatomie pathologique n'a rien d'ailleurs qui doive surprendre, quand on connaît la structure normale et générale du cerveau, dont M. Luys a démontré que la substance grise est reliée à la couche optique par une série de fibres rayonnées, convergentes, comme la circonférence d'une roue est reliée au moyeu par une série de rayons.

L'étude des altérations anatomiques a été poussée aussi loin que possible par M. Laborde. Il a eu pour aide le microscope, qui lui a permis de reconnaître deux ordres d'altérations: les unes appartenant aux organes de la circulation, les autres appartenant au système nerveux proprement dit. Dans un mémoire présenté par M. Bouchut, il y a quelques années déjà, à la Société médicale des hôpitaux, *sur la Nature du Ramollissement cérébral sénile,* ce médecin considère le ramollissement comme une gangrène sénile qu'il attribue à la présence de concrétions fibrineuses, cartilagineuses et calcaires des artères du cerveau, altérations qui d'ailleurs avaient été signalées par d'autres observateurs.

M. Laborde est allé plus loin. Armé du microscope, il a pu constater une altération commençante des vaisseaux capillaires qui sont dilatés, déformés partiellement, modification qui lui a fait désigner ce premier degré sous le nom d'*Etat moniliforme.* Une planche offre l'exemple de cette espèce d'altération. En même temps il y a un commencement de stase sanguine. A un degré plus avancé les vaisseaux s'altèrent davantage, se rompent ; sur les parois se déposent des éléments moléculaires amorphes, des globules transparents, une substance calcaire. Le tissu nerveux subit également des modifications particulières que M. Laborde décrit avec détail. C'est ainsi qu'il arrive à déterminer la nature du ramollissement cérébral spontané chez le vieillard, en s'appuyant sur la statistique, sur les caractères physiques et anatomiques de l'altération, sur l'influence de l'âge relativement aux modifications de la circulation capillaire de l'encéphale, etc.

II.

La deuxième partie est consacrée à l'étude clinique proprement dite, à la symptomatologie.

1) 1 vol. in-8° de 420 pages, 1866, chez Adrien Delahaye.

Vers le centre du caillot, existe un point ramolli, et manifestement formé d'une matière graisseuse.

Dans toute son étendue, l'artère pulmonaire est comme marbrée de taches athéromateuses qui s'aperçoivent sous la membrane interne, celle-ci est lisse et ne présente d'ulcérations en aucun point.

Les veines pulmonaires n'offrent aucune altération, les poumons sont petits, parfaitement perméables, de couleur rosée, sans aucune altération; cependant à la coupe de l'organe et des deux côtés se voient, le long des artères, deux ou trois foyers sanguins constitués par un caillot rouge, sans traces de fibrine libre. Ces caillots disposés sous forme de petites masses, dont la plus grosse a le volume d'une noisette, ne sont pas contenus dans l'intérieur des vaisseaux.

Ils ne présentent pas la forme arborescente des caillots vasculaires.

Ils sont évidemment situés dans l'épaisseur même du parenchyme pulmonaire.

Il y en a cinq à six dans chacun des poumons.

L'aorte n'offre aucune altération.

Le trou de Botal est complétement oblitéré.

Les autres organes n'ont pas pu être examinés.

DES MOYENS PROPRES A ALIMENTER LES PHTHISIQUES (1).

II.

Les expédients les plus ingénieux et les plus variés pour nourrir les phthisiques manquent souvent l'effet qu'on en espérait; ou bien s'ils réussissent un jour, ils échouent le lendemain. En somme, quelque féconde que soit l'imagination du médecin, il vient un moment où elle s'épuise après avoir accablé le malade de servitudes et de secours sans valeur.

Je sais bien qu'il est de la dernière mode d'alimenter, quand même, tous les sujets atteints de fièvre typhoïde ou de pneumonie aiguë. Ce n'est pas mon système; je n'ai pas non plus l'habitude d'imposer des aliments aux phthisiques que je trouve en proie à un mouvement fébrile intense. Lorsque l'évolution tuberculeuse suit au contraire une marche apyrétique et que le malade, tout en conservant son appétit, a perdu la faculté de digérer, une petite quantité de pepsine ou de diastase, suivant la nature des aliments que choisit le médecin, suffit pour assurer la nutrition, mais à la condition que l'estomac demeure apte à absorber les produits de cette digestion artificielle. Ce mode de restauration a des résultats d'une rapidité quelquefois surprenante : j'ai eu tout récemment l'occasion de constater une fois de plus que la matière médicale ne nous offre rien d'égal à ces agents que M. Lucien Corvisart nous a appris à connaître et à manier.

Une jeune personne, M[lle] B..., âgée de vingt et un ans, atteinte de tuberculisation pour ainsi dire stagnante, languissait depuis longtemps déjà, dans un pitoyable marasme causé et entretenu par une dyspepsie invincible.

A l'époque où je vis cette jeune malade pour la première fois, elle avait épuisé toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique orthodoxe. Les voyages, le séjour au bord de la mer, et ensuite sur les montagnes des Pyrénées, l'équitation, plusieurs espèces d'eaux minérales, les divers mordants que l'on nomme des *apéritifs*, tout avait été employé sans avantages, ou du moins avec des succès éphémères. M[lle] B..., découragée par tant d'épreuves restées inutiles, en était venue à demander sa guérison au somnambulisme et autres pratiques interlopes. C'est alors que je crus devoir conseiller l'usage de la pepsine amylacée ; j'eus lieu d'en être satisfait, car ce médicament produisit des effets si prompts et si complets, qu'au bout de six jours, la malade semblait transformée ; elle avait repris de l'embonpoint, des forces et un certain épanouissement de la physionomie. La pepsine ayant été abandonnée comme auxiliaire désormais superflu de la digestion, le retour immédiat de l'amaigrissement, de la prostration et de la diarrhée lientérique, avertit M[lle] B... qu'elle avait commis une imprudence en privant son estomac d'un concours qui lui était encore nécessaire. La pepsine fut donc reprise et continuée pendant six semaines, c'est-à-dire jusqu'au moment où j'acquis la certitude que son intervention était devenue absolument inutile. Depuis cinq mois, l'appareil digestif fonctionne avec ses propres forces et d'une façon irréprochable ; j'ajoute que les signes de la tuberculisation, laquelle n'avait pas d'ailleurs dépassé le premier degré, sont actuellement difficiles à saisir.

J'ai vu, à peu près dans le même temps, un autre sujet qui, une heure après avoir mangé, rejetait ses aliments à peine imprégnés de sucs gastriques. Je parvins à assurer ses digestions, en recourant au même expédient qui avait si bien réussi à M[lle] B...

Je pourrais, en multipliant les observations de ce genre, démontrer les bienfaits que l'on peut attendre de la pepsine ; je préfère lui gagner des partisans en expliquant son mode d'action et les conditions de son efficacité : ce sera le meilleur moyen de dissiper ou de réduire les vues fausses et les objections exagérées.

Nous devons aux physiologistes modernes les notions les plus précises sur les phénomènes intimes de la digestion : c'est par leurs recherches expérimentales que nous avons appris que les substances albuminoïdes insolubles sont liquéfiées et métamorphosées par les sucs gastrique et pancréatique en *albuminoses* ou *peptones*. D'où il suit qu'il y a des peptones gastriques et des peptones pancréatiques, de formation successive.

Les principaux agents de ces métamorphoses sont : la *pepsine* et la *pancréatine ;* ces deux principes peuvent faire défaut en tout ou en partie, ensemble ou séparément, et l'on dit alors qu'il y a dyspepsie gastrique ou dyspepsie duodénale.

Quand l'estomac est incapable de convertir en albuminose les matières azotées qu'il reçoit, celles-ci, en passant dans le duodénum, sont rendues absorbables par suite de leur mélange avec la pancréatine. Dans le jeu des fonctions digestives, le pancréas devient évidemment un organe auxiliaire et complémentaire de l'estomac. Quand la pepsine et la pancréatine opèrent successivement et dans toute la plénitude de leur action, la quantité d'albuminose produite peut être ainsi doublée au profit de la nutrition. Mais celui qui ne digère qu'avec un seul organe (l'estomac ou le pancréas), se consomme lui-même et dépérit plus ou moins promptement, parce qu'il ne reçoit qu'une demi-ration de peptones.

Que la bile reflue dans l'estomac, en proportion anormale, il y a dyspepsie gastrique, par suite de la neutralisation des sucs gastriques. Voilà pourquoi un vomitif donné dans les cas de cette nature, rétablit immédiatement l'appétit et la digestion chez les tuberculeux.

Si le suc gastrique et le suc pancréatique viennent à se rencontrer, ils se neutralisent réciproquement et perdent leurs propriétés.

La digestion des substances féculentes exige impérieusement l'action directe de la diastase salivaire (ptyaline) ou de la diastase végétale ; c'est à cette condition que se forme la glycose, seul produit absorbable. Il y a cependant des grains de fécule dont l'enveloppe *azotée* demeure réfractaire à la diastase; il faut alors le concours de la pepsine pour dissoudre ce tégument et faciliter ainsi la transformation ultérieure de l'amidon (L. Corvisart).

Comme l'estomac, comme le pancréas, l'intestin concourt en raison des sucs qui lui sont propres, à l'élaboration digestive des substances alimentaires.

Si l'on compose un mélange de matières alimentaires azotées, grasses et féculentes, et que l'on traite ce mélange par de la pepsine acidulée, de la pancréatine, de la diastase et des alcalis, on retirera de cette opération, des *nutriments* ou peptones artificielles. Ce sont ces aliments tout digérés que M. Corvisart recommande pour les malades chez lesquels la formation physiologique de ces nutriments est rendue impossible par la dyspepsie. En administrant ces produits par le rectum, on peut nourrir ainsi provisoirement un sujet dyspeptique ou privé d'appétit.

Il y a des peptones gastriques qui, à peine formées, sont absorbées par l'estomac même ; ce fait peut donner lieu à de précieuses applications, comme lorsqu'il existe, par exemple, une dyspepsie pancréatique ou intestinale.

On note quelquefois des retards dans le travail de l'estomac chez les tuberculeux ; des éructations plus ou moins fréquentes annoncent que ce viscère demeure comme assoupi et insensible à la présence des aliments. Sept ou huit heures après le repas, la masse alimentaire passe tout à coup dans le duodénum ; en quelques minutes, le malade éprouve la sensation d'une digestion parfaite et d'un véritable allégement vers la région épigastrique. La digestion à laquelle s'était refusé l'estomac, se fait alors toute entière dans l'intestin, par la seule intervention du pancréas. C'est qu'en effet, le suc pancréatique est dix fois plus riche en ferment (pancréatine), et trois fois plus rapide dans son action sur les substances azotées, qu'une somme égale de suc gastrique ; de sorte que la nutrition n'est pas toujours compromise, parce qu'il y a dyspepsie stomacale irrémédiable. Chomel, avec l'espoir de tirer parti de cette remarquable propriété du suc pancréatique, prescrivait quelquefois à ses malades des pancréas bouillis dans l'eau. Personne ne serait plus tenté de suivre l'exemple de Chomel, depuis que l'on sait que la pancréatine est détruite par l'ébullition, et que celle que l'on ferait pénétrer dans l'estomac, s'y annulerait par son contact avec la pepsine.

La dyspepsie la plus difficile à atteindre et à modifier, c'est la dyspepsie duodénale; qu'elle résulte de l'absence, de l'insuffisance ou de la viciation du suc pancréatique, du relâchement excessif de l'anneau pylorique, ou de l'insuffisance de la sécrétion biliaire, destinée à neutraliser l'excès de la pepsine à sa sortie de l'estomac, il n'est aucun moyen de provoquer un afflux de la bile ou d'introduire la pancréatine dans le duodénum.

Je n'aime pas non plus les occasions de combattre l'anorexie chez les phthisiques ; les résultats de la lutte sont rarement satisfaisants ; et pourtant on ne peut pas laisser un malade périr d'épuisement, dans la crainte de le voir mourir d'indigestion. Dans cette conjoncture embarrassante, si l'estomac est aussi indifférent que le palais, je recours à l'alimentation forcée, mais en m'aidant du concours de la pepsine. Cet expédient m'a servi quatre fois à restaurer les forces et consécutivement l'appétit, chez des individus en pleine voie d'*inanitiation*, par suite d'anorexie rebelle.

En fait d'appréciations scientifiques, il faut toujours s'efforcer de rester dans le vrai ; aussi, manquerais-je à mes intentions si, dans ce que je viens d'exposer sur les effets de la pepsine, je donnais à penser que ce remède fournit constamment tout ce qu'on lui demande. Il a, au contraire, comme la plupart des agents médicamenteux, ses jours de faiblesse et d'insuccès. Ce qui peut troubler l'uniformité et la sûreté de son action, c'est la multiplicité même des dyspepsies (car il y en a autant que d'organes et de tissus dans l'appareil digestif), la difficulté d'en démêler les véritables causes et d'en déterminer la localisation exacte. Quand je parviens à découvrir de quel obstacle dépend l'irrégularité de la digestion chez un tuberculeux, je n'hésite point à délaisser la pepsine, dès que j'ai réussi à lever cet obstacle.

Les substances comestibles imprégnées de pepsine et de diastase peuvent se convertir en nutriments, dans l'estomac tout comme dans une poche inerte. Néanmoins, durant l'opération, ce viscère ne reste pas toujours impassible comme une cucurbite ou une cuve à fermentation; il y a des lésions qui le rendent, au contraire, intolérant à ce point qu'il ne souffre le contact ni des aliments ni des boissons. La pepsine est absolument impuissante à prévenir et à maîtriser cette révolte.

Il faut voir les remèdes tels qu'ils sont, tels qu'ils devraient être, et ne point se payer de mots, même lorsqu'ils sont devenus célèbres, ou que des mécomptes les ont fait tomber dans

(1) Suite. — Voir le précédent numéro.

Un point trop négligé dans l'étude du ramollissement cérébral, ce sont les troubles divers des facultés intellectuelles, et cependant il existe un rapport entre les lésions anatomiques et les troubles de l'intelligence.

Le fait d'anatomie pathologique signalé par notre confrère étant admis, il en découle une conséquence forcée, un phénomène symptomatologique nécessaire, c'est que les couches corticales et les centres encéphaliques étant affectés en même temps, on doit en même temps observer des désordres du côté de la motilité et du côté des facultés intellectuelles.

Jusqu'à présent on avait signalé vaguement, comme symptômes psychiques, l'affaiblissement intellectuel, l'état d'enfance, de démence, de délire, sans rien préciser. M. Laborde a cherché à faire cesser cette confusion en signalant les analogies remarquables qui existent entre le ramollissement et d'autres affections cérébrales.

Les phénomènes initiaux et précurseurs sont des phénomènes de congestion, et l'on sait que les conditions qui la déterminent résident dans un obstacle de la circulation veineuse et surtout capillaire, obstacle constitué par une altération intrinsèque et primitive de la paroi vasculaire. Or, l'étude analytique des phénomènes qui ressortissent à la congestion soit primitive, soit secondaire, démontre que le ramollissement est précédé d'une congestion prodromique qui a pour expression des phénomènes vertigineux, sans perte de conscience (fait capital), — puis des troubles de la motilité volontaire, — puis une forme convulsive, — puis un délire partiel, en général consistant tantôt dans une manifestation ambitieuse passagère, tantôt dans de la manie avec agitation et incohérence, tantôt dans un délire impulsif ou une mélancolie dépressive. Ce qu'il y a de caractéristique dans ces délires, c'est l'état d'affaiblissement intellectuel qui les domine.

Un point bien important sous le rapport pratique, c'est le diagnostic différentiel. M. Laborde y consacre une dizaine de pages.

MM. Rostan et Georget disent que la démence et l'aliénation mentale précèdent souvent le ramollissement. M. Durand-Fardel indique également un délire antérieur, sans préciser quelle espèce de délire. Récamier disait que « toutes les fois qu'une paralysie étant complète et absolue d'un côté du corps, fût-elle survenue subitement, si le malade conserve son intelligence et sa sensibilité, on peut dire qu'il y a ramollissement du cerveau. » M. le professeur Trousseau (1) nous paraît avoir accepté trop facilement ce diagnostic.

M. Laborde est plus explicite que ses devanciers. L'hémorrhagie débute d'emblée : le ramollissement au contraire est précédé d'attaques congestives qui se reproduisent plus ou moins fréquemment, de vertiges qui se manifestent avant les autres troubles intellectuels.

Mais il est un excellent moyen diagnostic que notre confrère a omis de signaler ; il est fourni par l'examen ophthalmoscopique.

Sans attacher à l'ophthalmoscopie une importance excessive, elle en a cependant une assez grande pour être utilisée dans le diagnostic du ramollissement cérébral. M. Bouchut l'a signalée dans son récent ouvrage *sur le Diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie* (p. 264 à 273); M. le docteur Galezowski s'y est arrêté dans sa remarquable thèse pour le doctorat (2). M. le docteur Alphonse Desmarres a fait de nombreuses recherches, d'où il résulte pour lui qu'à la première période il n'y a pas de confusion possible entre l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement cérébral. (Leçons cliniques). Exposer ici les modifications qu'indique l'examen ophthalmoscopique serait sortir de notre sujet : on y reviendra dans l'analyse des ouvrages que nous venons de mentionner.

A part ce *desideratum,* le livre de M. le docteur Laborde est un nouveau jalon dans l'étude du ramollissement cérébral. Ce livre a plusieurs mérites, selon moi : le premier et le plus important, c'est d'avoir jeté une lumière nouvelle sur l'anatomie pathologique et sur la symptomatologie du ramollissement ; le second, c'est d'avoir un cachet d'originalité et de n'être point fait avec d'autres livres. M. Laborde a bien emprunté des observations à ses devanciers, mais c'est afin de les donner comme preuves à l'appui des siennes. Notre confrère est un esprit chercheur, qui semble avoir fait des maladies des centres nerveux son étude de prédilection : les travaux ultérieurs nous apprendront si ses recherches sont le dernier mot de la science.

D[r] A. CORLIEU.

(1) Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. II, p. 15.

(2) *Études ophthalmoscopiques sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales*, p. 126.

Traité complet iconographique et pratique des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur BONNIÈRE, ouvrage accompagné d'un grand nombre de figures dans le texte, 4e fascicule, prix, 1 fr. 25. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Du mode d'action physiologique des alcaloïdes, par le docteur LEMAÎTRE, lauréat de l'Institut et ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 27 pages, prix 1 fr. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

le discrédit. J'ai expérimenté toute la série des préparations de pepsine, et je n'ai pas été également satisfait de leur emploi. Je suis certain que le plus souvent, c'est moins encore à la nature de la maladie qu'à l'infidélité des manipulations pharmaceutiques, qu'il faut s'en prendre de l'inefficacité du remède.

La pepsine, c'est-à-dire le principe actif des sucs gastriques, est contenue dans les glandules dites *peptiques* de l'estomac des animaux vertébrés. L'isolement et la conservation de cet agent, sont des opérations difficiles et fort délicates.

On vend sous le nom de *pepsine de Lamatch*, un produit qui est tout simplement la muqueuse stomacale du porc, séchée et pulvérisée. Cette poudre très-impure se putréfie à une température de 40 degrés centig., et exhale une odeur intolérable.

Afin de prévenir cette décomposition, quelques pharmaciens ajoutent à la pepsine de *Lamatch*, 2 à 5 pour 100 de chlorure de sodium. Ainsi unie à un sel déliquescent, elle se gonfle, devient gluante, augmente de poids; circonstance qui en rend le dosage difficile. C'est donc là une préparation infidèle et d'une efficacité par conséquent très-incertaine.

La pepsine pure ressemble, par son aspect, au blanc d'œuf sec; elle exhale, par le frottement, une légère odeur de fromage; une température un peu supérieure à 45 degrés la prive de ses propriétés digestives, sans la modifier chimiquement. Même à l'état de pureté, la pepsine a une énergie très-variable, selon qu'elle provient de telle ou telle espèce animale, selon que l'animal est jeune ou vieux, qu'il a mangé ou qu'il est à jeun, suivant les saisons, etc.; de sorte qu'il faut tantôt 20 centigrammes, tantôt 70 centigrammes de cette matière pour produire l'effet type, la digestion des aliments azotés.

La pepsine est fréquemment sophistiquée; ce dont on s'assure au moyen de l'acide azotique. Pour cela on fait dissoudre la pepsine dans de l'eau, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acide azotique; si le liquide ne se trouble pas, c'est que le produit est irréprochable: l'intensité du *louche* est en raison du degré d'impureté.

On administre la pepsine sous forme de sirops, de pastilles, de pilules, de vins, d'élixirs auxquels M. Boutin propose d'ajouter, le cas échéant, quelques gouttes de teinture de strychnine. De toutes les préparations usuelles, celle que je préfère, c'est la pepsine amylacée; voici les motifs de ma prédilection. Associée à l'amidon, la pepsine devient inaltérable; elle représente une force digestive égale sous un poids constant; elle se prête parfaitement au brassage, en vertu duquel la poudre se dissémine uniformément dans la masse alimentaire. Que la pepsine doive être prise seule ou bien mêlée au bismuth, au charbon, etc., il convient d'enfermer le tout dans une capsule *Lehuby*, de confectionner ainsi un petit colis qui arrive dans l'estomac, sans que la pepsine ait eu le contact de la salive, contact nuisible et auquel se trouvent exposées les dragées, les pastilles, les solutions alcooliques, etc. Enfin, quand l'estomac est irritable ou irrité, les vins et les élixirs sont mal supportés.

Le dosage lui-même est encore une opération délicate; il faut le régler de manière à prévenir la rencontre des deux ferments dans le duodénum. En général, 1 gramme de pepsine amylacée suffit à la digestion de 300 grammes de viande.

Le sous-nitrate de bismuth, le lactate de fer, la codéine, la strychnine, les acides végétaux sont sans action nuisible sur la pepsine et peuvent être administrés conjointement avec elle; quant aux autres substances médicamenteuses, elles ne doivent venir que trois ou quatre heures, au moins, après l'ingestion de la pepsine, surtout s'il s'agit de sels minéraux alcalins.

En résumé, alimenter les tuberculeux atteints d'anorexie ou de dyspepsie, est encore un problème en thérapeutique: la solution que j'en donne n'est évidemment qu'une ébauche; il faudra du zèle et du temps pour la perfectionner.

CHAMPOUILLON.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du goudron pour prévenir la reproduction des furoncles.

Chez certains sujets on voit souvent se développer une série de furoncles et cette affection se prolonge ainsi presque indéfiniment. Récemment se trouvait dans le service de M. Hardy, une femme qui, s'étant frottée le bras pour quelques douleurs avec une pommade camphrée, avait provoqué un eczéma aigu qui bientôt était accompagné d'une multitude de furoncles. On traita l'eczéma par des cataplasmes, des bains, des purgatifs, mais l'éruption furonculaire persistait, recrutant chaque jour de nouveaux furoncles sans que l'eczéma s'améliorât sensiblement. La malade fut mise à l'usage de la tisane de pensée sauvage et de séné; puis on lui prescrivit pour chaque jour quatre verres d'eau de goudron à prendre aux repas avec du vin. Après quelques jours de ce traitement, l'eczéma avait disparu et les furoncles avaient cessé de se reproduire. Les mêmes résultats ont été obtenus chez d'autres malades et ces divers faits sont venus ainsi confirmer l'efficacité du goudron comme un moyen d'empêcher la reproduction des furoncles. M. Hardy a expérimenté contre cette affection de nombreux agents thérapeutiques, et il a vu que les bains émollients et les cataplasmes ne faisaient qu'en favoriser la multiplication. Les purgatifs administrés en pareil cas sont à peu près impuissants. L'eau de goudron étant en définitive le meilleur remède qu'on puisse prescrire, il n'y a aucune raison pour ne pas y recourir d'emblée (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1866).

Pommade contre les engelures naissantes ou ulcérées.

M. le docteur Carreau (de Bièvre) nous prie de reproduire la formule suivante, qui, d'après l'auteur, aurait donné jusqu'à présent des succès constants:

Axonge.	30 grammes
Iodure de potassium.	4 —
Teinture d'iode.	1 —

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 janvier 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Une demande de cowpox pour être envoyé en Angleterre, afin de poursuivre les expériences de vaccination sur les bestiaux (Commission de vaccine).

2° Un rapport sur une épidémie de variole, par M. le docteur Lambert, médecin cantonal à Gotzenbruck (Moselle).

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Vienne en 1865 (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

Une note de MM. le docteur Degold et Warin (de Metz) sur le vaccin animal (Commission de vaccine).

— **M. VELPEAU** offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur Joulin, le premier volume d'un traité d'accouchements.

— **M. PIDOUX** présente, au nom de M. Sée, une brochure sur l'asthme, dont il donne une analyse.

— **M. BÉCLARD** présente, au nom de M. le docteur Ed. Fournié, un ouvrage intitulé: *Traité de la voix et de la parole*.

— **M. POGGIALE** proteste contre l'abus qui a été fait de son nom, dans une brochure sur les eaux minérales d'Orezza.

— **M. BOULEY** demande la parole à l'occasion de la correspondance. M. le Ministre, dit-il, demande à l'Académie du vaccin pour les expériences d'inoculation qui doivent être faites en Angleterre, comme moyen prophylactique du typhus de l'espèce bovine. J'ai pensé, à cette occasion, qu'il y aurait lieu d'utiliser les bêtes vaccinées de M. Lanoix, en les envoyant à Londres où on pourrait leur inoculer le typhus. Ce serait un excellent moyen de vérifier si, comme on l'a présumé, la vaccine est réellement un moyen de préserver les animaux du typhus. Ainsi, la grave question à l'ordre du jour pourrait recevoir très-prochainement une solution définitive.

COMMUNICATIONS.

Extraction de fragments de sonde de la vessie. — **M. SÉGALAS** met sous les yeux de l'Académie les fragments d'une sonde en caoutchouc, qu'il a extraits de l'urèthre et de la vessie d'un malade. C'est un ancien magistrat qu'il avait opéré autrefois, et qui avait l'habitude, depuis cette époque, de s'introduire tous les jours une sonde en gomme élastique pour faire des injections et des lavages dans la vessie. Un jour, venant de faire cette introduction comme d'habitude, en voulant retirer la sonde il s'aperçut qu'elle s'était brisée et qu'une moitié était restée dans la vessie. Appelé aussitôt auprès de ce malade, à 100 lieues de Paris, M. Ségalas, avec le concours de deux médecins de la localité, est parvenu à retirer cette moitié de sonde qui était brisée en plusieurs fragments.

M. Ségalas insiste, à ce sujet, sur l'importance qu'il y a à ce que les praticiens soient prévenus des accidents graves auxquels peut donner lieu la mauvaise fabrication des sondes.

M. J. CLOQUET voudrait que, pour prévenir désormais des accidents de ce genre, qui sont trop fréquents, on provoquât de la part de l'administration des mesures de surveillance sur la fabrication de ces instruments, en les assimilant sous ce rapport aux produits pharmaceutiques qui sont soumis à une surveillance administrative.

M. LARREY appuie la proposition de M. Cloquet, il voudrait, comme son collègue, qu'on signalât les mauvais produits de fabrication.

M. BOULEY s'élève contre cette proposition. On ne fait que trop souvent intervenir l'administration dans des choses dont elle n'a point à s'occuper. Faudra-t-il qu'on nomme des inspecteurs de sondes? Pourquoi pas aussi des inspecteurs de seringues? C'est aux médecins et aux chirurgiens d'exercer eux-mêmes cette surveillance.

M. VELPEAU rappelle qu'il y a quinze ans, il a fait lui-même un rapport sur des sondes qu'un industriel avait soumises à l'examen de l'Académie, et qu'il en avait signalé les dangers.

Cet incident n'a pas de suites.

LECTURE.

Fractures du maxillaire supérieur. — **M. ALPHONSE GUÉRIN**, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, lit un mémoire sur les fractures de maxillaire supérieur, et sur les moyens de reconnaître ces fractures quand elles ont lieu sans déplacement des fragments (Nous publierons plus tard un extrait de ce travail, qui est renvoyé à la section de médecine opératoire constituée en commission d'élection).

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie qu'elle aura à procéder, dans la prochaine séance, à la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats pour les places vacantes de correspondants et d'associés nationaux.

Trichine et trichinose. — **M. ROBINET** appelle l'attention de l'Académie sur des faits qui ne lui sont certainement pas étrangers et dont l'opinion publique commence à se préoccuper vivement, les accidents produits par les trichines. Tout le monde sait que des faits très-graves de ce genre se sont passés récemment en Allemagne; bien que rien de semblable n'ait eu lieu encore en France, il s'y produit depuis quelque temps une certaine inquiétude à ce sujet, M. Robinet pense que si l'Académie voulait s'occuper de cette question, elle pourrait rassurer l'opinion. Je crois, dit-il, qu'un de nos collègues, M. Delpech, si je ne me trompe, a été chargé par l'Académie de l'examen d'un mémoire sur ce sujet. L'Académie ne pourrait-elle pas l'inviter à faire un rapport? Voici, pour ma part, comment je comprendrais les mesures à prendre pour garantir la santé publique contre les chances de semblables accidents. Il existe un service d'inspection pour la surveillance de certaines denrées. Une inspection du même genre pourrait être instituée à cet effet, ou bien on pourrait en charger le service qui existe déjà et dont le zèle serait certainement excité par nos discussions. C'est là une question d'un très-grave intérêt.

On sait, en effet, que dans les campagnes surtout un très-grand nombre de personnes font leur nourriture presque exclusive de viande de porc. Je demande donc que le conseil de l'Académie veuille bien inviter M. Delpech à lui faire une communication ou un rapport sur ce sujet. Nous avons dans le sein de l'Académie tous les éléments nécessaires pour élucider cette question.

M. BOULEY. Je ne veux pas anticiper sur ce que l'Académie pourra apprendre à ce sujet de son rapporteur; je crois utile néanmoins de dire un mot. Il est évident qu'il s'agit d'une maladie très-grave, mais il me paraît heureusement très-facile de la prévenir; il suffit pour cela de faire cuire la viande de porc à une température un peu élevée. Les trichines meurent, en effet, à la température de 60°: il suffirait donc de soumettre la viande à la température de 70° environ, pour se mettre à l'abri de tout danger. Si, en Allemagne, la trichinose a sévi d'une manière aussi grave, cela tient à ce que dans ce pays on soumet cette viande à de très-mauvais procédés culinaires, on la mange presque incuite ou fumée seulement. En France, où l'on a des procédés culinaires supérieurs, l'usage de cette viande a été jusqu'à présent sans danger.

Puisqu'on a parlé des trichines, je saisirai cette occasion pour appeler l'attention sur un fait grave qui s'est passé en Allemagne et qui demande qu'on provoque des explications. — J'espère encore que ce fait est apocryphe. — Un journal de médecine a rapporté une scène qui s'est passée à Berlin dans une réunion de médecins, de vétérinaires et de débitants de viande de porc. Un pauvre vétérinaire du nom d'Urban, ayant soutenu l'opinion que les trichines étaient des animalcules inoffensifs, l'assemblée l'a sommé de manger, séance tenante, du saucisson trichinisé, ce qu'il a fait immédiatement, ajoute l'auteur de la relation dont il s'agit. Je trouve que cette exécution à mort pour un fait d'ignorance est chose grave.

M. BRIQUET. Ce que vient de dire M. Bouley est vrai, mais il faut ajouter pour la vérité complète du fait, que le vétérinaire dont il s'agit est allé immédiatement dans une pharmacie où il s'est administré un vomitif.

M. LAGNEAU présente à ce sujet quelques considérations que la faiblesse de sa voix ne nous a pas permis d'entendre.

M. BOULEY. J'ajouterai à ce que je viens de dire que pour se mettre complétement à l'abri de toute chance d'accident, il ne suffit pas que le morceau de viande soit cuit à 70° à l'extérieur seulement, il faut qu'elle atteigne au moins cette température dans toute son épaisseur. On comprend, en effet, qu'un morceau d'une certaine épaisseur pourrait, alors qu'il est chauffé à 80° à la surface, n'avoir pas atteint la température de 60° à l'intérieur. La garantie, dans ce cas, ne serait pas complète.

M. GUÉRARD. Le service de l'inspection des denrées se fait bien à Paris, mais hors de Paris il se fait mal ou pas du tout; il y a, à cet égard, un grand abandon dans la plupart des villes et surtout dans les campagnes. J'ajouterai qu'il peut en être pour la trichinose comme pour la ladrerie, question qui a été si bien traitée par M. Delpech; s'il est vrai qu'en soumettant la viande altérée à une certaine température on obtient la destruction des animalcules nuisibles, il est certaines parties, comme la graisse, par exemple, qui, fondant à une température peu élevée, pourront échapper à l'action utile de la coction, et conserver ainsi les germes morbifiques que l'on croirait détruits. Il y a, comme on le voit, un très-grand intérêt à ce que cette question soit mise à l'ordre du jour.

M. BOUCHARDAT confirme, en quelques mots, ce que vient de dire M. Bouley; la question, ajoute-t-il, sera mise à l'ordre du jour.

Hydrothérapie. — M. le docteur **BENI-BARDE** donne lecture d'un travail intitulé: *Expériences et observations cliniques pouvant servir à expliquer le mode d'action de certaines applications hydrothérapiques.*

Les auteurs qui ont voulu établir une théorie rationnelle de l'hydrothérapie, dit M. Beni-Barde, ont considéré la peau:

1° Comme un organe d'exhalation et de sécrétion participant à l'entretien de la vie, soit en éliminant certains principes morbides, soit en contribuant par ses fonctions normales à entretenir l'organisme dans les conditions de la vie ou de la santé;

2° Comme une expansion du système circulatoire pouvant se prêter au besoin à des accumulations sanguines au profit des organes internes.

Ces doctrines, très-satisfaisantes dans certains cas, ont le tort de négliger un autre ordre de réactivité qui a pour point de départ l'élément nerveux de la peau.

Selon moi, l'hydrothérapie, je ne parle bien entendu que de l'application extérieure de l'eau froide, agit le plus souvent par impression, par impression sensitive perçue ou non perçue, d'où proviennent des réactions réflexes plus ou moins saisissables.

L'eau, dans ce mode d'application, possède deux sources d'action: la température et le choc, qui, maintenus dans certaines limites, ne peuvent produire d'autre effet immédiat qu'une impression. Les autres résultats sont les conséquences de ce phénomène primordial.

L'impression s'adresse quelquefois directement aux organes excités, mais le plus souvent elle agit sur eux médiatement par l'intermédiaire du système nerveux.

Ces notions théoriques ne sont pas une simple vue de l'esprit; elles reposent sur des expériences et des observations cliniques qui sont décrites dans ce travail.

C'est par l'analyse de ces expériences et de ces faits pathologiques que l'auteur est arrivé à la conclusion suivante:

L'hydrothérapie appliquée à l'extérieur agit sur les nerfs excito-moteurs et autres nerfs à action centripète de la peau, en produisant par l'intermédiaire de ces nerfs des réactions réflexes plus ou moins appréciables dans quelques organes ou dans l'organisme tout entier.

(Le travail de M. Beni-Barde est renvoyé à l'examen d'une commission.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 août. — Présidence de M. Forget, président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. COSTILHES lit un rapport moral sur la candidature de M. le docteur Lunier au titre de membre résidant. Conformément aux conclusions de ce rapport et après dépouillement du scrutin M. Lunier est proclamé membre résidant de la Société de médecine de Paris.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de deux lettres de MM. Loir et Durand-Fardel qui demandent à échanger leur titre de membre résidant contre celui de membre honoraire. Le scrutin est ouvert successivement sur la demande de M. Loir et sur celle de M. Durand-Fardel qui tous deux sont nommés membres honoraires de la Société.

M. G. LAGNEAU communique à la Société une observation de paraplégie de la motilité du côté droit et de la sensibilité du côté gauche du corps chez un individu ayant subi les fatigues d'un long voyage. Ces accidents sont rapportés par M. Lagneau à une myélite.

M. GUIBOUT rappelle à ce propos l'observation de myélite *a frigore* qu'il a communiqué il y a quelques mois à la Société à l'occasion d'un travail de M. Aug. Voisin sur ce sujet.

M. GÉRY père appelle l'attention de la Société sur la nécessité de faire rigoureusement aux mairies la déclaration de toutes les naissances. Dans deux circonstances récentes la négligence apportée dans l'application des règlements a failli susciter de graves embarras.

Dans un cas il s'agissait d'un enfant qui mourut au bout de huit jours d'existence, sans qu'à l'époque de son décès sa naissance ait encore été déclarée.

Dans l'autre cas, une femme après une fausse couche de trois mois fut prise d'accidents graves. Si leur issue avait été funeste et que l'embryon n'eût pas été déclaré, on se serait trouvé en face de sérieuses difficultés.

M. GIRAUD-TEULON fait hommage à la Société de son livre intitulé : *Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil et de leurs anomalies.* (Remercîments. Rapporteur, M. Forget.)

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Collineau.

Séance du 6 octobre 1865. — Présidence de M. Forget.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que M. Lunier assiste à la séance.

M. LUNIER fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : *Des divers modes de traitement et d'assistance applicables aux aliénés;* et remercie la Société de l'accueil favorable fait à sa candidature.

M. SIMONOT lit un rapport sur un travail adressé à la Société par M. Descieux, à l'appui de sa candidature.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Descieux est élu membre correspondant.

LECTURE.

Communications relatives au choléra. — M. JACQUEMIN. Plusieurs cas de choléra, généralement peu graves, se sont manifestés ces jours derniers à la prison Mazas. Hier, 8 octobre, deux nouveaux exemples de cette affection ont été observés. Le caractère revêtu par ces accidents a acquis immédiatement la plus haute gravité. En somme, dans l'espace de trente-six heures, six cas de choléra ont été observés à Mazas.

M. CAVASSE a donné ses soins, rue Notre-Dame-de-Nazareth, à une femme de vingt-cinq ans, récemment accouchée, ayant subi des fatigues et éprouvé des chagrins, et qui, brusquement prise d'accidents cholériformes, a succombé en vingt-quatre heures.

M. DEVILLE a observé depuis huit jours plusieurs cas de choléra.

Le premier est celui d'un enfant de vingt-trois mois, amaigri de longue date. Dans le deuxième, il s'agissait d'une femme atteinte de diarrhée chronique. Dans le troisième, d'une femme valétudinaire âgée de cinquante ans. Puis vient le cas d'une femme de trente-trois ans, parfaitement portante la veille. Le dernier, enfin, est celui d'une jeune fille de seize ans, également bien portante jusque-là.

Dans ces cinq cas, le choléra s'est manifesté par les signes les moins contestables, et a déterminé la mort.

M. GUIBOUT rappelle que la discussion soulevée à ce sujet, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, a eu pour conclusion l'isolement des cholériques. Cette mesure est actuellement adoptée dans tous les hôpitaux.

M. LABBÉ n'a observé à la Salpêtrière que quelques cas légers de l'affection épidémique.

M. VOISIN n'en a pas encore vu à Bicêtre.

M. DELASIAUVE ajoute qu'à Bicêtre, il y a un mois, une femme a été prise de cholérine ; elle a guéri. Depuis lors, aucun exemple nouveau ne s'est manifesté.

M. BERGERON. Autant qu'il est possible de déduire le pronostic de l'épidémie actuelle des caractères qu'elle a révélés jusqu'ici, il y a lieu d'espérer que cette épidémie sera, comme celle de 1854, peu intense. En effet, elle reste confinée au lieu de se propager avec la rapidité effrayante qu'elle avait prise en 1849. A l'hôpital Sainte-Eugénie, une seule petite fille a été atteinte. La réaction commence en ce moment. Aux Enfants malades, il s'est présenté 10 cas environ. A l'hôpital Saint-Antoine, le nombre des cholériques est très-restreint.

M. GÉRY père croit, avec M. Bergeron, que le pronostic de l'épidémie qui sévit présentement doit être favorable. Jusqu'à présent, M. Géry n'a constaté aucun décès par choléra.

M. BLACHEZ. Il s'est présenté à la Charité quatre individus atteints de choléra. Les deux premiers sont morts très-rapidement, le troisième est resté plus longtemps malade, mais a fini par succomber, le quatrième a guéri.

M. DE PIÉTRA SANTA se demande si le rapprochement des invasions cholériques ne permettrait pas d'espérer, du moins comme compensation, un amoindrissement du principe morbide. Cette conséquence semble résulter de la comparaison entre le chiffre des décès dans les diverses épidémies. M. de Piétra Santa rappelle les chiffres donnés par M. Blondel dans son rapport officiel, savoir :

En 1832, 18,654 décès sur 753,987 habitants.
En 1849, 19,184 décès sur 995,504 habitants.
En 1853-54, 9,096 décès sur 996,067 habitants.

M. DEVILLE fait remarquer qu'en ce moment, la mortalité à Paris n'est pas plus considérable que dans les années habituelles, à pareille époque.

La parole est à **M. GÉRY** père, pour la lecture d'un mémoire relatif à la constatation des naissances à domicile.

M. DEVILLE s'associe à M. Géry, pour que la mesure proposée par celui-ci soit mise en vigueur.

A ce propos, **M. JACQUEMIN** rapporte que dans l'état actuel des choses, il arrive parfois que malgré une demande par écrit émanant du médecin et tendant à ce que la naissance d'un enfant soit constatée à domicile, la famille essuie un refus de la part de l'administration.

M. LUNIER pense, avec M. Géry, qu'il y aurait urgence à établir des réglements à ce sujet.

M. GÉRY. Les refus auxquels on est exposé chaque jour en pareil cas, rendent en effet évidente la nécessité d'une modification dans les règlements existants.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Collineau.

Séance du 20 octobre 1865. — Présidence de M. Guibout, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Correspondance comprend :

Une lettre par laquelle M. Descieux remercie la Société de l'avoir admis au nombre de ses membres correspondants.

LECTURE.

La parole est à **M. GÉRY** pour la lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur de Soyre, ayant pour titre : *Étude sur les périodes diverses de l'accès d'éclampsie.*

Conformément aux conclusions favorables du rapport, une Commission est nommée pour dresser le rapport moral sur le candidat. Cette Commission se compose de MM. Gros, Boys de Loury, Jacquemin, rapporteur.

M. JULES WORMS lit un Mémoire sur le choléra. Ce Mémoire, dont la lecture a occupé deux séances, a été publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1865.

La Société décide que la discussion sur ce sujet s'ouvrira à la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel, Dr Collineau.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 2 février 1866.

Ordre du jour : Rapport de M. Labbé sur un travail de M. A. Martin, candidat au titre de membre résidant.

Rapport de M. Andry, sur un travail de M. Leudet, candidat au titre de membre résidant.

Lecture par M. le docteur Mottet, candidat au titre de membre résidant.

Suite de la discussion sur les revaccinations.

Notes sur la laryngoscopie, suivie de la description de quelques instruments nouvellement employés dans le traitement des affections de l'appareil vocal, par H. Galante. In-8° de 23 pages et 9 figures, prix, 50 centimes. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Soudd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne, hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques, insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des trichines et de la trichinose. — Épidémies de trichinose en Allemagne.

Il est beaucoup question depuis quelque temps des trichines et de la trichinose. Longtemps confinée dans le domaine purement médical, l'histoire de ce parasite et des ravages qu'il exerce dans quelques contrées de l'Allemagne a franchi les limites de la science. Le bruit en est venu jusqu'aux oreilles du public, qui s'en préoccupe, à bon droit, comme de tout ce qui intéresse sa santé et sa sécurité. On a vu que dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Robinet, se faisant l'organe de ces légitimes préoccupations, a mis cette compagnie en demeure de s'en occuper à son tour.

Nous n'avons rien à apprendre à nos lecteurs sur ce sujet qu'ils ne connaissent déjà, soit par les divers travaux qui ont été présentés aux académies ou à diverses autres sociétés savantes, soit par les articles que nous lui avons consacrés à plusieurs reprises dans cette revue même. Nous croyons néanmoins utile, en raison même des circonstances récentes qui ont produit cette émotion et en présence de ce nouvel appel fait à la science, de mettre nos lecteurs au courant des derniers travaux qui ont été publiés et des dernières communications qui ont été faites sur ce point important de nosologie et d'hygiène publique.

Nous trouvons dans un travail très-intéressant et très-bien fait, publié en 1854 par M. le docteur H. Kestner, de Strasbourg (1), et auquel nous aurons probablement plus d'un emprunt à faire par la suite, quelques renseignements très-utiles à connaître sur les principales épidémies de trichinose qui ont été observées en Allemagne dans ces dernières années. C'est le seul emprunt que nous voulons lui faire pour le moment.

Jusqu'en 1855, la maladie produite par le *trichina* chez l'homme, n'était connue que par quelques faits isolés et par quelques autopsies. Ce n'est qu'à dater de cette époque qu'elle a été observée sous forme endémique ou épidémique. Encore les premières épidémies n'ont-elles été reconnues qu'après coup et après que les savantes recherches de Virchow et les belles observations de Zenker, de Friedreich et de Wunderlich eurent fixé les éléments du diagnostic.

La première épidémie signalée a eu lieu à Celle (Hanovre) en 1855. Elle a été décrite par M. le docteur W. Baring, qui ne fut éclairé que plus tard sur la signification réelle des faits qu'il avait vus et qu'il avait traités comme des cas d'œdème érysipélateux de la face avec douleurs rhumatismales.

La deuxième épidémie, beaucoup moins importante, fut celle de Magdebourg, qui, durant cinq étés successifs, de 1858 à 1862, atteignit plus de 300 personnes. La nature de la maladie, méconnue par les médecins du pays, fut, sinon démontrée, rattachée du moins avec beaucoup de probabilité à la trichinose, par un médecin de Saint-Pétersbourg qui avait déjà observé cette maladie dans d'autres contrées de l'Allemagne.

Une troisième épidémie, d'une grande extension, a régné, selon M. le docteur Rupprecht, de 1859 à 1862, à Blankenbourg (Harz). La maladie fut généralement bénigne comme celle de Magdebourg avec laquelle elle présenta la plus grande ressemblance.

Mais c'est surtout à partir de 1862 que ces épidémies se sont multipliées dans le nord et le centre de l'Allemagne, la Prusse, la Saxe et plus récemment le Hanovre, où elles ont été étudiées avec soin et déterminées dans leur véritable étiologie avec une précision qui ne permet pas de conserver de doute sur leur origine et leur nature.

Voici quelques-unes des indications que donne à cet égard M. Kestner dans son intéressant travail :

La première des épidémies bien observées et rapportées à leur véritable cause, éclata en mars 1862, à Plauen (royaume de Saxe). Le docteur Bœhler, qui en a fait la relation, eut pour lui seul treize malades à soigner, soit à l'hôpital de Plauen, soit en ville. Le total des cas qui se présentèrent simultanément dans la localité s'était élevé à une trentaine environ. Tous ces malades avaient mangé soit du hachis de porc cru, soit du boudin de foie. Les cas se présentaient avec une intensité variable. Dans sept des treize cas traités par Bœhler, les symptômes furent bénins et cédèrent au bout de trois à sept semaines ; les six autres furent plus graves. L'un des malades succomba après neuf semaines de maladie ; un autre quitta l'hôpital après deux mois et demi de séjour, avec un épanchement pleurétique et mourut vingt mois plus tard.

Le même médecin a eu l'occasion d'observer, en 1863, une seconde épidémie heureusement bénigne, et dont le caractère dominant fut celui d'une fièvre gastro-rhumatismale.

Quelques mois après la première épidémie de Plauen, une épidémie non moins importante se montra à Calbe, sur la Saale. Le docteur Simon, qui l'a décrite, en observa un ensemble de trente-huit cas, en juin et juillet 1862. 25 femmes, 9 hommes et 4 enfants tombèrent successivement malades. 8 d'entre eux, 6 femmes, 1 homme et 1 enfant, succombèrent.

Le diagnostic de cette épidémie a été établi et a pu l'être avec la plus grande certitude, exclusivement d'après les données fournies par l'étiologie et la symptomatologie, aucun des malades ne s'étant prêté à l'exploration directe des muscles au moyen du harpon. Une seule autopsie put être pratiquée, mais elle confirma d'une façon tout à fait concluante les assertions des médecins. La femme qui en fut l'objet présentait dans ses muscles des millions de trichines enkystées, toutes douées d'une vitalité énergique à leur sortie de leurs capsules. La durée de la maladie avait été dans ce cas de six semaines, et elle avait été, comme pour les autres, caractérisée par une tension douloureuse avec immobilité absolue des membres, et par une diarrhée opiniâtre, qui n'avait cessé qu'avec la mort.

De semblables épidémies se sont montrées à deux époques différentes, en 1861 et en 1863, à l'île de Rügen en Poméranie, à Burg près de Magdebourg, à Weimar, à Halle, à Celle dans le Hanovre, à Stralsund, à Stuttgart, à Eisleben et enfin à Quedlinbourg (Harz), où la maladie a sévi de nouveau avec une grande intensité en 1864.

M. Kestner fait une mention particulière de l'épidémie qui éclata au mois d'octobre 1863 à Hettstadt, près d'Eisleben (Prusse), et dont le docteur Rupprecht a laissé une très-intéressante relation. Dans l'espace de six semaines 158 personnes avaient été atteintes, sur une population de 4,000 âmes environ, et 27 avaient succombé. Tous les individus atteints avaient mangé de la viande d'un porc trichinisé. Le boucher qui avait débité ce porc et sa famille furent les premiers atteints. Le boucher lui-même, sa femme et sa servante moururent ; quatre autres membres de la famille furent gravement malades. Une autre famille perdit la mère, un fils de vingt-trois ans, une fille de dix-huit et une autre de treize ans. Six mineurs qui avaient mangé de la viande de ce porc en hachis cru, tombèrent malades ; quatre succombèrent. Chez trois d'entre ces derniers, la maladie se compliqua après trois ou quatre semaines, d'une pneumonie qui les enleva du quatrième au cinquième jour. Le quatrième succomba à la forme typhique de la maladie. Il y eut, parmi les vingt-sept cas mortels, huit sujets qui succombèrent à cette forme ; cinq fois la mort parut être la conséquence immédiate de la paralysie du poumon, déterminée par l'immigration abondante des nématoïdes dans les muscles respirateurs. Trois fois ce fut un état soporeux, provoqué par une vaste infiltration séreuse du tissu cellulaire des muscles du cou. La pneumonie embolique, complication assez fréquente dans cette épidémie, emporta six malades, etc. La maladie avait débuté généralement, dans cette épidémie, par des évacuations glaireuses incolores, accompagnées d'agitation, d'oppression, de nausées, de douleurs cardialgiques, qui l'auraient fait prendre tout d'abord pour une cholérine ou un catarrhe gastro-intestinal ; mais l'enflure œdémateuse des paupières et les douleurs musculaires qui ne tardaient pas à survenir à la suite, rectifiaient le diagnostic, confirmé d'ailleurs par les circonstances étiologiques et par les explorations, ou les autopsies qui ont été faites.

La plupart des malades qui succombèrent dans cette épidémie avaient mangé de grandes quantités de porc cru, sous diverses formes. Ceux qui n'en avaient mangé que de petites quantités furent tous moins gravement atteints. Les enfants présentèrent généralement la forme bénigne.

Enfin, au moment où M. Kestner écrivait son travail, M. Rupprecht observait une nouvelle épidémie, heureusement moins grave et moins étendue que la précédente, dans l'ancien comté de Mansfeld, qui paraît avoir le triste privilége de posséder en permanence le terrible parasite.

Voici maintenant des renseignements plus récents et dont quelques-uns sont encore actuels.

Dans une lettre adressée de Baden à M. le docteur Cerise et insérée dans l'*Union médicale* du 7 décembre dernier, on lit ce qui suit :

« Dans un gros village situé à une petite distance de Magdebourg de Hebersleben, plus de deux cents personnes, ayant mangé de la viande de porc trichinée, ont été malades. Vingt sujets ont déjà succombé à la suite d'horribles souffrances. A l'autopsie, tous les organes ont été trouvés sains, à l'exception du système musculaire, qui était rempli de trichines en quantité incalculable.

« Cette épidémie, commencée à la fin d'octobre, sévissait encore avec intensité en décembre et différait par maintes particularités des précédentes. En tout semblable au début à celle qui a régné à Hettstadt, elle s'en écarte dans la suite. Des vomissements et de la diarrhée en ont été les phénomènes constants au début, ce qui fit croire à une invasion du choléra. Mais les douleurs *sui generis* et caractéristiques dans les muscles fléchisseurs des extrémités rectifièrent bientôt cette erreur du diagnostic. Des sueurs abondantes et répétées, de l'insomnie, pouls faible et plus fréquent qu'à l'état normal, des douleurs névralgiques très-intenses du plexus cœliaque et mésaraïque, et une douleur constante à la région épigastrique, pouvaient en imposer aussi pour une gastro-entérite. La diarrhée cessa spontanément.

« Une oppression intense, de véritables accès de dyspnée survenant la nuit, se montrèrent de la troisième à la cinquième semaine dans les cas graves, et étaient suivis d'un marasme profond. Le plus grand nombre des malades y succombèrent. L'autopsie montra dans ces cas une grande quantité de trichines infiltrées dans les muscles de la respiration, le diaphragme surtout.

« Les douleurs musculaires des membres avaient dès lors beaucoup diminué ; les malades ne se plaignaient plus que d'un sentiment de paralysie. Une telle rémittence se manifesta dans beaucoup de cas, que l'on crut pouvoir émettre un pronostic favorable. Mais une aggravation soudaine et considérable obligeait bientôt les malades à se remettre au lit pour ne plus le quitter.

« L'œdème des diverses parties du corps n'eut pas de marche régulière. Celui de la face apparut, en général, vers le dixième jour. Très-souvent, il s'est borné à un seul membre.

« La date de l'invasion a été aussi très-variable. L'incubation a été de deux heures à quatre semaines.

« Deux guérisons durables ont eu lieu par suite de vomissements survenus immédiatement après l'ingestion de la chair empoisonnée. Le jeune âge a exercé une influence favorable à cet égard. De 100 enfants atteints, aucun n'est mort ; tandis que des 350 malades traités, 80 à 90 étaient déjà morts à l'époque où a été faite cette relation.

« Au début, le traitement a consisté en benzine administrée à la dose de 1 gramme et en purgatifs. Employée jusqu'à concurrence de 30 à 45 grammes à l'intérieur, la benzine n'a jamais amené d'effet fâcheux, mais on ne dit pas qu'elle ait eu d'efficacité bien marquée. »

C'en est assez pour montrer la gravité de la maladie dont il s'agit et l'importance de la question thérapeutique ou prophylactique qui s'y rattache.

Nous poursuivrons dans nos prochaines Revues l'examen des documents que nous avons entre les mains sur cette importante question ; et nous exposerons notamment, d'après la brochure de M. Kestner et d'après une très-bonne monographie que vient de publier sur ce sujet M. le docteur Henri Rodet, de Lyon, la symptomatologie de cette maladie.

Tétanos traumatique ; bons effets de l'acupuncture.

On a bien raison de dire que le tétanos est la maladie qui fournit le plus d'occasions de surprises en thérapeutique. Voici une observation originale qui arrive du Canada et qui a été rapportée dans le *Medical Times* de Londres.

Selon la coutume anglaise, l'observation est brève et il ne nous est pas possible de déterminer la qualité du tétanos, ce qui à notre avis est ce qu'il y a de plus important pour juger la valeur du remède.

Un homme âgé de trente-sept ans, de force ordinaire, d'une bonne santé et d'habitudes régulières, ouvrier dans une scierie mécanique, fut blessé à la tête par l'action d'une scie circulaire, et eut une petite portion de l'os frontal dénudée. La plaie guérit facilement, et, dans l'espace de quinze jours, elle était cicatrisée ; mais le quatrième jour qui suivit l'accident, l'orbiculaire palpébral droit commença à être le siége d'une contracture qui gagna de proche en proche, en sorte qu'au bout

(1) *Étude sur le Trichina spiralis*, par N. Kestner, docteur de la Faculté de médecine de Strasbourg, de l'Université de Gœttingen, etc. ; brochure in-8° de 80 pages, avec deux planches lithographiées. Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils.

d'une semaine les muscles des mâchoires et ceux du cou étaient devenus plus ou moins rigides. A ce moment, le 27 juillet, le blessé, ramené à la ville d'Ottawa (Canada), fut confié aux soins du docteur Grant : le trismus était très-prononcé, et rendait impossible l'ouverture de la bouche.

Le 1er août, les symptômes s'aggravèrent : tous les muscles de la face contractés, ceux du cou, du thorax, de l'abdomen considérablement tendus et rigides, ainsi que les muscles spinaux, d'où incurvation légère du tronc en arrière ; ceux des membres, non affectés ; les spasmes toniques revenant avec plus d'intensité environ toutes les deux heures, et s'accompagnant de beaucoup de souffrance. Malgré divers moyens purgatifs, malgré l'administration de préparations internes telles que glace sur le rachis, extrait de chanvre indien, acétate de morphine, l'état ne s'améliora pas, et la roideur ne tarda pas à envahir les bras et les jambes ; en même temps il y avait dysphagie prononcée et grande dyspnée. Dans ces conditions, le docteur Grant se résolut à tenter l'effet de l'acupuncture.

Le 3 août, trois aiguilles furent enfoncées dans les muscles du cou, de chaque côté, jusqu'à une profondeur d'environ un pouce du rachis, et à une distance d'un pouce l'une de l'autre. Avant cette opération, les muscles du cou étaient dans un état de roideur et de dureté considérables, qui rendait impossible tout mouvement de rotation de la tête, et qui opposa une assez grande difficulté à l'introduction des aiguilles. Cette introduction ne donna lieu qu'à peu de douleur. A peine avait-elle été faite que le patient s'écria qu'il éprouvait un très-grand soulagement. Les aiguilles furent retirées au bout d'une minute, avec beaucoup plus de facilité qu'on n'en avait éprouvé à les introduire, et alors le malade put tourner la tête avec assez d'aisance, grâce à une diminution marquée de la rigidité musculaire : la déglutition se fit aussi avec moins de peine. A la suite de cette expérience encourageante, on pratiqua quotidiennement l'acupuncture sur les muscles rigides des régions cervicale, dorsale et lombaire. Au bout de quatre jours, l'amélioration était des plus satisfaisantes : physionomie bonne, possibilité d'écarter les mâchoires, d'avaler les aliments, de respirer, éloignement et affaiblissement des convulsions toniques, sommeil. Tous les symptômes disparurent ensuite graduellement avec assez de rapidité, et le 23 août, moins d'un mois après le début d'un tétanos qui avait paru devoir emporter le blessé, celui-ci put retourner chez lui parfaitement rétabli.

— Quelle que soit l'opinion qu'on doive garder à l'égard de ce fait, il ne semblera pas peu singulier, toutefois, qu'une action portée seulement sur les muscles ait pu influencer le système nerveux, qui est réellement seul en jeu dans la production du tétanos.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DENONVILLIERS.

M. LE FORT, suppléant.

Pseudarthrose du fémur droit, guérie par l'extension et l'immobilisation.

Le malade Alexandre B..., âgé aujourd'hui de vingt ans, fit une chute de cheval le 15 avril 1864, et se fractura la cuisse droite. On lui appliqua un appareil de Scultet et on le transporta à l'Ile-Adam, où il reçut les visites d'un médecin. L'appareil primitivement posé ne fut pas renouvelé, et pendant vingt-cinq jours on ne mit pas à nu le membre fracturé. A cette époque, on appliqua un appareil dextriné qui resta en place deux mois. Lorsque le malade voulut se lever, près de trois mois après sa fracture, il s'aperçut que le travail de consolidation ne s'était pas effectué et que le membre n'avait aucune solidité.

Il se fit transporter à Paris, et il entra le 25 juillet 1864 à l'hôpital de la Charité, où il fut placé dans le service de M. Velpeau. Un nouvel appareil dextriné fut appliqué et gardé deux mois, sans aucun changement dans l'état du membre; notre vénéré maître voulut bien me prier de me charger du malade, et il fut transféré salle Saint-Jean, nº 17, où je remplaçais alors M. Denonvilliers.

Je constatai l'état suivant : le membre était raccourci de 9 centimètres environ, le fragment inférieur était passé en arrière du supérieur ; ce fragment inférieur, comprenant approximativement 12 à 15 centimètres du fémur, faisait à la partie postérieure de la cuisse une saillie notable très-facilement appréciable au doigt. Les bords de la fracture coupés à arêtes assez vives témoignaient de l'absence de travail de consolidation. Les deux fragments s'appuyaient l'un contre l'autre par leurs faces, séparés probablement par quelques fibres musculaires. Le malade ne pouvait imprimer à la jambe étendue aucun mouvement d'élévation de dessus le plan du lit, et, en passant la main à plat entre la cuisse et le matelas, on constatait une mobilité telle, qu'en essayant ainsi de soulever le membre le fémur se courbait immédiatement à angle obtus à sommet antérieur.

J'essayai d'imprimer des mouvements violents aux deux fragments, de les frotter l'un contre l'autre, après quoi j'appliquai un appareil inamovible plâtré qui resta en place deux mois ; lorsque je le retirai, je pus constater que le traitement n'avait pas eu le moindre succès. Il fallait dès lors revenir à des moyens plus puissants et autant que possible à des procédés n'exposant pas la vie du malade. Le séton, la résection suivie ou non de suture des os, m'exposaient à des accidents graves ; d'ailleurs la statistique m'apprenait que de 170 cas de pseudarthroses de la cuisse, rassemblés par Gurlt, l'extension permanente avait fourni des résultats heureux, puisque sur 14 malades 11 avaient guéri, tandis que les scarifications sous-cutanées sur les fragments n'avaient donné que 17 guérisons sur 38 cas, le séton 16 guérisons sur 30, la résection 14 guérisons sur 28 opérés. Je me décidai donc pour l'extension.

Pour la pratiquer je construisis moi-même l'appareil suivant :

A l'extrémité inférieure d'une béquille, je vissai une plaque de bois formant étrier et à l'extrémité opposée de laquelle une large attelle interne montait jusqu'à l'ischion du côté malade. Un appareil plâtré fut appliqué sur la jambe du malade et me servit à donner point d'appui aux lacs extenseurs. Une longue vis jouant dans la plaque formant étrier était un puissant moyen d'extension. Quant à la contre-extension, elle était faite par la béquille appuyée dans l'aisselle et par l'attelle interne dont l'extrémité appuyait sur l'ischion mais avec l'intermédiaire d'un coussin de ouate.

J'augmentais tous les jours la traction de l'appareil, elle amenait des douleurs vives au niveau de la fracture ; mais cette traction put bientôt être assez énergique et complète pour dégager complétement les deux fragments l'un de l'autre et les faire se rencontrer seulement par leurs extrémités libres. Sans cesser l'extension, je cherchai à frotter fortement les fragments les uns contre les autres, et après que les tractions eurent été ainsi continuées pendant trois semaines, j'appliquai un appareil inamovible en plâtre.

Je le retirai le 31 décembre 1864 ; la cuisse avait perdu sa mobilité, la consolidation était presque complétement effectuée. A partir du 2 janvier 1865, le malade se leva avec deux béquilles ; mais après une quinzaine de jours, il fut pris d'un érysipèle grave et il ne se releva que dans les premiers jours de mars 1865. Transféré à l'hôpital de Vincennes, il y demeura jusqu'au mois de juin, et malgré plusieurs chutes accidentelles, la solidité du membre ne se démentit pas. Vers le 15 juin, il abandonna les béquilles pour se servir d'une canne.

Aujourd'hui, comme on peut le voir, un an après la guérison, la cuisse est solide, le malade marche facilement et sans canne, cependant avec une notable claudication qui tient à un peu de raideur dans le genou et à un raccourcissement de 6 à 7 centimètres, car les fragments ont repris dans l'appareil inamovible, après l'enlèvement de l'appareil à extension, leur situation première, et la saillie arrondie que l'on sent en arrière est l'extrémité du fragment inférieur.

POTION CONTRE LE CROUP ET L'ANGINE COUENNEUSE,

par M. le Dr SÉBASTIEN.

Eau de tilleul.	110	grammes.
Acide gallique pur, de. . . .	1 à 2	id.
Sirop de Tolu.	40	id.

M. S. A. On donne une cuillerée à bouche de cette potion toutes les heures, jusqu'à cessation complète de tous les symptômes.

D'après les résultats que j'ai obtenus de cette potion, et si mes observations sont justes, l'acide gallique jouirait d'une incontestable supériorité sur tous les autres remèdes préconisés jusqu'à ce jour contre cette affection.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 24 janvier 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Le Dr Gurlt, professeur de chirurgie à l'Université de Berlin et M. le professeur Bilroth, de Zurich, nommés membres correspondants étrangers, adressent une lettre de remerciements.

La Société reçoit en outre les journaux de la semaine, et deux mémoires de M. le docteur C. L. Sandras, l'un sur la diathèse urique, l'autre sur la digestion et l'alimentation.

RAPPORT.

M. DESPRÉS fait un rapport oral sur une observation de réduction de luxation ancienne du coude datant de onze semaines, lue devant la Société, par le docteur Lala (de Rodez).

M. Després propose d'adresser une lettre de remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Je me propose, en prenant la parole dans ce nouveau débat, d'examiner quelques propositions émises par MM. Legouest et Dolbeau. En l'absence du premier, je m'adresserai seulement aujourd'hui au second. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication qu'il nous a faite et la bonne nouvelle d'une méthode plus capable que les autres d'attaquer et de vaincre les terribles polypes naso-pharyngiens.

Je connaissais la première tentative de M. Nélaton. Ces essais ont été poursuivis avec des résultats encourageants, et cinq fois déjà, l'électrolyse a été mise en usage. Il est donc permis de porter un jugement au moins approximatif sur cette innovation. C'est pourquoi je ferai quelques remarques sur son histoire et sur sa valeur clinique.

En ce qui concerne le premier point, je pense que c'est par mégarde et dans la rapidité de l'improvisation, que M. Dolbeau a désigné M. Nélaton comme l'inventeur de la méthode, dès la première communication à l'Institut, c'est-à-dire dans le courant de l'année 1864. Cette prétention a été mise à néant. Je ne rappellerai pas la critique très-acerbe et d'ailleurs quelque peu inexacte qui parut dans la *Gazette médicale de Paris* ; mais je citerai un article tout à fait magistral que publia la *Gazette hebdomadaire* et qui établissait les droits de chacun.

Depuis cette époque, la question de priorité a toujours été résolue dans le même sens, comme on peut s'en assurer en lisant le *Traité des Tumeurs* de notre savant collègue, M. Broca, et une publication toute récente des *Archives générales de médecine*, due à la plume fort compétente et très-autorisée de M. le docteur Tripier.

Il paraît donc hors de doute que, sans parler des théories et des essais imparfaits de Crussel, la constitution véritable de la méthode est due à M. Ciniselli de Crémone, lequel, du reste, nous a fait parvenir, sous la forme la plus modeste, une juste réclamation par l'entremise de M. Velpeau. Nous devons sauvegarder d'autant plus soigneusement les droits de notre confrère italien, qu'il est notre correspondant et qu'il nous a donné en quelque sorte les prémisses de ses travaux

En effet, le 5 septembre 1860, M. Ciniselli était à notre tribune et nous exposait le résultat de ses remarquables recherches que la clinique avait déjà sanctionnées ; plus tard, en 1862, il nous adressait une brochure plus explicite encore.

Pensant qu'aucune contestation sérieuse ne peut s'élever sur le point historique, je passe à l'examen des résultats pratiques obtenus jusqu'à ce jour. Lorsqu'une méthode nouvelle vient disputer la première place à ses aînées, on est en droit de demander si elle est moins grave, plus efficace et d'un usage plus commode. Examinons donc, sous ces divers rapports, l'électrolyse appliquée aux fibrômes pharyngiens.

Les cinq tentatives que M. Dolbeau nous a fait connaître ont donné deux succès complets, un cas de mort, deux résultats inconnus, un malade ayant été perdu de vue, l'autre étant encore en traitement. Nous ignorons si ce total représente tous les malades traités, mais en tous cas, il est insuffisant pour établir péremptoirement la supériorité de la méthode. La résection palatine et l'ablation préalable du maxillaire supérieur ont fourni des résultats au moins aussi avantageux.

Les faits connus ne nous autorisent pas même à proclamer l'innocuité de l'électrolyse. En effet, je trouve dans le mémoire de M. Tripier l'analyse de six opérations faites par M. Ciniselli en 1862 ; trois comptent à peine, car la pile n'a eu à produire que des eschares cutanées, superficielles, analogues à celles que l'on pratique avec le moxa, les caustiques ou un fer rouge quelconque, puis a cautérisé un trajet fistuleux. Trois fois seulement, on a attaqué de véritables tumeurs, savoir : un petit névrôme de 5 millimètres de diamètre et deux nævis du volume d'une noisette et d'une grosse noix. Dans ce dernier cas, la mort est survenue le dix-neuvième jour, par suite d'un érysipèle. Huit fois donc, des tumeurs ont été soumises à la méthode, et nous comptons déjà deux morts. D'où je conclus que si le danger n'est pas plus grand, à coup sûr il n'est pas moindre.

En ce qui concerne la facilité d'application, il faut convenir que l'avantage n'est pas du côté de l'électrolyse ; il faut des appareils spéciaux, coûteux, faciles à détériorer et qui n'obéissent pas à toutes les mains. Le concours d'un électricien est à peu près indispensable. Que toutes ces conditions accessoires se trouvent dans quelques grandes villes et dans quelques services d'hôpital, je l'accorde ; mais comment les réunir dans les provinces, dans les campagnes, dans la pratique privée en général. Nul ne tient en plus haute considération que moi la valeur scientifique d'une opération chirurgicale et néanmoins pour les besoins et les exigences de la pratique, étant donnés plusieurs procédés, je donnerai, toutes choses étant d'ailleurs sensiblement égales, la préférence à celui qui sera le plus maniable et le plus accessible à la majorité des praticiens.

Toutefois, il semble résulter de quelques paroles de M. Dolbeau que désormais la cure des polypes naso-pharyngiens pourrait se passer de ces graves opérations préliminaires, que certainement nous ne préconisons qu'à regret, mais qui paraissent encore indispensables à la majorité d'entre nous. Certes, ce progrès, s'il existe, contrebalancerait bien des inconvénients et pèserait beaucoup dans la balance. J'ignore si M. Nélaton en est arrivé là dans ses derniers essais, mais je vois encore que, dans deux cas, les voies préliminaires ont servi à conduire le pôle destructeur jusqu'à la masse morbide. M. Dolbeau nous éclairera facilement à cet égard.

Cette remarque a sa raison d'être. Si, en effet, il est nécessaire comme jadis de créer une voie artificielle, l'application de l'électrolyse aux polypes naso-pharyngiens change de caractère et de portée. Ce n'est plus une méthode nouvelle, supprimant les opérations préliminaires et complémentaires à la façon de l'arrachement ou de la ligature ; c'est tout simplement un procédé de l'acte fondamental, un mode particulier de l'exérèse du parasite. Il ne faut la comparer ni à l'ablation par les voies naturelles, ni aux méthodes buccale, nasale ou maxillaire, mais seulement aux divers expédients mis en usage pour détruire le polype rendu préalablement accessible. Alors l'électrolyse devient congénère ou succédanée de l'excision, de la section ou de l'écrasement linéaire, de la galvanocaustique ; enfin, et surtout, des caustiques potentiels très-variés qui ont été déjà bien des fois mis en usage avec succès. S'il en était ainsi, on comprendrait la valeur des objections présentées plus haut et relatives aux difficultés d'application.

Au reste, je le reconnais volontiers, mon argumentation manque de bases solides, car je ne connais que très-sommairement les cas invoqués ; c'est pourquoi il serait désirable que M. Dolbeau voulût bien nous fournir les observations complètes et nous mettre au courant du manuel, ne fût-ce que pour nous mettre à même de répéter de notre côté des expériences sur ce point intéressant de pratique. Je ne doute pas que notre collègue ne fasse droit à notre requête, et je serais heureux, pour ma part, de l'y avoir provoqué.

Je désire, Messieurs, qu'on ne se méprenne point sur l'intention qui dicte ces remarques ; il n'y faudrait point voir un arrêt de proscription contre la méthode nouvelle. Qu'elle ait des imperfections, des incertitudes, des indications et contre-indications encore hésitantes, quoi de plus naturel ? elle ne fait qu'apparaître et cherche encore sa voie. Il serait donc souverainement injuste de la condamner prématurément et d'en rejeter l'emploi, mais il serait tout aussi imprudent de l'adopter sans faire de réserves, alors qu'on a soumis ses aînées, dans cette enceinte même, à un examen si sévère, à un contrôle si patient.

Pour garantir l'électrolyse contre l'engouement, cause prédisposante si commune de l'abandon, le mieux, et le plus juste, est de guider ses premiers pas à la lueur d'une critique impartiale.

M. A. GUÉRIN. En communiquant à la Société de chirurgie, l'observation d'un polype naso-pharyngien, extirpé par *rugination de la surface d'implantation*, je me préoccupais peu de la question de priorité, bien que j'aie appris depuis longtemps que de toutes les propriétés, la plus difficile à constituer est la propriété scientifique. Dès qu'une idée voit le jour, aussitôt on recherche si quelqu'un ne l'a pas eue déjà, et comme l'esprit humain s'est fort exercé de tout temps, on retrouve presque toujours quelque chose de plus ou moins ressemblant, qui suffit pour désoler ceux qui ont l'ambition d'attacher leur nom à une découverte. Pour moi, je trouve que ces questions de priorité prennent une trop grande place dans la science. Je comprends qu'à l'occasion de toutes les grandes découvertes, on revendique l'invention, et je serais le premier à réclamer pour Harvey l'honneur de la découverte de la circulation du sang, pour Jenner celle de la vaccine, pour Laënnec l'auscultation, etc. Mais, quand il s'agit d'une simple modification opératoire, ce n'est vraiment pas la peine de défendre son bien. Aussi ne répondrais-je pas à ceux de nos collègues qui m'ont contesté la priorité de mon opération, si je ne craignais pas qu'on ne vît dans les réclamations une

preuve de la supériorité du procédé qui m'a réussi, sur tous ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici.

Un fait ne peut pas suffire pour instituer définitivement une méthode ou un procédé. Il y en aurait plusieurs si je m'en rapportais aux réclamations que l'on m'a fait l'honneur de nous adresser. Malheureusement, je les crois peu fondées et je crains fort que l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la rugination de la base du crâne ne compte encore qu'un fait heureux. M. Borelli a bien cru que je n'avais fait que l'imiter, et en entendant la lecture de sa lettre j'ai eu, un instant, l'espoir de retrouver dans les deux mémoires qu'il signalait à notre attention des faits à l'appui de la thèse que j'avais soutenue devant vous. Mais M. Borelli, en réclamant la priorité de mon opération, avait pensé que je m'étais cru l'inventeur de l'incision du voile du palais, et c'est là ce qu'il me semble réclamer surtout; il ne s'est pas servi d'une rugine, il a excisé les polypes avec de longs bistouris ou des ciseaux. Or, j'ai dit que je proposais de ruginer l'implantation du polype pour ne plus inciser le voile du palais, pour ne plus toucher au pédicule du polype avec des ciseaux; je veux, en un mot, que l'opération soit faite avec une simple rugine, introduite d'avant en arrière par une narine et guidée par l'indicateur de la main gauche porté derrière le voile du palais. Ainsi, loin de réclamer l'honneur d'avoir, le premier, incisé le voile du palais, qui revient à Mane, je veux que l'on supprime ce temps que presque tout le monde pratique en France. En cela, mon opération diffère essentiellement de celles de M. Borelli. Notre collègue de Turin excise les polypes avec de longs bistouris ou des ciseaux, moi je ne me sers que d'une rugine. La lame des ciseaux dont je me suis servi, en attendant que l'on m'apportât une vraie rugine, a sans doute induit M. Borelli dans l'erreur qui l'a fait nous écrire la lettre que vous connaissez; mais cette lame de ciseaux n'agissait pas comme instrument tranchant; détachée de l'autre lame, elle ne pouvait plus que gratter la membrane muqueuse du pharynx, l'érailler et non la couper.

Si mon opération prend définitivement place dans la sience, ce n'est donc pas à M. Borelli qu'elle devra d'y être entrée, car il me semble que notre honoré collègue a justement adopté les procédés usuels que je crois défectueux.

Quand M. Dolbeau nous a communiqué ses observations au sujet des polypes, il m'a, lui aussi, donné un instant l'espoir qu'il connaissait des faits semblables au mien, car il s'étonnait, en commençant, que j'eusse pu croire nouveau le procédé que j'avais pratiqué. Mais il s'est ravisé en écrivant son discours où je trouve bien encore l'expression d'une grande surprise, mais n'ayant plus la même cause. M. Dolbeau croyait que l'on était bien d'accord sur la nécessité d'une opération préliminaire, et il s'étonne que j'aie pu avoir l'idée de proposer autre chose; je croyais comme M. Dolbeau, il n'y a pas longtemps encore, que les opérations préliminaires étaient nécessaires, et c'est là ce qui me tourmentait au moment d'opérer les polypes naso-pharyngiens; mais ayant pu m'en passer, ayant conçu l'idée d'opérer sans inciser le voile du palais, en respectant la portion palatine du maxillaire supérieur aussi bien que le nez, ayant enfin réussi à énucléer par rugination deux énormes polypes, que m'eût dit M. Dolbeau si j'avais persisté à vouloir pratiquer les effrayants préliminaires auxquels il paraissait extrêmement attaché au commencement de son discours? Je dis: au commencement, car malgré l'étonnement qu'il nous a manifesté, ne croyez pas qu'il soit éternellement attaché à ces préliminaires; il a une prédilection plus vive encore pour l'électro-chimie, qui, n'incisant pas plus que moi la face et le voile du palais, suivant lui, nous donnerait le moyen le plus sûr de détruire les polypes naso-pharyngiens. Après cela, je ne comprends plus pourquoi notre collègue s'est si fort étonné que j'aie pu penser à extirper les polypes sans opération préliminaire. Pour préparer mon esprit à accueillir sa communication sur l'électro-chimie, il aurait fallu, au contraire, qu'il condamnât les anciennes méthodes, et j'avoue que pour ma part je suis loin d'être suffisamment édifié sur les succès de cette électro-chimie. Tandis que quelques-uns d'entre nous ont besoin de preuves bien convaincantes pour admettre une idée nouvelle, il y en a d'autres qui se passionnent facilement, et, par une singulière disposition d'esprit que j'ai plus d'une fois admirée sans avoir jamais eu la tentation de l'essayer, parviennent à la faire admettre comme une vérité bien reconnue, alors même que de nombreux faits militent contre elle.

Tous les médecins dont les souvenirs remontent à une vingtaine d'années, doivent se rappeler avec quelle ardeur nous avons vu soutenir la fréquence de l'infiltration tuberculeuse des os. Bien que M. Nélaton n'eût pas été le premier à émettre cette opinion, il se l'appropria, en quelque sorte, par l'habileté qu'il mit à la défendre, et on n'eût pas été écouté avec bienveillance, à cette époque, si l'on avait osé dire que l'infiltration tuberculeuse n'existait pas dans les os où on la voyait. Quelques personnes eurent bien l'audace d'émettre des doutes. Je me souviens, par exemple, que M. Malespine tenta de s'opposer au courant dans lequel les plus entêtés se laissaient entraîner. Mais les journaux démontrèrent bien vite au public que M. Malespine était à peu près seul de son opinion, et que, par conséquent, il avait évidemment tort. Depuis que l'anatomie pathologique se fait avec plus d'exactitude, on n'entend pourtant plus guère parler de cette fameuse infiltration tuberculeuse qui a commencé la fortune scientifique de M. Nélaton.

Je ne doute pas qu'il y en ait, mais les cas en sont rares, tandis que, il y a vingt ans, on en voyait partout. A cause de cela, nous autres, dont on persiste à vanter la jeunesse, bien que nous comptions près de trente années de service dans les hôpitaux, nous souvenant de l'entraînement de nos jeunes années, nous ne sommes plus aussi faciles à séduire, et nous demanderons autre chose que des citations de quelques lignes pour nous convaincre. Voyez comme nous avons facilement deux poids et deux mesures; M. Dolbeau me reproche de ne pas avoir fait l'anatomie pathologique du polype dont je vous ai parlé, et il a eu parfaitement raison. Ce polype, on eût bien voulu le classer parmi les muqueux, malgré l'énormité de son volume et son point d'implantation. Mais il a été examiné par M. Ordonez, parce que j'avais eu la crainte qu'il ne renfermât des éléments cancéreux que l'aspect fibreux des trois masses polypeuses ne faisaient pourtant pas soupçonner. Enfin c'était parfaitement un polype fibreux, et si j'ai omis ce renseignement important, c'est que M. Audhoui, un de mes internes, devait présenter les pièces à la Société anatomique et que ne m'occupant de cette maladie qu'au point de vue opératoire et n'ayant pas eu l'intention d'en faire l'histoire complète, j'avais cherché à vous présenter mon observation aussi succinctement que possible.

Je reconnais pourtant que j'ai eu tort; mais comment, quand on est si exigeant pour moi, l'est-on si peu pour une méthode qui serait presque une révolution si on s'en rapportait aux bruits qui courent à ce sujet? L'histoire des cinq malades qui ont été traités en France par l'électro-chimie est faite en quinze lignes; on ne nous parle ni de la nature des polypes, ni du temps qu'il a fallu pour guérir les malades qui ne sont pas morts. Je sais bien que l'observation du premier malade a été communiquée à l'Institut, mais nous la connaissions, et celles que M. Dolbeau a apportées ici n'ajoutent pas grand'chose à la première, car le second opéré est mort d'une fièvre typhoïde quand il n'était encore qu'en voie de guérison; le quatrième malade est parti guéri, mais il n'a pas été revu, et le cinquième est en voie de guérison. On pourra certainement compléter son observation, si Dieu veut qu'il ne meure pas trop vite d'une fièvre typhoïde. Reste donc le troisième malade, qui ayant été opéré par la voie palatine, fut considéré comme guéri et vit sa tumeur récidiver au bout de trois mois. L'électro-chimie a eu chez ce malade plus de succès que la première méthode, qui pourtant était naguère considérée comme excellente. Il y a huit mois que l'électro-chimie a fonctionné et il n'y a pas encore eu de récidive.

Je ne veux pas discuter cette méthode opératoire; que M. Dolbeau me permette seulement de regretter qu'il ne l'ait pas expérimentée avant de dire qu'elle paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée. Personne ne souhaite plus vivement que moi le succès de l'électro-chimie, et je serais très-heureux de voir la Société de chirurgie étudier cette question avec la sagesse qu'elle montre dans ses jugements. S'il est démontré que l'électro-chimie fond les tumeurs, et ne les détruit pas par une espèce de cautérisation, M. Ciniselli aura fait une grande découverte; mais que l'inventeur de la méthode me permette de lui dire que je ne suis pas encore suffisamment édifié pour renoncer à l'opération dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir.

Avant de terminer, j'aurais à expliquer à M. Legouest comment j'ai pu facilement faire pénétrer une lame de ciseaux jusqu'au pédicule du polype, si depuis l'objection qu'il me fit le jour de ma communication il n'avait pu reconnaître qu'il y avait eu, sans doute, de ma part, explication insuffisante; la lame était détachée et ne représentait plus qu'un levier droit avec lequel j'avais cherché à déplanter les polypes et par conséquent rien n'était plus facile que de la faire pénétrer par une narine qu'une grosse tumeur avait élargie en arrière.

Tandis que je cherche à détruire la surface d'implantation des polypes pour prévenir la récidive, M. Legouest, revenant aux méthodes palliatives d'autrefois, espère qu'à force de couper les polypes au niveau de leur pédicule on épuisera le principe de leur existence. Mais les polypes fibreux ont une vitalité, une force de reproduction qui n'est pas la même partout. Ainsi, tandis que ceux de la matrice ont peu de tendance à renaître quand ils ont été coupés au niveau de leur point d'implantation, ceux qui s'implantent dans les fosses nasales ou sur la base du crâne se reproduisent indéfiniment, tant qu'il n'ont pas été complétement détruits par l'extirpation, par le feu ou par les caustiques. Sous ce rapport, les polypes ont une grande analogie avec les plantes: les arbres verts, par exemple, meurent tout entiers quand ils ont été coupés près de la terre, tandis que d'autres arbres, qui ont avec eux une grande analogie de texture, donnent des rejetons tant que leur dernière racine n'a pas été arrachée.

Le polype naso-pharyngien étranglé par une pince repousse comme celui qu'une ligature a fait tomber. Les deux modes d'action sont à peu près identiques, et, depuis longtemps, la pratique de nos devanciers nous a appris que ce sont là des moyens insuffisants.

En vous communiquant mon observation, je m'attendais surtout à être argumenté au sujet de la dénudation des os, sur lesquels les polypes s'implantent, et je craignais qu'on ne m'accusât d'avoir été téméraire en ruginant les os et en les dépouillant de leur périoste. M. Dolbeau pense que c'est une opération à peu près impossible, et pourtant, Messieurs, je l'ai faite plus facilement que je ne l'aurais pensé, si j'avais cru, comme notre collègue paraît le croire, que les maladies qui se développent près des os sont sans influence sur leur union avec le périoste. J'ai dénudé une large surface, parce que la surface d'implantation était étendue, et les os dénudés se sont recouverts avec une promptitude merveilleuse. Cette reproduction du périoste était pour moi le nœud de la difficulté; je savais que l'on peut ruginer les os de la base du crâne avec d'autant plus de facilité que la maladie qui les avoisine est plus ancienne et plus profonde, mais ces os se recouvriraient-ils? c'était là ma seule crainte. Ils se sont recouverts.

Vous ne vous en êtes pas étonnés, parce que vous vous êtes souvenus, sans doute, de l'extrême vascularité des os de la base du crâne. A cause de cette vascularité, j'aurais pu craindre une hémorrhagie à la suite de mon opération, et pourtant le malade n'a perdu une notable quantité de sang qu'au moment où, avant de concevoir la possibilité d éliminer les polypes par rugination, je coupai avec des ciseaux le pédicule de celui qui soulevait le voile du palais.

Je ne veux pas quitter la tribune sans remercier mes collègues qui ont bien voulu, par une critique que je désirais, me mettre à même de compléter ma communication.

M. HOUEL. J'ai donné des soins au malade auquel on vient de faire allusion, et qui aurait succombé à la suite de l'application de l'électrolyse. Je puis affirmer que ce malade est mort de fièvre typhoïde. J'ai assisté et j'ai même pris part aux opérations pratiquées par M. Nélaton. Je ne veux pas entrer aujourd'hui dans le fond du débat; mais je dirai que l'électrolyse détruit les tumeurs, mais ne les fond pas; que son application est des plus simples, et que la méthode de M. Nélaton diffère beaucoup de celle qu'a proposée M. Ciniselli. Il faut, il est vrai, le concours d'un homme habitué à manier l'électricité; mais, une fois bien connue, cette méthode pourra permettre d'attaquer des tumeurs volumineuses et de les détruire.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas dit que l'on ne pourrait pas détruire, à l'aide de l'électrolyse, des tumeurs volumineuses. Lorsque les expériences dont parle M. Houel seront publiées, nous serons complétement édifiés à ce sujet. Mais il me semble facile de prévoir qu'une méthode qui exige l'emploi d'appareils spéciaux et l'aide d'un homme habitué à les manier ne sera pas facilement généralisée. La question de propriété ne peut être douteuse: la méthode, quels que soient les perfectionnements qu'on lui apporte, est bien à M. Ciniselli.

M. DOLBEAU. La note de M. Guérin soulève des questions que je ne m'attendais pas à voir produire dans le débat. Je demande à remettre à la prochaine séance la réponse que j'aurai à lui faire.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Pseudarthrose du fémur guérie par l'extension et l'immobilisation.

M. LE FORT lit l'observation suivante: (Voir plus haut.)

M. MARJOLIN. Il y a entre l'appareil appliqué par M. Velpeau et celui dont M. Le Fort a fait usage une différence essentielle: l'un immobilisait seulement le membre malade et le bassin, l'autre immobilisait le tronc tout entier. J'ai observé à la Charité un homme atteint de pseudarthrose du fémur, longtemps traité par les appareils inamovibles. Ils avaient été appliqués par M. Denonvilliers, et M. Désormeaux, qui l'avait suppléé avant moi, était sur le point de reséquer les fragments. Je m'aperçus que le malade remuait, s'asseyait malgré son appareil; je lui en mis un qui immobilisait le tronc et le membre; deux mois après, la pseudarthrose était consolidée.

M. TARNIER. J'observe encore en ce moment un fait fort intéressant. Une femme se fracture l'extrémité inférieure du fémur au mois de juin dernier. Au bout de deux mois, le médecin qui lui donnait des soins enlève l'appareil, et la fracture semble consolidée. Cependant, je vois la malade sur ces entrefaites, et constate la non-consolidation. Je fis reprendre le lit et placer le membre dans une simple gouttière en fil de fer. Jusqu'au milieu du mois de décembre, nulle trace de consolidation. Je commençais à désespérer, lorsqu'à partir de cette époque tout a changé de face sans que rien de nouveau ait été tenté. Aujourd'hui, la consolidation est complète, et la guérison peut être regardée comme assurée.

M. LARREY. Il serait désirable que sur des questions aussi importantes, des discussions régulières pussent être engagées. Nous aurions ainsi en réserve, pour des séances peu remplies, des communications auxquelles chacun aurait eu le temps de songer à loisir. Je demande donc à la Société de mettre la question des pseudarthroses à son ordre du jour.

La discussion sur les pseudarthroses prendra rang après la discussion sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Résection étendue de l'extrémité inférieure de l'humérus. Parfaite conservation des fonctions du membre.

M. A. GUÉRIN présente un jeune homme sur lequel il pratiqua en 1862 une résection du coude. L'histoire de ce malade a été publiée dans la thèse de M. Painetvin, mais le succès de cette résection a dépassé les espérances que l'on était en droit d'attendre.

J..., à la suite de l'écrasement du coude droit, dut subir une résection dans laquelle on lui enleva de 9 à 11 centimètres de l'humérus, 1 centimètre du radius et 3 centimètres du cubitus, y compris l'olécrâne; il sortit de l'hôpital quatre mois après son opération, n'ayant plus qu'une petite plaie qui se ferma quelques jours plus tard.

Au mois de novembre, l'avant-bras ayant toujours été soutenu dans une gouttière, ne tombait pas quand on cessait de le soutenir; il restait à peu près dans la demi-flexion.

Bien que les mouvements des doigts et du poignet se fussent promptement rétablis, le malade dût être resté deux ans sans pouvoir se servir utilement du membre opéré. Mais depuis cette époque, c'est-à-dire depuis la fin de 1864, ce bras a repris une force extraordinaire. Quoique l'avant-bras et le bras ne se soient pas soudés et qu'il existe une grande mobilité au niveau de leur jonction, Jouvin se sert de ce membre pour mettre sa cravate; il le fléchit dans tous les sens, mais il n'acquiert toute sa force que lorsqu'il s'agit d'opérer une traction de bas en haut. Dans ce cas, il parvient à enlever avec la plus grande facilité un poids de 50 kilogrammes, et on l'a vu, hier matin, à l'hôpital Saint-Louis, jouer avec un énorme broc plein de vin.

M. Guérin avait désiré obtenir une ankylose entre les os de l'avant-bras et ce qui restait de l'humérus; mais avec une ankylose on n'eût pas eu plus de force dans le membre opéré.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Double perforation du crâne.

M. LARREY présente un cas fort rare, sinon unique, de double perforation spontanée de la voûte du crâne chez un sujet mort à trente-six ans, de phthisie tuberculeuse, sans avoir jamais offert, de son vivant, le moindre signe appréciable de cette singulière anomalie ou altération (sera publié).

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

Stomatoscope.

M. BRUCKE (de Breslau), recommandé par MM. Lebert et Milderdorpf, membres correspondants, présente un appareil destiné à éclairer la bouche et ses dépendances. Grâce à un puissant éclairage électrique qu'une disposition fort ingénieuse permet de maintenir dans la cavité buccale, il est possible d'examiner dans tous ses détails la bouche et l'appareil dentaire; il est même possible de voir, par transparence, les racines des dents, et, chez certains sujets, l'artère coronaire labiale peut être distinguée.

COMITÉ SECRET.

M. PERRIN lit un rapport sur les titres des candidats au titre de membre titulaire. La commission propose le classement suivant:

En première ligne, M. Tillaux.

En deuxième ligne, M. Liégeois.

En troisième ligne, M. de Saint-Germain.

En quatrième ligne, M. Leroy d'Étiolles.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 17 novembre. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que M. Desoyre assiste à la séance.

TRANSMISSION DU CHOLÉRA.

La discussion est ouverte sur un travail relatif aux modes de trans-

mission du choléra, lu dans la précédente séance par M. Jules Worms.

M. DE PIÉTRA-SANTA combat vivement et longuement les idées contagionistes développées par M. Worms.

M. SIMONOT demande que le mot *transmission* soit substitué à celui de *contagion* jusqu'à ce qu'il soit péremptoirement démontré que l'affection épidémique est contagieuse.

M. GUIBOUT. On signale des faits tendant à faire admettre la contagion; on en signale d'autres propres à faire repousser cette propriété attribuée à la maladie. Il importerait plus de se préoccuper du traitement qu'il convient d'opposer à ses ravages.

M. SIMONOT ne saurait admettre l'opportunité de l'internement des cholériques dans une salle désignée d'avance dans chaque hôpital comme mesure opposée de la propagation du principe morbide. Cette agglomération des malades dans un même local et au centre d'un hôpital lui paraît de nature à créer des foyers d'infection dont le rayonnement pourrait franchir l'enceinte même de l'établissement.

M. Simonot ajoute que pendant le cours de l'épidémie qui vient de sévir, on a observé un grand nombre de cas de troubles intestinaux caractérisés simplement par l'endolorissement du ventre et l'inappétence, mais n'ayant pas déterminé de diarrhée; qu'on a vu encore des cas fréquents de diarrhée séreuse, mais ne s'accompagnant d'aucun symptôme cholériforme. Dans l'une et l'autre série, les malades n'en étaient pas moins touchés par l'influence épidémique. Toutefois, cette influence s'exerçait dans des proportions trop faibles pour déterminer le choléra. Il semble permis d'en conclure qu'il faut de la part du principe infectueux un degré de maturité déterminé, pour que l'infection se produise. Enfin M. Simonot s'élève contre l'idée d'opposer au choléra un mode unique de traitement. Les données de la thérapeutique doivent dans cette affection, ainsi que dans tant d'autres, être modifiées par les conditions cliniques en présence desquelles on se trouve placé.

M. AUGUSTE VOISIN fait remarquer que cette année, à Bicêtre, les cholériques ont été soigneusement isolés dans un service spécial. Or il ne s'est développé dans tout l'établissement que cinq cas de la maladie, tandis que pendant le cours des épidémies précédentes, où la mesure en question n'avait pas été prise, le nombre des sujets atteints avait été très-considérable.

M. GÉRY père a constaté le décès de quatre-vingts personnes mortes de choléra. Dans un tiers des cas la diarrhée dite prémonitoire avait manqué. Le plus souvent, l'épidémie avait frappé des sujets valétudinaires ou débilités soit par la misère, soit par les excès.

M. GUIBOUT appuie les idées émises par M. Simonot sur la diversité des errements thérapeutiques dans le choléra, et insiste pour que les investigations auxquelles se prête cette affection soient dirigées dans un but exclusivement pratique.

M. JULES WORMS. Je regretterais infiniment d'avoir provoqué une discussion à propos de ma lecture sur la propagation du choléra, si, comme on vient de le dire, cette question était réellement dépourvue d'un intérêt pratique.

Je pense, au contraire, que parmi toutes les recherches que l'on peut faire à l'occasion du choléra, il n'y en a pas de plus pratiques et de plus utiles que celle qui nous montrent comment le choléra se propage parmi les individus, et comment on peut enrayer ou restreindre cette funeste propriété: S'il est bon de rechercher quels sont les moyens les meilleurs à employer dans chaque cas individuel pour guérir la maladie déclarée, il est excellent de l'empêcher de s'étendre. Prévenir un incendie est mieux que de s'appliquer à perfectionner les instruments qui pourront peut-être l'éteindre.

La question me semble ainsi purgée de l'accusation dont elle a été l'objet. Je ne voudrais pas, afin d'aller aussi vite que possible, discuter une à une toutes les objections qui ont été faites par mes honorables contradicteurs, car, en général, ce sont celles qui ont été produites en tout temps contre la théorie de la transmission. Je me bornerai à examiner les plus essentielles.

Le premier contradicteur, notre collègue, M. de Pietra-Santa, m'a fait une première objection qui, si elle était fondée, pourrait renverser toute la théorie que je soutiens; cette objection pèche par la base, car elle dérive, selon moi, d'une interprétation erronée d'une des sources du jugement humain en général.

Un fait positif, disais-je, ne peut jamais cesser d'être un fait, quand même on ne l'observerait que très-rarement; et appliquant ce principe de logique à la question, je dirai que si la transmission du choléra d'homme à homme a été constatée, quel que soit le nombre de fois, le choléra est une maladie transmissible.

M. de Pietra-Santa dit : Si le fait positif de la non-transmission a été le plus souvent observé, ce fait ne peut être ébranlé par les cas où le contraire est arrivé, et le choléra n'est pas alors une maladie transmissible.

Je ferai remarquer qu'un fait est la constatation d'un acte quelconque, et que la non-constatation de cet acte ne constitue pas ce que dans le sens régulier du terme on appelle un fait. Il ne serait pas exact de dire que la non-transmission d'une maladie soit un fait.

Si donc on montre des exemples nombreux, comme je l'ai fait, que le choléra s'est évidemment transmis d'un malade à un homme sain, on établit que la maladie est transmissible, et cette transmissibilité n'en existera pas moins comme une propriété du choléra, parce que dans d'autres cas elle aura été moins remarquée.

Mon honorable contradicteur, qui m'a reproché d'avoir fait du choléra une maladie contagieuse, remarquera le soin que j'ai mis à répudier, d'une manière absolue, ce terme qui a le défaut de préjuger sur un des modes de transmission, celui qui se fait par le contact qui, je le pense, n'a pas joué un rôle important dans la propagation de la maladie. Je ne vois aucune utilité à ces distinctions scolastiques entre la contagion, l'infection, etc., quand il s'agit de la prophylaxie du choléra : j'en donnerai la raison.

L'immunité de certaines villes, celle de Lyon, par exemple, serait, d'après M. de Pietra-Santa, un argument contre la transmission. « Des milliers de Marseillais s'y sont arrêtés, dit-il, à l'époque de toutes les épidémies du midi de la France, sans y propager le choléra. Je ne puis trouver qu'une conclusion à un fait pareil, c'est qu'à Lyon il existe une force qui agit en détruisant le germe cholérique apporté. On a fait des hypothèses sur la nature de cette force, on a invoqué la nature granitique du sol, cela peut être. Il serait infiniment important de trouver l'élément semblable qui peut exister dans toutes les villes où le choléra ne se propage pas. Si, par le plus grand des hasards, c'était une espèce végétale, il serait aisé d'organiser une prophylaxie.

Si j'avais commencé par discuter l'objection par laquelle M. de Pietra-Santa a commencé son discours, j'aurais peut-être pu me dispenser d'examiner les objections qui précèdent. En définitive, a-t-il dit, nous no savons pas si le choléra est transmissible ou non. S'il en était ainsi, la plus vulgaire prudence commanderait d'agir comme s'il l'était.

Je ne m'éloigne que très-peu des opinions émises par notre honorable collègue M. Simonot; il admet la transmission avec un certain rayonnement autour du malade, et la nécessité, au point de vue pratique, de déterminer la mesure de ce rayonnement. Je pense que ce rayonnement ne s'exerce pas dans une grande étendue, et j'ai rencontré des faits nombreux où des lazarets situés à 2 kilomètres des villes, les ont préservées d'une épidémie de choléra. La distance minime entre Messine et la côte d'Italie a été suffisante pour empêcher le transport par l'air des germes cholériques.

Le point sur lequel je me sépare de M. Simonot, c'est celui où il admet, en dehors de la transmission par l'homme, son génie épidémique. Que certaines maladies rendent les individus plus aptes à contracter le choléra quand ils sont près d'une source de transmission, cela est incontestable. Mais du moment où la transmission de l'agent toxique, né sur les bords du Gange, est considérée comme ayant lieu par l'homme à une distance plus ou moins grande, je ne pense pas qu'on puisse trouver une place pour le génie épidémique; c'est une création de l'esprit sans emploi.

Le problème de la propagation du choléra est plus simple qu'on ne le croit d'ordinaire. Voici en quoi il se résume en définitive:

Tout homme qui a le choléra peut-il ou ne peut-il pas déterminer autour de lui de nouveaux cas de la maladie?

Qui oserait dire, après tous les exemples qui remplissent la science, qu'il ne le peut pas? Si donc il le peut, le choléra est une maladie transmissible et la source de sa propagation est dans le malade. C'est lui qui multiplie et émet un agent qui donne le choléra qu'il a reçu d'un malade antérieur à lui, et placé dans le rayon d'activité du germe toxique.

Est-il besoin à côté de cela d'imaginer une autre force efficiente du choléra, tant qu'on sera en présence de cas qui, du Gange jusqu'à l'Èbre, sont dans un enchaînement continu? Évidemment non.

Ce qu'il faut essentiellement distinguer du germe lui-même, multiplié et émis par le malade, ce sont les circonstances qui en favorisent ou en restreignent l'activité. Ce n'est plus la chaleur qui donne le choléra, c'est elle qui favorise l'énergie du germe émis et multiplié par l'homme. L'encombrement ne crée pas le choléra; il place dans le rayon d'activité du germe humain des individus plus nombreux aptes à en subir l'influence, etc.

Je ne veux pas m'étendre davantage; ce que je viens de dire me semble suffisant pour placer la question à son véritable point de vue, et j'espère que, ainsi comprise, elle ralliera l'opinion de la majorité de mes collègues.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) s'ouvrira le 6 mars 1866.

Onze candidats se sont fait inscrire pour prendre part aux épreuves de ce concours.

Ce sont, par ordre alphabétique, pour la section de chirurgie, MM. Anger, Berrut, Cruveilhier, Després, Duplay, Perrier, Tillaux.

Pour la section d'accouchements : MM. Bailly, Guéniot, Jounia, Verrier.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 15. — MARDI 6 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 6 FÉVRIER 1866. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 FÉVRIER 1866.

Séance de l'Académie des Sciences.

Depuis quelque temps, nos lecteurs ont pu remarquer quelle part de plus en plus étroite nous donnions à l'appréciation des travaux de l'Académie des Sciences. Il nous paraissait, en effet, inutile de priver nos lecteurs de communications médicales pour placer sous leurs yeux l'énumération sèche de mémoires dont le titre seul venait frapper l'oreille.

Aujourd'hui, nous sommes heureux de pouvoir signaler la dernière séance, où nos études ont été représentées par des lectures importantes.

La communication de M. Pétrequin, sur la supériorité de l'éther sur le chloroforme, a trouvé un adversaire considérable en la personne de M. Sédillot, qui adresse une note que nous reproduirons : « De la supériorité du chloroforme comme agent anesthésique. »

Un professeur aimé de tous ceux qui l'approchent et qui a rendu de si grands services à la botanique, M. Chatin lit un travail sur un nouvel organe des anthères. Cet organe, non encore signalé, prendrait le nom de *placentoïdes*, à cause des analogies de forme, de position et jusqu'à un certain point de fonctions qu'il a avec les placentas des ovaires à placentation axile. M. Chatin n'a constaté l'existence générale des placentoïdes que dans les corolliflores. Ces organes sont donc un attribut des plantes les plus élevées en organisation.

M. Becquerel présente au nom de M. le docteur Heulhard-Darcy, un mémoire sur les épidémies cholériques qui se sont montrées dans l'arrondissement de Clamecy (Nièvre) en 1832, 1849 et 1859. Pour cet honorable confrère, ancien lauréat des hôpitaux (médaille d'or), les fièvres paludéennes sembleraient exclure le choléra; certaines familles seraient prédisposées à être frappées par l'épidémie, tandis que d'autres affecteraient un antagonisme bien marqué, ce travail est renvoyé à la commission du prix Bréant.

A côté de quelques communications sur le choléra, signalons le travail de M. Pelikan sur le poison du Nerium Oleander. Cette substance agit comme les poisons du cœur, mais nous publierons cette note.

La séance s'était ouverte par l'admission de M. Charles Robin, dont la nomination a été accueillie avec une vive sympathie par le monde savant. — Dr E. Le Sourd.

Quelques considérations sur les principes qui doivent présider à l'étude et à l'exposition de la médecine pratique.

Les considérations suivantes sont extraites de l'introduction de la nouvelle édition (cinquième) du *Guide du médecin praticien* de Valleix, que la maison J. B. Baillière va mettre prochainement en vente.

Les lecteurs reconnaîtront dans cet exposé l'esprit et les principes qui ont dirigé Valleix lui-même dans la conception et l'exécution de son ouvrage, mais rajeunis et revivifiés à la lumière des progrès récents de la médecine, par M. Lorain.

Le *Guide du médecin praticien* n'est pas un ouvrage doctrinal destiné à la glorification d'un système ou d'une individualité. C'est une œuvre avant tout pratique ainsi que l'indique son titre. On y trouve exposés avec bonne foi et sans parti pris les résultats de tous les travaux, de toutes les découvertes dont s'est successivement enrichie la médecine moderne. L'historique et les discussions y occupent une place suffisante mais non prédominante ; l'étude des maladies et le traitement y sont exposés avec tous les développements que comportent le plan et les dimensions de cet ouvrage, sorte d'encyclopédie médicale. Nous nous sommes efforcés de donner de justes proportions aux différentes parties de ce livre ; si quelques maladies y sont décrites plus longuement que d'autres c'est que nous avons été contraints de donner plus d'extension à ce qui est plus nouveau ou moins bien connu. Les maladies les plus communes et les mieux étudiées depuis l'origine de la médecine, telles que les *fièvres;* celles qui, grâce à la perfection des moyens de diagnostic modernes, n'offrent plus aucune obscurité, telles que les *affections aiguës de poitrine* ou les *maladies du cœur*, ont été décrites avec méthode et exposées avec netteté, ainsi qu'il convient pour tout ce qui est classique ; on est d'autant plus bref que l'on possède mieux son sujet ; les longs commentaires, au contraire, supposent l'obscurité du sujet.

Le soin que nous avons pris d'éviter toute tendance doctrinale ne doit pas être considéré comme un défaut involontaire, c'est un parti pris. Trop longtemps la médecine a été livrée aux disputes scolastiques, aux raisonnements philosophiques, aux querelles d'écoles, aux apologies et aux critiques; le temps n'est plus où l'on ne pouvait exposer simplement le tableau fait d'après nature d'une maladie, sans invoquer Hippocrate et Galien, sans faire montre d'une érudition stérile, sans se ranger sous la bannière d'une école philosophique ou théosophique. Encore aujourd'hui quelques auteurs qui écrivent pour leur satisfaction personnelle ou pour servir les intérêts d'un parti, font des professions de foi et se déclarent ouvertement vitalistes ou matérialistes, physiologistes ou organopathologistes, spiritualistes ou dynamistes. Ces querelles ne font pas avancer la médecine pratique, voilà pourquoi nous ne leur donnons pas accès dans ce livre. Cependant nous sommes de notre époque, et nous servons le progrès; nous n'avons point accumulé ici simplement une série de notions pratiques et de recettes thérapeutiques. L'esprit de ce livre c'est la tolérance ; la critique n'en est point absente, et si nous sommes impartiaux, nous ne sommes pas indifférents à la vérité ou à l'erreur. Nous avons pris pour règle de donner la plus grande extension possible à tout ce qui est positif et utile : les signes diagnostiques et pronostiques sont surtout traités avec soin, afin que le médecin soit d'abord mis en mesure de ne pas se tromper sur la nature des symptômes, car rien n'est plus préjudiciable à la dignité de l'art et au salut des malades. On peut différer d'opinion sur l'essence, sur la nature, sur la cause d'une maladie, mais il ne peut être permis d'en ignorer les signes et les symptômes. C'est là une vérité sur laquelle tous les médecins sont d'accord ; aussi bien ne peut-on discuter sur un fait qu'après en avoir nettement défini le caractère et les attributs. Agir ainsi ce n'est pas appartenir à une doctrine, à un dogme, à un système en particulier, c'est obéir aux lois mêmes de la science, et s'il fallait être pour cela classé dans une école, il n'y aurait pas d'autre nom à prononcer que celui d'école moderne.

Voici comment nous comprenons l'étude d'une maladie : Une maladie n'est point un être abstrait, une entité ; sans doute on peut concevoir une sorte d'idéal qui réalise pour ainsi dire un type nosologique ; ce n'est point là un effort de la pensée, c'est un besoin intellectuel, une sorte d'opération instinctive qui se fait dans l'esprit de l'homme placé en présence d'un phénomène physique. Ce besoin est d'autant plus impérieux que l'on est moins instruit, moins éclairé. L'enfance de l'homme et l'enfance des sociétés engendrent les fictions, les entités, les divinités bienfaisantes ou malfaisantes, ces mythes, ces produits subjectifs auxquels la crédulité populaire consacre des autels. A cette période théosophique ou mystique succède la métaphysique, qui se propose la solution de tous les problèmes et néglige les réalités objectives qui s'imposent à nos sens, pour se livrer à la poursuite des lois qui président à ces réalités. Puis vient l'âge de raison, qui est le nôtre, où l'homme fatigué de concevoir le vague, de poursuivre l'impossible, s'abaisse vers la terre, regarde, observe, note, classe et fait l'inventaire de tous les objets qui l'entourent et qui le touchent.

Les moyens d'observation se perfectionnent, la rigueur qui y préside s'accroît, la méthode est proclamée, elle a ses lois, dont on ne s'écarte pas impunément.

L'observation serait stérile si elle se bornait à enregistrer les faits sans les classer, sans les grouper, sans voir le lien qui les unit, sans se rendre compte des relations de cause à effet, ou si l'on veut des relations de succession qui existent entre eux. Tel est le labeur de la science moderne. Cette recherche patiente et éclairée est indispensable au médecin. Il doit s'entourer de toutes les précautions et ne rien négliger de ce qui peut lui épargner des erreurs dont la faute serait pour sa conscience et le dommage pour le malade. Il ne doit pas oublier de faire appel à tous les moyens que la vraie méthode d'observation lui fournit : d'abord il doit reconnaître les signes de la maladie, et pour cela il recherchera soit un ensemble de signes, soit un signe pathognomonique : cette partie de notre art suppose une longue éducation des sens, et une certaine habileté que l'exercice peut seul donner. Un premier coup d'œil d'ensemble avertit le médecin de la nature du milieu où il se trouve; l'état des lieux, l'aspect de l'entourage, le mettent de suite en possession de certaines notions qu'il n'a pas besoin de confirmer par l'interrogation.

L'âge et le sexe du malade doivent être pris en grande considération tout d'abord ; les maladies diffèrent singulièrement suivant l'âge : elles diffèrent peu dans leur essence, mais beaucoup dans leur marche, leur durée et leur gravité ; il en est même qui n'appartiennent qu'à un certain âge. Le sexe n'influe pas seulement sur la destinée de l'individu en ce sens que l'appareil génital est fréquemment affecté, mais il influe encore sur la constitution, sur l'état des forces, sur la marche des maladies ; et les maladies qui procèdent du sexe ne sont pas seulement génitales ; ainsi l'hystérie, la chlorose, la prédominance de l'élément nerveux dépendent du sexe féminin sans qu'on puisse en placer le siége dans l'utérus même. Il importe aussi au médecin de s'enquérir d'abord des circonstances qui ont précédé la maladie ; du milieu de la profession, des maladies antérieures, de l'hérédité, qui sont autant d'éléments de diagnostic précieux à recueillir. L'attitude du malade fournit aussi des renseignements importants. Quelle que soit l'école à laquelle on croit appartenir, on n'est jamais dispensé de recourir à ces moyens de diagnostic sans lesquels il n'y a pas de bonne médecine. Sans doute l'énumération méthodique de tous ces signes accessoires précédant l'examen de chaque malade paraît fastidieuse ; l'excès même en cela serait un défaut. On a reproché à une école de réformateurs qui, sous la direction du savant M. Louis, a ramené la médecine contemporaine à l'observation minutieuse des sages préceptes, d'en avoir exagéré l'importance, et d'avoir employé dans tous les cas une méthode d'une application lente et d'un usage difficile : il n'en faut pas moins reconnaître que cette école a influé d'une façon heureuse sur l'exactitude du diagnostic, et servi par là les intérêts de la science médicale. Nous nous sommes fait une loi de rappeler ces préceptes utiles un très-grand nombre de fois dans le cours de cet ouvrage.

Nous nous sommes appliqué également à rapporter avec soin toutes les observations relatives à l'influence du climat, et des professions. Nous avons décrit un grand nombre de maladies exotiques, et nous n'avons négligé aucune occasion de relater les récits des grandes épidémies, en tenant compte du mode de propagation et de la marche de ces maladies. Nous avons ainsi donné sur la *géographie médicale* des notions qui ne seront pas sans utilité pour les médecins qui doivent exercer leur art dans les pays étrangers ou dans les colonies.

L'*étiologie* occupe une place importante dans la médecine et intéresse autant le praticien que le savant. C'est une partie qui mérite d'être traitée avec quelque développement, surtout lorsqu'il s'agit de maladies épidémiques ou contagieuses, d'affections héréditaires, de diathèses, ou de maladies professionnelles. La *genèse* ou *pathogénie* est pour le médecin instruit un moyen précieux d'assurer le diagnostic et le traitement. A une époque où l'hygiène tend à prendre une place considérable, la pathogénie doit être l'objet de sérieuses études. Sous ce rapport, la plupart des traités de médecine laissent trop à désirer ; nous y avons insisté indiquant, lorsque nous ne pouvions faire mieux, les *desiderata* de la science sur ce point.

Les progrès réalisés dans l'art de reconnaître les signes des maladies ont influé puissamment sur la direction des études médicales à notre époque.

Les médecins consacrent aujourd'hui une grande partie du temps de leurs études à exercer leurs sens et à apprendre le précieux métier qui les met en situation de fixer nettement le siége et la nature des lésions sur le vivant. L'*auscultation* et la *percussion*, la *palpation*, l'usage de l'outillage médical moderne, *sthétoscope, spéculum, ophthalmoscope, laryngoscope, sphygmographe*, sont devenus d'une absolue nécessité, non-seulement pour la médecine scientifique, mais souvent pour la médecine pratique elle-même. L'exactitude du diagnostic en ce qui concerne les signes physiques des maladies ne saurait être poussée trop loin ; c'est le défaut contraire qu'il faut redouter. Aussi avons-nous mis tous nos soins à ne rien négliger sous ce rapport. Toutes les fois que cela a été possible nous avons rapproché l'étude des maladies des données fournies par la physiologie expérimentale, et un grand nombre de nos chapitres contiennent un paragraphe consacré à la physiologie pathologique.

L'*anatomie pathologique* ne serait pas impunément négligée par le médecin. C'est une des plus nobles conquêtes de la science moderne, et cette branche de la médecine a pris une extension si considérable, qu'elle est devenue prédominante dans certaines écoles, L'Allemagne et l'Angleterre ont sous ce

rapport réalisé des progrès tels, que les livres classiques publiés dans ces pays accordent aux lésions anatomiques une place quelquefois exagérée. On ne peut se dissimuler que telle est la tendance actuelle même en France où domine cependant le sens pratique. C'est qu'en effet l'anatomie pathologique est une science d'un attrait puissant ; elle nous permet de nous rendre compte de ces troubles physiologiques ou morbides que toute la science du médecin clinicien ne saurait justifier sans elle. Un grand nombre de maladies trouvent ainsi leur explication. Sans déposséder la médecine théorique de ses droits, on peut dire qu'elle doit aujourd'hui se soumettre aux résultats nets et positifs que fournit l'anatomie pathologique, et qu'il n'y a pas de médecin instruit qui ne s'efforce de concevoir, par l'examen du malade, la nature de la lésion matérielle à laquelle correspondent les symptômes. Anatomie, physiologie et anatomie pathologique, telles sont les trois sources où doit constamment puiser le médecin. L'*histologie* est devenue une nécessité de la science moderne ; en vain s'efforcerait-on d'en nier l'utilité ; on ne serait pas en peine pour démontrer les bienfaits de ces examens micrographiques qui nous ont initiés aux causes jusque là mystérieuses d'une foule de phénomènes morbides. On doit beaucoup attendre de cette science, et il serait puéril d'en contester les résultats. L'*histoire naturelle* médicale ne peut plus se passer désormais du microscope. On en peut dire autant du secours apporté à la médecine par les sciences annexes, la *chimie* et la *physique*, appliquées soit au diagnostic des maladies, soit à l'étude des produits morbides. Nous pensons avoir mis ce livre en état de supporter les comparaisons sur ce point, avec les ouvrages classiques les plus recommandables.

La *thérapeutique* est une des parties les plus importantes d'un livre consacré à la médecine pratique. La variété des cas est telle que l'on ne peut les prévoir tous ; et ce serait tenter une œuvre impossible que de prétendre répondre à l'avance à toutes les indications. Les préceptes contenus dans les livres de pathologie générale et de thérapeutique, peuvent seuls donner au médecin les principes dont il fera l'application sous sa responsabilité à tous les cas de sa pratique. Nous avons cependant conservé à ce livre le caractère qu'il présentait dans les premières éditions, c'est-à-dire que nous y avons inséré un grand nombre de formules thérapeutiques, en les accompagnant de commentaires propres à en justifier l'emploi. Toutes les fois qu'il a été possible d'indiquer une thérapeutique rationnelle, fondée soit sur une statistique féconde, soit sur des données exactes, expérimentales, nous l'avons fait en fournissant au lecteur des documents propres à former sa conviction et à rassurer sa conscience. Là où l'empirisme règne, et c'est, il faut bien le dire, trop fréquemment le cas, nous avons indiqué à quelle source nous puisions nos indications et nous avons mis la thérapeutique que nous indiquons sous la responsabilité des médecins anciens ou contemporains qui ont publié des travaux sur ce point. Les doses des médicaments ont été surtout l'objet de notre préoccupation spéciale, et cette précaution n'est pas superflue à une époque où les progrès de la chimie et de la pharmacie mettent entre les mains des médecins des substances dont l'action sur l'organisme est puissante, active, et peut être facilement dangereuse si l'usage n'en est pas prudemment surveillé. Nous avons emprunté nos formules aux médecins français principalement, mais nous avons cependant introduit dans notre thérapeutique un grand nombre de médications éprouvées à l'étranger, lorsqu'ils nous ont paru pouvoir s'adapter aux habitudes et aux mœurs médicales de notre pays. Nous avons seulement exclu les systèmes thérapeutiques basés sur de pures hypothèses ou empruntés à certaines écoles qui n'ont pas donné au monde médical des gages suffisants de sincérité ou qui se soustraient au contrôle indispensable de la médecine scientifique.

P. LORAIN.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Hépatite aiguë. — Mort. — Autopsie,

par M. V. DUHAMEL.

On sait aujourd'hui qu'il faut réserver le nom d'hépatite aiguë à l'inflammation suppurative du foie. C'est en effet ce qui ressort des recherches de M. Louis qui, à l'aide de cinq faits recueillis et analysés avec un soin extrême, a le plus contribué à éclairer ce point de pathologie. A une époque plus rapprochée, quelques auteurs, parmi lesquels je citerai Valleix, Grisolle et Frérichs, n'ayant pu réunir qu'un nombre insuffisant de documents, reconnaissaient la difficulté de tracer avec précision la symptomatologie de cette maladie. On sent, d'après cela, que chaque fait qui se présente à l'observation, sans être nouveau, ne doit pas être négligé, puisqu'il peut servir à compléter le tableau d'une affection rare, qui passe souvent inaperçue à cause de l'obscurité de son diagnostic, et par cela même sollicite encore de nouveaux détails.

Une cuisinière, âgée de trente-quatre ans, d'une constitution et d'une taille moyennes, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 janvier 1865. Sa santé a été constamment bonne, sauf une fièvre typhoïde il y a six ans. Elle a toujours vécu à l'abri de la misère. Menstruée à quatorze ans, règles régulières. Mariée à vingt et un an, pas d'enfant.

Sa maladie actuelle remonte à un mois, et elle ne peut indiquer la cause qui l'a pu produire. Au début, diminution de l'appétit, digestions s'accompagnant d'aigreurs, de pesanteur et de gonflement à l'épigastre. Ces accidents n'avaient pas tardé à augmenter rapidement et avaient obligé la malade à supprimer le repas du soir. Le 29 décembre, nausées fréquentes et augmentation considérable des douleurs. Le lendemain, rejet de quelques gorgées de liquide incolore, et frissons qui l'obligent à s'aliter ; ce même jour, administration d'un purgatif qui est vomi, mêlé à une certaine quantité de bile. Les jours suivants, dysurie et constipation persistante.

Le 7 janvier, à la visite, voici ce que l'on constate : décubitus sur le dos, lenteur extrême dans les mouvements, regard morne, ni somnolence ni stupeur, hésitation dans la parole, néanmoins, réponses exactes, vive coloration des pommettes, lèvres rosées, teinte pâle de tout le reste du corps. Rien au cœur ; pouls petit, 96, sécheresse et chaleur de la peau. Respiration, 30, percussion et auscultation normales de la poitrine. Langue bien tirée, large, recouverte d'un enduit blanchâtre, épais et collant, état pâteux de la bouche, soif médiocre, anorexie, déglutition libre, nausées suivies chaque fois de l'expulsion d'une petite quantité de matière glaireuse et incolore qui a rempli depuis hier les deux tiers du crachoir. Douleurs spontanées à l'épigastre, sourdes, parfois lancinantes, continues, augmentant à l'excès si l'on presse profondément, le reste du ventre souple et indolore, deux selles naturelles et sans coliques depuis cinq jours ; urine rendue avec douleur, trois à quatre fois en vingt-quatre heures, colorée, trouble, fortement odorante, alcaline, sédimenteuse, ne se colorant pas en vert par l'acide azotique. La pression sur la région hépatique détermine un peu de douleur, l'organe ne dépasse pas le bord inférieur des côtes. Absence de céphalalgie et de sommeil. (Eau de Seltz, ventouses à l'épigastre.)

Jusqu'au 19, l'état reste sensiblement le même, le pouls oscille entre 98 et 116. Le 12, eau de sedlitz dans le but de détruire la constipation. A partir du 14, il survient chaque jour, le plus ordinairement dans l'après-midi, des frissons plus ou moins intenses, qui disparaissent pour faire place à une chaleur brûlante et prolongée.

Le 19, demi-assoupissement, pouls 120, chaleur un peu humide, respiration gênée, 38. L'on constate en arrière et à droite un épanchement pleurétique : matité dans le tiers inférieur, absence du bruit respiratoire, ni souffle ni égophonie ; à gauche, quelques râles muqueux disséminés ; toux légère avec retentissement douloureux dans l'hypochondre droit ; expectoration d'un mélange de crachats épais et de liquide filant. Céphalalgie frontale modérée.

Le 25, diminution de la matité à droite, mêmes signes à gauche. Douleur extrêmement vive à la région hépatique, obtuse, produite spontanément, s'irradiant à l'épigastre et jusqu'en arrière dans toute la région des lombes. La miction continue à être très-douloureuse, l'urine reste trouble, odorante, sédimenteuse et ne contient pas de bile.

Le 28, la faiblesse ne cesse pas de faire des progrès, les traits s'altèrent ; à la coloration des pommettes succède la pâleur. Pouls dur, 112, petit, chaleur âcre. Les frissons, restés jusqu'à présent de courte durée, se prolongent davantage et sont suivis de chaleur qui dure deux à trois heures. Disparition de la toux ; la poitrine ne peut être examinée en arrière. Bouche pâteuse, sans amertume, soif pour deux à trois pots, anorexie complète, persistance des nausées et des vomituritions glaireuses, constipation depuis vingt-huit heures. Région du foie et épigastre extrêmement douloureux. Même état des urines.

Le 4 février, assoupissement, la physionomie continue à s'altérer. Pouls faible, irrégulier, 120. Retour de la toux ; celle-ci légère. Langue sèche, ventre augmenté de volume depuis hier.

Le 8, *sub-delirium* cette nuit, plaintes continuelles à l'heure de la visite, pouls 116, respiration à 40, diarrhée. Le foie déborde de 2 centimètres le rebord costal : à son niveau, douleurs vives à la pression, s'irradiant dans tout le côté droit du thorax et aux lombes.

Le 10, rêvasseries toute la nuit. Nausées sans vomituritions, ventre tendu, tympanisé, plusieurs selles liquides et jaunâtres. Le foie a encore augmenté de volume ; en bas, il descend à 5 centimètres au-dessous des dernières côtes, en haut, il atteint presque au mamelon. Urine sans changement. Intelligence conservée, réponses à voix basse.

Les 11 et 12, somnolence, pouls filiforme, sueur visqueuse. Elle meurt le soir, dans le collapsus et avec son intelligence.

Ouverture trente-cinq heures après la mort. — *État extérieur.* — Roideur cadavérique, tissu graisseux presque nul, maigreur assez considérable.

Estomac. — Volume ordinaire. Il contient environ 200 grammes de liquide aigre, trouble et jaunâtre. La membrane muqueuse est couverte d'un mucus épais que des lavages répétés ne suffisent pas à enlever ; elle est grisâtre et mamelonnée au niveau de la grosse tubérosité, d'un jaune clair et finement pointillée de rouge dans toute la portion pylorique ; partout elle présente un degré évident d'épaississement et de mollesse qui vont en augmentant à mesure que l'on s'approche de la petite tubérosité où ce travail est très-avancé. Les autres tuniques n'offrent aucune altération.

Foie. — Le lobe droit a contracté avec le diaphragme des adhérences celluleuses qui occupent une étendue de 9 à 12 centimètres. Bord arrondi, surface lisse, couleur brune, uniforme. Au centre du grand lobe, on trouve trois foyers séparés par une couche de tissu hépatique épaisse de 2 à 4 centimètres. Ces foyers sont pleins de pus blanc jaunâtre, de bonne consistance et inodore ; le plus considérable a le volume d'un œuf de poule, le plus petit ne dépasse pas les dimensions d'une moyenne noix. Tous trois sont irrégulièrement globuleux et revêtus par une fausse membrane blanchâtre, assez consistante, épaisse de 2 millimètres dans les deux plus volumineux, mais réduite à 1 millimètre seulement dans le dernier ; à leur face interne existent quelques rares lambeaux minces et flottants ; leur face externe adhère intimement au tissu du foie, mais peut cependant en être séparé par traction dans plusieurs points. Quand au parenchyme situé au voisinage des abcès, il est d'un brun très-foncé et friable dans une épaisseur de 6 à 8 millimètres, rouge brun, ferme et gorgé de sang dans le reste de son étendue. La vésicule est saine et contient un liquide épais et brunâtre. Rien à signaler dans la veine porte non plus que dans les conduits biliaires.

A l'exception d'une quantité assez considérable de sérosité dans le péricarde, les plèvres et l'abdomen, de quelques adhérences celluleuses entre les deux plèvres du côté droit, et enfin, d'un peu de rougeur disséminée çà et là sur presque toute l'étendue de la vessie, les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Cette observation peut être considérée comme une de ces hépatites latentes que l'ensemble des signes est insuffisant à faire reconnaître. La douleur à la région du foie et l'ictère, se montrant simultanément dans un certain nombre de cas, ont permis de diagnostiquer sûrement la maladie. Ici, l'un de ces phénomènes, je veux dire la jaunisse, a complétement fait défaut. Pendant la première période, la maladie s'est présentée avec des troubles que l'on pouvait rapporter à un embarras gastrique. Mais bientôt, l'apparition de frissons presque quotidiens, un mouvement fébrile marqué, le développement d'une douleur qui, dès le début, prend une grande intensité, puis, plus tard, quelques signes d'épanchement dans la plèvre et le péritoine, l'augmentation de volume du foie, ont à peu près constitué tout le cortége des symptômes de l'affection qui s'est révélée à l'autopsie par la présence dans le foie de trois abcès volumineux.

Il paraît assez difficile de pouvoir préciser l'époque à laquelle l'inflammation du foie donna lieu à la formation du pus, à moins qu'on ne la fasse coïncider avec le début des frissons, c'est-à-dire environ quarante jours après la première manifestation des accidents gastriques. Dans cette manière de voir, il faudrait peut-être regarder l'hépatite comme secondaire et se développant dans le cours d'une maladie de l'estomac : celle-ci, caractérisée pendant la vie par de l'anorexie, de la soif, des vomituritions, de la douleur à l'épigastre, de la constipation, et, après la mort, par un état de ramollissement de la muqueuse stomacale. La lecture attentive du fait servira mieux que mes réflexions pour décider ce que cette interprétation peut offrir de vraisemblable.

HOPITAL D'AUBUSSON. — M. BOURILLON, médecin-adjoint.

Aphasie avec hémiplégie droite. — Autopsie.

(Observation lue à la Société médicale d'Observation.)

Eugénie M..., âgée d'environ trente-cinq ans, fille publique, demeurant à Aubusson, est entrée à l'hôpital le 12 mai 1865.

D'après les renseignements assez vagues donnés par ses voisins, elle était malade depuis environ deux mois. Après quelques jours de malaise elle avait été prise presque subitement, une nuit, de délire avec fièvre et évacuations involontaires. Cet état s'améliora graduellement et au bout de trois semaines elle commença à se lever ; mais son intelligence était atteinte ; elle recherchait la solitude, et répondait à peine aux questions ; un jour elle sortit presque nue dans la rue, ce qui nécessita son entrée à l'hôpital par mesure administrative. M. le docteur Vergne, alors de service, constata un état analogue à celui des aliénés mélancoliques sans paralysie.

Huit jours après son entrée, le 20 mai, elle eut une attaque d'apoplexie, avec hémiplégie droite, et déviation de la bouche à gauche, suivie de stupeur et d'évacuations involontaires pendant quelques jours. Graduellement les forces revinrent avec un certain degré d'intelligence, elle put marcher et même descendre au jardin ; mais alors je constatai l'aphasie la plus complète.

Depuis le mois de juillet jusqu'à la fin d'octobre, son état fut à peu près le même ; le voici : Excellent appétit, sommeil, fonctions s'exécutant parfaitement, sauf un peu de faiblesse des membres droits. Intelligence affaiblie, mais physionomie assez expressive, plus même qu'au moment de son entrée ; elle ne demanderait pas à manger, mais comprend quand on lui offre ; ne veut pas des vêtements de l'hôpital ; quand on lave son unique robe, elle reste au lit et ne veut pas se lever. Elle aime beaucoup les enfants, pleure quand on lui parle des siens. Elle ne veut pas voir un chapelet, ni aucun objet de dévotion ; elle se défend énergiquement, à la façon d'un enfant boudeur, quand on veut lui faire faire le signe de la croix. Elle rit quand on la plaisante et paraît quelquefois reconnaissante des soins qu'on a pour elle. Quoiqu'elle comprenne manifestement ce qu'on lui dit, elle est privée absolument de tout moyen d'exprimer sa pensée, même par signe. Un ha ! ba ! plus ou moins prolongé et répété, la main gauche faisant un geste, toujours le même, au-dessus de sa tête ; voilà ses ressources de mimique ; elle fait aussi les signes de tête qui expriment la négation et l'affirmation, mais à contre-sens ; souvent elle les fait tous deux ensemble et paraît s'irriter de ne pouvoir faire mieux, et alors quelquefois elle montre sa main droite affaiblie, comme pour donner l'explication de cette impossibilité. On ne peut parvenir à lui faire imiter un geste ou un signe quelconque. Cependant elle comprend ; elle rit quand on lui parle d'aller au jardin, et se lève pour partir ; elle serre la main qu'on lui présente pour essayer ses forces ; elle fait place et s'arrange dans son lit pour recevoir un enfant qu'on lui offre ; elle fait surtout de grands mouvements pour exprimer, autant qu'il est en elle, le refus quand on lui parle de faire une prière.

A la fin d'octobre, elle tomba un matin en s'habillant et eut quelques mouvements convulsifs, suivis de somnolence pendant un jour. Depuis lors elle ne se leva plus ; la faiblesse avait augmenté dans les membres droits et l'intelligence était encore un peu affaiblie ; cependant elle manifestait toujours son affection pour les enfants et son horreur pour les pratiques religieuses : sa physionomie exprimait la tristesse, l'appétit était moindre, le mutisme était aussi complet.

Dans la nuit du 11 au 12 novembre elle eut une nouvelle attaque, dont ses voisines furent prévenues par du ronflement ; résolution générale, écume sanguinolente, stertor. Le coma ne cessa plus et la mort survint quarante-huit heures après, le lundi 13 novembre à neuf heures du soir.

Autopsie faite en présence de M. docteur Liebmann.

La tête seule a été ouverte, dure-mère intacte ; la cavité arachnoïdienne contient un peu de sérosité louche. Une nappe de sang en partie coagulé et évidemment d'origine récente, tapisse la surface convexe de l'hémisphère droit ; il s'étale en lame mince sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde et pénètre entre presque toutes les circonvolutions qui sont légèrement soudées entre elles. Je n'ai pu trouver, malgré des coupes multipliées, de foyer dans la substance cérébrale de ce côté qui paraît saine.

Toute la partie de l'hémisphère gauche qui correspond à la fosse pariétale est ramollie superficiellement sur une large étendue ; sur certains points la substance grise est comme liquéfiée. Je portai prin-

cipalement mon attention vers le lobe antérieur ; à première vue on remarque une coloration jaunâtre de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale, la scissure de Sylvius étant écartée, on voit que cette coloration affecte tout le lobule de l'insula. Les points qui ont subi ce changement de couleur sont ramollis ; les circonvolutions du lobule sont presque diffluentes sans l'être autant que celles du lobe postérieur dont j'ai parlé plus haut. Des coupes fines permettent de mieux constater l'altération et font découvrir au-dessous d'elle un petit kyste sanguin contenant encore une substance fibrineuse couleur de rouille dans l'extrémité antéro-externe du corps strié (partie extra-ventriculaire). Dans le reste de l'hémisphère le tissu cérébral est sain, peut-être un peu plus mou qu'à l'état normal. Rien dans les ventricules, le cervelet, le bulbe ; l'artère et les veines cérébrales moyennes n'ont rien d'anormal.

Les altérations nécroscopiques concordent parfaitement avec les symptômes observés. Le ramollissement du lobe postérieur gauche a occasionné les accidents survenus avant l'entrée de la malade à l'hôpital, accidents qui durèrent trois semaines et qui laissèrent après eux une altération profonde de l'intelligence. Le kyste sanguin situé sur les limites du corps strié et du lobule de l'insula est le vestige de l'hémorrhagie qui a déterminé l'attaque du 20 mai et causé l'hémiplégie droite et l'aphasie. Enfin la dernière attaque et la mort sont dues à l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne droite.

Ce fait, on le voit, est pleinement confirmatif de l'opinion de M. Broca sur la localisation cérébrale de la faculté d'expression de la pensée, et quoiqu'il n'apporte aucun élément nouveau à la question, les observations de ce genre, vérifiées par l'autopsie, sont encore assez rares pour que j'aie cru utile de le faire connaître.

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. AUGUSTE VOISIN.

Quoique suivie de ces trop courtes réflexions, l'observation que nous a adressée M. Bourillon présente un assez vif intérêt au point de vue du siége du langage.

Je ne puis regretter qu'une chose, c'est que l'auteur n'ait pas cherché à définir s'il avait affaire à une aphasie par trouble de la mémoire ou à une aphasie par trouble des organes régulateurs des mouvements du langage.

Il avait — à mon avis — une belle occasion de montrer que c'est un cas de cette dernière forme d'aphasie qu'il avait sous les yeux, et que concurremment avec la perte de la parole, la malade ne savait plus exécuter le langage mimique ; elle avait conservé à peu près complétement l'intégrité de son intelligence, comprenait tout ce qu'on lui disait, et dans sa répulsion pour la prière se montrait telle que le comportait sa profession ; mais ses modes d'expression mimique et parlée étaient presque entièrement supprimés.

L'observation de M. Bourillon m'a paru offrir aussi un autre point de vue très-intéressant, je veux parler de ce délire mélancolique qui a précédé de huit jours l'attaque d'apoplexie cérébrale ; je crois qu'il était lié à une hyperhémie cérébroméningée de la partie convexe des hémisphères ou plutôt d'un seul, l'hémisphère gauche.

Ce délire mélancolique me paraît être, au point de vue pathogénique, complétement assimilable à ceux que l'on observe dans quelques cas de varioloïdes anomales (celles, en particulier, où l'éruption se fait mal), de fièvres intermittentes, de méningite des nouvelles accouchées et de paralysie générale. Il peut se produire une hyperhémie cérébro-méningée qui modifie les fonctions de l'organisme cérébral, produit la dépression, comme dans d'autres cas elle peut déterminer l'exaltation mentale ; de même, du reste, que pour la moelle dont les fonctions sont, dans certains cas, alternativement paralysées et exaltées.

Il m'a paru intéressant de signaler comme phénomène prodromique d'une apoplexie cérébrale, un symptôme qui, considéré comme lié pathogéniquement à de l'hyperhémie, peut, au besoin, aider à soupçonner une hémorrhagie cérébrale imminente ; c'est l'ictus hémorrhagique se traduisant par des désordres sensibles qui auraient pu ici donner lieu à une thérapeutique active et peut-être empêcher les accidents ultérieurs.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Curabilité de la maladie de Bright.

Le docteur Hassal, bien connu par ses travaux sur les maladies des organes urinaires, préconise, dans le cas de maladie de Bright, le traitement suivant, qui, tout en n'étant pas absolument nouveau, mérite néanmoins d'être rapporté ici.

Ce traitement consiste à favoriser l'action de la peau par des bains de vapeur et à neutraliser, par des ventouses sèches, la congestion des reins. Des toniques et des astringents sont administrés, parmi lesquels on préfère le sesquichlorure de fer, le sulfate de quinine, les acides tannique et gallique, et, quand il existe une hydropisie considérable, les hydragogues cathartiques et diurétiques. Mais, par-dessus tout, il faut veiller au régime qui doit être nitrogéné. Les œufs et le lait seront donnés en abondance. C'est à ce régime et surtout au repos et au calme moral qu'il procure à ses malades, que M. Hassal attribue ses succès.

M. Hassal cite cinq cas dans lesquels la quantité d'albumine qui, lors de l'admission des malades, était par jour de 70, 310, 357, 184, 245 grammes, fut, après un séjour à l'hôpital, de trois mois pour les trois premiers, de deux mois pour le quatrième et de cinq mois pour le cinquième, réduite à 5, 161, 202, 77 et 6 grammes par jour. Le premier et le cinquième constituent donc deux exemples de guérison presque complète.

(*The Lancet* et *Gazette médicale de Lyon*.)

CORRESPONDANCE.

A PROPOS DU RHUMATISME.

Monsieur le rédacteur,

Une observation, décrite dans le numéro 150 de votre journal, par M. Hayem, a soulevé au sein de la Société médicale d'observation une série de problèmes médicaux du plus haut intérêt, et entre autres une question de pathogénie remarquable, traitée par des hommes aussi érudits que praticiens. Nous avons assisté du fond de notre province à ces débats scientifiques, dont nous avons admiré la forme et le fond, tout en regrettant la divergence d'opinions qui ont surgi. Notre but n'est pas de prendre part dans un des camps de ces vigoureux champions, nous bornant à émettre, comme une profession de foi basée déjà sur plusieurs années d'expérience, que le rhumatisme, véritable protée morbide, est une affection diathésique beaucoup plus commune qu'on ne le pense, qui présente une symptomatologie si variée, des phénomènes souvent si insolites, si inattendus, qu'elle ne peut être, surtout dès l'origine, que souvent méconnue, et qu'elle ne laisse quelquefois au diagnostic que les ressources d'une grande sagacité médicale, ou les bienfaits inopinés d'un renseignement heureux.

Telle est pour nous la formule du rhumatisme dont beaucoup sont atteints, dont peu guérissent radicalement, et qui ne respecte aucun organe de l'économie.

C'est à ce titre que nous nous permettons de soumettre à votre appréciation, avec prière de l'insérer dans les colonnes de votre journal, une observation qui, par le développement de symptômes bizarres extraordinaires, vous paraîtra peut-être digne de tout l'intérêt qui se rattache à une question de ce genre.

A. C. d'une constitution assez forte, quoique éprouvée et amaigrie par de longues souffrances, est âgée de dix-sept ans. Malgré qu'elle présente déjà depuis longtemps tous les signes de puberté, elle n'a jamais encore eu ses règles. Elle a deux frères, l'un âgé de vingt ans, l'autre de dix ; ils n'ont jamais été sérieusement malades, chez ses ascendants rien de notable, si ce n'est chez sa mère, dont les gestations, en général heureuses, ont, dans le cas actuel présenté certaines circonstances bizarres, sur lesquelles je me garderai de hasarder aucun commentaire, mais qu'il me paraît utile et curieux de mentionner.

Cette femme nerveuse qui, dans le cours de son existence, a éprouvé quelques attaques (probablement hystériques), raconte qu'étant dans une ménagerie à contempler les ébats de quelques singes, enceinte de son second enfant (la jeune malade), elle s'était oubliée et attardée en regardant ce genre de spectacle nouveau pour elle. Rentrée dans sa maison, ses voisines avaient eu l'imprudence de lui faire des observations peu mesurées et superstitieuses sur sa coupable curiosité et l'avaient même menacée de prophéties alarmantes. Dès lors, inquiétudes chez cette pauvre femme qui dégénèrent en un véritable chagrin. Bientôt les fonctions digestives s'altèrent, dyspepsie entretenue par le dégoût et l'abstention d'aliments réparateurs, amaigrissement consécutif, chloro-anémie, et plus tard fièvres intermittentes qui augmentent considérablement la faiblesse.

L'époque des couches arrive, néanmoins, à une époque normale, et elles s'accomplissent sans accidents. Elle a le courage d'allaiter son enfant malgré tant d'éléments fâcheux, et celle-ci, assez bien constituée, semble démentir jusqu'à l'âge de vingt mois, les prévisions du médecin et les funestes prédictions dont on avait inquiété la mère. A cette époque, accidents musculaires qui consistent en convulsions de tout le corps, avec teinte violacée de tous les téguments, et surtout de la face, perte de connaissance, écume à la bouche. (Version des parents.) Ces attaques, toujours diurnes, durent quelquefois dix minutes, et se présentent souvent jusqu'à dix fois par jour.

Bientôt arrivent, mais pendant la nuit, d'autres symptômes étranges, qui frappent et alarment l'imagination superstitieuse des parents. L'enfant s'étant un jour précipité à terre pendant leur sommeil, est placé au lit, entre eux deux, et à leur grand étonnement, il leur arrive de le voir s'élancer comme un ressort élastique, au-dessus d'eux, et les franchissant, tomber sur le carreau, sans laisser apercevoir sur le corps la moindre trace de lésion quelconque.

A l'âge de cinq ans accès de fièvre paludéenne qui reviennent à de courts intervalles, et qui depuis ont fait partie de son existence, et ne l'ont jamais quittée.

A l'âge de six ans affection de gale, ainsi que la mère. Le médecin les traite avec des savonnettes. Ennuyées de la longueur du traitement, et sur l'indication d'une vieille femme, elles font usage d'une ceinture, disent-elles, remplie de mercure. C'est à cette époque que, poussée par une grande vivacité et un caractère plus turbulent que celui des enfants de son sexe, elle se serait laissée choir dans la rivière. De là date son premier rhumatisme : douleurs aux poignets et aux genoux, gonflement considérable.

A l'âge de onze ans nouveau rhumatisme, cette fois général. Débutant d'abord par les genoux, il affecte plus tard les parois du ventre (muscles droits) ; bientôt les bras, et surtout la région du cou, où les douleurs sont le plus vives. Elles sont assez graves, et persistent assez pour développer un torticolis (face droite) dont l'enfant n'a jamais guéri, en même temps tumeur périostique vers la symphyse claviculo-sternale du même côté. Sous l'influence des fièvres d'accès et de ces affections rhumatismales, état chloro-anémique de la malade.

A quatorze ans, époque où je commence à donner mes soins à cette famille, nouvelle atteinte de rhumatisme. Les mêmes régions que précédemment sont envahies, mais les douleurs du côté de la nuque deviennent intolérables ; il en est de même sur toute la face du côté dévié. Ces douleurs violentes présentent comme prélude des oscillations musculaires de la part du peaussier ; vers la région massétérine, espèces de frémissements sensibles aux yeux des assistants. Bientôt arrivent des paroxysmes de douleur, avec trouble de la vision, danse dans les globes oculaires, tintement d'oreille, phénomènes qui se passent principalement du côté malade, et qui durent depuis une demi-heure jusqu'à une demi-journée. En même temps impossibilité de parler, et bégaiement quand revient cette faculté.

Enfin surviennent des vomissements qui pendant dix-huit mois vont faire partie du cortége morbide et ne plus quitter la malade. En même temps et fréquemment attaques convulsives générales, qui vers la fin se renouvellent jusqu'à dix fois par jour. Continuité des vomissements. Toutes les fois que la malade introduit des aliments dans son estomac, ils sont rejetés en partie mais, ne se décourageant pas, elle n'hésite pas à recommencer.

Enfin en 1855 (fin de mai) nouvelles formes morbides se présentant sous forme aiguë, douleurs horribles le long de la colonne vertébrale, qui arrachent des cris déchirants à la malade. Mêmes douleurs des muscles intercostaux du côté droit. (Médications générales et locales de toute espèce, la pharmacopée est épuisée). En désespoir de cause, nous avons recours aux douches sulfureuses et à l'hydrothérapie. Sous l'influence de ces derniers moyens, les douleurs deviennent supportables, et la malade, quoique épuisée, finit par se remettre, elle se lève, reprend ses petites occupations d'intérieur, et quoique encore faible et languissante, elle finit par ne plus souffrir, et se trouve en état de faire quelques sorties hors de sa maison.

Au bout de trois semaines, on s'aperçoit cependant que le bras gauche pend le long du corps et entraîne l'épaule de ce côté. La malade elle-même le sent beaucoup plus lourd, et le lève avec difficulté ; elle reconnaît en même temps que la jambe du même côté devient aussi plus faible. Ces phénomènes restent à cet état pendant une certaine période ; mais un jour, étant assise et voulant se relever, elle se laisse choir à terre, et ne peut plus se tenir debout.

Transportée dans son lit, ses jambes ne peuvent être élevées au-dessus du plan du lit, et la sensibilité a considérablement diminué. Peu à peu les accidents d'anesthésie et de perte de mouvement remontent aux parties supérieures, et bientôt la malade ne peut bouger aucune partie du corps, excepté la tête. Les réservoirs de l'urine et le rectum lui-même ne tardent pas à cesser leurs fonctions, et la pauvre malade, conservant toute son intelligence (qui est chez elle très-développée) demande à grands cris que la mort vienne terminer cette triste existence. La douleur à la nuque persistant, un large vésicatoire est appliqué sur cette région ; usage interne de la strychnine. Au bout de quinze jours de cette paralysie complète, des escarres se prononcent au sacrum ; en même temps, sous le calcanéum de chaque pied on aperçoit de larges phlyctènes, et la mère, ne pouvant s'en rendre compte, croit avoir brûlé la plante des pieds en bassinant le lit. Bientôt ces phlyctènes sont remplacées par deux plaies profondes qui occupent toute la partie inférieure du talon. Pansement au quinquina ; les urines qui s'écoulent continuellement, sont autant que possible dirigées loin de la plaie du sacrum ; en même temps on frictionne la région de la colonne vertébrale avec la teinture de noix vomique.

Au bout de huit jours de ce traitement la malade peut remuer quelques doigts d'une main. Quelque temps après, elle remue les mains elles-mêmes et bientôt les bras dans toute leur étendue ; la sensibilité est revenue et graduellement poursuivie : une épingle est sentie, jusqu'à une ligne horizontale passant vers l'ombilic.

Aujourd'hui quelques mouvements se remarquent à travers la peau comme des espèces de frémissement dans les tendons et les muscles des cuisses et des jambes, sous l'influence de la volonté, mais la sensibilité est encore nulle. La malade ressent le besoin d'uriner, sans pouvoir retenir le liquide, mais les matières alvines sont encore lâchées sans aucune espèce de sensation. Les anciennes douleurs sterno-cléido-mastoïdiennes arrivant à heures fixes, et que nous traitons par le sulfate de quinine, sont revenues ; elles sont pour nous d'un heureux augure. Les plaies des parties sous-calcanéennes se cicatrisent à vue d'œil, et celle du sacrum est réduite au tiers de son diamètre et de sa profondeur primitifs.

La malade ne souffre plus, excepté vers la région latérale droite du cou ; elle mange avec plaisir, forme des projets et revient à l'espérance ; hélas ! elle compte sans l'imminence de nouvelles atteintes rhumatismales.

Voilà, sans contredit, une observation bien curieuse, elle pourrait paraître un roman médical, tant les épisodes en sont singuliers et variés, si la malade, remplie d'existence et traitée au reste avant nous par quelques-uns de nos collègues, n'était pas là pour témoigner de la réalité de notre narration.

Au point de vue de la question étiologique, on peut se demander quelle est la nature de cette singulière affection, ou plutôt quelle est la source de cette série d'états morbides, et quelle est leur connexion relative.

Impossible, je crois, de contester le vice rhumastimal comme origine première des accidents les plus importants. Nous tiendrons compte, néanmoins, de l'élément éminemment nerveux que la malade a puisé jusque dans le sein maternel, et qui, dès les premières années, s'est traduit par de véritables attaques éclamptiformes.

A cette époque encore, pas d'atteintes rhumatismales ; mais, vu la susceptibilité du système nerveux, on peut déjà prévoir, si elles viennent frapper la jeune malade, avec quelle énergie elles vont retentir sur les centres de relation, d'autant mieux que le tempérament de l'enfant est déjà épuisé par des accès de fièvre intermittente qui ne l'ont jamais abandonnée complétement. A la suite d'une absorption mercurielle par le contact d'une ceinture (version de la mère), immersion dans l'eau froide, et première atteinte de rhumatisme, — l'enfant n'a que six ans ; — mais le rhumatisme est évident ; les caractères, dans notre observation, quoique laconiquement racontés, sont incontestables.

A onze ans, nouvelle invasion rhumatique, — symptomatologie formelle, — un produit tophacé sur l'attache sterno-claviculaire, et un torticolis, dès lors incurable, sont un complément de preuve. Remarquons déjà une douleur vive à la nuque.

A quatorze ans, nouveaux accidents, mais plus complexes, — une complication bien grave est survenue, — le cerveau est évidemment congestionné, on peut même localiser la partie

où siége l'irritation congestive. La malade ne peut parler, elle a des étouffements, l'intelligence reste intacte. Évidemment, c'est la base du cerveau et le bulbe, qui sont le siége principal de l'affection congestive. Des vomissements incoercibles et des convulsions générales viennent sanctionner notre manière de voir, concernant la congestion cérébrale.

Quelque importance qu'on soit en droit, d'après le tempérament de la femme malade, d'accorder au caractère nerveux dans le cas actuel, on ne peut néanmoins se refuser à reconnaître que, lors même que nous n'eussions affaire qu'à une névrose, les accidents observés seraient évidemment liés à l'affection rhumatismale. Mais ici, il y a plus qu'une simple névrose, plus que des accidents choréiformes, fréquents dans les maladies rhumatismales, ce sont des phénomènes à forme éclamptique et de nature congestive, dont la cause est pour ainsi dire palpable et directe. Au reste, cette cause va bientôt, si nous pouvons nous exprimer ainsi, se matérialiser. Des douleurs horribles vers le cœur et le long de la colonne vertébrale, la continuité des vomissements, des convulsions générales, et enfin une paralysie complète du corps, excepté d'une partie de la tête, ne peuvent laisser aucun doute. Les enveloppes de la moelle ont été à leur tour atteintes ; l'affection est descendue ; et cette affection, quelle est sa nature ? où est son siége ? Évidemment, si elle est de nature rhumatismale, elle doit de préférence résider dans le tissu fibro-séreux ; le produit doit en être un épanchement qui agit par compression, et la quantité ainsi que le siége de l'épanchement doivent se traduire par des symptômes parallèles et correspondants dans les fonctions de la moelle ; c'est ce qui est arrivé. La paralysie s'est faite progressivement de haut en bas, et ce qui prouve bien que la lésion se trouve dans les enveloppes de la moelle, et qu'elle consiste dans l'épanchement morbide de la séreuse enflammée, c'est la marche rapidement croissante de la paralysie qui, arrive à son apogée dans un aussi court espace de temps, et bientôt, à l'inverse, la marche rapidement décroissante de la même affection, qui permet à la malade de remuer ses bras et ses mains dans un aussi bref délai. Quelle cause, si ce n'est un épanchement séreux si facile à se produire, si facile à être résorbé, peut exercer sur l'arbre nerveux une aussi rapide influence ; et à quelle autre affection que le rhumatisme, comme cause première, peut-on rapporter d'aussi terribles et rapides effets ? quelle mobilité dans ces funestes atteintes, avec quelle énergie la plupart des organes de la vie animale n'ont-ils pas été frappés ! La vie organique seule a été jusqu'à un certain point préservée : et le cœur lui-même, par une exception vraiment extraordinaire et toute exceptionnelle, n'a jamais présenté, ni dans le péricarde, ni dans sa membrane interne, ni dans son tissu musculeux, la moindre altération. C'est principalement sur le centre nerveux que l'agent morbide a exercé sa funeste action.

Quoique échappée aux accidents du moment, la jeune fille est, suivant nous, dans un état inquiétant ; car elle est toujours sous l'influence d'un état diathésique qui, d'un jour à l'autre, peut s'éveiller, frapper un organe essentiel à la vie, et amener des accidents promptement mortels.

Le rhumatisme qui a pris domicile dans l'économie et qui, pour parler plus scientifiquement, est devenu diathésique, peut s'assoupir, mais ne guérit jamais. Le malheureux qui en est atteint doit toujours craindre ; c'est l'épée de Damoclès continuellement suspendue sur sa tête.

Castel-Sarrazin, 19 janvier 1866.

S. Pagès,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

NÉCROLOGIE.

Discours prononcé aux obsèques de M. Chailly-Honoré,

Par M. le docteur Gros,
Secrétaire général de la Société de médecine de Paris.

Messieurs,

C'est au nom de la Société de médecine de Paris, que je me sens pressé d'adresser, au bord de cette tombe, quelques paroles d'adieu au collègue aimé et regretté que la mort nous a enlevé si inopinément.

D'autres voix plus autorisées que la mienne retraceront la carrière si digne, si honorable, si bien remplie de Chailly-Honoré. Elles vous diront ce qu'il fut dans le sein de la famille, alors qu'un coup terrible le frappait dans ses plus chères affections, et jetait, pendant de longues années, un voile de profonde tristesse sur une vie jusque-là bienheureuse. Elles vous le montreront aussi recueillant le fruit de ses travaux, entrant à l'Académie de médecine et recevant cette croix de la Légion d'honneur qu'il était si digne de porter. Mon rôle, plus modeste, doit se borner à rappeler les liens qui, depuis vingt-quatre ans, unissait Chailly à notre Société et à faire comprendre le vide que son départ laisse au milieu de nous.

C'est en 1838 que Chailly fut reçu docteur en médecine. Bientôt après, chef de clinique d'accouchements de M. le professeur Dubois, il se fit promptement un nom dans le monde médical, par la publication de son *Traité des accouchements,* livre où se révèle un esprit juste et lucide, un remarquable talent d'exposition, des vues pratiques saines et sûres, qualités qui se retrouvent dans tous les écrits ultérieurs de Chailly. Je ne crains pas de le dire : toute une nombreuse génération d'accoucheurs ont puisé dans le traité des accouchements de Chailly, les connaissances nécessaires à la pratique de cet art difficile, et il en sera encore longtemps de même, car ce livre est de ceux qui ne vieillissent pas.

Dès cette époque (1841), Chailly Honoré, se fit connaître à la Société de médecine de Paris, d'abord par la présentation d'un travail sur l'auscultation obstétricale, fait en collaboration avec son ami, notre collègue, M. Devilliers, puis par son travail sur l'emploi du forceps dans les cas de présentation de la face. Ce dernier mémoire lui ouvrit l'accès de notre Société dont Chailly est resté membre actif et zélé jusqu'à sa fin, puisqu'il assistait encore à notre séance du 5 janvier dernier.

Je n'énumérerai pas ici, Messieurs, les nombreuses communications par lesquelles Chailly a tant contribué à l'intérêt de nos séances, et qui toutes portaient le sceau de son profond savoir et de son expérience consommée. Il est cependant une conquête dont l'art obstétrical est, en très-grande partie, redevable au collègue que nous pleurons, et qui est trop importante, qui a sauvé un trop grand nombre d'existences pour que je la passe sous silence. Je veux parler de la compression de l'aorte dans les hémorrhagies utérines. C'est par les écrits de Chailly, par les succès éclatants que cette opération eut entre ses mains, que cette pratique s'est vulgarisée et, comme je le disais à l'instant, que des familles lui doivent la conservation du bonheur de leur foyer domestique, puisque par elle tant de mères ont été préservées d'une mort imminente !

Honneur donc à vous, Chailly, collègue aimé, confrère estimé, travailleur consciencieux ! Votre nom vivra dans la science que vous avez enrichie de beaux et utiles travaux. Il vivra aussi dans le cœur de vos collègues qui n'oublieront jamais les rapports de bonne et loyale confraternité qui les unissaient à vous.

Et maintenant adieu, cher collègue, ou plutôt au revoir dans ce monde meilleur qui, nous en avons le ferme espoir, nous réunira tous pour l'éternité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours, pour une place de chirurgien adjoint, près les hospices civils de Marseille, s'ouvrira dans cette ville le lundi 16 juillet 1866.

Les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur d'une Faculté de France.

Une année suffira pour ceux qui auront fait, dans les hôpitaux de Marseille, pendant trois ans consécutifs et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi, 7 février, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, nº 20.

Voici son ordre du jour :

1º Rapport sur la candidature de M. le docteur Durieux de Roisel, par M. le docteur Domerc ;

2º Rapport sur la candidature de M. X. Galezowski, docteur en médecine des Facultés de Saint-Pétersbourg et de Paris, par M. le docteur Coursserant ;

3º Des maladies régnantes, par MM. Delasiauve, Girault, Plée ;

5º Expériences de nature à démontrer que le phénomène de la respiration s'accomplit dans le système nerveux, par M. le docteur Kauffmann.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 17 février, à six heures et demie, aux Frères-Provençaux (Palais-Royal) ; les cotisations seront reçues dans les hôpitaux, par l'économe de la salle de garde, ou bien par MM. Piogey, rue des Martyrs, 28, et Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges. Le prix de la souscription est de 15 francs.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. le docteur Adde Margras (de Nancy), médecin à Paris. Prix : 3 fr. 50 c. ; chez Asselin, place de l'École-de-Médecine, 21.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 8 FÉVRIER 1866. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 FÉVRIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Tout est dans tout et il n'y a rien de nouveau sous le soleil. Avec ces deux apophthegmes commodes, on est naturellement dispensé de travailler, et il ne reste plus qu'à fermer les académies, à moins qu'on n'aime mieux les conserver à la manière de ces gardiens muets placés à l'entrée des antiques nécropoles pour indiquer du geste qu'on ne va pas plus loin. M. J. Guérin, comme chacun le sait, a voué, depuis près de trente ans, toute son activité et son intelligence à la constitution de la méthode sous-cutanée, à l'étude des principes d'où elle procède, et à la recherche de tout ce qui peut concourir à son perfectionnement. Croyant avoir atteint à un progrès nouveau dans les procédés, il est venu hier à la tribune de l'Académie, mettre sous les yeux de ses collègues un appareil pneumatique de son invention, destiné à réaliser en quelque sorte l'idéal du pansement par occlusion et exposer quelques faits à l'appui de l'efficacité de ce nouveau moyen. M. Guérin s'était fait illusion, paraît-il, il n'y avait rien de nouveau ni dans l'appareil, ni dans son objet, ni dans son principe. MM. Velpeau et Larrey se sont chargés de le lui apprendre. Votre appareil, lui a dit M. Velpeau, est celui que M. Jules Guyot a vainement essayé, il y a vingt-cinq ou trente ans, d'introduire dans la pratique. Le principe de votre méthode, lui a dit M. Larrey, est presque aussi ancien que la chirurgie; il a été formulé il y a plus de deux siècles, par... par César Magatus, s'est écrié M. Guérin, allant au-devant de la pensée de son collègue. C'est cela même, a répliqué M. Larrey.

Il n'y avait à tout cela qu'une toute petite chose à répondre, et nous n'avions pas besoin de la souffler à M. Guérin; c'est que, d'une part, la méthode et l'appareil de M. Jules Guyot, désignés par lui-même sous les noms de méthode et d'appareil d'incubation, n'ont rien de commun, ni dans leur objet, ni dans leurs résultats, avec la méthode et l'appareil de M. Guérin. C'est, d'autre part, que l'ouvrage de César Magatus, publié à Venise en 1616, sous ce titre : *De rara medicatione vulnerum, seu de vulneribus raro tractandis libri duo*, etc., indique assez nettement, par son titre même, qu'il s'agissait de la méthode des pansements rares, qui a été depuis l'objet de plus d'une discussion, et non du pansement par occlusion proprement dit.

Du reste, il y aurait une chose beaucoup plus simple et plus utile à faire, quand une méthode est proposée, que de chercher si elle est nouvelle ou non, si elle a été déjà proposée et qui en a eu le premier l'idée; ce serait de l'expérimenter et de s'assurer si elle est bonne. Les recherches historiques et rétrospectives interviendraient utilement après pour savoir si elle est nouvelle ou si elle ne l'est pas, et dans ce dernier cas pourquoi, ayant été promulguée déjà, elle n'était pas restée dans la pratique.

Le comité secret qui avait été fixé d'avance pour quatre heures, immédiatement après la lecture de M. Guérin, et qui a été quelque peu reculé par cette petite altercation, a coupé court à de plus amples explications. Nous reproduirons plus tard un résumé du Mémoire de M. Guérin, qui s'est borné, pour toute réponse à ses contradicteurs, à en appeler au jugement de l'avenir.

Nos lecteurs n'auront pas oublié la communication que M. le docteur Sales-Girons a faite dans l'une des précédentes séances sur la thérapeutique respiratoire. M. le docteur Handvogel nous écrit à ce sujet pour nous informer que depuis plusieurs années il s'occupe de l'inhalation pulmonaire qu'il applique quand les circonstances le permettent. « Ne voulant pas, dit-il, former de théorie avant d'avoir un certain nombre de faits positifs sur lesquels je puisse établir des données exactes, je n'en ai parlé qu'à l'occasion, à quelques confrères seulement. Le Mémoire remis à l'Académie par notre honorable confrère, M. Sales-Girons, m'oblige à faire valoir mes droits à une théorie peut-être un peu exagérée dans ses prétentions, mais qui, d'après mes propres expériences de plusieurs années, mérite d'être prise en sérieuse considération. » Nous donnons acte à M. le docteur Handvogel de sa déclaration, mais non sans lui faire remarquer que la publicité seule constitue le droit de priorité. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Syphilis tertiaire. — Phénomènes du côté du poumon et de l'estomac. — Hématémèse. — Traitement par l'iodure de potassium. — Guérison.

(Lu à la Société médicale d'Observation.)

Madame X..., âgée de quarante-neuf ans, est malade depuis longues années. Voici d'ailleurs les renseignements fort obscurs qu'elle fournit sur les circonstances qui ont précédé sa maladie, et sur sa famille.

Sa mère et sa grand'mère sont mortes d'une affection cancéreuse de l'estomac, et l'une de ses sœurs a aussi succombé à cette terrible affection. Réglée à l'âge de dix-sept ans, elle n'a vu apparaître les menstrues régulièrement qu'à l'âge de dix-neuf ans, et à cette époque elle paraît avoir éprouvé tous les symptômes d'une chloro-anémie fort avancée. Mariée à l'âge de vingt-deux ans, elle eut après deux fausses couches successives, un enfant qui vint à terme, et qui, quoique délicat jouit encore d'une parfaite santé; puis elle perdit son mari, qui succomba à une fièvre typhoïde; elle était alors âgée de vingt-neuf ans, et quelques années plus tard elle se remariait, et de cette nouvelle union ne naquit aucun enfant.

Jusqu'en 1859 la santé de madame X... fut assez bonne, sauf une éruption généralisée et une fièvre intense qui dura plusieurs septenaires. Madame X... ne signale aucune autre indisposition.

En 1858 elle éprouva des douleurs très-vives dans le bas-ventre, aux reins, les parties internes des cuisses; les règles devinrent très-douloureuses, les pertes en blanc très-abondantes. Ces symptômes durèrent en s'aggravant pendant plusieurs mois, et enfin ne trouvant aucun soulagement dans les soins que lui donnait un médecin, elle se décida à consulter M. le docteur Piédagnel, qui depuis le mois d'avril 1858 jusqu'en 1860, donna ses soins à cette dame, et lui fit de très-nombreuses cautérisations au fer rouge et au nitrate acide de mercure; ces cautérisations amenèrent un léger soulagement dans les symptômes observés par la malade du côté de l'utérus et ses annexes. Mais en revanche, apparurent des douleurs névralgiques très-intenses, et qui occupaient la tête. Nous étions en mai 1860, et c'est à cette époque que je vis pour la première fois cette malade en l'absence de mon chef M. Piédagnel qui était gravement malade, et voici ce que je pus constater.

Madame X... est une femme de haute taille, dépourvue d'embonpoint, aux cheveux noirs, à la peau un peu bistrée, elle vient demander un soulagement pour les migraines qu'elle éprouve, migraine caractérisée par des douleurs de tête atroces, par des vomissements et qui durent deux à trois jours sans laisser, pendant ce laps de temps un moment de répit à la pauvre malade: ces névralgies reviennent à époque indéterminée, une, deux et même trois fois dans un mois. L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révèle rien d'anormal; je dirai seulement, que du côté de l'utérus, on constate que cet organe est mobile dans le petit bassin, que son col, détruit par les cautérisations qui y ont été pratiquées, est complétement disparu dans sa portion vaginale, et que son ouverture laisse écouler un liquide blanchâtre, d'ailleurs pas de douleur.

Je n'énumérerai pas les divers remèdes que nous dirigeâmes contre ces migraines; leur énumération longue et fastidieuse ne serait d'aucune utilité. Je dirai qu'en résumé ils avaient peu d'influence et que, sauf une légère diminution dans la longueur des accès, ces migraines furent aussi fréquentes, aussi douloureuses.

Vers la fin de cette année 1859, madame X... appela mon attention sur d'autres phénomènes qui devaient nous donner la clef du traitement.

Elle se plaignit d'une douleur assez vive dans la partie supérieure du nez, douleur compliquée d'un léger larmoiement et d'une gêne plus ou moins considérable dans les fonctions de cet organe. Je pus constater en effet que les os du nez étaient augmentés de volume, qu'ils étaient douloureux; cette tuméfaction osseuse me fit examiner avec grand soin le système osseux, et je pus voir alors que les clavicules étaient le siége d'exostoses d'un volume très notable, et je rencontrai la même affection sur la partie antérieure des tibias. J'insistai alors auprès de madame X... sur la marche de ces exostoses et sur les circonstances qui avaient précédé leur développement; elle ne fournit que des renseignements fort incomplets, elle n'aurait fait aucune attention aux tumeurs osseuses de la clavicule et des jambes, les douleurs et la gêne qu'elle éprouvait du côté du nez l'avaient seules portée à parler de cet organe; cependant, elle dit que pendant la nuit elle éprouvait des douleurs dans les jambes, douleurs qu'elle attribuait à des rhumatismes et à son habitation dans une maison nouvellement construite. Les renseignements fournis sur la maladie de peau que nous avons signalée au début même de cette observation, sont un peu plus précis. Cette éruption serait apparue lors de son premier mariage, quelque temps avant la mort de son mari (qui d'ailleurs menait une existence peu régulière); cette éruption aurait occupé la face et surtout le front et la racine des cheveux, puis aussi la partie antérieure de la poitrine et les membres inférieurs. Madame X... ajoute que cette éruption reparut pendant longtemps, occupant toujours le front de préférence, que cette éruption était sèche et qu'elle ne donnait lieu à aucune démangeaison. Aucun traitement bien actif n'avait été fait; quelques bains, des tisanes rafraîchissantes; voila tout. D'ailleurs la malade ne se rappelle pas avoir constaté de boutons sur la vulve, ni de ganglions dans les aines, ni de maux de gorge; cependant en examinant la région cervicale, on constate des chapelets ganglionnaires, que madame X... attribue à sa maladie de peau.

En présence de tous ces symptômes, je soumis la malade à un traitement à l'iodure de potassium, 10 grammes dans 250 grammes de sirop d'écorce d'orange, une cuillerée à bouche matin et soir, et il faut le dire, ce traitement produisit un effet vraiment merveilleux. En un mois, les exostoses disparurent ainsi que la migraine. Je fis cependant continuer le sirop encore pendant deux mois. En 1862, je fus appelé de nouveau près de madame X...; mais il s'agissait alors de symptômes graves du côté du poumon et qui avaient présenté la marche suivante:

Depuis la disparition de la migraine, madame X... s'était plaint d'une toux légère revenant surtout pendant la nuit et gênant le sommeil, cette toux avait augmenté et s'était compliquée de crachements de sang, qui depuis quelques jours avaient pris une grande intensité; enfin les règles n'avaient pas apparu. Voici dans quel état je trouve la malade: la face est colorée, les pommettes rouges, la peau sèche, le pouls fréquent et élevé, au sommet du poumon droit existe un obscurcissement notable du son; à l'auscultation on y perçoit des râles sous-crépitants, nombreux, l'hémoptysie est abondante depuis deux jours; la malade a rendu une grande cuvette de crachats sanglants; pas de sommeil. En présence de ces symptômes je porte le diagnostic suivant: congestion pulmonaire avec hémoptysie, peut-être supplémentaire, car la malade n'a pas ses règles, et nous sommes cependant à l'époque menstruelle.

L'application de sinapismes aux extrémités, boissons acidulées, une potion au perchlorure de fer; tel fut le traitement dirigé contre cette hémoptysie qui effrayait beaucoup la malade, et qui disparut au bout de quelques jours; mais il n'en fut pas de même des altérations que nous avons constatées au sommet du poumon droit.

La fièvre, la matité, les râles sous-crépitants gardèrent la même intensité pendant un mois, mais restèrent toujours localisés dans le tiers supérieur du poumon droit; des vésicatoires volants souvent répétés soit à la partie antérieure de la poitrine soit dans la fosse sus- et sous-épineuse, parurent avoir une heureuse influence sur cet état congestif pulmonaire qui diminua un peu, mais les râles sous-crépitants devinrent plus gras, et prirent un son caverneux, qui me firent craindre qu'une excavation pulmonaire se produisît au sommet de ce poumon. Ces craintes prirent plus de consistance lorsque les mêmes symptômes se produisirent du côté gauche et toujours au sommet; matité, râles sous-crépitants, puis bulleux, enfin caverneux.

Des vésicatoires furent aussi appliqués sur le sommet gauche de la poitrine, et je mis de nouveau la malade au traitement suivant: — vin de quinquina, iodure de potassium, sirop d'écorce d'orange amère 250, iodure de potassium 10 grammes, une cuillerée à bouche matin et soir. Frictions avec la teinture d'iode sur la partie supérieure de la poitrine, inhalations d'iode.

La malade reprit peu à peu ses forces, les phénomènes pulmonaires diminuèrent d'intensité. Mais cependant cette diminution se fit bien lentement; et un an encore après le début des symptômes observés, si les signes anormaux fournis par la percussion et l'auscultation avaient complétement disparu, il restait encore une toux opiniâtre, surtout nocturne et rebelle à toute espèce de médication. Pendant ce long espace de temps il faut dire que les règles avaient complétement cessé, et que pendant un ou deux mois, au moment de l'époque menstruelle, la malade avait été prise d'hémoptysies abondantes, qui, chaque fois, occasionnaient une légère recrudescence des symptômes fournis par l'appareil respiratoire.

Depuis quelques mois je ne voyais plus madame X..., lorsque je fus appelé subitement près d'elle, au mois de septembre 1863, pour des accidents graves qui venaient de se déclarer.

Depuis quelque temps madame X... se plaignait de douleurs vives du côté de l'estomac, les aliments passaient avec grande difficulté, les digestions étaient laborieuses, il y avait même eu un ou deux vomissements de matières alimentaires, lorsque dans la nuit, les vomissements reprirent une intensité plus grande, et se composèrent de matières noires abondantes, de sang à demi coagulé, et en assez grande quantité pour remplir une cuvette.

Je trouvai madame X... pâle, défaite, se plaignant de douleurs vives à l'estomac. A la pression, la région épigastrique est très-douloureuse, le toucher même fait jeter des cris à la malade. Cette douleur paraît avoir son maximum d'intensité vers la région pylorique. La malade est fort effrayée, elle se croit atteinte de la même affection à laquelle a succombé sa mère, un cancer de l'estomac. De la glace, une potion au perchlorure de fer, des sinapismes furent immédiatement ordonnés.

Le lendemain et les jours suivants, l'hématémèse ne se reproduit pas, mais la gêne de la digestion est toujours la même. La malade ne peut prendre aucun aliment; le bouillon passe à peine, les autres aliments sont rejetés.

Huit jours après, nouvelle hématémèse moins abondante que la première fois, la douleur paraît se concentrer du côté du pylore, et dans toute la portion droite de la région stomacale on sent un empâtement général, sans délimitation bien précise; ce qui fait qu'à la vue même cette partie de l'abdomen paraît plus volumineuse que celle du côté gauche. Toujours même difficulté dans les digestions. J'applique un cautère sur le côté droit de la région stomacale, pepsine.

Quinze jours après, légère amélioration ; cependant il s'est encore produit une hématémèse, mais très-peu considérable. La région stomacale est moins douloureuse, les aliments sont un peu mieux supportés; la malade est toujours d'une grande faiblesse; depuis un mois elle n'a pas encore quitté le lit. On entretient la suppuration du cautère, la pepsine est encore continuée; on commence l'iodure de potassium, mais à très-faibles doses (iodure de potassium 8 grammes, sirop 230, une cuillerée à café par jour).

Quinze jours après, l'amélioration est plus grande, les digestions sont plus libres ; c'est à peine si la malade a vomi trois ou quatre fois pendant cette période. Elle commence à se lever, pas d'appétit (on augmente la dose d'iodure de potassium).

Un mois après, l'amélioration continue; encore grande faiblesse; l'estomac supporte mieux les aliments, cependant les digestions sont encore longues et pénibles; après chaque repas la malade éprouve un gonflement notable de l'estomac, les forces reviennent peu à peu; pas d'hématémèse. (L'iodure de potassium est continué, sous-nitrate de bismuth et magnésie.)

En décembre, la malade est reprise d'une hématémèse peu considérable, sang noir à demi coagulé, mélangé à des matières alimentaires; cependant les fonctions digestives paraissent en meilleur état; les aliments passent sans difficulté, c'est à peine s'il y a eu un ou deux vomissements de matières alimentaires depuis un mois. La malade peut sortir, ses forces reviennent. (Vin de quinquina, iodure de fer, et iodure de potassium.)

En février 1864, madame X... va mieux · plus de vomissements, toujours légère douleur à la région épigastrique, le cautère donne toujours lieu à une suppuration abondante, l'empâtement du côté droit de la région stomacale persiste, mais à un degré moindre. Même traitement.

Au mois de mai, les digestions ont repris leur régularité, et sauf l'empâtement déjà signalé, il ne resterait plus rien des troubles observés. Madame X... se plaint vivement de douleurs dans les oreilles, avec de la surdité, surtout de l'oreille droite. L'iodure de potassium qui avait été cessé, est repris de nouveau ; vésicatoire derrière l'oreille. Au bout de huit jours écoulement de pus par l'un et l'autre conduit auditif; douleurs moins vives, surdité moins complète.

En juin, madame X... part pour la campagne dans l'état suivant : plus de toux, la respiration se fait normalement, à l'un et à l'autre sommet plus de matité, toux légère, pas d'expectoration, les digestions sont bonnes, l'empâtement a cessé, plus de surdité, état général aussi satisfaisant que possible.

Depuis, j'ai revu souvent cette malade, dont les phénomènes ont complétement disparu, et depuis plus d'un an madame X... jouit d'une santé parfaite.

En résumé, une dame de 49 ans est prise, il y a sept ans, de tous les symptômes d'une affection utérine qui est soignée par des cautérisations énergiques; elle éprouve, en 1860, de violentes migraines; on constate alors les traces d'une syphilis ancienne, et des exostoses multiples. L'iodure de postassium fait disparaître non-seulement ces dernières, mais encore amène la cessation des accès névralgiques.

En 1862, se déclarent alors des accidents du côté des poumons qui sont caractérisés par des hémoptysies, de la matité, des râles sous-crépitants, puis bulbeux, puis caverneux; ces symptômes disparaissent encore au bout d'un an, par l'usage prolongé de l'iodure de potassium.

Enfin en 1863, troisième série d'accidents, mais cette fois du côté de l'estomac, et caractérisés par un trouble profond apporté dans les fonctions de cet organe. Hématémèses, vomissements de matières alimentaires, empâtement de la région stomacale vers l'extrémité pylorique. En 1864, la guérison paraissait complète.

Messieurs, nous devons d'abord nous poser une première question : Mme X... était-elle atteinte de la syphilis? car une fois cette question résolue, nous pourrons appuyer d'une manière plus précise notre diagnostic et notre thérapeutique.

Je crois que la réponse doit être affirmative.

En effet, si les premiers accidents ont échappé à notre malade (et l'on sait combien ce fait est fréquent chez les femmes), ne trouvons-nous pas les symptômes qui caractérisent l'infection syphilitique; éruptions généralisées, ne présentant aucune démangeaison, chute des cheveux, pléiade ganglionnaire du cou, exostoses multiples, céphalalgie persistante; ajoutez à tout cela la conduite peu régulière du mari, et vous partagerez comme moi, messieurs, la certitude que notre malade était atteinte de syphilis. D'ailleurs, la rapidité de la guérison de tous ces phénomènes par l'emploi de l'iodure de potassium, viendrait encore augmenter cette certitude. En effet, rien n'a été plus merveilleux que l'action de ce médicament, non-seulement il faisait disparaître en moins d'un mois les exostoses que nous avions constatées au nez, sur les clavicules et sur la partie antérieure des tibias, mais encore ces migraines, qui occasionnaient des douleurs si vives depuis si longtemps à notre malade.

Je sais bien, messieurs, qu'il ne faut pas arguer de ce dernier fait pour affirmer la nature spécifique de ces phénomènes nerveux, car on sait que l'iodure de potassium peut, dans cette classe de névralgies, donner de bons résultats sans que pour cela la vérole soit en cause.

Mais cependant, dans ce cas particulier, la disparition simultanée d'une part, du côté des os, et de l'autre des migraines, doit nous faire rattacher ces deux phénomènes à la même cause.

Une fois cette donnée acquise, pouvons-nous expliquer par la même affection les phénomènes qui se sont montrés du côté du poumon et de l'estomac; en un mot, faut-il voir là des manifestations viscérales de la syphilis? Depuis quelques années, cette partie spéciale de la syphiliographie a fait de nombreux progrès, et nous pouvons maintenant, grâce aux études micrographiques, affirmer qu'il existe des manifestations viscérales de la vérole, et dans ce cas particulier, je crois que si la question est douteuse pour le poumon, elle devient beaucoup plus probable pour les symptômes qui se sont présentés du côté de l'estomac. Ici cependant, il y avait de nombreuses difficultés; nous constations en effet dans l'hérédité de cette malade, une prédisposition manifeste au cancer de l'estomac, sa mère, sa grand-mère et une de ses sœurs ayant succombé à cette affection. Et c'est ce qui explique pourquoi ma thérapeutique a été double, c'est-à-dire pourquoi j'ai appliqué un cautère sur l'estomac et pourquoi j'ai donné de l'iodure de potassium. Ce premier moyen, en effet, m'avait paru dans quelques cas de cancers à l'estomac, ralentir la marche des symptômes et l'hérédité, les hématémèses, l'empâtement de la région stomacale, l'âge de la malade, tout me portait à croire qu'il s'agissait de cette affection; mais le bon résultat que j'avais obtenu déjà chez cette malade, par l'emploi de l'iodure de potassium, ne m'avait pas fait négliger l'usage de ce moyen.

Maintenant, est-il fréquent de voir la syphilis être le point de départ d'altérations, soit de la muqueuse, soit des parois de l'estomac?

Quoique M. Cruveilhier ait repoussé l'idée d'ulcérations de l'estomac de nature syphilitique, cependant, la coïncidence de l'ulcère simple de l'estomac et la diathèse syphilitique a attiré depuis longtemps l'attention de quelques médecins sur ce sujet. Dans un des plus remarquables mémoires publiés dans les recueils de cette Société sur l'ulcère simple de l'estomac, M. Luton a admis la possibilité de la nature syphilitique de ces ulcérations. Dans les recueils de la Société anatomique, parmi les nombreux faits d'ulcères simples de l'estomac, nous trouvons la relation d'un fait présenté par M. Fauvel, et qui a quelques points d'analogie avec le nôtre : il s'agissait d'un homme qui avait succombé aux progrès d'un ulcère de l'estomac, et qui présentait des exostoses sur la face interne des tibias, et, comme nous, l'auteur de cette observation se demandait s'il ne fallait pas rattacher à la syphilis ces deux ordres de symptômes ; nous-même, l'année dernière, nous avons pu observer dans le service de M. Gubler une femme qui présentait des troubles du côté de l'estomac, analogues à ceux qui nous occupent, et que le savant médecin de l'hôpital Beaujon n'hésitait pas à rattacher à la diathèse syphilitique.

Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, que des hématémèses répétées avaient amenée à un degré d'anémie très-considérable ; ces hématémèses revenaient à des époques indéterminées et s'accompagnaient d'une douleur vive du côté de l'estomac.

Cette femme offrait en outre, à la voûte palatine, une tumeur volumineuse pour laquelle déjà elle avait réclamé les soins de la chirurgie, et que d'avis unanimes on considérait comme une gomme syphilitique. L'iodure de potassium amena chez cette malade, non-seulement la disparition de cette gomme, mais encore de tous les phénomènes qui s'étaient montrés du côté de l'estomac, et qui avaient fait croire à la possibilité d'un cancer ou d'un ulcère simple de ce viscère.

Je crois donc que, sans oser affirmer le fait d'une manière certaine, irréfutable, nous pouvons cependant le considérer comme se rapprochant de ceux que je viens de signaler et comme étant une manifestation viscérale de la période tertiaire de la syphilis.

En est-il de même des phénomènes que Mme X... a présentés du côté des poumons et qui ont précédé, comme on le sait, les symptômes du côté de l'estomac? Ici, je serai encore plus réservé. Je sais bien, que les auteurs ont décrit une phthisie syphilitique qui serait due à la production, dans le parenchyme pulmonaire, de tumeurs analogues aux gommes que l'on peut observer sur d'autres points de l'économie ; mais ces faits sont encore trop obscurs, les symptômes trop peu précis pour qu'il soit permis de tracer un tableau fidèle des accidents que peut occasionner la diathèse syphilitique du côté de l'appareil respiratoire. Je vous rappellerai seulement ici que chez notre malade, après des poussées manifestement congestives, du côté du sommet des poumons, il nous a semblé qu'il se produisait là des excavations, se traduisant à l'oreille de l'observateur par des symptômes très-analogues à ceux que l'on constate dans la phthisie tuberculeuse, et que, par l'emploi prolongé pendant un an de l'iodure de potassium, tous ces phénomènes avaient complétement disparu. Cela suffit-il pour affirmer la nature syphilitique de ces accidents? Je n'ose trancher la question.

PETITES DIFFICULTÉS DE LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE (1),

Par le docteur E. VERRIER.

II. — L'omission de la double ligature du cordon ombilical peut avoir des conséquences fatales.

On s'est bien souvent demandé s'il fallait appliquer une première ligature sur le cordon, à 6 ou 8 centimètres de l'ombilic du fœtus, et une seconde ligature quelques centimètres plus haut, puis couper le cordon entre les deux ligatures; ou bien si une seule ligature suffisait, la section du cordon se faisant au-dessus de cette ligature de façon que celle-ci restât avec le bout ombilical du cordon ; parmi les partisans de cette dernière opinion, les uns coupent le cordon avant de le lier, les autres lient d'abord et coupent ensuite. D'autres accoucheurs, enfin, ont pensé que les ligatures étaient inutiles, et, joignant l'exemple au précepte, ils n'en appliquent pas du tout.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 4 avril 1865.

Les partisans du système des deux ligatures sont les plus nombreux et les plus sages, et je me hâte de dire que telle est la conduite enseignée à la Clinique d'accouchements de Paris. La raison que donnait M. Paul Dubois, pour le maintien de cette pratique, était fondée sur la possibilité d'une grossesse double avec communication vasculaire des deux placentas; dans ce cas, en effet, l'omission d'une ligature sur le bout placentaire du cordon, exposerait le deuxième fœtus à périr d'hémorrhagie. C'est donc une ligature de sûreté.

On peut encore trouver dans la facilité avec laquelle se détache le placenta, quand ses vaisseaux sont gorgés de sang, une raison d'appliquer une ligature sur le bout placentaire. Enfin, il n'est pas jusqu'à la plus grande propreté des draps du lit, lesquels ne sont pas souillés de sang dès qu'une ligature a été appliquée, qui ne doive être prise en considération.

Ces raisons sont plus que suffisantes pour engager le praticien à ne jamais omettre cette précaution, chaque fois qu'il le pourra ; et souvent de cette omission volontaire ou non, peuvent découler les accidents les plus graves, car il y a des cas, rares il est vrai, dans lesquels il existe une communication directe des vaisseaux du placenta avec les vaisseaux maternels; et comme les exemples malheureux servent plus encore que les exemples heureux, à l'instruction des jeunes générations médicales, nous rapporterons plus bas une observation où la mort de la mère a été le résultat d'une communication de ce genre.

Quant à la ligature à appliquer sur le bout fœtal, elle est de la plus haute importance.

L'opinion des accoucheurs, qui pensent qu'on peut négliger cette précaution, est basée sur l'établissement de la respiration pulmonaire.

En effet, dès que le fœtus est né, il exécute un premier mouvement d'inspiration suivi bientôt de plusieurs autres, et la circulation définitive est établie.

Le canal artériel, le trou de Botal, le canal veineux, les vaisseaux ombilicaux tendent à s'oblitérer, puisqu'ils ne reçoivent plus de sang, et cette oblitération marche rapidement. Aussi, dès que le cordon est coupé sans avoir été lié, un jet de sang saccadé sort-il aussitôt; mais, dès que le fœtus crie et respire, cet écoulement sanguin s'arrête sans qu'il soit en effet besoin de ligature. On a aussi invoqué l'exemple des animaux qui, après le part, coupaient avec les dents le cordon de leurs fœtus, sans qu'il y eût aucune hémorrhagie. Mais les animaux broient le cordon en le mâchant, plutôt qu'ils ne le coupent, et alors la section peut être comparée à une plaie par arrachement, qui ne donne pas de sang.

De plus, si nous admettons, ce qui arrive assez souvent dans l'espèce humaine, que le fœtus naisse pâle, en état de mort apparente, la section du cordon sans ligature, ou l'apposition de la ligature après la section, peut lui être fatale par l'hémorrhagie qui en est toujours la suite. De même, si le fœtus est congénitalement très-faible, ses efforts d'inspiration ne pourront pas dilater suffisamment les vésicules pulmonaires, la circulation ombilicale tendra alors à renaître et amènera une hémorrhagie par le cordon non lié. Ce résultat peut encore avoir lieu si les poumons sont *atèlectasiès* (induration spéciale aux nouveau-nés), ou s'ils sont indurés çà et là par des accidents syphilitiques, ou une pneumonie intra-utérine. Dans tous ces cas, et dans plusieurs autres encore (1), la respiration, après s'être maintenue pendant quelque temps, s'arrête; la circulation placentaire tend à renaître, et une hémorrhagie, par le bout ombilical du cordon, se produit, si une ligature n'a pas été appliquée, et qu'un temps suffisant pour l'oblitération ne se soit pas écoulé. On a même vu des cas où une hémorrhagie secondaire se faisait malgré la ligature, qui s'était desserrée par suite de la dessiccation de la gélatine de Warthon. D'où nous concluons à la nécessité des deux ligatures avant de couper, et en faisant les deux très-serrées par un nœud simple d'abord, consolidé par un nœud double, après le deuxième tour du fil sur le cordon. Cette précaution doit avoir lieu aussi bien sur le bout placentaire que sur le bout fœtal. Nous n'exceptons que les cas où une circulaire existe autour du cou, et nécessite la section rapide pour terminer l'accouchement, encore faudra-t-il pincer ou faire pincer fortement les bouts du cordon, jusqu'après l'apposition des ligatures, pour éviter toute perte sanguine ; ou bien le cas dans lequel l'enfant naîtrait bleuâtre, comme asphyxié ; car, alors, loin de lier le bout ombilical, il est urgent de laisser saigner un peu le cordon, dans l'intérêt de l'enfant, qui ne tarde pas à reprendre sa coloration normale et à respirer largement. On applique ensuite la ligature.

Voici maintenant dans quelles circonstances est arrivé le terrible accident auquel je fais allusion :

Mme Ch..., 24, rue des Saints-Pères, primipare, est âgée de vingt-quatre ans, et douée d'un tempérament lymphatique. Elle est anémique, sans cependant avoir été jamais malade. Sa grossesse est arrivée à terme, sans présenter rien de particulier, et le 25 décembre 1865, dès six heures du matin, apparaissent les premières douleurs

(1) *De la mort subite des enfants nouveau-nés*, par le docteur E. Verrier (A. Delahaye, 1864).

Je me rends chez la malade vers midi. Le col présentait une dilatation grande comme une pièce de 2 francs ; les bords de l'orifice étaient épais et durs, et nulle sensibilité n'existait dans le vagin. Je constatai une présentation du sommet, et, comme les douleurs s'étaient un peu ralenties, je m'éloignai en recommandant à la mère de la malade de donner à celle-ci un lavement évacuant.

Je revins à deux heures ; la dilatation n'avait pas fait beaucoup de progrès, cependant les bords de l'orifice étaient moins durs, la tête s'était un peu engagée, et l'on constatait, par le toucher et l'auscultation, une position occipito-iliaque droite postérieure.

Je fis alors préparer le lit de sangle, et j'engageai la patiente à se coucher.

Dès ce moment, la marche du travail fut plus rapide ; à trois heures, la dilatation était complète, je rompis les membranes, et à quatre heures, la tête était sur le plancher du bassin, l'occiput tourné en arrière ; elle s'était avancée un peu dans cette position, sans accomplir le mouvement de rotation qui aurait ramené l'occiput en avant, puis elle s'arrêta.

J'attendis, les contractions s'étaient épuisées, le travail paraissait suspendu ; la femme se désolait, disant qu'elle n'accoucherait pas ; je l'encourageai, lui faisant espérer une délivrance naturelle. Je donnai alors un gramme de seigle ergoté en deux doses, mais je n'obtins pas de résultat sensible.

Les forces de la pauvre femme étaient à bout, il était six heures. Depuis plus de deux heures la tête était au même point. Il était évident que l'accouchement ne se serait pas terminé, et qu'une plus longue attente aurait été très-préjudiciable aux intérêts de la mère et de l'enfant.

Je proposai donc une application du forceps avec le chloroforme ; le forceps fut accepté et l'anesthésie rejetée. Je fis placer la femme en travers sur son lit, et j'appliquai le forceps obliquement ; j'eus beaucoup de peine à réunir les branches et à les articuler, à cause du volume de la tête ; cependant j'y parvins ; mes tentatives avaient fait renaître quelques contractions, j'en profitai pour tirer, je le fis d'une façon intermittente, en ménageant la malade. Celle-ci criait beaucoup, et je regrettai, dans cette circonstance, de n'avoir pu employer le chloroforme. Enfin, après des efforts considérables, je réussis à entraîner la tête et à faciliter le mouvement de flexion ; l'occiput se dégagea au devant du périnée, sans l'endommager, puis j'étendis le cou, et je m'aperçus qu'une circulaire fortement serrée étreignait le cou du fœtus, je m'empressai de couper le cordon, je dégageai les épaules, et je fis l'extraction d'un enfant très-volumineux, bleuâtre, presque asphyxié, mais que l'absence de ligature sur le cordon ne tarda pas à faire revenir à la vie.

Je m'empressai alors de lier le bout du cordon attenant à l'enfant, je plaçai, suivant mon habitude, une deuxième ligature sur le bout placentaire que j'avais fait pincer par M. Ch... ; cette dernière ligature fut peu serrée et à un seul tour ; c'est ainsi que l'appliquent les accoucheurs qui en sont partisans. Comme la malade était très-fatiguée, que le lit de travail, composé d'un matelas replié, n'était pas horizontal, je laissai la femme dans la position où elle était au moment de l'accouchement, pour procéder aux soins que réclamait l'enfant.

Bain, dissolution de l'enduit sébacé, apposition de l'appareil contentif du cordon ombilical : tout cela me prit vingt minutes environ, après lesquelles je laissai l'enfant à la mère de la malade pour l'habiller.

Je revins auprès de l'accouchée, et quel ne fut pas mon étonnement de m'apercevoir qu'une grande quantité de sang avait été rendue, et que rien cependant ne coulait à la commissure inférieure de la vulve, le périnée était propre. Je portai la main sur l'abdomen, l'utérus était contracté ; alors j'exerçai quelques tractions sur le cordon, qui résista, et je donnai un gramme de seigle ergoté.

Je fis placer la femme horizontalement pour qu'elle pût se reposer, pour cela, et afin de ne pas la déranger, j'allongeai le lit à l'aide d'une table ; c'est alors que, saisissant une cuvette vide pour y mettre le délivre, le bout du cordon pendant seul dans la cuvette, je m'aperçus d'une hémorrhagie considérable qui se produisait par la veine ombilicale, malgré la ligature que j'avais appliquée ; le sang sortait par un jet continu de la grosseur d'une plume de corbeau, je plaçai immédiatement une autre ligature très-serrée, qui mit fin à cette hémorrhagie, laquelle durait depuis plus d'une demi-heure.

La malade, déjà anémique, avait perdu ses forces, elle s'était plaint d'un froid intense, elle était très-pâle, les conjonctives palpébrales et les lèvres étaient décolorées ; tous ces symptômes avaient été combattus par des serviettes chaudes et une bassinoire passée et repassée sur le corps, de la tête aux pieds ; elle était, en outre, couverte d'édredons, et pour la ranimer, je lui fis donner un lavement vineux et du rhum à l'intérieur.

L'utérus restait contracté, j'essayai encore quelques tractions, mais le cordon céda, et je dus pratiquer la délivrance artificielle.

Après avoir introduit la main, je trouvai le col largement ouvert, mais l'utérus contracté dans sa partie supérieure, et le placenta s'engageant en partie dans le chaton formé par la contraction partielle de l'utérus. Un cas analogue est rapporté dans Peu ; les auteurs modernes ne paraissent pas disposés à admettre cette espèce d'enchatonnement. Cependant M. le docteur Dumas m'a dit en avoir rencontré plusieurs dans sa longue pratique. Quoi qu'il en soit, je dus renoncer à l'extraction. L'hémorrhagie, du reste, était arrêtée ; j'attendis encore quelques instants, et à une seconde tentative je réussis à extraire le placenta en entier ; il était rouge et friable. Cette extraction ne fut suivie d'aucune perte de sang.

Après avoir donné à la femme quelques instants de repos, je la fis nettoyer ; et comme elle était très-mal sur le lit de travail, je dus, malgré sa faiblesse, la faire transporter sur son lit bassiné au préalable. Ce transport se fit avec toutes les précautions possibles ; la malade se trouva alors infiniment mieux, mais la persistance du froid me faisait craindre, pour les suites de couches, des accidents graves. Je fis placer des boules d'eau chaude et des fers autour d'elle.

Il était alors huit heures, il y avait deux heures que cette pauvre femme était accouchée. La voyant calme et beaucoup mieux, je me retirai, me promettant de revenir dans la soirée. Déjà j'étais descendu chez mon père, au rez-de-chaussée, et j'y causais des craintes que je conservais sur l'état de la malade, lorsqu'on vint en toute hâte me dire de remonter ; cette pauvre dame venait d'être prise d'une syncope qui persista, malgré les soins les plus empressés, et se termina par la mort...

L'enfant placé en nourrice, va parfaitement bien.

Réflexions. — Voilà donc le plus grave accident qu'on puisse ajouter aux causes qui entraînent la nécessité de la ligature du bout placentaire du cordon ombilical. La mort de la mère est en effet bien plus terrible que la mort du deuxième fœtus, qui peut arriver dans les cas de grossesses doubles, alors que le cordon n'a pas été lié en deux endroits.

Une question d'anatomie du placenta découle aussi de cette observation, si instructive à plus d'un titre. Les anciens et quelques modernes encore, admettent la communication directe des vaisseaux du fœtus avec les vaisseaux maternels.

Les travaux les plus récents, auxquels se rallient la majorité des physiologistes et des accoucheurs, rejettent cette communication ; ils admettent que les radicules de la veine ombilicale, considérablement allongées et tournées en spirales, se mettent en contact avec les vaisseaux maternels dans des espèces de renflements ou lacs sanguins, que présentent ces vaisseaux, après avoir traversé la sérotine.

Les vaisseaux fœtaux repoussent la tunique interne à laquelle sont réduits les vaisseaux maternels, si tant est que cette dernière tunique n'a pas été érodée par les villosités choriales (Coste), et ils plongent dans les lacs sanguins, où l'hématose du sang fœtal se fait par une espèce d'endosmose, à travers les tuniques des deux vaisseaux dont l'épaisseur, suivant M. Robin, est réduite à 0mm,010, à 0mm,012 au plus.

Quelque séduisante que soit cette théorie, le fait d'une hémorrhagie mortelle, se produisant par la veine ombilicale seule, prouve, jusqu'à l'évidence, la possibilité d'une communication directe des radicules de la veine ombilicale avec le sang maternel ; disposition anatomique qui réclame l'apposition de deux ligatures faites avec le plus grand soin.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la constipation par l'atropine.

Voici comment M. Fleming conseille de recourir à l'emploi de la belladone dans le cas de constipation.

Il administre, matin et soir, le mélange suivant :

Sulfate de magnésie	4 grammes.
Acide sulfurique aromatisé	10 gouttes.
Teinture d'oranges	4 grammes.
Eau	32 id.

Il ajoute à la dose du soir, 10 gouttes d'une solution composée de la manière suivante :

Atropine	5 centigrammes.

On dissout dans eau distillée 20 grammes, à l'aide de quelques gouttes d'acide chlorhydrique et on ajoute alcool rectifié, de manière à obtenir 40 grammes de solution.

M. Fleming augmente la dose du soir de deux nouvelles gouttes tous les jours, jusqu'à production des effets physiologiques (dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, soif). Il faut quelquefois, pour obtenir ces effets, aller jusqu'à 40 ou 50 gouttes. On diminue alors la dose et on la continue, ainsi réduite, deux ou trois semaines, puis on la cesse graduellement.

L'auteur fait aux praticiens la recommandation expresse de visiter leur malade deux fois par jour ; car il importe de ne pas dépasser un léger degré de l'action physiologique du médicament.

Selon M. Fleming, l'effet de l'atropine est le même sur l'intestin que sur les autres muqueuses. Si cette substance donne une sensation de sécheresse à la bouche, si elle provoque de fréquentes envies d'uriner, c'est parce qu'elle suspend sur ces membranes la sécrétion muqueuse. De même, elle diminue ou arrête la sécrétion de l'intestin, et la surface de l'intestin n'étant plus protégée par le mucus, ressent plus vivement le contact des matières fécales ; dès lors ce contact suffit pour provoquer la contractilité expulsive.

D'autre part, on sait que l'atropine resserre les petites artères. Or les intestins distendus par les matières, sont dans un état de congestion qui contribue à produire leur inertie. L'atropine, s'opposant à l'abord du sang dans l'intestin, diminue son état congestif et favorise le rétablissement de son action naturelle.

(*British medical Journal* et *Gazette médicale de Lyon*.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 février 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par M. le docteur Lemaire (de Cosne), Lambert (de Grectzembruch), Contesse (de Lons-le-Saulnier), Gilbrin (d'Ars-sur-Moselle), Madin (de Verdun).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1865 dans les départements des Vosges et du Jura. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de La-Malou-le-Bas (Hérault) pour l'année 1864. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Putégnat (de Lunéville) membre correspondant qui sollicite le titre de membre associé ;

2° Une lettre de M. le professeur Virchow, de Berlin, au sujet de la maladie des trichines.

Kystitome caché. — MM. Robert et Collin présentent à l'Académie un nouvel instrument de chirurgie dit kystitome caché, construit sur les indications de M. le docteur Alphonse Desmarres.

Cet instrument se compose d'une tige fixe terminée par un crochet tranchant, et d'une tige mobile destinée à cacher le crochet. Ces deux tiges sont plates et glissent l'une sur l'autre.

A l'état de repos l'instrument est mousse et arrondi, dans toute sa longueur, mais à l'aide d'un jeu de pédale adapté au manche du kystitome, le crochet tranchant devient apparent et demeure tel tant que la pression est exercée sur la pédale.

Le but de l'instrument est d'être introduit dans l'œil, de le mouvoir dans la chambre antérieure, et de le sortir de l'œil sans blesser l'iris ou la cornée. Il ne peut agir que lorsque l'opérateur le veut, c'est-à-dire lorsque l'extrémité est arrivée en regard du cristallin ; dès que la déchirure est faite à la capsule, l'instrument redevient inoffensif.

Le nouveau kystitome sert dans toutes les opérations de cataracte par extraction, il donne plus de sécurité à l'opérateur et dans tous les cas protége l'iris du malade lorsque l'œil vient à se mouvoir trop brusquement.

A. Crochet tranchant privé de sa tige protectrice.

O. Extrémité mousse. Le crochet est protégé par la tige mobile.

— M. DELPECH à l'occasion du procès-verbal et en réponse à l'interpellation qui lui a été adressée en son absence dans la dernière séance par M. Robinet, relativement à la question des trichines, annonce à l'Académie qu'il sera prochainement en mesure de faire le rapport dont il a été chargé.

— M. VELPEAU présente, au nom de M. le docteur Léon Lefort, un ouvrage intitulé : *Des Maternités*.

— M. J. CLOQUET dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Demarquay, deux brochures, l'une sur l'anatomie chirurgicale de l'avant-bras et l'autre sur le bec de lièvre.

— M. LARREY fait hommage à l'Académie d'une notice qu'il vient de publier sur Montagne, et présente au nom de l'auteur, une brochure sur l'urétrite chronique et son traitement, par M. Allaire, médecin-major aux chasseurs à cheval de la garde.

— M. GOSSELIN présente, au nom de M. le docteur Polaillon, un ouvrage intitulé : *Étude sur les ganglions nerveux périphériques*.

— M. LAGNEAU présente, au nom de M. Collucci-Bey, une brochure sur le choléra en Égypte.

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y aura un comité secret à quatre heures, pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

LECTURE.

Traitement des plaies exposées par l'occlusion pneumatique. — M. J. GUÉRIN lit, sous ce titre, un Mémoire dont nous publierons un extrait dans un prochain numéro.

M. VELPEAU. Je sais que je suis considéré par M. Guérin comme un opposant systématique à toutes ses idées et à tous ses travaux. Cela ne m'empêchera pas de présenter quelques observations sur la lecture qu'il vient de nous faire. M. Guérin ne doit pas ignorer qu'il y a vingt-cinq ou trente ans, un mode de traitement analogue à celui qu'il vient de nous présenter, a été imaginé par M. Jules Guyot. Ce médecin avait eu aussi l'idée de traiter les plaies dans le vide pour les soustraire à l'action de l'air ; et il assurait en avoir retiré de bons effets dans quelques cas. Cependant cette méthode n'est pas restée.

Je conviens que l'appareil que M. Guérin vient de mettre sous nos yeux n'est pas tout à fait le même ; je ne voudrais pas lui enlever tout à fait tout mérite d'invention. Quant aux grands principes de la méthode sous-cutanée auxquels il rattache ce nouveau mode de traitement, je ne veux pas les examiner en ce moment ; je les ai examinés si souvent ici, d'ailleurs, que ce ne serait pas la peine d'y revenir aujourd'hui.

Je demanderai à M. Guérin, en voyant cet appareil si compliqué, s'il est réellement bien nécessaire. J'ai écouté avec attention les faits qu'il a cités à l'appui, et qu'est-ce que j'y vois ? Il est question d'abord d'une tumeur sous-malléolaire qui a été enlevée, et après l'application de l'appareil en question, la plaie résultant de l'ablation de cette tumeur a été guérie en trois ou quatre jours. Est-ce que cela ne se voit pas tous les jours ? Qu'y a-t-il d'extraordinaire d'obtenir une réunion immédiate en trois ou quatre jours ?

Le deuxième fait est relatif à une fracture de jambe compliquée de plaie et déchirure de la peau, chez un enfant. La plaie a été guérie au bout de quatre jours. Mais ne voyons-nous pas les choses se passer souvent ainsi par les méthodes de pansement ordinaires ?

Il est question ensuite d'une amputation de cuisse. La réunion de la plaie a eu lieu en dix-huit ou dix-neuf jours. Mais cela est-il encore sans exemple ?

Il y a enfin un cas de plaie de la main par arme à feu, auquel M. Guérin paraît attacher une grande importance. Que voyons-nous d'extraordinaire dans ce cas ? M. Guérin dit que c'était un cas d'amputation. Mais qu'est-ce qui le prouve ? C'est une manière de parler dont on se sert souvent pour faire mieux ressortir le mérite de la guérison. Le malade a été guéri, dit M. Guérin, en cinq ou six semaines. (M. GUÉRIN. La main avait été traversée de part en part. L'un des os du métacarpe avait été brisé.) Même dans ces conditions-là, il n'y a rien d'extraordinaire ; rien qu'on n'obtienne journellement avec les moyens de pansement ordinaires.

Je ne vois donc pas ce qui autorise M. Guérin à dire que l'emploi de son appareil est un moyen précieux, qui permettra à l'avenir d'obtenir des guérisons qu'on n'obtenait pas par les moyens usités en chirurgie. Je ne nie pas que ce ne soit possible, mais je ne trouve pas que les faits qu'il a cités le démontrent.

M. J. GUÉRIN. Je ne répondrai que deux mots à M. Velpeau. Sa mémoire le trompe complétement à l'égard de l'appareil de M. J. Guyot qu'il vient de citer. M. Guyot n'avait nullement eu l'intention, par sa méthode, de mettre les plaies à l'abri du contact de l'air. Le but de son appareil était de soumettre les plaies à l'action d'une température élevée et constante. Ce que vient de dire M. Velpeau me

prouve une fois de plus une chose, c'est que toutes les fois que je prends la parole ici, malgré tous les efforts que je fais pour me rendre clair, je ne puis parvenir à me faire entendre de lui. Ma thèse est celle-ci : prévenir la suppuration des plaies exposées et en obtenir la guérison par organisation immédiate, par la soustraction du contact de l'air. Comme c'est une question assez importante, j'ajourne tout développement pour une autre occasion. Je me borne, pour l'instant, à faire remarquer que les critiques de M. Velpeau portent à faux.

M. VELPEAU. J'ai déjà dit, dans maintes occasions, que nous ne nous entendions pas sur ce que vous appelez organisation immédiate.

M. J. GUÉRIN. M. Velpeau ne veut pas me comprendre. Mais l'Europe entière m'a compris ; l'Institut, dont M. Velpeau fait partie, m'a compris aussi puisqu'il a couronné mes travaux sur ce sujet. Cela me suffit.

M. VELPEAU. Mais c'est sur mon rapport que l'Académie des sciences vous a donné un prix.

(Sur plusieurs bancs : Assez, assez.)

M. H. LARREY. Je ne veux pas contester l'importance de l'objet du travail de M. Guérin. Mais notre collègue ne peut pas méconnaître que les principes sur lesquels il fonde sa méthode ont été depuis longtemps préconisés par les chirurgiens. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a cherché à faire valoir les avantages des pansements rares et des pansements par occlusion. Il y a plus de deux siècles que.....

M. J. GUÉRIN. César Magatus.....

M. LARREY. César Magatus a préconisé cette méthode. Je considère la méthode de M. Guérin, comme une des applications heureuses de principes qui sont depuis longtemps établis dans la science.

M. J. GUÉRIN. Je ferai remarquer à M. Larrey, que dans les sciences, on ne doit pas se contenter de principes et de théories. Il faut des résultats matériels. Certainement on a eu l'idée, il y a longtemps, de soustraire les plaies au contact de l'air. Mais entre cette idée et sa réalisation pratique, il y a une grande distance. L'idée a été à plusieurs reprises émise et abandonnée. Ce n'est qu'en reprenant les bonnes idées, qu'on parvient, par des efforts répétés et successifs, à les faire entrer définitivement dans la pratique. Depuis trente ans je me suis préoccupé d'atteindre ce résultat. Il s'agit de démontrer maintenant si j'y suis arrivé, et si le résultat est acquis. S'il l'est en effet, l'avenir jugera à qui en reviendra la plus grande part.

ÉLECTIONS.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission chargée de dresser une liste des candidats au titre d'associé national.

Sont élus : MM. Denonvilliers, Blache, Tardieu, Danyau et Bussy.

L'Académie procède ensuite à la nomination de la commission chargée de dresser une liste de candidats au titre d'associé étranger.

Sont élus : MM. Laugier, Bouvier, Robin, Lunier et Boutron.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1[er] décembre. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un Mémoire intitulé : *Du Traitement du cancer,* par le docteur Spencer Wells, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Rapp., M. Jules Worms;

2° Le *Bulletin de la Société des sciences médicales de Lyon,* t. IV, 1864-65. Rapp., M. Cavasse;

3° M. Delasiauve fait hommage à la Société du dernier numéro du *Journal de médecine mentale.* M. Simonot est prié de rendre compte à la Société des sujets traités dans ce journal. — Des remerciments sont adressés à M. Delasiauve.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour l'élection d'un vice-président. Nombre de votants, 20.

M. Boys de Loury obtient 16 voix.
M. Chaunet — 4 —

M. Boys de Loury est proclamé vice-président de la Société de médecine pour l'année 1866.

Le scrutin est ouvert pour l'élection de deux secrétaires particuliers. Nombre de votants, 25.

MM. Blachez obtient 22 voix.
Collineau — 20 —
Labbé — 2 —
Worms — 1 —

En conséquence, MM. Blachez et Collineau sont élus secrétaires particuliers pour l'année 1866.

M. Forget, président sortant, est nommé par acclamation membre du Comité d'administration.

La parole est à M. le docteur Charrier, pour la lecture d'un Mémoire inédit, à l'appui de sa candidature au titre de membre résidant. Ce travail est intitulé : *Observation d'une cystocèle vaginale faisant obstacle à l'accouchement.*

Une Commission composée de MM. Géry père, Desoyre, Labbé est chargée du rapport sur le Mémoire de M. Charrier.

La parole est à M. Auguste Voisin pour la présentation d'une pièce anatomique consistant dans l'intestin grêle d'un jeune épileptique mort à Bicêtre pendant une attaque. Le malade n'avait présenté, pendant les derniers jours de sa vie, aucun trouble analogue à ceux qu'engendre le choléra, et cependant à l'autopsie, on trouva, dans l'intestin grêle, la psorentérie cholérique la plus nette.

Un autre malade aliéné s'est pendu quelques jours plus tard à Bicêtre : comme le précédent, il n'avait pas été atteint ostensiblement par l'influence épidémique ; or son gros intestin était le siége de la psorentérie du choléra.

M. FORGET. Il est anormal de rencontrer des lésions aussi caractérisées sans symptômes sensibles. Ces lésions n'auraient-elles pas une cause occasionnelle d'une autre nature?

M. JULES WORMS ne croit pas qu'on puisse arguer de la présence de la psorentérie dans l'intestin des deux malades observés par M. Voisin, à l'imminence pour chacun d'eux des symptômes cholériformes. La psorentérie, en effet, ne constitue pas la lésion essentielle du choléra. Elle se retrouve dans la fièvre jaune, dans le typhus et dans plusieurs autres maladies.

M. LUNIER pense qu'en temps de choléra, il faut se garder de conclure de l'apparition, chez certains malades, de troubles gastro-intestinaux légers, à la présence dans l'intestin des lésions propres au choléra.

M. LAGNEAU. Des lésions de cette nature ne sauraient manquer, en temps d'épidémie, d'exister chez un grand nombre de malades. Leur degré doit varier avec le degré de l'influence morbide qu'ils ont subie.

M. FORGET. Les lésions observées par M. Voisin sont-elles exactement celles qu'on rencontre dans le choléra confirmé?

M. VOISIN répond affirmativement, sauf que dans le choléra confirmé, la lésion remontant suivant toute apparence à une date plus reculée, la muqueuse intestinale est le siége d'érosions qui n'existent pas ici.

M. LUNIER ajoute que les lésions observées par M. Voisin proviennent de malades traités dans des services spéciaux, que ces sortes de lésions sont fréquentes chez les aliénés, et que dans les cas présents, elles pourraient reconnaître une origine étrangère à l'influence épidémique.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel, D[r] COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision ministérielle:

M. le docteur Leudet fils, directeur de l'école préparatoire de médecine de Rouen, est nommé médecin au Lycée impérial de cette ville.

M. le docteur Nicole est nommé médecin adjoint dudit Lycée.

— Le corps des élèves des hôpitaux, si cruellement éprouvé pendant l'épidémie du choléra, vient de faire encore une nouvelle et bien regrettable perte dans la personne de M. Léopold Prieur, âgé de vingt-deux ans, externe du service de M. Broca, à l'hôpital Saint-Antoine. M. L. Prieur a succombé à une méningite qui paraît avoir été provoquée par l'excès de travail. Il laisse inachevée une traduction de l'anatomie de Henle.

— M. le docteur Bonnefou, de Mauriac (Cantal), chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Saint-Grégoire, vient de succomber aux suites d'une courte et douloureuse maladie, à l'âge de soixante-six ans.

Sa carrière médicale n'avait été qu'un acte non-interrompu de dévouement au soulagement de l'humanité. La mort de cet homme de bien a été un véritable deuil pour les populations auxquelles il n'avait cessé, pendant près de quarante ans, de prodiguer ses salutaires conseils.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le 9 février 1866, à huit heures du soir.

Ordre du jour : — 1° Observation de *Phlébite rhumatismale* par M. Peldet. — 2° Observation de *Fracture des os du bassin,* par M. Loliot.

Le Choléra et le Congrès sanitaire diplomatique international, par le docteur J. P. BONNAFONT, ex-médecin principal à l'École impériale d'application d'état-major. 1 vol. in-8° de 44 pages, 1 fr. 25. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés, par le docteur BERTHIER, médecin de la maison de Bicêtre (3[e] série). — Paris, 1866, in-8° de 112 pages, 2 fr. 50. Paris, F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 17. — SAMEDI 10 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 10 FÉVRIER 1866. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les trichines. — Symptomatologie.

Grâce à la sagacité des observateurs qui nous ont exposé les premiers faits de la maladie trichineuse et à l'exactitude des descriptions qu'ils en ont faites, on connaît assez bien aujourd'hui la symptomatologie de cette affection pour pouvoir en établir le diagnostic, même en l'absence des explorations microscopiques qui en constituent le moyen certain de vérification et de contrôle. Ce diagnostic, qui pourrait toutefois présenter encore quelques difficultés en présence d'un cas isolé, et alors qu'on ne serait pas prévenu par l'existence simultanée de faits semblables, ou par la présomption que peuvent faire naître les circonstances connues de son étiologie, doit être évidemment rendu beaucoup plus facile par l'apparition simultanée des cas par groupes de familles ou par agglomérations de populations soumises aux mêmes conditions d'existence et de régime alimentaire. Les auteurs qui nous ont donné des descriptions de cette maladie se sont tous attachés à suivre l'étude de ses symptômes dans leurs rapports avec les diverses étapes de l'infection et de l'immigration du parasite au sein de l'économie. C'est ainsi qu'il ont divisé la maladie en plusieurs périodes : une période d'irritation gastro-intestinale, correspondant au stade de l'ingression et du séjour des trichines dans les voies digestives; une période d'irritation musculaire, correspondant au stade d'immigration des voies digestives dans les muscles; la période de terminaison que quelques auteurs, M. Kestner notamment, ont subdivisée en période typhique et période d'anasarque ou d'œdème anémique.

Afin d'abréger et de simplifier autant que possible cette description, nous adopterons la division la plus simple, celle que nous trouvons dans l'excellente dissertation de M. le docteur Henri Rodet (1), que nous avons citée dans notre précédent article, et c'est au travail intéressant de ce jeune confrère que nous emprunterons le tableau symptomatologique suivant :

Première période de l'irritation intestinale. — Cette période commence peu de temps après l'arrivée des trichines dans l'intestin, finit ordinairement à l'époque où elles en sont expulsées, c'est-à-dire entre le huitième et le douzième jour. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. S'il a été ingéré peu de vers, l'irritation intestinale sera de courte durée; si, au contraire, le nombre des trichines avalées est très-considérable, alors non-seulement l'inflammation qui aura été communiquée à la muqueuse intestinale sera vive pendant tout le temps de leur séjour dans l'intestin, mais cette phlegmasie pourra se prolonger longtemps après, comme cela se voit dans les cas graves.

Les phénomènes intestinaux, en un mot, sont variables suivant le nombre des trichines ingérées, la susceptibilité de la muqueuse, et suivant encore le séjour de ces vers dans l'intestin. Tantôt, en effet, les accidents sont si légers, qu'ils passent ignorés par le malade; tantôt, au contraire, ils se traduisent par de la diarrhée aqueuse ou contenant quelques taches de sang, par des coliques, des tiraillements dans le bas-ventre, plus rarement par de la constipation.

La langue est ordinairement sale, chargée. Il y a des nausées, des vomissements muqueux, ou alimentaires, ou bilieux, avec ballonnement du ventre, prostration, coliques vives dans les cas graves.

Le pouls est toujours élevé, à 100, 110, et la peau très-chaude.

Les malades ne succombent presque jamais dans cette période; mais lorsque la mort survient par exception, on trouve la muqueuse rouge, boursouflée, les plaques de Peyer soulevées; et quelquefois même, sur les animaux, M. Rodet a vu une véritable production diphthéritique sur certains points de l'intestin.

Deuxième période de l'irritation musculaire. — Cette période ne manque jamais, à moins que le nombre des trichines qui sont arrivées dans l'intestin ne soit excessivement minime. Elle dure ordinairement de quatre à cinq septénaires, débute avec le passage des embryons dans les vaisseaux et avec leur arrivée dans le tissu musculaire. Elle s'annonce tout d'abord par de la lassitude, des frissons, bientôt suivis de douleurs dans les membres et d'un œdème de la face et des paupières, qui ne manque presque jamais.

Œdème. — Souvent les membres supérieurs sont œdématiés; mais cet œdème a une marche très-aiguë, et il disparaît ordinairement au bout de cinq ou six jours. Il se montre de préférence aux paupières et à la face, parce que le tissu cellulaire y est très-lâche et très-abondant. Il est surtout très-prononcé chez ceux qui ont la peau fine et délicate, comme chez les jeunes filles, les lymphatiques, etc., et s'accompagne presque toujours d'un peu de rougeur.

Les mouvements du globe oculaire sont gênés, douloureux, les pupilles souvent dilatées, et, à l'aide de l'ophthalmoscope, on a trouvé quelquefois la pupille œdématiée.

Ailleurs, sur les membres supérieurs ou inférieurs, il n'offre rien de particulier, mais il n'en est pas de même lorsqu'il se montre au larynx et détermine un œdème de la glotte, car les individus peuvent périr d'asphyxie.

Douleurs musculaires. — Les douleurs musculaires qui se font presque toujours sentir avant l'apparition de l'œdème, sont surtout vives aux membres où le moindre mouvement devient presque impossible. Il y a quelquefois de véritables contractures.

Phénomènes cutanés. — La peau est très-souvent le siége d'une sueur excessivement abondante. Cette sueur, qui se manifeste surtout pour peu que la maladie soit grave, est fétide et persiste longtemps. Il n'est pas rare, dans ce cas, de voir survenir sur la peau une éruption furonculeuse ou miliaire.

Phénomènes intestinaux. — La diarrhée, qui s'était déclarée dans la première période, continue le plus souvent dans celle-ci. Le ventre est douloureux dans les cas graves, il y a du ballonnement, du gargouillement quelquefois. La langue est saburrale dans les cas légers, mais augmentée de volume dans les cas graves, à cause de l'irritation que produisent les trichines qui ont envahi son tissu. Quant à l'urine, elle est ordinairement peu abondante et ne contient jamais d'albumine.

Phénomènes circulatoires. — Le pouls, qui s'était accéléré à la première période, continue à s'élever et bat 115, 120 et même 130 par minute.

Enfin, il y a de l'insomnie, de l'agitation et une soif très-vive.

Troisième période de terminaison. — Ordinairement, les phénomènes dont il vient d'être parlé disparaissent ou s'amendent entre le vingtième et le quarantième jour, mais néanmoins les malades restent abattus, faibles, languissants, sans appétit; les cheveux tombent en abondance, mais repoussent plus tard.

Les gros vaisseaux font entendre un bruit de souffle; il y a des tiraillements dans les membres et presque toujours un nouvel œdème vient se montrer à cette période, d'autant plus prononcé, en général, que l'individu est plus faible. Cet œdème donne en quelque sorte la mesure de l'intensité de l'état morbide à ce moment; s'il se généralise, il indique que la constitution est fortement délabrée; si, au contraire, il reste limité au point où il s'est montré, ou s'il s'étend peu, on peut en conclure que la convalescence se fera plus franchement.

Dans tous les cas, cette convalescence est toujours très-longue, très-pénible, et ce n'est guère qu'au bout de quatre, cinq ou six mois, que la guérison est définitive.

Les choses ne se passent malheureusement pas toujours ainsi; la mort survient quelquefois à la fin de la seconde période ou au début de celle-ci, au milieu d'accidents d'une gravité énorme et qui ont la plus grande ressemblance avec ceux de la fièvre typhoïde. Ces phénomènes sont caractérisés par du gargouillement abdominal, des coliques, de la diarrhée; il y a du délire, des contractures, des soubresauts dans les tendons, quelquefois même du coma, ce qui doit faire craindre une exhalation de sérosité dans les méninges. Contrairement à toute attente, on ne trouve dans ce cas, à l'autopsie, aucune ulcération dans les plaques de Peyer.

Nous poursuivrons dans la revue clinique prochaine, l'exposition de quelques points accessoires du diagnostic, qui compléteront cet aperçu symptomatologique, et nous passerons rapidement en revue les considérations pronostiques qui s'y rattachent et les divers moyens de traitement et de prophylaxie qui ont été essayés jusqu'ici ou simplement proposés contre cette grave affection.

(1) De la trichine et de la trichinose, par Henri Rodet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, lauréat de l'École de Lyon, etc. — Brochure in-8°. Paris 1865, chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Adénome de la glande parotide.

Les enchondromes de la parotide, que M. Velpeau a désignés sous le nom d'adénomes, sont maintenant assez fréquents, et nous donnons aujourd'hui un exemple caractéristique de cette lésion.

Il ne manque rien, ni l'examen microscopique, ni les caractères anatomiques; et, au point de vue clinique, on voit la récidive sur place dans les restes de l'organe glandulaire et la coïncidence avec un bon état de la santé générale.

Le lecteur trouvera plusieurs particularités intéressantes dans cette observation, et la confirmation de cette règle ancienne posée déjà par Bérard qu'il est bien difficile de fouiller dans les profondeurs de la région parotidienne sans atteindre quelques branches du nerf facial, et que c'est souvent un sacrifice qu'il faut faire pour les nécessités de l'opération.

Le nommé T... (Louis-Honoré), âgé de cinquante-cinq ans, jardinier, habitant Paris depuis deux années, est entré, le 15 décembre 1865, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Foucher (salle Saint-Barnabé, n° 10), pour y être soigné d'une tumeur volumineuse de la région parotidienne.

D'une bonne santé habituelle, ce malade n'accusait dans sa famille aucun antécédent ayant rapport à une diathèse. Jamais il n'avait été malade; il y a seize ans, le mal a débuté par une petite tumeur globuleuse roulant sous le doigt; elle est restée sans être traitée pendant neuf ans. Après cette époque, la tumeur étant douloureuse, surtout la nuit, le malade est allé consulter à la Clinique le professeur Nélaton, qui a enlevé la tumeur.

Les suites de l'opération ont été très-simples, le malade a quitté l'hôpital le vingt-huitième jour, et la cicatrice s'était faite rapidement. Mais à peine celle-ci avait-elle été produite, que le malade avait senti un petit point dur au-dessous d'elle.

La tumeur, au moment où elle a été vue par M. Foucher, débordait beaucoup la région parotidienne; elle était à peu près sphérique et volumineuse, sans changement de couleur à la peau; celle-ci cependant, en arrière, était rougeâtre, parsemée de lignes blanches rayonnées, marques cicatricielles de l'opération. La tumeur offrait deux petites bosselures antérieures peu saillantes, et trois bosselures postérieures plus volumineuses et rapprochées.

Voici les mesures de la tumeur :

La circonférence de la base mesurait 3 à 4 centimètres;

Distance du sommet de la tumeur à sa circonférence, 10 centimètres;

La saillie approximative était de 8 centimètres;

L'étendue des trois bosselures comptait 8 centimètres de côté.

La tumeur était limitée en haut par une ligne allant de l'os malaire au conduit auditif externe et à la base de l'apophyse mastoïde. Le lobule de l'oreille était soulevé et déjeté par la tumeur.

En avant, la tuméfaction s'arrêtait à une ligne étendue de l'os malaire sur la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

En bas, elle débordait l'angle de la mâchoire, et elle débordait en arrière l'apophyse mastoïde et le bord du sterno-mastoïdien.

Elle offrait peu d'adhérence à la peau en avant, mais beaucoup en arrière. Elle était mobile, surtout dans sa partie antérieure, adhérente en arrière aux tissus sous-jacents.

Elle était libre par sa périphérie.

Les parties centrales étaient les plus adhérentes aux couches profondes de la région, car, en attirant la tumeur à soi, on pouvait constater que c'était dans ces points qu'elle était retenue.

La consistance générale était assez considérable : c'est une tumeur dure; cependant quelques points, surtout le sommet des bosselures, étaient beaucoup moins résistants; mais il n'y avait pas de fluctuation véritable.

La tumeur ne gênait pas les fonctions de la mâchoire; il n'y avait pas de déviation des traits (il n'y en avait jamais eu du reste); mais il y avait des douleurs à la moindre pression. Le malade accusait, en outre, des douleurs spontanées lancinantes qu'il éprouvait surtout la nuit.

L'état général était excellent, l'appétit était bon, l'état des forces était normal.

Voici les détails de l'opération qui a été pratiquée :

Le 4 janvier, le malade soumis à l'anesthésie par le chloroforme, une incision circulaire circonscrit toute l'étendue de peau qui paraît amincie (une surface comprise dans une cir-

conférence de 24 à 25 centimètres); puis, la tumeur est attaquée par sa partie antérieure. Dans ce point, elle est facilement énucléée avec les doigts et la spatule, et séparée du maxillaire inférieur; il en est de même pour la partie inférieure où quelques brides celluleuses seulement sont divisées avec le bistouri. A la partie postérieure, il n'en est plus de même, quelques artérioles donnent du sang et puis le doigt est arrêté par un prolongement de tissu morbide qui s'enfonce dans la région parotidienne. Mais cette portion faisant pédicule est immédiatement coupée avec le bistouri; puis la tumeur étant séparée, M. Foucher attire avec les doigts la portion qui reste et la sépare avec les ciseaux courbes des tissus auxquels elle est intimement unie, c'est-à-dire de la parotide.

Une artère assez volumineuse est ouverte et liée difficilement; quatre autres ligatures sont faites.

Un pansement simple a été appliqué.

Du bouillon et vin sucré ont été pris par le malade dans la journée.

La tumeur, grosse comme une tête de fœtus, présentait une longueur de 13 centimètres sur 7 centimètres de diamètre; elle était ovoïde, d'une consistance assez considérable.

Elle offrait à la coupe une couleur blanchâtre, sur laquelle tranchaient çà et là quelques noyaux sanguins noirâtres. Elle offrait, en plusieurs endroits, des kystes contenant un sérum transparent; il y avait, vers la partie médiane, un kyste assez considérable. Au point où le prolongement s'engageait dans la parotide, le tissu était très-dur, et il y avait un kyste qui avait été ouvert.

L'examen microscopique a été fait:

Des portions de la tumeur, prises en plusieurs points, ont présenté des culs-de-sac glandulaires en très-grand nombre, et de dimensions très-variées; il y avait un peu de tissu fibreux et quelques noyaux cartilagineux dans les points les plus durs; en quelques points, l'épithélium des culs-de-sac était déformé et volumineux. Partout, dans le tissu morbide, on découvrait de nombreux globules graisseux.

Dans la journée, une hémorrhagie assez considérable s'est produite au niveau de l'angle inférieur de la plaie. Sous le pansement, une hémorrhagie en nappe avait lieu. Des rondelles d'agaric superposées et maintenues par un bandage légèrement compressif ont arrêté l'écoulement sanguin.

Le 5, la nuit a été bonne, mais la face était déviée; la commissure gauche est entraînée en bas et à droite; l'œil gauche ne pouvait être fermé complétement; le pansement n'a pas été changé.

Le 6, l'angle inférieur de la plaie était douloureux; la peau était rouge et œdématiée à la partie inférieure du cou et supérieure de la poitrine.

Le 7, 90 pulsations; la plaie pansée au cérat était toujours blafarde et donnait beaucoup de pus. L'état général était bon, le malade demandait à manger, on commençait à lui donner du hachis de viande. La rougeur du cou était moins étendue, l'angle inférieur de la plaie était toujours tuméfié et douloureux.

Le 10, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche, il y a eu une tuméfaction douloureuse; la peau rouge et chaude présentait au-dessous de la fluctuation, et l'on pouvait remarquer que la pression exercée en ce point faisait couler du pus par l'angle inférieur de la plaie. En effet, un stylet introduit en ce point cheminait librement dans la gaîne du sterno-mastoïdien et pouvait être senti au milieu du foyer situé en avant de l'articulation sterno-claviculaire.

M. Foucher a fait une contre-ouverture à la partie inférieure du sterno-mastoïdien, une quantité de pus assez considérable a été évacué; un petit drain en caoutchouc a été placé dans ce long abcès.

Le 16, la santé était excellente. La plaie du cou ne suppurait plus, le drain avait été retiré la veille.

Le 27, M. Foucher a fait panser la plaie avec la glycérine.

Le 31, le malade quitte le service pour retourner à la campagne.

La plaie n'offre plus qu'une étendue de 4 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre. Les mouvements de la mâchoire ne sont gênés en aucune façon. Les résultats de la lésion de quelques filets du facial sont atténués de jour en jour par l'action de la cicatrice qui tend à relever la commissure gauche. La paralysie n'est sensible que lorsqu'on fait souffler ou rire le malade, encore ces phénomènes sont bien moins apparents que le lendemain de l'opération. L'œil gauche se ferme incomplétement.

Quant à l'état de la plaie, il est aussi satisfaisant que possible. On ne sent jusqu'à présent aucun noyau d'induration qui annonce une récidive ou une portion malade non extirpée.

M. Foucher renvoie le malade en lui recommandant de faire cautériser les bourgeons exubérants et de panser avec la glycérine jusqu'à la cicatrisation.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE; CHLOROFORME,

Par le docteur Alphonse Liégard, de Caen.

Dans le numéro du 27 janvier dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, a été inséré un bon travail de M. J. Desoyre, sur les diverses périodes de l'accès d'éclampsie: on y trouve décrite, avec une grande exactitude d'observation, les quatre périodes qui constituent un accès d'éclampsie: 1° période d'invasion; 2° période de convulsions toniques saccadées avec respiration haletante; 3° période de convulsions cloniques saccadées avec asphyxie, puis cyanose; 4° période de coma, etc... Mais si la première partie de ce mémoire nous a paru ne mériter que des éloges, il n'en a pas été de même de la dernière, intitulée: *Traitement*...

Il y a là surtout un passage contre lequel c'est, pour nous, un *devoir d'humanité*, de protester avec la plus grande énergie; le voici: « On a quelquefois essayé l'emploi du chloroforme, qui a paru donner des résultats peu satisfaisants. » A coup sûr, cette sorte d'anathème contre cet héroïque remède, la seule ancre de salut pour les accoucheurs dans cette redoutable maladie, n'a pas été puisé dans les colonnes de ce journal, car, si nous voulions en extraire toutes les observations qui y sont relatées depuis bien des années déjà, et qui démontrent les immenses et incontestables avantages du chloroforme dans l'éclampsie, un numéro entier n'y suffirait pas... Les autres journaux de médecine en ont également rapporté un grand nombre.

La *Revue médico-chirurgicale* (mars 1848), contient, je crois, le premier fait dans lequel a été employé ce précieux médicament dans l'éclampsie. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, *sujette aux maux de nerfs*, qui fut apportée à l'hôpital Saint-Louis, le 24 février 1848; et ce fut M. Richet qui prescrivit les inhalations de chloroforme: « Les attaques se succèdent à de courts intervalles, elles sont d'une grande violence, de cinq à six minutes au moins, et, dans leur intervalle, les dents restent serrées, le coma est profond; le chloroforme est inspiré au commencement de chaque attaque; *ces aspirations calmaient presque immédiatement les convulsions*; la respiration devenait *régulière et calme*, et ses crises ne duraient plus qu'une minute au lieu de six... La connaissance revint; l'accouchement se fit naturellement et fut suivi d'une nouvelle attaque, que le chloroforme dissipa *avec la même facilité*... Après la délivrance, la malade éprouva encore un peu d'agitation, mais il ne se manifesta plus aucun accès... » Depuis ce premier fait, les observations analogues se sont multipliées chaque année, et c'est maintenant par milliers qu'elles se compteraient, si l'on voulait les puiser en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, etc...

Dans un travail que j'ai publié en 1859 sur l'*éclampsie puerpérale et son traitement* (travail couronné par la Société médico-chirurgicale de Bruges), j'en ai rapporté un grand nombre, dont cinq tirés de ma pratique particulière... Le *Medical Times* 1849 en relatait de fort remarquables; un exemple entre plusieurs semblables; j'abrége: « Il y avait trente-six heures que l'éclampsie durait lorsqu'on appela M. Sediwick. Il trouva la femme en proie à un accès des plus violents: le cou était gonflé, la face livide et congestionnée; les conjonctives injectées; il s'écoulait de la bouche une mucosité écumeuse et sanglante, etc. On fit alors respirer le chloroforme: En *une minute*, la femme se trouva endormie et *parfaitement calme*. On continua l'inhalation pendant vingt minutes; on la suspendit un quart d'heure; on la reprit, on la cessa ainsi alternativement pendant trois heures. Les accès ne se reproduisirent pas, et les suites de couche furent heureuses... » Dans la *Clinique d'accouchements*, publiée à Vienne, par les professeurs Chiari et Braun, et que la *Gazette des Hôpitaux* (13 février 1855) rappelle, en s'*empressant*, dit-elle, *de faire connaître l'opinion de ces praticiens, parce que les convulsions éclamptiques défient toutes les ressources de la thérapeutique*; voici ce que nous lisons: « Les résultats obtenus par l'application des inhalations de chloroforme dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, *surpassent toutes les espérances qu'on avait pu concevoir*... Le plus souvent nous avons réussi, au moyen du chloroforme, à couper les accès; et sur 7 femmes, nous n'en avons perdu aucune. L'anesthésie nous permettant, dans tous les cas, de terminer rapidement l'accouchement, nous avons vu naître sept enfants vivants; preuve manifeste de l'innocuité de cet agent sur la vie des enfants... » Le *Bulletin général de thérapeutique* (30 janvier 1856), n'hésite pas à signaler le chloroforme à l'attention des médecins, comme l'un des moyens les plus efficaces à mettre en usage dans l'éclampsie... Il le conseille, non-seulement en inhalations, mais encore en potions et en lavements. Il cite ensuite à l'appui plusieurs observations consignées dans la thèse inaugurale de M. Frémineau, observations recueillies à l'Hôtel-Dieu, clinique de M. Piédagnel... Je ne m'étendrai pas plus longuement, sous ce rapport, dans cette note, que je dois au contraire m'efforcer de rendre aussi courte que possible: les observations de succès du chloroforme, dans cette éclampsie, se sont tellement multipliées depuis dix-huit ans, qu'il nous a paru fâcheux que l'on vienne encore les contester aujourd'hui... Qu'il me soit permis d'ajouter, en terminant, deux choses indispensables: 1° la raison ou le mode d'action de ce médicament dans cette maladie; 2° et plus particulièrement le procédé ou la manière d'employer ces inhalations.

1° Pour le plus grand nombre des praticiens, il est bien démontré maintenant que les congestions pulmonaires et cérébrales ne sont pas ici la *cause*, mais bien la *conséquence* des accidents convulsifs. Que conséquemment, en faisant cesser au plus vite cet état *dynamique*, ce *spasme*, très-analogue à celui de l'*hystérie* (dans laquelle le chloroforme m'a procuré de si remarquables succès), on empêche les congestions organiques et toutes leurs suites si redoutables; 2° voici maintenant notre manière de procéder, et qui nous a valu autant de succès que de tentatives: aussitôt qu'une crise se déclare, ou bien même lorsqu'elle n'est encore qu'imminente, nous déterminons immédiatement une anesthésie complète; puis, par de nouvelles doses versées dans le mouchoir, nous entretenons le sommeil, s'il le faut, pendant plusieurs heures de suite, jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé. Nous avons ainsi plusieurs fois continué les inhalations sans les interrompre un seul instant, pendant six heures entières, sans le plus léger inconvénient et sans qu'aucune crise se soit manifestée de nouveau (1).

Si les convulsions commencent ou continuent encore après l'accouchement, au début de chacune des crises, nous faisons respirer le chloroforme pendant vingt à trente minutes; et si, au réveil, le calme paraît bien établi, nous faisons prendre, pendant quelques heures, toutes les demi-heures, une cuillerée à dessert d'une potion antispasmodique de 70 grammes, contenant un gramme de chloroforme... Si la crise, au contraire, semble vouloir se reproduire encore, nous recommençons les inhalations en prolongeant le sommeil vingt-cinq à trente-cinq minutes, jusqu'à ce que toute apparence de convulsion ait complétement cessé...

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 31 janvier 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Vanzetti, de Padoue, remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

M. Humphry, de Cambridge, remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger.

A propos du procès-verbal:

M. A. GUÉRIN. Deux phrases de mon discours ayant reçu une interprétation autre que celle que je leur avais données, je me suis empressé de les supprimer. Je le fais observer ici pour que cette suppression ne passe pas inaperçue.

Perforations spontanées du crâne.

M. J. CLOQUET. Le fait de perforation spontanée du crâne, que nous a communiqué M. Larrey, me remet en mémoire des observations que j'ai faites à la Salpêtrière.

J'avais remarqué l'irrégularité du crâne de certaines vieilles femmes, j'examinai et je vis qu'elle était due à la résorption du diploé ou même à des perforations. Dans un premier degré, en regardant la voûte du crâne à contre-jour, on constatait que dans des points peu étendus mais souvent multiples, elle était transparente. La table externe enfoncée était adossée à la table interne et le diploé avait disparu. A l'entour de ces points amincis le crâne avait toute son épaisseur. Dans le degré le plus avancé, la perforation était complète. J'ai préparé deux de ces crânes pour les collections de la Faculté. Ce qui différencie mes observations de celle de M. Larrey, c'est que toujours les sujets étaient extrêmement âgés.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. DOLBEAU. Messieurs, je serai bref, j'ai demandé à me recueillir et c'est ce qu'on doit toujours faire quand il s'agit de traiter de choses sérieuses devant une Société savante. Le résultat de mes réflexions c'est qu'il ne faut parler en cette circonstance que du traitement des polypes naso-pharyngiens.

Permettez-moi cependant de vous dire que j'ai éprouvé un réel chagrin en entendant la manière dont quelques personnes semblent apprécier les travaux do l'illustre chirurgien, dont je m'honore encore d'être l'élève.

Je reviens maintenant à la question qui occupe la Société de chirurgie. Je n'ai pas convaincu M. Guérin de l'insuffisance de la rugination des os du crâne dans le traitement des polypes. Notre collègue conserve sa manière de voir; je lui demande de garder, moi aussi, toutes mes convictions. Je ne suis que médiocrement surpris de ce dénouement; tel est ordinairement le résultat des discussions. Chacun demeure convaincu que la raison est pour lui, ce qui d'ailleurs n'empêche pas les questions de progresser.

Je ne veux pas, messieurs, formuler de nouveau certains arguments que la Société connaît, mais il me paraît indispensable de revenir un peu sur l'électrochimie. Pour bien être compris, j'ai besoin de rappeler très-brièvement en quels termes j'ai posé la question du traitement des polypes par l'action de l'électricité.

Suivant moi, les opérations préliminaires demeurent encore indispensables dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Chaque cas particulier comporte tel ou tel procédé pour arriver sur l'implantation de la tumeur, mais je ne crois pas que la rugination par les voies naturelles soit applicable efficacement, dans la très-grande majorité des cas. Une seule méthode, disais-je dans notre précédente séance, permettrait peut-être de supprimer les mutilations préliminaires; il faudrait pour cela que les faits de guérison se multipliassent.

Mon discours se terminait ainsi, et je cite textuellement: « Voyons par nous-mêmes, contrôlons les faits; c'est le seul moyen de juger définitivement une méthode qui paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée. »

Messieurs, vous le voyez, je suis si loin de proclamer quand même l'excellence de la méthode électro-chimique, que j'ai fait appel à l'expérience et au contrôle, par tous les membres de la Société de chirurgie.

A tout ceci, on me répond que M. Nélaton n'a point inventé les courants électro-chimiques; que bien avant lui, Crusell et M. Ciniselli avaient appliqué l'électricité au traitement des tumeurs, etc. Là n'est point la question. Je n'ai abordé, pour ma part, que l'examen du traitement des polypes naso-pharyngiens. J'ai dit qu'on avait guéri

---

(1) Il y a quelques années, nous avons été témoin, à Londres (hôpital *Mary-le-Bonne*), d'un fait qui fut alors inséré dans la *Gazette des hôpitaux*, et qui démontre bien toute la puissance du chloroforme dans les maladies convulsives: chez un jeune homme de quinze ans, en proie aux plus violents symptômes d'un tétanos traumatique, les inhalations ont été continuées, d'abord sans interruption, puis avec des alternatives de plus en plus longues, pendant trois semaines entières, jusqu'à la guérison, qui fut parfaite et radicale. (3000 grammes de chloroforme furent employés...)

des malades par l'électro-chimie, mais je n'ai point soulevé la question de priorité ou d'invention.

M. Verneuil n'avait donc pas à discuter cette partie déjà traitée ailleurs. Les auteurs qu'on a cités ont bien appliqué l'électricité au traitement de certaines maladies; la grenouillette, les rétrécissements de l'urèthre, etc. Mais personne, excepté M. Nélaton, n'a encore attaqué les polypes fibreux de la base du crâne par l'électro-chimie.

Après avoir résolu la question de priorité, M. Verneuil me demande des détails sur le mode d'application de l'électro-chimie, sur la durée du traitement, etc. Notre collègue voudrait savoir, en un mot, comment on procède pour guérir les malades. Je conçois les désirs de M. Verneuil, mais je ne m'explique pas pourquoi il dit, d'une méthode qu'il ne connaît pas très-bien, qu'elle est d'une application difficile et coûteuse; qu'elle nécessite des appareils spéciaux, l'intervention d'un chimiste, etc., etc. Je crois que M. Verneuil grossit un peu trop les obstacles que doivent rencontrer les opérateurs. Sur quoi se fonde notre collègue, pour dire ici que la destruction par l'électro-chimie des polypes naso-pharyngiens ne sera pas possible entre les mains des praticiens de province? Ai-je besoin de lui rappeler que la résection de la mâchoire supérieure, cette opération formidable, nous est venue de la province. Pour ma part, je crois que le jour où l'électro-chimie aura fait ses preuves, la méthode sera appliquée loin de Paris, comme dans nos hôpitaux. Nos confrères se procureront les objets nécessaires et au lieu de s'adjoindre, comme nous, un chimiste, ils apprendront à faire marcher les appareils, ce qui aura des avantages.

Il ne m'appartient pas d'exposer ici la méthode électro-chimique ni de parler de son mode d'action sur les tissus vivants. Malgré le désir que j'aurais d'être agréable à mes collègues, je dois me borner à mentionner les faits. Je reconnais, du reste, que les observations gagneraient à être complétement publiées, mais je ne puis donner que ce que j'ai en ma possession, les résultats.

Malgré tous ces *desiderata*, les faits n'en persistent pas moins. Cinq malades ont été opérés, la plupart devant le public qui fréquente l'hôpital des Cliniques; les choses sont authentiques. Que ceux qui restent dans le doute persistent dans les anciens errements, mais que ceux qui marchent vers le progrès expérimentent la nouvelle méthode, et nous saurons bientôt ce qu'on doit attendre de l'électro-chimie.

Il est un dernier point sur lequel je veux encore m'arrêter un instant. M. Verneuil a avancé un fait exact, lorsqu'il a dit que tous les opérés par l'électro-chimie avaient déjà subi des opérations préliminaires. La nouvelle méthode n'a jusqu'ici été appliquée que pour des malades déjà en voie de traitement par les anciennes méthodes.

A l'avenir, rien ne s'opposera plus à ce que les aiguilles soient introduites par les narines ou tout au plus par une boutonnière palatine.

C'est donc à tort que M. Verneuil a laissé à penser que l'électro-chimie n'était après tout qu'un nouveau procédé de destruction, qu'on appliquait, grâce à des voies pratiquées par la chirurgie, et que ce moyen ne se distinguait des autres que par les inconvénients d'être infiniment plus compliqué.

M. LEGOUEST. Le procédé dont j'ai eu l'honneur de vous parler a été l'occasion de plusieurs réclamations. J'espérais vous entretenir d'une nouvelle application de la pince dont je me suis cru l'inventeur. Mais lorsque j'ai revu mon jeune malade, j'ai constaté qu'une bonne portion de son polype était spontanément tombée en gangrène. Les fosses nasales sont parfaitement libres pour le moment, et bien que toute la tumeur ne soit pas détruite, je me crois autorisé à attendre.

Il y a dans la méthode que je propose, deux choses bien distinctes, l'instrument que j'ai imaginé, et l'espoir de triompher par des applications successives, de la vitalité de la tumeur, que je crois limitée à un certain nombre d'années. Je tiens beaucoup plus à la seconde idée qu'à la première. La pince réclamée par MM. Borelli et Letenneur, je ne l'ai pas inventée non plus. En 1845, M. Malinverni en proposait une semblable (*Gazette médicale*, p. 270), l'avait-il inventée? je n'ai pas cherché à le savoir.

L'espoir de voir les chances de récidives s'éloigner avec les progrès de l'âge n'a pas été partagé par nos collègues, ils ne pensent pas que j'arrive à lasser la maladie, je crois cependant mon idée défendable. N'y a-t-il pas des organes temporaires, qui disparus, témoignent à peine de leur existence par quelques vestiges? N'y a-t-il pas des affections médicales et chirurgicales propres à l'enfance, à l'âge adulte, à la vieillesse? Sur le terrain des faits généraux les arguments ne manqueraient donc pas; mais il y a aussi dans l'espèce des faits qui peuvent être invoqués.

M. Demarquay a consigné dans vos bulletins l'histoire d'un de ses malades qui guérit sans récidive, il avait vingt-six ans. Les malades que MM. Borelli et Letenneur ont opéré avec des pinces écrasantes sont guéris depuis plusieurs années; eux aussi étaient sortis de l'enfance. Est-ce à cause de leur âge qu'ils sont restés guéris, je ne saurais l'affirmer, mais je crois qu'on ne saurait méconnaître l'enseignement que portent ces faits. Je crois aussi que la discussion actuelle montrera que l'ablation du maxillaire supérieur, n'est pas le dernier mot de la chirurgie, pour la cure des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Je n'ai plus à parler de la question de priorité, puisque M. Dolbeau vient de nous déclarer qu'il n'avait pas songé à l'attribuer à M. Nélaton. J'ai demandé des renseignements et M. Dolbeau conclut que je ne suis pas au courant de la question. J'en sais ce que j'en puis savoir après avoir lu tout ce qui a été écrit à ce sujet. M. Nélaton a publié une observation, j'en ai pris connaissance comme je le devais, mais il y en a quatre autres dont M. Dolbeau est venu nous parler et c'est là dessus que je l'interroge. Ce ne sont pas des renseignements théoriques, ni le simple exposé des résultats que je réclame, mais les particularités de l'opération appliquée. On a employé l'électrolyse au lieu des moyens habituels, cela a-t-il été mieux ou plus mal, je n'en sais rien.

Deux nouvelles méthodes d'exérèse sont nées de notre temps, l'écrasement linéaire et la galvano-caustique, toutes les deux sont excellentes, pourquoi donc n'ont-elles pas fait le même chemin dans la pratique? On ne peut nier que ce ne soit à cause des nombreuses petites difficultés de l'application du galvano-cautère. Je sais, comme mon collègue, que le progrès est aussi bien suivi dans les hôpitaux de province que dans ceux de Paris. Mais ici comme ailleurs, toute les fois qu'il y aura des moyens simples et efficaces, on les préférera à ceux qui, plus compliqués, n'ont pas d'avantages plus certains. Que l'on démontre par des observations bien prises que l'électrolyse est supérieure aux autres méthodes, et chacun l'adoptera, même avec ses difficultés d'application. Jusqu'à ce moment du moins, il nous est permis de préférer les méthodes de traitement que l'expérience a sanctionnés.

M. VELPEAU. Ce que M. Legouest a dit de la période de vitalité de certaines tumeurs, me paraît important et mériter grande considération; je lui citerai deux observations. J'ai revu il y a six mois un malade opéré il y a vingt ans par Robert. Le polype avait été arraché sans opération préalable, il n'a pas repoussé, mais l'apophyse basilaire est doublée d'un coussin fibreux élastique, épais, qui depuis douze ans n'a pas augmenté de volume et ne le gêne aucunement. J'ai opéré l'autre malade il y a neuf ans, le malade en avait alors dix-huit. Je n'ai pas fait d'opération préalable, le polype a été arraché, morcelé. La guérison s'est maintenue, mais chez celui-là il y a encore sur l'apophyse basilaire un tubercule fibreux gros comme un marron. Le malade sait qu'il le possède, mais cela ne bouge pas, le gêne peu et il ne serait pas disposé à se le faire enlever. Ces deux cas viennent à l'appui de ce qu'avançait M. Legouest.

L'histoire des corps fibreux de l'utérus fournirait un très-grand nombre de faits analogues. Il y a bien longtemps que j'ai vu d'énormes tumeurs fibreuses qui paraissaient incurables, rétrocéder, disparaître, après la ménopause. J'ai signalé chaque année dans mes cliniques plusieurs faits de cette espèce, et si je pouvais les récapituler, leur nombre serait certainement imposant. J'ai même vu, mais dans des cas fort rares, la rétrocession s'opérer chez des femmes plus jeunes. Il ne me paraît pas probable que ce soit aux médications que reviennent l'honneur de pareilles cures. Mais il me semble bien démontré qu'après la ménopause, de très-gros corps fibreux peuvent s'amoindrir et disparaître. Il y a donc là un champ ouvert à l'observation, car peut-être pourrait-on constater des particularités semblables pour d'autres maladies.

M. CHASSAIGNAC. Les tentatives faites par MM. A. Guérin et Legouest sont l'expression d'une heureuse tendance; détruire le moins possible, marcher plus lentement, tempérer la gravité des opérations préliminaires. En ne reséquant qu'une petite partie de la voûte palatine, M. Nélaton avait déjà affirmé cette tendance. J'ai moi-même essayé de ruginer la base d'implantation du polype en renversant la portion cartilagineuse du nez et en portant à travers les fosses nasales le doigt armé d'un onglet. J'ai voulu aussi limiter la destruction dans l'enlèvement du maxillaire, et depuis longtemps j'ai dit qu'il était inutile d'enlever sa portion orbitaire.

On a publié de très-encourageantes statistiques de guérison après l'ablation totale du maxillaire supérieur. Mais qui ne sait que les statistiques faites avec des observations colligées dans les recueils périodiques, sont des statistiques de cas heureux, et qui ne sait aussi que l'ablation du maxillaire supérieur à maintes fois causé la mort. Pour moi, la bénignité de l'amputation du maxillaire n'est pas prouvée, et l'on pourrait expliquer le succès dans plusieurs cas, en faisant remarquer que la destruction de l'os que l'on a enlevé était en partie accomplie par la tumeur.

Il fallait donc simplifier l'opération préliminaire, et c'est ce que l'on a fait. Aujourd'hui on voudrait la supprimer, en particulier à l'aide de l'électrolyse. Mais avant de nous livrer aux expériences auxquelles nous convie M. Dolbeau, il nous faudrait plus de renseignements. L'électrolyse tue la tumeur, elle se gangrène, se décompose, n'est-ce pas là un grave reproche à lui adresser dans l'espèce, le reproche déjà fait à la ligature?

Quoiqu'il advienne de cette méthode, la tendance que je signalais en commençant me paraît bien marquée. Il y a quelques années à peine, M. Verneuil avait laissé la Société de chirurgie sous l'impression que c'était en ouvrant la voie la plus large, que l'on devait préluder à l'ablation des polypes naso-pharyngiens. Personne n'avait trop contredit, je crois qu'aujourd'hui l'ablation totale du maxillaire trouvera peu de partisans.

M. VERNEUIL. Les tendances conservatrices dont vient de nous parler M. Chassaignac ont toujours existé. Je sais aussi qu'il y a eu des guérisons après l'arrachement simple, après des éliminations spontanées. Mais là n'est pas la question. Il faut bien revenir aux chiffres et compter les guérisons de chaque méthode. On conviendra, je crois, que, dans la majorité des cas, il n'est pas possible de se passer de voie préliminaire; or, il est facile de démontrer que de toutes, la voie maxillaire est la meilleure. Ce n'est qu'après avoir étudié et comparé une masse énorme de faits, que jai établi cette proposition. Cela n'a pas empêché M. Langenbeck de dire: qu'enlever le maxillaire supérieur, était le comble de la barbarie et de l'ignorance. Tous les faits n'étaient probablement pas connus du chirurgien de Berlin, car il s'attribue le déplacement des os, indiqué ici par MM. Chassaignac et Huguier.

Mais que sont devenus les opérés de la chirurgie conservatrice, ceux auxquels on a déplacé les os, ceux, déjà très-nombreux, auxquels on a enlevé leur polype à l'aide de l'anse galvano-caustique de Milderdopf. J'ai vu beaucoup de ces observations dans les recueils allemands. Que sont devenus les malades, on ne l'a pas dit. Cependant nous ne le savons que trop, les polypes récidivent, aussi ne puis-je appeler conservateur, un procédé qui expose à recommencer une grande opération; celui-là est conservateur qui permet de poursuivre le mal jusqu'à complète guérison.

M. DEMARQUAY. Je crois que l'on peut s'ouvrir une voie très-large sans enlever le maxillaire tout entier. Dans deux cas j'ai pu très-facilement arriver à l'implantation, en enlevant seulement la paroi antérieure du sinus maxillaire, souvent d'ailleurs le polype a ouvert la voie. Mes opérés n'étaient pas jeunes, l'un avait trente-trois ans et le second vingt-sept; ils ont été définitivement guéris.

Je serais partisan de la méthode électrolytique. En essayant de coaguler le sang dans les vaisseaux, à l'aide de l'électricité, j'ai souvent produit des escharres qui augmentaient ensuite d'étendue. L'action destructive des courants électriques est donc évidente, mais je crois dangereuse la commotion vive que détermine leur application. J'ai vu succomber une jeune dame pleine de vie et de santé, venue à Paris pour être traitée d'une affection de l'oreille. On avait appliqué l'électricité; une secousse violente fut ressentie, et dès lors se manifestèrent des accidents tout particuliers auxquels la malade succomba en peu de jours.

Je crois néanmoins, qu'en évitant la secousse, cette méthode peut être appliquée avec avantage. J'ai peine à admettre au contraire, que par la rugination on puisse arriver à enlever des polypes à implantations larges, à prolongements multiples.

M. DESPRÉS. J'ai eu l'occasion de voir le malade qu'a opéré M. Huguier, par déplacement du maxillaire. Après la guérison du polype, les dents étaient cariées, le maxillaire était resté mobile; le malade, qui ne peut se servir de sa mâchoire, est dans de moins bonnes conditions que ceux qui ont un appareil prothétique. Je crois donc que ce fait plaiderait en faveur de l'opinion de M. Verneuil.

M. CHASSAIGNAC. Je ne trouve pas la conclusion de M. Després rigoureuse, ce qu'il vient de nous dire ne prouvant pas qu'il faille enlever tout le maxillaire. Je défends, ici, les ablations partielles, c'est-à-dire une manière de faire, bien distincte de celle des chirurgiens qui enlèvent tout ou qui déplacent le maxillaire. J'ai abandonné l'ablation totale et je la combats, non-seulement parce qu'elle est préjudiciable pour le malade, mais parce qu'elle peut être inutile.

Vous dites que la maladie récidivera, mais sans le savoir au juste, puis vous pensez qu'elle récidivera d'autant mieux que vous aurez laissé une partie du mal. Cependant nous enlevons tous les jours des tumeurs dans d'autres régions, nous dépassons beaucoup les limites du mal et nous avons des récidives, alors même qu'il s'agit de tumeurs récidivant sur place. Ainsi, j'ai vu récidiver sept fois une tumeur fibro-plastique de la peau; après la septième opération, il y eut généralisation. Je suis loin de blâmer le chirurgien qui veut enlever dans son entier le polype naso-pharyngien, en détruire toutes les implantations. Je pense qu'il est autorisé à s'ouvrir une voie suffisante pour arriver le mieux possible à la destruction de la tumeur, mais il ne faut pas que son opération préliminaire puisse être préjudiciable au malade, puisqu'il ne sait pas si la destruction absolue qu'il recherche par sa large ouverture est la condition absolue de la guérison.

M. BROCA. Je désire revenir sur quelques points relatifs à l'application de l'électricité pour la destruction des tumeurs. On a désigné la méthode sous les noms d'électrolyse, d'électro-chimie. Ni l'un ni l'autre n'expriment, je crois, la vérité. Crussel, qui eut le premier l'idée d'appliquer l'électricité à la destruction des tumeurs, créa aussi le mot électrolyse. Il avait eu la prétention, non-seulement de produire rapidement des escharres autour des aiguilles enfoncées dans les tumeurs, mais encore de modifier, de dissoudre par les alcalis, autour du pôle négatif, les éléments de ces tumeurs. Or il fut bientôt prouvé qu'il y avait formation d'escharres et non décomposition par la pile.

L'application de l'acupuncture aux tumeurs sanguines a souvent donné l'occasion de produire sans le vouloir des escharres. Cela m'est arrivé pour une tumeur érectile de la lèvre supérieure; je me servis d'une pile de Volta, et je crus pouvoir porter la tension jusqu'à cinquante couples. Il se produisit une escharre autour de l'aiguille négative et grâce à la gangrène que je n'avais pas cherchée la tumeur guérit complétement. Dans la galvano-puncture appliquée aux anévrysmes, c'est la peau qui se mortifie. Si la cautérisation était chimique, elle devrait se produire à la pointe de l'aiguille. On a objecté que l'acide peut refluer le long de l'aiguille et venir ainsi cautériser la peau. L'escharre aurait alors sa base dans la tumeur et son sommet à la peau, tous les tissus intermédiaires seraient frappés, il n'en est rien. Ce n'est donc pas par une action chimique que l'escharre peut se produire dans ces conditions. L'électricité agit probablement ici comme le fait la foudre, les tissus sont tués, puis ils se décomposent. C'est ce qui a pu faire croire à M. Demarquay que l'escharre tendait à s'accroître, rien de pareil n'est possible, l'escharre se montre, devient apparente, voilà tout. Je crois moins que M. Demarquay au danger de la secousse, qui peut être produite par les appareils usités en médecine. Je ne me l'explique même pas dans le cas dont il nous a parlé. D'après ce que me dit M. Houel, M. Nélaton emploie quatre éléments de Bunsen, et la secousse est très-douloureuse; même avec vingt éléments, on n'obtiendrait pas une secousse pouvant déterminer le foudroiement dont nous a parlé notre collègue.

M. HOUEL. Avec quatre éléments Bunsen, lorsque les aiguilles sont appliquées sur une tumeur qui siége à la base du crâne, j'ai toujours vu au moment où s'établit le courant et au moment où on l'interrompt, se produire une secousse très-pénible. Le malade se plaint très-vivement, et ce serait un argument sérieux contre l'application de l'électro-chimie à la cure des polypes naso-pharyngiens, si l'on n'était parvenu à supprimer toute secousse. Des modifications toutes spéciales apportées à l'appareil ont permis à M. Nélaton d'arriver sûrement à ce résultat. Je les ferai connaître dans un prochain travail, je me contenterai pour le moment de dire que les aiguilles doivent être introduites dans la masse morbide avant l'établissement du courant, et qu'elles n'en doivent être retirées que quand il est complétement interrompu.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Sur 31 votants:

MM. Tillaux a obtenu	. . .	29 voix.
Liégeois	. . . . .	1 —
Billet blanc	. . . .	1 —

M. Tillaux est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 décembre 1865. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend:

1° Une brochure intitulée: *Traitement du Choléra*, par le docteur Dupuy de Frenelle;

2° M. Devilliers, membre titulaire, fait hommage à la Société d'un Mémoire intitulé: *Rétrécissement rachitique et conformation insolite du bassin*. Remercîments;

3° Une lettre par laquelle M. le docteur Aimé Martin demande à faire partie de la Société de médecine de Paris, à titre de membre résidant;

4° Divers Mémoires de M. Aimé Martin à l'appui de sa candidature.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'ouverture du scrutin pour l'élection d'un secrétaire général.

23 votants.

Au premier tour de scrutin :

MM. Aug. Voisin obtient.	1	voix.
Boys de Loury. . .	1	—
Géry fils.	4	—
Blachez	6	—
Gros	11	—

Personne n'ayant obtenu la majorité des suffrages, le scrutin est ouvert de nouveau :

MM. Voisin obtient. . .	1	voix.
Géry fils.	1	—
Blachez	7	—
Gros	17	—

M. Gros est proclamé secrétaire général de la Société de médecine, et remercie, en quelques mots, la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire; tous ses efforts tendront à justifier la confiance qui vient de lui être témoignée.

M. le Président donne lecture d'une proposition signée de cinq membres titulaires ayant pour but une révision du règlement.

Une Commission composée du Conseil est chargée de statuer à cet égard.

RAPPORTS.

M. Jules Worms lit le rapport suivant sur la candidature de M. Spencer Wells, au titre de membre correspondant:

Messieurs,

M. le docteur Spencer Wells, des travaux duquel j'ai à vous entretenir, n'est pas un inconnu pour vous. Depuis dix ans, son nom a été souvent prononcé par les chirurgiens français qui se sont occupés d'ovariotomie, ses procédés opératoires ont été acceptés en France, et quelques succès sont venus justifier chez nous un mode nouveau d'intervention chirurgicale, dont les règles avaient été tracées avec une grande précision par le chirurgien de Londres.

Quoique les titres scientifiques de M. Spencer Wells reposent sur des progrès qu'il a imprimés à des branches diverses de la chirurgie, dans son livre sur les opérations des tumeurs cancéreuses, ses Mémoires sur la fistule vésico-vaginale font foi; je me bornerai à rendre compte de son travail important sur les maladies de l'ovaire dont le premier volume vient de paraître. Ce volume se rattache exclusivement à l'ovariotomie, et constitue le document le plus considérable qui jamais ait été fourni sur cette grave question. Ce document emprunte sa grande valeur à une double raison. La première, c'est qu'il trace l'histoire de cent quatorze opérations, pratiquées par M. Spencer Wells, dans l'espace de six ans; la seconde, c'est que le chirurgien anglais offre l'exemple malheureusement trop rare de la publication de la totalité des opérations qu'il a entreprises.

Ce n'est pas seulement une statistique que donne M. Spencer Wells, c'est l'histoire détaillée de chaque malade, de chaque opération, de ses suites; la description anatomique de toutes les tumeurs enlevées, et dans les cas heureux, l'état actuel des femmes opérées, la date, le lieu de l'opération. Rien n'a été négligé pour donner à ce mémorable recueil le caractère de la plus stricte authenticité.

Il serait impossible d'analyser ces cent quatorze opérations; chacune renferme un enseignement spécial. Ce qui s'en dégage surtout est l'heureuse influence de la fixation du pédicule de la tumeur contre les bords de la plaie, procédé que M. Spencer Wells n'a pas imaginé, il est vrai, mais qu'il a rendu classique.

Sur 114 cas d'ovariotomie faite par lui jusqu'au 30 novembre 1864, M. Spencer Wells a obtenu 76 guérisons. De ces 76 malades, 4 ont succombé depuis l'opération, mais à des affections étrangères à celles-ci; l'une, d'apoplexie cérébrale, et les 3 autres de cancer abdominal. 72 femmes opérées se portaient parfaitement bien au moment où M. Spencer Wells publiait son livre; 5 avaient eu des enfants depuis l'extirpation du kyste.

Ces chiffres sont d'autant plus éloquents, que dans les 38 cas d'insuccès, l'affection qui a nécessité l'opération était presque toujours très-ancienne et compliquée.

La rigueur du diagnostic trouve sa démonstration dans le nombre relativement insignifiant de cas où l'opération n'a pu être complétée, et qui n'a été que de 10 en dehors de 114 cas dont il vient d'être question.

L'histoire de 4 cas d'extirpation de tumeurs fibreuses de l'utérus suivie chaque fois de mort; en faisant l'aveu de ce quadruple insuccès, M. Spencer Wells donne une preuve de son caractère privé, et témoigne de la loyauté la plus accomplie.

Ceux de nos confrères qui ont visité l'hôpital de la Samaritaine, à Londres, ont trouvé en M. Spencer Wells, en dehors du brillant chirurgien, l'hôte le plus gracieux et le plus empressé à offrir à des confrères étrangers, l'appui de son nom et de sa personne.

M. le docteur Spencer Wells vient d'être honoré d'un titre qui pour un chirurgien anglais, est un gage de la reconnaissance de son gouvernement pour son mérite scientifique; la reine l'a nommé chirurgien de sa maison.

Le rapide aperçu du travail le plus considérable de M. Spencer Wells que je vous ai présenté; et ce que j'ai été à même de vous affirmer des qualités de sa personne, me font espérer que la Société agréera la proposition que j'ai l'honneur de lui faire de nommer M. Spencer Wells un de ses membres correspondants.

Conformément aux conclusions du rapport, et par voie de scrutin, M. Spencer Wells est élu à la majorité membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

La parole est à M. Desoyre pour la lecture de son rapport scientifique sur la candidature de M. Charrier au titre de membre résidant.

Une Commission composée de MM. Jacquemin, Collineau, Géry fils, rapporteur, est chargée du rapport moral.

LECTURE.

M. BLACHEZ présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique, et lit un travail qui a été publié dans le numéro du 1er février.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Récompenses accordées à des étudiants pour leur conduite pendant le choléra.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Arrête :

Art. 1er. — La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er janvier 1866, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude, diplôme), est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

Services rendus à Toulon. — MM. Espagne, Vigneau et Lannelongue, étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Solliès-Pont (Var). — M. Gensollen, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Raon-l'Étape (Vosges). — MM. Castex et Briguel, étudiant de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Services rendus dans les hôpitaux de Paris. — M. Dodeuil, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus au Lycée Saint Louis. — M. Combeau, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Un ouvrage scientifique, portant la mention qu'il est donné à titre de souvenir des services rendus pendant l'épidémie cholérique de 1865, sera décerné, au nom du ministre de l'instruction publique, à M. Gensollen, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier.

Paris, le 25 janvier 1866. V. DURUY.

— Le Corps médical vient de perdre un de ses doyens, M. le docteur Ratier, médecin depuis 1819, ancien médecin du collége municipal de Rollin, et médecin, depuis plus de quarante ans, du Bureau de charité. Cet honorable confrère vient de succomber, à l'âge de soixante-huit ans, à une courte maladie.

Ses obsèques auront lieu samedi 10 courant à midi très-précis, à l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas.

Recherches sur l'altération sénile de la prostate et sur les valvules du col de la vessie, par le docteur DODEUIL, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 108 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Étude sur la digestion et l'alimentation, et sur la diathèse urique, par le docteur LANDRAS. Deuxième édition revue et corrigée. Prix : 1 fr. 25 — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Nos souscripteurs dont l'abonnement est fini le 31 décembre dernier sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine, 9; ou à* M. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice, 35;*

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire à Londres, 219, Regent street;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires à Genève;*

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Le Directeur, Dr E. LE SOUEF.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 18. — MARDI 13 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 13 FÉVRIER 1866. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Mariage contracté par un aliéné paralytique. — Intervention du médecin traitant. — Arrêt de la Cour impériale de Paris.

Le lien conjugal a été réputé indissoluble par les lois françaises. Un acte aussi solennel que le mariage, et qui engage l'existence entière, ne doit pas s'accomplir sans que les parties intéressées soient mutuellement édifiées et librement consentantes. Comment s'expliquerait-on, en effet, que l'un des époux, affligé d'imperfections maladives de la raison, pût condamner l'autre à l'horreur indéfinie d'une situation imméritée? Comment le conjoint raisonnable serait-il sûr du volontaire acquiescement de l'autre? Comment ce ménage, frappé du vice rédhibitoire le plus radical, se mettrait-il à l'abri de récriminations douloureuses et justement fondées? Le libre consentement des parties étant la condition la plus essentielle, la base fondamentale de l'union conjugale, il n'y a pas mariage lorsqu'il n'y a pas eu consentement.

Merlin et Toullier considèrent comme valable le mariage consenti avant l'interdiction et qui n'a pas entraîné d'opposition, mais cependant, s'il est notoire que la folie a débuté avant le mariage, « c'est celui qui oppose que la folie avait des intervalles lucides à en justifier. »

L'observation très-rare et très-curieuse que nous allons brièvement résumer renferme à cet égard des faits de l'ordre le plus inattendu.

M. Charles J..., ancien capitaine du génie, a manifesté, pendant le cours de son existence, des dispositions un peu excentriques et affecté des habitudes peu régulières. Il a changé à plusieurs reprises de carrière et a subi, à de fréquents intervalles, les entraînements d'une imagination singulièrement exaltée. C'est sous cette influence et après des revers de fortune résultant de son peu d'entente des affaires, qu'il partit en 1860 pour l'Amérique, puis pour le Mexique, accompagné de sa domestique Élisa S... Il était alors âgé de quarante-six ans.

Au bout de quelques mois, M. Charles J... éprouva un accès de délire aigu : sa vie résista, mais ses facultés furent à jamais perdues. Il resta, en effet, en proie à des hallucinations de l'ouïe et de la vue, fut obsédé par des idées mystiques et passa par des alternatives d'excitation et d'abattement qui lui enlevèrent la libre disposition de lui-même et la saine appréciation de ses actes. Tantôt il fait des projets qui attestent les retours d'une ambition maladive, tantôt il cède à des voix d'en haut qui lui donnent des ordres et le plongent dans une sorte d'extase que lui-même qualifie d'*apocalyptique*, tantôt enfin il reste accablé et prêt à céder, comme un enfant ou comme un malade, à toutes les influences qui viendraient le dominer.

Le 23 novembre 1861, à Mexico, se sentant malade, il sort dans la matinée, et, sans qu'il puisse se rendre compte de sa conduite, il entre machinalement dans une boutique, achète un rasoir, puis il va dans la campagne et, essayant de se donner la mort, il se blesse au cou. Arrêté, reconduit chez lui, il reçut tous les soins chirurgicaux nécessaires, mais continua à présenter le plus grand trouble mental.

Le 18 décembre suivant, un prêtre, muni d'une dispense de publications de bans, procéda au mariage religieux de Charles J... et d'Élisa S... Le 20 décembre, s'accomplit le mariage civil.

Entre ces deux solennités, Élisa S..., non-satisfaite d'un legs de 40,000 francs contenu dans un précédent testament de Charles J..., se fit faire un don de 25,000 francs, le 19 décembre, « pour cause de noces. » Enfin, le 25 décembre, Charles J... fit un testament par lequel il institua Élisa S... sa légataire universelle.

Un mariage contracté au milieu de circonstances si graves et dans des conditions si anomales ne pouvait pas passer inaperçu. Le 22 décembre, M. le docteur Schultz se présenta à la chancellerie de la légation de France à Mexico, et il déclara qu'il donnait depuis assez longtemps des soins à M. Charles J..., affecté d'aliénation mentale avec imminence d'accidents paralytiques, et que, dans sa conviction, on avait abusé de l'état mental de ce malade pour le déterminer à épouser sa gouvernante; qu'en conséquence, il protestait contre l'illégalité de ce mariage.

A la fin du mois de janvier 1862, Charles J... s'échappa de chez lui, alla trouver le dépositaire de ses fonds et lui exprima le désir de fuir le pays. Le malade trouva dans son banquier un homme de cœur, qui, après s'être fait rendre un compte exact de la situation, applaudit à la détermination prise, fut d'avis qu'il fallait l'accomplir sur l'heure et trouva même un Français qui voulut bien accompagner Charles J... dans son lointain voyage.

Ainsi que l'ont attesté des témoins, Charles J... eut constamment pendant la traversée l'idée de se jeter à la mer.

Le 12 mars 1862, à son arrivée à Paris, des médecins très-compétents constataient que le malade avait les facultés intellectuelles très-affaiblies, que la mémoire lui faisait défaut, qu'il éprouvait un léger embarras dans la prononciation, un tremblement involontaire dans les muscles de la face, qu'il avait la démarche vacillante et qu'il était atteint de démence et de paralysie générale.

Charles J... fut séquestré dans un asile d'aliénés, puis il fut interdit le 24 juin 1862. A peu de temps de là, le tuteur du malade intenta contre la femme S... une demande en nullité de mariage, et, par un jugement du tribunal civil de la Seine, en date du 21 juillet 1863, le mariage de Charles J... et d'Élisa S... fut trouvé valable et confirmé.

De nouvelles investigations médicales eurent lieu, une enquête minutieuse fut faite au Mexique devant des juges compétents, suivant les formes légales et les témoins déposant sous la foi du serment, et, à la suite d'une longue et scrupuleuse procédure, la même affaire revint en appel devant la Cour impériale de Paris.

Le 1er juillet 1865, la Cour, réunie en audience solennelle, adopta les conclusions de M. Oscar de Vallée, premier avocat général, et considérant que Charles J... était dans un état certain de démence, avant et au moment de l'acte de mariage célébré à Mexico, déclara nul et de nul effet le mariage de Charles J... et d'Élisa S...

Voilà un mariage qui a pu être cassé, et l'on avouera que c'était justice. En face de cette décision si équitable, en face de l'attitude si loyale et si courageuse de M. le docteur Schultz, nous ne pouvons regretter qu'une seule chose, c'est qu'il soit malheureusement si difficile de sauvegarder plus souvent les intérêts et l'honneur des familles. Nous voyons très-fréquemment, en effet, des individus contracter des mariages disproportionnés, déraisonnables, scandaleux ou honteux, sous l'influence certaine des accidents qui signalent le début de la paralysie générale. Dans ce cas, le contrat de mariage est rédigé dans le sens le plus favorable à la femme; le mari meurt dans un délai assez court et la fortune passe en des mains indignes! Si le contrat renfermait quelques clauses restrictives, l'idée d'un testament est bien vite suggérée et plus vite acceptée encore. Ces mêmes faits s'observent également pendant les phases suspensives de la paralysie générale que l'on a désignées sous le nom de *rémissions*, et qui, au point de vue médico-légal, sont si dignes de l'attention des médecins et des magistrats.

Qu'on le sache bien, l'homme qui, sous l'influence de la sénilité ou de la maladie, commence à perdre ses facultés mentales, devient un objet de convoitise. Des manœuvres spoliatrices sont projetées, le vol s'organise autour de lui, l'intimidation s'exerce sur sa faiblesse et toute résistance est vaine.

Peut-on efficacement remédier à cet état de choses? Oui. Pour cela, que le médecin n'accorde pas, dans ses études, une part trop prépondérante aux superfluités théoriques et aux subtilités micrographiques; qu'il se préoccupe moins, en face du patient, d'expérimentations thérapeutiques, mais qu'il s'attache bien davantage à reconnaître l'état exact de l'entendement de son malade. Le médecin ne passera plus alors à côté de ces catastrophes qui bouleversent plus d'un foyer domestique, sans faire entendre sa protestation. Est-ce trop demander de lui? Évidemment non, puisqu'à l'imitation de M. le docteur Schultz, il aura assuré le triomphe de la science et de la vérité.

Dr Legrand du Saulle.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. BOECKEL.

Coxalgie grave. — Résection de la tête du fémur. — Guérison.

Félix E... est un garçon fortement lymphatique, qui a perdu son père de phthisie pulmonaire.

En 1860, cet enfant, alors âgé de quatre ans, fut atteint du croup; je l'opérai de trachéotomie à la période d'asphyxie et j'eus le bonheur de le sauver après trois semaines de traitement.

En mai 1862, je le revis avec les premiers symptômes d'une coxalgie du côté droit : douleurs dans le genou, rétraction de la cuisse, etc. Malgré des vésicatoires volants et un traitement anti-scrofuleux, le mal progressa et je jugeai nécessaire de faire le redressement de la cuisse et d'appliquer un appareil inamovible. Mais la mère ne put s'y décider et je cessai de voir le petit patient.

En janvier 1863, je suis rappelé auprès de lui et je le trouve dans un état pitoyable : amaigrissement considérable, douleurs incessantes, fièvre avec exacerbations nocturnes. La cuisse est fléchie à angle droit, dans une adduction extrême; sous le fascia-lata, il existe un abcès énorme, qui s'étend depuis le trochanter jusque vers le genou, et qui ondule sous le choc du doigt. Vis-à-vis du petit trochanter se trouve

BIBLIOGRAPHIE.

Sur les conditions actuelles des populations pellagreuses de la Haute-Lombardie (1),

Par Théophile ROUSSEL.

Mon dernier voyage en Italie m'a offert l'occasion de constater, par beaucoup d'exemples, ce fait intéressant : que certains changements survenus dans les conditions économiques des populations qui se nourrissent de maïs, ont en augmentant la proportion du froment, de la viande et du vin qui entrent dans leur régime, amené constamment à leur suite une atténuation marquée de la pellagre.

Tout le monde sait combien est riant et, en général, salubre le pays de collines situé au nord de Milan, entre les lacs de Varese, de Como et de Lecco. C'est un pays célèbre de *villegiature* et aussi un pays classique de pellagreux. J'ai visité dix-huit localités sur des points différents de ce territoire : Bernaregio, Cornate, Carnate, du côté de l'Adda; Legnano, Busto-Arsizio, Gallarate, Gorla-Maggiore, Gorla-Minore, Cislago, Rescaldina, Saronno et Uboldo, sur les deux rives de l'Olona; enfin, dans la région intermédiaire, Monza, Barlassina, Mirabello, Camnago, Lentate et Meda. Sur aucun de ces points la pellagre n'est en progrès; sur beaucoup elle semble décroître; sur quelques-uns, notamment aux environs de Legnano, de Busto-Arsizio et de Gallarate, elle n'est presque plus qu'un fait obscur et presque inaperçu. Je n'ai pu voir un seul pellagreux à Legnano ni à Gallarate. J'en ai vu un à l'hôpital de Busto; un autre dans une *cascine* de la banlieue de cette ville. Le docteur Pavesi en connaissait trois ou quatre autres, dispersés dans les champs lors de mon passage et que je n'ai pu rencontrer.

Ce résultat devait me surprendre dans le pays où, sur la fin du dernier siècle, Joseph II avait créé l'hôpital spécial qui a fourni à Strambio tant d'observations et où, d'après ces souvenirs, plusieurs médecins de Milan m'avaient annoncé que je trouverais un champ d'études fertile. Je l'ai parcouru (du 7 au 12 mai) au moment du sarclage des champs de maïs, entremêlés de haricots. Sur ma route, le long de la voie ferrée de Milan à Varese, dans la vallée de l'Olona, je voyais des bandes d'hommes et de femmes occupés à ce travail, au milieu duquel la tradition nous apprend que la pellagre fait souvent son éruption à la peau.

A quoi tient l'immunité de la plupart des travailleurs actuels sur ces rives de l'Olona, si cruellement décimées autrefois? Les médecins et les personnes éclairées du pays sont unanimes à l'expliquer par la révolution qui s'est opérée par suite de l'établissement de nombreuses et importantes manufactures de coton, qui ont été la source d'immenses fortunes, ont créé beaucoup de travail et changé les conditions d'alimentation et de vie de presque toute la population des classes inférieures. Sans parler du travail dans les fabriques, l'introduction des petits métiers a procuré un supplément de salaires assez régulier à une foule de ménages qui n'avaient autrefois que le travail de la terre, dans des conditions que j'indiquerai bientôt et qui sont aussi dures que celles du servage. L'agriculture, au contact de l'industrie, a fait quelques progrès dont le plus important, dans ces terres généralement siliceuses, où le seigle a toujours prospéré, est l'abandon croissant de la culture, après le seigle et en récoltes dérobées, des variétés précoces de maïs qu'on appelle *quarantino* et *cinquantino*. On sait les accusations sans cesse renouvelées des observateurs directs contre ces variétés qui ne donnent, dans ces conditions, que des grains mal mûris et très-prompts à s'altérer. Le seigle est toujours la céréale dominante entre Legnano et Gallarate. En s'éloignant de Milan, on trouve d'abord, après Musocco, une zone de rizières. Après Rhò, à 15 ou 16 kilomètres de la capitale, les champs de seigle se multiplient de plus en plus, à cause de la nature du sol formé d'alluvions siliceuses qui manquent de calcaire et d'alumine. On ne voit presque pas de froment. Les cultures de maïs, entremêlé de haricots, sont plus restreintes que dans beaucoup d'autres cantons. Aussi le pays est-il loin de produire le maïs nécessaire à sa consommation et on en importe beaucoup qui provient de l'Italie méridionale ou de l'Égypte et est très-bon en général. Le docteur Tosi, de Busto, m'a fait voir et goûter le *pan giallo* (pain jaune, pain de maïs) généralement consommé par le peuple de ces localités industrieuses; il est fait avec 9/10 de farine de maïs et 1/10 de farine de seigle. C'est un pain un peu levé, d'un bel aspect et d'un bon goût.

Il n'en est pas de même, il est vrai, du pain que mange une partie des habitants des *cascines* (1), je veux dire de la portion la plus misé-

(1) Extrait du *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*, par le docteur Théophile Roussel (ouvrage couronné par l'Académie des sciences).

(1) Les cascines sont de vastes constructions, sortes de grandes ruches où chaque petit ménage de colon a sa triste alvéole proportionnée à l'étendue du ténement que le principal fermier lui sous-loue à l'année. On y trouve tous les défauts du morcellement, sans aucun des avantages de la grande propriété. Cette classe de colons très-considérable a presque seule aujourd'hui, dans le pays dont il s'agit, le triste privilége de la pellagre.

une ouverture fistuleuse, d'où sortent des bourgeons mollasses et œdématiés et qui fournissent un pus séreux. Je ponctionne immédiatement ce vaste phlegmon en deux endroits et je donne issue à plus d'un demi-litre de pus.

Cette évacuation soulage beaucoup le petit malade, qui ne souffre plus, a moins de fièvre, et reprend un peu d'appétit et de sommeil. Je le fais transporter à la maison de santé des diaconesses, pour qu'il ait des soins plus intelligents.

Le 20 février. Depuis deux jours la fièvre a repris et le gonflement de la cuisse est de nouveau plus considérable; le pus ne s'évacue qu'incomplétement par les deux ouvertures.

L'enfant est pâle, très-amaigri. Le membre malade est fortement atrophié; il est de 5 à 6 centimètres plus court que son congénère; cela tient en partie à l'élévation du bassin de ce côté, ainsi qu'à l'adduction et à la flexion du fémur. Mais de plus, le trochanter paraît remonté et fait une forte saillie en haut et en dehors. La cuisse, bien entendu, ne peut exécuter aucun mouvement sur le bassin.

Je suppose que l'articulation est cariée et probablement la tête du fémur déjà luxée; il y a des clapiers qu'il faut ouvrir. Je me propose donc d'endormir l'enfant, de pratiquer les contre-ouvertures nécessaires et d'inciser notamment derrière le grand trochanter pour donner issue au pus qui paraît y être retenu, et pour explorer avec le doigt l'état de l'articulation. En même temps, je me mets en mesure de pouvoir pratiquer, séance tenante, la résection de la hanche.

L'opération est entreprise le 21 février 1863. Le petit patient étant endormi, j'introduis le petit doigt dans la fistule située vis-à-vis du petit trochanter; j'arrive dans le voisinage de l'os, mais sans le trouver dénudé. J'explore alors l'ouverture de l'abcès, qui est placée au milieu de la face externe de la cuisse. En y poussant la sonde, elle glisse d'une part, jusqu'au grand trochanter, de l'autre, jusqu'à la face externe du genou et en arrière à la ligne âpre. Des incisions sont faites à ces trois endroits et puis on y passe des tubes à drainage. J'insinue alors l'index avec une certaine force dans une fistule située au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure et j'arrive, en contournant le col du fémur, jusque dans la fosse iliaque externe, où il y a un clapier sous-musculaire. Aussitôt, une incision de 4 à 5 centimètres est pratiquée derrière le grand trochanter, pour ouvrir ce cul-de-sac. J'y rencontre la tête du fémur cariée et luxée, plus quelques fragments vermoulus, ayant appartenu à cette extrémité osseuse. En cherchant un peu plus loin, on constate que la cavité cotyloïde n'est pas atteinte par la carie; elle paraît au contraire aplatie, comme comblée par des dépôts osseux de nouvelle formation et le doigt y sent une couche de bourgeons.

En présence de ces lésions, on ne peut hésiter sur l'opportunité de la résection, quelle que soit l'étendue des dégâts dans les parties molles.

Il est évident qu'en enlevant la tête fémorale on fait, d'un coup, ce que la nature aurait à faire péniblement plus tard.

J'allonge donc un peu l'incision post-trochantérienne et je la réunis par une ligne transversale, à une fistule placée en avant et au-dessous de cette éminence. Il en résulte en définitive une plaie un peu irrégulière en forme de L, embrassant le trochanter.

En croisant la jambe malade par-dessus l'autre, je fais saillir l'extrémité supérieure du fémur et je coupe le col avec des cisailles, sans aucune peine, puisqu'il est très-altéré.

Le grand trochanter paraît sain, mais du côté du petit trochanter le périoste se laisse décoller et l'os est raréfié. On enlève ces parties malades avec la gouge; la surface de section, qui va du grand trochanter jusqu'au-dessous du petit, est encore suspecte et on y applique un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer à 30 degrés. Le reste de la plaie donne peu de sang et on la tamponne mollement, sans faire aucune tentative de réunion. Une grosse canule en caoutchouc vulcanisé est au contraire introduite jusqu'à la cavité cotyloïde.

Une écharpe qui maintient le fémur appliqué contre le bassin et des coussinets qui empêchent la rotation du pied, constituent le seul pansement. Tout autre eût été impossible, en raison des fistules, qui criblent toute la cuisse.

Le 22 février, l'opération n'a nullement fait souffrir l'enfant; en apparence, il est dans le même état qu'avant.

Le 28 février, il y a toujours une exacerbation fébrile, le soir. Le matin, le pouls est à 130, sans aucune chaleur à la peau. Bon appétit à midi. Suppuration abondante, sans odeur. Le petit malade soulève le bassin sans douleur, en immobolisant la cuisse par contraction musculaire.

40 gouttes de teinture d'aconit; sulfate de quinine 0,30, bains aromatisés tous les deux jours.

Le 6 mars, la fièvre proprement dite a disparu, mais le pouls varie entre 110 et 125. Appétit excellent. Sommeil bon. La suppuration s'écoule difficilement de la plaie, malgré l'absence de réunion. (Cataplasme de camomille.) Il y a quelques jours, le malade a craché une bouchée de sang rutilant sans tousser; on ne trouve cependant rien à l'examen de la poitrine.

20 gouttes d'aconit; sulfate de quinine 0,30, huile de foie de morue; suppression des bains.

Le 10 avril, la plaie de l'opération est réduite à un trajet fistuleux. Les décollements sous le *fascia-lata* persistent. (Injections de nitrate d'argent.)

Du côté de la poitrine, il y a des symptômes inquiétants: toux, respiration accélérée, matité en arrière et à gauche dans la moitié inférieure du poumon, souffle. Il existe un épanchement pleurétique sans cause évidente.

Traitement général, *ut supra;* badigeon de teinture d'iode sur la poitrine.

Le 1er mai, l'épanchement a presque disparu. L'enfant est levé tous les jours et s'assied dans un fauteuil. Toutes les fistules persistent, mais suppurent beaucoup moins.

Le 30, la poitrine est revenue à l'état normal. Depuis huit jours le petit malade se lève et se promène avec des béquilles dans le jardin de la maison. (3 bains salins par semaine.)

En août et septembre il fait une saison de deux mois aux eaux de Wildbad (Wurtemberg), sous la direction intelligente du docteur Schœlenben.

En octobre 1863, je le revois, son apparence est excellente; il a de l'embonpoint et des couleurs; les fistules de la partie inférieure de la cuisse se sont fermées; mais elles persistent à la partie supérieure, qui reste gonflée. En palpant cette région on sent l'os épaissi, comme dans les cas de périostite chronique. Du reste point de douleurs.

Huile de foie de morue pendant l'hiver.

En mai 1864 il reste toujours trois ou quatre fistules à la partie supérieure de la cuisse, qui fournissent un peu de pus. Grâce aux secours de quelques personnes charitables, le petit malade peut faire une nouvelle cure de six semaines à Wildbad.

Le 3 août je présente mon opéré, complétement guéri, à la Société de médecine de Strasbourg. Il a actuellement huit ans et il a été opéré il y a dix-huit mois. Il est rose et joufflu. La plaie de la résection est indiquée par une cicatrice solide et déprimée. Toutes les fistules sont fermées depuis plusieurs semaines. L'enfant ne veut plus se servir de béquilles, ni de canne et n'a pas encore de chaussure à talon élevé. Quand il marche, il appuie sur la pointe du pied malade et le corps s'incline de ce côté par un balancement, comme chez les gens affectés de luxation congénitale. Du reste il court toute la journée et va régulièrement à l'école.

Quand il est couché droit sur le dos et qu'il a les épines iliaques sur une même ligne perpendiculaire à l'axe du corps, la pointe de la malléole interne droite est à 3 centimètres plus haut que celle de gauche. Le fémur joue facilement sur le bassin et il peut être mis dans la flexion à angle droit et dans l'extension complète sans que le bassin remue. L'abduction par contre n'est possible que dans l'étendue de quelques centimètres. Le fémur ne peut pas remonter par glissement sur l'os des îles, et la nouvelle articulation paraît aussi parfaite que possible.

Je n'ajouterai que peu de réflexions à cette observation. Dans le cas actuel, personne ne contestera l'urgence de l'intervention chirurgicale; quand on a constaté que la tête fémorale est luxée, à moitié rongée par la carie, on ne peut hésiter beaucoup à l'abattre. Mais pour arriver à un diagnostic aussi précis, les moyens ordinaires d'exploration sont insuffisants. Rien de plus difficile dans le cours d'une coxalgie que de dire si la tête articulaire a positivement quitté sa cavité, ou si les déformations apparentes ne sont pas simplement le résultat d'une position vicieuse du fémur. J'ai déjà touché cette question dans mes conférences cliniques sur la coxalgie, et puis, eût-on reconnu la luxation, il faut encore constater la carie et surtout l'étendue de la carie. Or, le plus souvent, le stylet n'arrive pas à travers les parties molles si épaisses, qui entourent la hanche, jusque sur les surfaces osseuses malades, ou bien il ne fournit que des renseignements incomplets. Il n'y a que l'incision exploratrice qu'on conseille quelquefois, mais qu'on pratique trop rarement, qui peut éclairer le chirurgien. Ce n'est pas que je la recommande indifféremment dans tous les cas, ou que je conseille d'enfoncer le bistouri dans des parties molles, saines, dans un simple but de diagnostic. Mais dans les caries de la tête du fémur, il existe presque toujours un foyer purulent sous les muscles fessiers; en ouvrant cette collection vous remplissez un double but, vous donnez issue au pus et vous pouvez explorer librement l'état des parties. En agissant d'après ces principes, on reconnaîtra souvent l'urgence d'une résection, quand les apparences extérieures ne le faisaient pas encore présumer.

On pourra agir en temps utile, alors que l'état général du sujet n'est pas encore trop bas et l'on ne perdra pas un temps précieux en temporisations nuisibles et en traitement frappés d'avance de stérilité.

Un autre point qui me semble digne d'intérêt, c'est l'établissement d'une nouvelle articulation, qui jouit de mouvements très-étendus. Il n'a été pris aucune précaution particulière pour arriver à ce résultat, sauf que le petit malade a été libre de s'asseoir et de marcher sans aucun appareil, aussitôt que son état le permettait.

Enfin, si je compare l'état de l'enfant avant et après sa dernière cure à Wildbad, l'action de ces eaux sur la guérison des fistules me paraît évidente. Elle est du reste connue et appréciée depuis longtemps sous ce rapport. C'est une raison de plus pour ne pas désespérer trop vite de la guérison des fistules, qui persistent souvent tant de mois après les résections articulaires.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE POISON

du nerium oleander,

Par M. E. Pelikan, de Saint-Pétersbourg.

Dans la dernière note que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences, dans sa séance du 5 juin dernier, sur un nouveau poison du cœur, l'onage ou inée, j'ai énuméré tous les poisons végétaux agissant d'une manière toute particulière sur cet organe.

Pensant que la liste de ces derniers pourrait être élargie, si les recherches toxicologiques étaient faites d'après la méthode suivie aujourd'hui dans ce but par la plupart des physiologistes, j'ai dirigé mon attention sur quelques autres plantes appartenant, comme le tanghin et l'onage, à la famille des apocynées. Je me suis arrêté sur le *nerium oleander,* arbuste connu depuis longtemps comme poison narcotique (1), et employé autrefois contre les maladies de la peau, la syphilis, la fièvre intermittente, et, tout récemment, contre l'épilepsie (2).

D'après ses expériences sur les chiens, et celles de Grognier sur les chevaux et sur les moutons, ainsi que d'après des faits et des observations recueillis par d'autres savants, Orfila a été conduit, concernant l'action de l'extrait aqueux des feuilles de *nerium,* aux conclusions suivantes :

1° Que cet extrait, appliqué sur le tissu cellulaire ou introduit dans l'estomac, est un poison très-actif, et qu'il agit encore avec plus de rapidité et d'énergie lorsqu'il est injecté dans les veines;

2° Qu'il est absorbé et agit sur le système nerveux, et spécialement sur le cerveau, à la manière des stupéfiants;

3° Qu'il détermine presque constamment le vomissement;

4° Qu'indépendamment de ces phénomènes, il exerce une irritation locale (3).

C'est précisément d'après ces expériences et la signification que leur a donnée le célèbre toxicologiste français, que ses successeurs ont été d'accord pour ranger le *nerium oleander* dans la classe des poisons narcotiques âcres; mais cette détermination ne me paraissant pas suffisante, comme pour la plupart des substances toxiques de cette classe, pour saisir toutes les propriétés physiologo-toxicologiques du poison en question, j'avais pensé qu'il était intéressant de faire de nouvelles recherches sur l'action de cette plante, d'autant plus qu'Orfila, dans six expériences sur dix, après avoir fait l'ouverture des chiens empoisonnés par le *nerium,* a constamment observé immédiatement après leur mort l'immobilité du cœur. Or, ce

(1) On sait que les paysans des environs de Nice mettent en poudre l'écorce et le bois de cet arbre, et s'en servent comme de mort-aux-rats. On se souvient d'un cas d'empoisonnement chez des soldats français, lors de la prise de possession de la Corse, qui avaient mangé de la viande embrochée avec du bois de *nerium.*

(2) *Dictionnaire universel de matière médicale,* etc., par J. Mérat et A. de Lens, t. IV, p. 598, et Lukomski, dans le *Répertoire de chimie appliquée,* 1861, t. III, p. 77.

(3) Orfila, *Traité de toxicologie,* 5e édition, t. II, p. 577.

rable du peuple, qui vit du travail de la terre dans les ténements que les fermiers des grands propriétaires lombards lui donnent en sous-location. Dans les *cascines* que j'ai visitées j'ai vu presque toujours le *pan giallo* fait avec le maïs seul. Ce pain est lourd, compacte, insipide, peu nourrissant. On en mange de grandes quantités et on le préfère à la *polenta,* parce qu'on a pris la bonne habitude de faire des pains peu volumineux et plats, qui se cuisent mieux et sont meilleurs ainsi que le *pan giallo* de beaucoup d'autres contrées. Un adulte qui travaille a besoin, en général, pour apaiser sa faim, à ses trois repas principaux, d'un pain et demi, ce qui fait 3 livres par jour. On y ajoute quelques oignons crus, parfois une sardine, un peu de lard par intervalles.

A Gallarate les conditions sont à peu près les mêmes. Si l'industrie y est moins active, le commerce y donne beaucoup de profits. Comme à Legnano et à Busto, le sol est très-divisé et on compte peu de ces grandes fermes (*grandi affittanze*) auxquelles est appliqué un système d'exploitation si préjudiciable aux colons.

La partie haute de l'arrondissement de Gallarate, qui confine à l'arrondissement de Monza, diffère sensiblement de la vallée de l'Olona. C'est un pays presque exclusivement agricole; la population pauvre n'y trouve pas de ressources dans le travail industriel. Le sol y est moins divisé, les grandes fermes plus nombreuses.

Saronno est un chef-lieu de *mandement* (canton) qui compte plus de 7,000 âmes, en réunissant à la population du *borgo* (bourg), celle des *cascines* de la banlieue. J'ai eu le plaisir de trouver dans cette localité, dans le docteur Angelo Guangiroli, un modèle de médecin de campagne, homme supérieur à sa position par son mérite, aimant autant ses nombreux malades qui ne payent pas, que le petit nombre qui paye; aimé de tous, leur donnant tout son temps et ne paraissant ignorer que deux choses : l'impatience et la fatigue.

Le docteur Guangiroli a observé beaucoup de pellagreux, mais il n'a jamais eu le loisir de faire des relevés, ni d'écrire des notes. Il n'en a pas moins sur la pathologie, sur l'étiologie et sur la prophylactique de la maladie, des convictions qui sont le fruit d'une expérience de vingt-cinq ans et que j'ai eu la satisfaction de ne trouver en désaccord avec les miennes sur aucun point important.

J'ai mis à profit, depuis le matin jusqu'à nuit close, son inépuisable obligeance, visitant de cascine en cascine tous les pellagreux dont il connaissait la demeure, dans les populeuses communes de Saronno et d'Uboldo, où la maladie est encore généralement désignée sous le nom vulgaire de *mal ros* (mal rosso), c'est-à-dire *mal rouge.*

Le docteur Guangiroli croit avoir remarqué, chez certains pellagreux, une *forme qu'il appelle antérique,* dont la prédominance entraîne une marche plus rapide et un pronostic plus grave, à la suite des diarrhées violentes qui en sont le trait principal. L'affaiblissement paralytique se prononce plus vite que dans les autres cas. Un homme d'Uboldo, qui était à sa deuxième ou tout au plus à sa troisième atteinte, m'a été montré comme exemple de cette forme. L'année dernière une diarrhée de plusieurs semaines l'abattit au point de le rendre impropre au travail. Cette année il a été pris encore plus fortement. Cette diarrhée est accompagnée de coliques très-violentes avec des besoins irrésistibles d'aller à la selle. Il y a souvent un peu de sang dans les selles. Les autres phénomènes principaux sont le *balordone,* des fourmillements dans les membres, des douleurs lombaires. La faiblesse des jambes est devenue telle que le malade garde presque toujours le lit depuis une quinzaine de jours. Les altérations aux mains sont moins marquées que l'année dernière; il n'y a rien à la face.

M. Guangiroli a vu ces formes qu'il appelle *antériques* plus fréquentes certaines années, où, sous l'influence d'une mauvaise récolte, la misère avait été plus grande, et où la présence du *verderame* avait été notée plus fréquemment dans le maïs que consomment les habitants des cascines. Il attribue à l'habitude de cultiver le maïs précoce après les seigles, les plus mauvais effets sur la santé de ces malheureux. Cette habitude s'est conservée plus vivace que sur les bords de l'Olona, et le sol de cette partie de l'Altipiano, déjà moins fertile, y souffre davantage de l'abus des céréales consécutives. J'ai multiplié mes questions pour connaître les règles suivies dans les assolements; j'ai cru reconnaître que chacun abuse à sa façon, selon les convenances du moment, et que le seul fait général c'est de méconnaître les avantages de l'*alternance* dans les rotations des récoltes.

Voici la nourriture des familles pellagreuses que j'ai visitées dans les cascines des environs de Saronno et d'Uboldo :

1° Le matin (au lever) du pain jaune (*pan giallo*);

2° A onze heures (*al desinare*) polenta; par exception soupe avec des pâtes (*lasagni e tagliatelli*) de la plus basse qualité;

3° Au goûter (l'été seulement) polenta ou pan giallo;

4° Le soir, pan giallo et soupe à l'huile.

Quant à la viande fraîche, les malades m'ont dit qu'ils en mangeaient à Noël et, au plus, trois ou quatre fois par an, aux grandes fêtes.

Dans toute cette partie de l'arrondissement de Gallarate, comme dans la Brianza, et dans l'arrondissement de Monza en général, les pellagreux ne m'ont jamais offert la saleté repoussante indiquée dans

phénomène, comme on sait, n'arrive jamais si vite, lorsque l'animal est empoisonné par une substance qui n'agit point d'une manière spécifique sur le cœur. Ayant alors déjà quelques données pour chercher cette action dans le *nerium*, j'entrepris les expériences sur les grenouilles. J'ai eu déjà l'occasion d'expliquer ma préférence pour ces animaux, que je considère comme les plus propres pour ces sortes d'expériences (1). Aussi ai-je défini ce que je comprends sous le nom de poison du cœur :

« Une substance qui paralyse cet organe dans ses éléments nerveux et toujours en première ligne, de sorte que la grenouille empoisonnée conserve encore la faculté de tous les mouvements, et que ce n'est qu'au bout d'un certain temps, par suite du manque de circulation, que la mort survient. »

Pour mes expériences, je me suis servi d'abord, à l'exemple d'Orfila, de l'extrait aqueux des feuilles de *nerium*, préparé à Paris, par M. Ch. Torchon. Bien que j'en eusse vu déjà l'action spécifique, je ne la trouvais pas encore aussi prononcée que celle que l'on observe en employant la digitaline, le tanghin, l'upas antiar et tous les autres poisons du cœur.

Voulant poursuivre mes recherches, et croyant que le peu d'activité de l'extrait que j'avais employé pouvait dépendre de sa provenance, c'est-à-dire d'un *nerium* de Paris, je me suis adressé à Alger, afin qu'on m'en préparât un avec un *nerium* du pays. On sait que le *nerium*, en Algérie, se trouve dans sa patrie, comme il l'est aussi en Grèce et en Italie. Un pharmacien très-distingué d'Alger, à qui je m'étais adressé, M. Félix Desvignes, m'a envoyé à la fois un extrait aqueux et un extrait alcoolico-aqueux. C'est surtout le dernier, l'extrait alcoolico-aqueux, qui m'a donné les résultats les plus évidents, celui dont l'action a été la plus marquée.

Mes recherches n'ayant pas pour but d'entrer dans l'étude des parties constituantes de l'arbuste, étude déjà faite par plusieurs chimistes, particulièrement par MM. Landerer (2), Latour (3) et Lukomski (4), j'ai pu cependant me convaincre que c'est dans la substance jaune résineuse, décrite par M. Latour (qui l'a extraite aussi du *nerium* de l'Algérie), que se trouve le principe vénéneux, agissant spécifiquement sur le cœur (5). Les expériences avec cette substance, ainsi qu'avec l'extrait alcoolico-aqueux, introduits dans le corps des grenouilles, m'ont donné les résultats suivants :

Cette substance agit d'une manière tout à fait analogue à celle des poisons du cœur ci-dessus nommés, c'est-à-dire :

1° Au commencement de l'expérience, elle accélère les battements du cœur ; mais

2° En quelques minutes, ces battements se ralentissent ;

3° En se ralentissant, ces battements deviennent irréguliers, comme péristaltiques, et puis cessent tout à fait ;

4° Alors le ventricule du cœur est déjà complétement arrêté et vide de sang ; les oreillettes continuent encore à se contracter pendant un certain temps, avant de s'arrêter aussi à leur tour ;

5° Enfin, le cœur se trouvant paralysé, sans mouvement, les grenouilles conservent toute la faculté des mouvements volontaires pendant un certain temps, suivant l'irritabilité individuelle de l'animal soumis à l'expérience.

Quant à l'action de l'extrait alcoolico-aqueux, elle présente quelque différence qui, comme on le constatera, n'empêche pas néanmoins de ranger cet extrait parmi les poisons du cœur, puisqu'il le paralyse aussi, et toujours en première ligne. Cette différence consiste en ce que :

1° Le cœur, en devenant paralysé, s'arrête distendu par le sang, comme dans un état diastolique, tandis que sous l'action de la substance jaune résineuse de Latour et des autres poisons du cœur, il s'arrête toujours très-contracté, en état de systole ;

2° Une fois arrêté et distendu, mais ne se contractant plus, le cœur peut cependant répondre par des contractions à tous les excitants mécaniques, chimiques ou électriques, cas, comme on se rappelle, contraire à l'action des autres poisons, à quelques exceptions, pour de petites doses de digitaline notamment ;

3° Enfin, quand le cœur ne répond plus à ces agents, il commence à se contracter et à devenir comme rigide. C'est donc un phénomène de paralysie et de rigidité cadavérique, observé sur les grenouilles dans leur marche progressive, naturel dans tous les cas d'empoisonnement par les poisons du cœur, pour les animaux mammifères. C'est un fait sur lequel M. Claude Bernard a déjà attiré l'attention des experts, dans une cause célèbre jugée l'année dernière par la Cour d'assises du département de la Seine.

Cette différence dans l'action de l'extrait alcoolico-aqueux et de la substance résineuse ne dépend-elle pas de ce que l'extrait contient beaucoup d'autres substances, quoique solubles dans l'eau, mais qui, par cela même, empêchent l'action du principe vénéneux, dont la proportion n'est pas considérable dans l'extrait? C'est ce que je pense, en appuyant aussi cette explication sur l'analogie qui existe sous ce rapport entre l'extrait en question et les petites doses de digitaline ou extrait de la digitale.

Quant à l'action de cet extrait sur d'autres animaux, quelques expériences que j'ai faites sur des chiens ont aussi prouvé évidemment l'analogie qui existe entre cette substance et les autres poisons du cœur, la digitaline surtout ; ce qui nous permet de croire que le *nerium oleander*, bien que poison énergique, pourrait tout aussi bien être employé dans la thérapeutique que la digitale pourprée, pour les mêmes maladies, et en observant les mêmes précautions pour l'administration de cette dernière.

(1) Recherches physiologo-toxicologiques sur l'action de quelques poisons du cœur, dans les *Mémoires de la Société de biologie*, 3e série, t. III, p. 97.

(2) *Vierteljahresschrift v. Wittstein*, t. VI, p. 216 ; t. VII, p. 270, et t. IX, p. 119.

(3) *Journal de pharmacie*, t. XXXII, p. 332.

(4) *Répertoire de chimie appliquée*, t. III, p. 77.

(5) Cette substance résineuse, presque insoluble dans l'eau (facilement soluble dans l'alcool amylique et le chloroforme), a été préparée pour mes expériences, par M. le docteur Illisch, qui a entrepris aussi des recherches sur les propriétés chimiques du *nerium*, surtout dans le but d'éclaircir quelques points paraissant obscurs par la divergence des analyses des chimistes nommés plus haut.

TRAITEMENT DES PLAIES EXPOSÉES

Par l'occlusion pneumatique.

(Extrait du mémoire lu par M. J. Guérin à l'Académie de médecine, dans la séance du 6 février.)

Ce travail, qui est une suite et un développement des idées qui ont servi de base à la méthode sous-cutanée, a pour objet de faire connaître un système d'appareils à l'aide desquels l'auteur assure à toutes les plaies exposées, à celles qui intéressent directement la peau et les parties sous-jacentes, une protection équivalente à celle de la peau dans les plaies sous-cutanées ; d'où la faculté pour les plaies exposées, comme pour les plaies sous-cutanées, d'être affranchies de tout accident d'inflammation suppurative et de jouir de la propriété de s'organiser immédiatement.

L'auteur signale les causes qui avaient fait échouer jusqu'ici ce système de pansement, lesquelles causes se résument en trois principales : défaut d'occlusion complète, défaut d'application immédiate et continue des membranes enveloppantes, enfin et surtout stagnation et altération des gaz et des liquides excrétés ou épanchés à l'intérieur des appareils. Tous les essais tentés jusqu'ici, sous l'inspiration des idées qui ont considéré le contact de l'air comme la cause de l'inflammation suppurative des plaies, avaient donc méconnu les inconvénients qui les avaient fait échouer ; et, faute de les avoir connus et prévenus, avaient fait abandonner la méthode et regarder les principes qui lui servaient de base comme illusoires.

Le système d'appareils imaginés par M. J. Guérin pour assurer le succès de l'organisation immédiate des plaies exposées, consiste en une série d'enveloppes ou manchons imperméables, qui s'adaptent à toutes les parties du corps, et dans lesquelles la partie lésée une fois introduite, on fait et on entretient d'une manière permanente le vide au degré voulu, à l'aide d'un récipient pneumatique, muni d'un indicateur de vide. Pour faciliter l'exhalation et la circulation des gaz cutanés, ainsi que l'aspiration des liquides fournis par les surfaces lésées, M. J. Guérin place entre la peau de la partie enfermée et l'enveloppe imperméable, une seconde enveloppe très-mince en tissu élastique perméable, laquelle s'oppose à l'action ventousante et vésicante des plis formés par le retrait du manchon extérieur.

Ce système d'appareils, qui peut être adapté à toutes les parties du corps et même envelopper le corps tout entier, depuis le cou jusqu'aux pieds, intercepte ainsi tout contact de l'air, et prévient tous les inconvénients et dangers de ce contact, tels que la douleur, la résorption des liquides altérés ou virulents, et finalement l'inflammation suppurative.

Les applications chirurgicales auxquelles peut donner lieu l'occlusion pneumatique sont nombreuses. M. J. Guérin se borne à signaler, pour le moment, celles qui peuvent être faites aux plaies récentes, résultant soit des opérations chirurgicales, depuis les simples incisions directes de la peau, jusqu'aux amputations ; soit aux lésions traumatiques, depuis les ponctions compliquées jusqu'aux plaies par armes à feu. M. J. Guérin cite quatre faits pratiques qui se rapportent aux quatre catégories de plaies et lésions dont il s'agit.

Le premier consiste dans l'extirpation d'une tumeur fibreuse, située derrière la malléole interne. L'ablation et la dissection de cette tumeur avaient laissé une excavation, que ne recouvraient qu'incomplétement les lambeaux de peau correspondants. La plaie, recouverte d'un simple morceau de diachylon et de taffetas ciré, a été mise dans l'appareil : dès le lendemain, un caillot plastique avait comblé le vide laissé par la tumeur, et après quatre jours pleins, l'appareil pouvait être enlevé. La plaie n'avait donné lieu à aucune inflammation suppurative, et elle était complétement cicatrisée au huitième jour.

Le second fait cité par M. J. Guérin est un cas de fracture compliquée des os de l'avant-bras ; la peau avait été perforée par un fragment du radius. Même pansement immédiat que dans le cas précédent. Après quatre jours, la plaie cutanée était fermée et la fracture munie d'un appareil en carton amidonné, était complétement guérie le trente-cinquième jour, comme une fracture simple.

Le troisième cas est relatif à une amputation de cuisse, pratiquée pour une tumeur blanche suppurée, par M. le docteur Demarquay, à la Maison municipale de santé. Les deux lambeaux n'avaient été que rapprochés et maintenus par sept points de suture ; leurs surfaces correspondantes n'étaient que médiatement en rapport. Le moignon, placé dans l'appareil de M. Guérin, était complétement cicatrisé le septième jour. L'appareil ayant été enlevé, la cicatrice, qui n'était pas encore assez solide, offrit le lendemain une légère éraillure des bords de la plaie. On réappliqua l'appareil, et la cicatrice était complète et solide le dix-huitième jour. Dans le cours du traitement il n'y eut ni frisson, ni fièvre, ni inflammation suppurative, ni douleurs notables dans le moignon, et toutes les fonctions s'exécutèrent à peu près comme à l'état de santé.

Le quatrième cas est relatif à une plaie par arme à feu très-compliquée, produite à la paume de la main par l'explosion d'une cartouche. Cette explosion, provoquée par le choc trop brusque de la cartouche dans son mandrin, avait broyé les chairs, coupé les artères, dilacéré les nerfs et les tendons et produit la fracture comminutive du quatrième métacarpien. La peau du dos de la main, déchirée et retirée dans une grande étendue avait mis à découvert les articulations métacarpo-phalangiennes. Après la ligature de la cubitale et une quinzaine de sutures faites avec le concours de M. Gailli et Strappart, l'un chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims et tous deux professeurs à l'école de médecine de cette ville, pour rapprocher les lambeaux de chair séparés, la main, convenablement pansée, fut placée dans l'appareil seize heures après l'accident et soumise à une irrigation continue. A partir de ce moment, le blessé s'est endormi sans souffrances et la guérison s'est opérée en vingt-cinq jours, sans avoir offert le moindre accès de fièvre, le moindre accident inflammatoire. L'élimination des parties broyées et mortifiées s'est opérée sans accident inflammatoire par une sorte d'aspiration vers le récipient pneumatique, et les vides de la plaie ont été comblés par une cicatrice qui ne laisse d'autre trace que les lignes résultant du rapprochement et de la soudure des parties.

M. Guérin se borne à citer, pour le moment, ces quatre cas comme spécimen du premier ordre de plaies et de lésions qui seront tributaires de la méthode, et il laisse à l'avenir de faire connaître les autres applications dont elle est susceptible.

---

beaucoup de tableaux. En règle générale, leurs habitations sont assez bien tenues et salubres. Le linge était aussi, en général, assez blanc. La pire condition est celle qui résulte de l'accumulation nocturne des individus dans les pièces et les lits. J'ai vu souvent huit et jusqu'à dix personnes de tout âge, n'ayant pour dormir la nuit qu'une seule chambre avec trois grands lits.

Les suicides qui peuvent être attribués à la pellagre sont fort rares vers l'Olona. Ils sont plus communs dans l'Altipiano. M. Guahgiroli estime que sur 26 communes ayant une population totale d'environ 50,000 âmes, et dont les faits qui ont trait aux questions médicales lui sont connus, on peut compter, en moyenne, deux suicides par an à la suite du délire pellagreux. On observe des cas de suspension, mais les plus fréquents sont ceux de submersion.

Le docteur Biffi, aliéniste distingué qui, pour certaines catégories de malades de l'asile qu'il dirige à Milan, a établi une succursale à l'entrée de la Brianza, a bien voulu me consacrer une journée pour visiter avec moi certaines localités de l'arrondissement de Monza et du mandement de Barlassina. Nous nous y sommes rendus le 24 mai par le chemin de fer de Milan à Como.

A Camnago, village de 400 âmes, de la commune de Lentate-sul-Seveso, nous avons pu voir d'abord, par plusieurs exemples, combien de faits intéressants pour une histoire complète de la pellagre restent inconnus même aux médecins des localités. En visitant une pellagreuse qui avait eu trois fortes atteintes successives et que la débilité paralytique des membres inférieurs retenait dans son lit, je demandai s'il n'y avait pas d'autre pellagreux dans la famille. On me répondit négativement. Je remarquai cependant que le mari de la malade, homme de quarante ans, et un oncle de celle-ci, âgé de soixante-cinq ans, avaient la peau du dos des mains desséchée, fendillée et comme racornie par le feu. Ces deux hommes avaient eu la diarrhée, mais ils étaient habituellement constipés. Ils éprouvaient du feu à l'estomac (*brùzor*), surtout après avoir mangé de la polenta. Ils étaient sujets au balordone, lorsqu'ils allaient au soleil ; ils ne se plaigeaient pas d'autre chose et ne se croyaient pas pellagreux.

J'ai vu partout dans les familles pellagreuses des faits semblables, dont il n'est tenu aucun compte. Nous ne nous étions pas arrêtés à Lentate, village plus populeux que Camnago et situé, comme ce dernier, dans une position riante et salubre, parce qu'on nous avait annoncé que nous ne trouverions aucun pellagreux. Toutefois à notre retour de Camnago, le bruit seul de notre passage et de l'objet de nos visites, avait suffi pour faire rassembler dans la cour de l'auberge où notre voiture était arrêtée, sept malheureux qui se présentaient spontanément, comme pellagreux, dans l'espoir de quelques secours. L'histoire de ces malades et de tous ceux que je visitai à domicile dans les cascines, entre Lentate et Méda, n'était toujours que la triste répétition des mêmes misères physiques, des mêmes privations, du même régime débilitant avec le maïs pour base. Je pus m'assurer encore de l'importance du laitage, comme moyen curatif et préservatif : ici, je voyais la pellagre disparaître d'une maison, du moment que l'épargne avait permis d'y introduire une vache pour les besoins domestiques ; ailleurs, au contraire, l'apparition ou le retour de la maladie avaient promptement suivi la perte de cette précieuse ressource. En général, dans le pays dont je parle, l'usage du lait va se répandant, et la plupart des cultivateurs des environs de Lentate peuvent aujourd'hui, m'assurait-on, manger régulièrement le soir une soupe de riz, avec du lait que les plus pauvres étendent avec plus ou moins d'eau. Je dois ajouter qu'aucun des pellagreux que j'ai interrogés n'était dans cette condition.

Dans les visites que j'ai faites à domicile, j'ai demandé presque partout à voir la provision de maïs des familles ; très-rarement il a pu être satisfait à ma demande, à cause de l'époque de l'année, car, en général, la provision annuelle touche à sa fin. J'ai vu à Méda le supplément de provision que les colons du marquis Brivio avaient reçu en avance sur leur prochaine récolte. C'était du grain d'assez basse qualité, mais je n'ai pu y découvrir la *muffa* (moisissure). Il faut noter, à propos de la coutume très-répandue qu'ont les pauvres colons, d'emprunter du maïs à leur propriétaire où à son principal fermier (*affittabile*), pour pouvoir attendre le moment de la récolte du seigle, que le maïs ainsi prêté au printemps aux colons est ce qui reste de plus mauvais dans les greniers du propriétaire ou du fermier ; tandis qu'il est de règle rigoureuse que le grain restitué à l'automne suivant par ces mêmes colons doit être pris dans la meilleure partie de la récolte.

De la Tarsalgie ou Arthralgie tarsienne des adolescents, par le docteur Cabot, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 92 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Essai sur le rôle social de la médecine, par le docteur A. Vielle. In-8° de 50 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Relation de l'épidémie de choléra de 1865 à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur C. Décori, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, etc., in-8° de 92 pages, prix : 2 francs. Paris, Adrien Delahaye.

DE LA FIÈVRE BILIEUSE HÉMATURIQUE

Observée au Sénégal,

Par M. Barthélemy Benoit, chirurgien de première classe.

La fièvre bilieuse hématurique est une maladie qui se distingue des autres endémies des pays chauds par des symptômes particuliers et par des altérations anatomiques qui lui sont propres.

Elle se produit dans toutes les localités palustres du Sénégal. Les variétés de forme qu'elle peut revêtir dépendent des influences hydro-telluriques locales. La gravité de la maladie est en rapport avec l'intensité toxique plus énergique du miasme paludéen.

Son origine paludéenne est péremptoirement démontrée par l'état anatomique de la rate, bien que les localisations morbides de cet organe soient moins accusées au Sénégal que dans les localités marécageuses des régions tempérées.

Le type de la pyrexie, les conditions topographiques des milieux où elle prend naissance, viennent confirmer cette opinion; elle ne s'observe, en outre, que sur les Européens résidant à terre; l'immunité que confère le séjour à bord des navires est un argument de plus en faveur de son origine paludéenne.

Elle n'atteint que les Européens qui comptent déjà un séjour de plus d'une année dans la colonie, et qui ont subi les effets de l'intoxication paludéenne.

L'hématurie est due à une hémorrhagie passive des reins, coïncidant avec une hypérémie congestive générale ou locale de ces organes, qui présente parfois, dans les cas plus graves, les caractères d'un véritable état apoplectique.

L'ictère, quoique commun à plusieurs affections bilieuses, quant à ses caractères objectifs, s'accompagne d'une hyperémie générale du foie, sans altération des granulations hépatiques, et d'une concentration très-prononcée de la bile. La vésicule biliaire est dans un état constant de réplétion.

L'altération du sang résultant de l'infection palustre, et l'altération de la bile, quelle qu'en soit l'origine, représentent un double élément pathogénique pernicieux, réuni dans le mélange de ces deux fluides, et dont l'action sur l'organisme se traduit par les symptômes caractéristiques d'un véritable empoisonnement miasmatique.

Le traitement doit être basé sur l'interprétation de l'élément symptomatique principal, l'hypersécrétion biliaire, et de l'élément étiologique primordial, le miasme paludéen, en tenant compte de la double influence pathogénique qui résulte du mélange du sang et de la bile altérée dans l'appareil circulatoire. (*Archives de médecine navale,* 1865.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 12 janvier 1866. — Présidence de M. Béhier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

M. Dujardin-Beaumetz lit une observation ayant pour titre: *Syphilis tertiaire. — Phénomènes du côté des poumons et de l'estomac. — Hématémèse. — Guérison par l'iodure de potassium.* (Voir notre numéro du 8 février.)

DISCUSSION.

M. Hémey. Je ne prétends contester ni le diagnostic de M. Beaumetz, ni les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus. Mais je rappellerai qu'il est dans la science des cas d'exostoses multiples avec céphalée et épanchements dans les articulations, où l'on n'a pas trouvé le moindre indice certain de syphilis, et qui ont guéri par l'iodure de potassium. Ces cas étaient liés au rhumatisme ou à quelque autre chose. J'en possède plusieurs observations.

M. Beaumetz. Les travaux de Brown-Séquart nous ont appris, en effet, que l'iodure de potassium réussit notamment à titre d'anticongestif. Mais dans mon cas, outre les exostoses, il y avait de l'alopécie, des pléiades ganglionnaires, des éruptions spécifiques qui établissaient l'existence de la syphilis.

M. Leven. Pourquoi M. Beaumetz, si affirmatif quant aux lésions spécifiques de l'estomac, devient-il si réservé pour les lésions du poumon? Tout le monde a eu l'occasion de voir à l'autopsie des gommes syphilitiques du poumon, tandis que peu de personnes ont rencontré des ulcères syphilitiques de l'estomac.

M. Beaumetz. Une discussion sur les lésions anatomiques est toujours difficile en l'absence d'autopsie. Je répondrai cependant qu'il n'existe pas de cas avérés de cavernes pulmonaires ayant succédé à des gommes syphilitiques. La plupart de celles qu'on a étudiées ont été trouvées à l'autopsie, alors qu'on ne les avait pas reconnues sur le vivant. Quant aux ulcères simples de l'estomac, leur histoire, malgré les excellents travaux publiés sur cette matière et parmi lesquels je citerai celui de M. Luton, inséré dans les mémoires de la Société, ne me paraît pas encore faite. Je ne suis, pour ma part, pas du tout convaincu de la réalité des ulcères simples, idiopathiques de cet organe.

M. Cornil. Il n'est pas possible aujourd'hui d'affirmer sur le vivant la nature syphilitique de telle lésion du poumon ou de l'estomac. L'anatomie pathologique peut seule trancher la difficulté. J'ai vu dans une autopsie pratiquée à l'Institut pathologique de Berlin, une femme morte avec des gommes du poumon et de la plèvre et des ulcérations de l'intestin. Les ulcérations comme les gommes, présentaient une formation nouvelle et considérable de jeunes éléments (embryoplastiques, cytoblastions) développés à leur base, qui était dure et tout à fait différente comme aspect à l'œil nu des ulcérations intestinales de toute autre nature. L'ulcère simple de l'estomac ne ressemble pas du tout aux ulcérations syphilitiques; ses bords sont coupés comme à l'emporte-pièce, les différentes tuniques de la muqueuse forment comme des escaliers d'amphithéâtre, et au fond de l'ulcère on trouve des vaisseaux coupés net et oblitérés dont la lumière est remplie de productions nouvelles de tissu conjonctif qu'on a prises parfois pour des embolies. Il y a dans les ulcères simples une véritable digestion de la muqueuse par le suc gastrique dans le point où s'est fait une hémorrhagie. L'ulcère simple est aussi caractérisé par l'absence d'inflammation sur ses bords, par l'absence de tout produit nouveau, de tout épaississement à sa base; il est donc très-différent de l'ulcère syphilitique, et ces deux mots jurent de se trouver réunis. Il peut se rencontrer, il est vrai, des ulcères simples chez un sujet syphilitique.

RAPPORT.

M. Voisin lit un rapport sur une observation intitulée: *Aphasie, hémiplégie à droite; autopsie*, par M. Bourillon, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant. (Voir notre numéro du 6 février.)

Les conclusions en seront mises aux voix dans la prochaine séance.

COMMUNICATION.

M. Ball fait savoir que depuis la communication qu'il a lue à la Société sur un cas d'inflammation d'une bourse muqueuse dans le cours d'un rhumatisme aigu, il a eu l'occasion d'en observer un nouveau cas.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Le secrétaire, Paul Topinard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 3 février 1866, ont été promus:

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe:* M. Martin, médecin principal de 2e classe à l'hôtel des Invalides, en remplacement de M. Ganderax, décédé.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe:* M. Philippe, médecin-major de 1re classe à l'hôtel des Invalides, en remplacement de M. Martin, promu.

— Nous avons le regret d'annoncer le décès d'un praticien honorable et estimé de tous. M. le docteur Ferdinand Martin, chirurgien orthopédiste des maisons d'éducation de la Légion-d'Honneur, lauréat de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé le 10 février aux suites d'une douloureuse maladie.

— La société médicale du Panthéon a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1866. Ont été nommés:

Président, M. le docteur Aug. Mercier; — Premier vice-président, M. le docteur Dupré; — Deuxième vice-président, M. le docteur Bossu; — Secrétaire général, M. le docteur Domerc; — Premier secrétaire annuel, M. le docteur Benoist de La Grandière; — Deuxième secrétaire annuel, M. Saint-Genez, pharmacien; — Trésorier-archiviste, M. le docteur Girault.

Cette société a nommé dans ses dernières séances M. le docteur Lachèse d'Angers, membre honoraire; MM. les docteurs Farge, Guinard, Legludic d'Angers et M. le docteur Hulin de Châlonnes-sur-Loire membres correspondants; M. le docteur Durieux de Roisel et M. X. Galezowski, docteur en médecine des facultés de Saint-Pétersbourg et de Paris, membres titulaires.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 19. — JEUDI 15 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 15 FÉVRIER 1866. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 FÉVRIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Beau, décédé. Sur les quatre candidats inscrits et portés sur la liste de présentation de la section, on prévoyait que les deux premiers se disputeraient vivement la place. La lutte a été vive, en effet, entre MM. Béhier et Barthez. M. Béhier l'a emporté sur son compétiteur de 7 voix seulement. Sur 81 votants, M. Béhier a obtenu 43 voix, 2 de plus que la majorité stricte, et M. Barthez en a eu 36.

Cette élection, qui a été l'événement principal de la séance, a été précédée par le dépouillement d'une longue correspondance et par de nombreuses présentations et communications à l'occasion du procès-verbal, dont la vaccine animale continue à faire en grande partie les frais.

Diverses lectures, toutes très-courtes, ont suivi. L'une d'elles, faite par M. de Pietra-Santa, a eu pour sujet la question des trichines, récemment portée à l'ordre du jour. La deuxième a été un fragment du rapport de M. Briquet sur le choléra; et la troisième, une petite note de M. Auzias-Turenne sur la vaccine.

L'Académie qui doit en avoir fini, pour quelque temps au moins, avec les comités secrets, ne peut tarder à prendre sérieusement au corps l'une des nombreuses et importantes questions qu'elle a inscrites sur son ordre du jour.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. J. SIMON (suppléant).

Pleurésie tuberculeuse; — Opération de l'empyème; — Mort; — Dégénérescence amyloïde des reins, du foie, de la rate, du cœur et de la dure-mère,

Par M. DUGUET, interne du service.

Quelques médecins ont donné le nom de dégénérescence amyloïde, cireuse ou lardacée à une infiltration dans les tissus de corpuscules offrant de l'analogie avec l'amidon végétal, mais en réalité de nature azotée et analogues par leur composition aux matières albuminoïdes.

Quelle est la vraie signification pathologique de la présence de ces corpuscules au sein de l'économie et dans tels ou tels tissus en particulier? A quelles lésions fonctionnelles se rattachent-elles? De quelles lésions anatomiques primordiales procèdent-elles, ou aboutissent-elles? Beaucoup de points sont à éclaircir encore dans l'histoire de cette dégénérescence, malgré les travaux assez nombreux dont elle a été l'objet déjà de la part des professeurs Rokitanski, Virchow, Friedreich, de MM. Berthelot, Luys, et tout récemment de M. Hayem, interne des hôpitaux. Bien que cette altération, par cela même qu'elle est encore mal déterminée, n'ait jusqu'à présent qu'une importance secondaire et sans application immédiate dans la pratique, il ne nous en paraît pas moins utile de faire connaître les faits récents dans lesquels elle a été observée, ne fût-ce qu'à titre de matériaux utiles à enregistrer pour la constitution ultérieure de son rôle réel en pathologie. C'est ce qui nous a engagé à mettre sous les yeux de nos lecteurs les détails principaux du fait suivant, communiqué à la Société de biologie par M. Duguet, interne des hôpitaux.

Une enfant de cinq ans, Désirée C..., entrée le 30 janvier de l'année dernière à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Racle, suppléé par M. J. Simon, avait été prise, deux mois auparavant, de toux avec point de côté à gauche, perte d'appétit, amaigrissement progressif. Le 5 février suivant, les accidents continuant malgré l'emploi répété des vésicatoires et des médicaments internes, le côté gauche de la poitrine étant rempli de liquide, M. J. Simon fit la thoracentèse qui donna issue à 500 grammes de pus. Une amélioration notable s'ensuivit les jours suivants. La sonorité de la poitrine reparut avec des râles et un souffle doux.

Le 13 février, on constate la reproduction du liquide dans le tiers inférieur du côté gauche.

Le 14, le liquide remplit de nouveau toute la cavité pleurale gauche.

Le 16, on constate une certaine quantité d'air à la partie supérieure.

Le 1er mars, nouvelle ponction; 250 grammes de pus. Injection d'eau tiède dans la poitrine.

Le 10, l'enfant maigrit de plus en plus, la fièvre est intense, la respiration des plus difficiles; le liquide existe toujours en aussi grande quantité.

Le 20, l'oppression augmentant sans cesse, la malade est en imminence de mort; on pratique alors l'opération de l'empyème dans le point où avait été pratiquée antérieurement la thoracentèse. Il s'échappe par l'ouverture 300 grammes d'un liquide séro-purulent très-fétide, mélangé de gaz.

Le 21, on pratique une injection de teinture d'iode, étendue de neuf fois son volume d'eau environ. — Mèche à demeure.

Le 24 mars, l'enfant est prise de rougeole; on continue les injections d'eau tiède tous les jours dans la poitrine, avec une petite quantité de teinture d'iode.

L'enfant, guérie de sa rougeole, reste dans un état qui change peu jusqu'au mois d'août, époque à laquelle M. Bouchut prend le service. A ce moment, elle est dans un état de maigreur et d'émaciation extrême. Il sort, par l'ouverture de la poitrine, un liquide puriforme séro-caséeux, mélangé de bulles de gaz fétide.

Chaque jour, on répète les injections d'eau iodée; on introduit avec une sonde en gomme élastique environ 300 grammes de liquide contenant un dixième de teinture d'iode.

Pendant quelques jours, les phénomènes observés n'offrent point de changement; mais vers le milieu du mois d'août l'appétit cesse, la diarrhée survient, la maigreur augmente encore; le pouls devient d'une fréquence extrême; des sueurs visqueuses se montrent à plusieurs reprises ainsi que des frissons répétés; la fétidité du pus s'accroît en même temps que sa quantité diminue. La malade s'éteint doucement dans les derniers jours du mois d'août.

L'autopsie fait constater les lésions suivantes : la cavité gauche du thorax, considérablement rétrécie, est en grande partie libre. En dedans se trouve une membrane résistante, comme muqueuse, laissant apercevoir sous elle et dans son épaisseur des noyaux jaunâtres. A la paroi externe, formée par les côtes et une fausse membrane épaisse qui les double à leur face interne, la plèvre costale n'est plus reconnaissable en aucun point. A sa place se trouve une membrane épaisse, d'aspect fibreux et de structure vasculaire, intimement collée contre la face interne des côtes et confondue dans les espaces intercostaux avec les muscles. Les côtes, outre l'effacement complet des espaces intercostaux, présentent au plus haut degré le changement de forme qu'a signalé M. Parise (de Lille). La cavité pectorale gauche pouvait contenir environ 250 grammes de liquide.

Le poumon droit contenait seulement deux ou trois tubercules du volume d'une lentille.

Quant au poumon gauche qu'il a fallu aller chercher derrière les organes contenus dans le médiastin postérieur en suivant la trachée, puis la bronche gauche, il consistait en une masse charnue d'un rouge foncé, molle, et s'étendant des parties latérales de la colonne vertébrale jusqu'à deux centimètres environ en dehors des articulations costo-vertébrales. Il avait d'ailleurs conservé sa perméabilité; son tissu paraissait exempt de tubercules; mais il n'en était pas de même de son enveloppe: on apercevait, en effet, des tubercules assez nombreux et à plusieurs périodes de développement, pénétrant ici dans le poumon, là dans la plèvre épaissie. On en trouvait aussi dans les ganglions trachéaux et bronchiques.

Le cœur contenait dans son ventricule gauche, au milieu de caillots cruoriques, un caillot adhérent, d'un blanc jaunâtre et entièrement fibrineux, s'étendant depuis le voisinage de la pointe jusqu'à la naissance des valvules sigmoïdes de l'aorte, envoyant des prolongements analogues à des végétations jusque dans les cordages de la valvule mitrale.

Le foie, de volume à peu près normal, a un aspect jaunâtre et présente à sa surface des îlots d'apparence vitreuse. Cet aspect jaunâtre et vitreux est beaucoup plus manifeste encore à la coupe.

La rate, d'une consistance plus ferme que le foie, a également un aspect tout particulier, qui se révèle surtout sur une coupe fraîche. Elle est comparable à un morceau de filet piqué de distance en distance. Sur le fond rouge foncé de son tissu se détachent des îlots ressemblant à du verre ou mieux à du lard.

Les reins, mous et jaunâtres, ont un aspect luisant tout particulier; ils semblent frappés d'une dégénérescence graisseuse avancée.

Le cerveau, notablement congestionné, laisse écouler une quantité assez considérable de liquide de ses ventricules.

La dure-mère se détache des os du crâne comme la substance charnue de la pêche se sépare du noyau. La face interne du crâne est creusée de sillons très-profonds, intéressant toute la table interne, et faisant de celle-ci des aiguilles osseuses. Ces sillons sont d'autant plus nombreux et profonds que les vaisseaux de la dure-mère sont eux-mêmes plus volumineux. La dure-mère, de son côté, présente à sa surface externe des produits de nouvelle formation, gélatino-vasculaires, disposés sous forme de saillies correspondant exactement aux

---

BIBLIOGRAPHIE.

Sur les conditions actuelles des populations pellagreuses de la Haute-Lombardie (1),

Le docteur Bonomi, de Méda, qui nous avait accompagnés dans nos visites et qui connaît à fond un pays dans lequel il exerce honorablement depuis vingt-cinq ans, avait eu l'obligeance d'assembler chez lui une vingtaine de pellagreux à tous les degrés où le déplacement est possible. Il ne compte cependant dans sa populeuse commune que huit pellagreux *avérés*, c'est-à-dire qui reçoivent de la municipalité des secours à cause de la pellagre. L'examen de ces malades ramenait toujours les mêmes faits, les mêmes situations, les mêmes vicissitudes; on les jugera par un exemple :

Un colon, nommé Angiolo Pelagelli, âgé de 44 ans, légèrement pellagreux et dont la femme est plus fortement atteinte, m'a rapporté qu'il tient en sous-fermage, avec sa famille composée de six personnes, un ténement foncier de 15 perches (moins d'un hectare et demi). Pour ce ténement il paye au fermier principal (*affittabile*), pour la terre proprement dite, 4 sacs de froment par an (le sac fait 8 mesures ou *staie*), que l'année soit bonne ou mauvaise; pour les mûriers plantés dans le ténement, il donne le quart des cocons qu'il récolte; pour les deux chambres avec la petite étable pour une vache, qui est au-dessous, il paye 30 francs en argent. Enfin il est tenu de faire pour le compte du propriétaire ou du fermier, les journées de travail qui lui sont réclamées, jusqu'à concurrence de cent, au prix de 0f,50 ou de 0f,60, suivant le moment de l'année.

Au moyen âge le serf attaché à la glèbe avait-il des conditions de vie plus dures que ce paysan libre de la Brianza? Je douterais de l'exactitude de ces détails, si je ne les avais écrits sous la dictée d'une victime de ce système réprouvé d'économie agricole.

Celui qui me faisait ce récit se plaignait de vertiges (*giraments de cop*), de pyrosis (*bruzor*) et de quelques autres malaises qu'il surmontait pour travailler. Les autres membres de la famille éprouvaient des accidents analogues à des degrés variables; la femme était atteinte d'une pellagre très-caractérisée. Le seul bien portant, était le fils aîné, âgé de 22 ans, qui travaillait comme menuisier, se nourrissant dehors, buvant du vin, mangeant de la viande et ne venant prendre part aux travaux de la terre qu'aux moments de grande presse.

Tous les malades que j'ai vus dans la clientèle du docteur Bonomi, comme ceux que le docteur Biffi, m'a présentés à Mirabello, où s'est terminée cette journée instructive, m'ont offert la même *spécialité* de conditions d'existence correspondant à cette même *spécialité pathologique*, qui semble le privilége des malheureux habitants des *cascines* rurales du haut Milanais. Le reste de la population agricole échappe presque entièrement aujourd'hui à cette spécialité morbide, à cause de sa moindre misère, de la qualité meilleure de l'aliment dominant, qui est pour tous le maïs, de l'association de cet aliment avec le pain de froment, le riz, le vin, le lait.

Dans ce voyage que j'ai fait en Italie au printemps de 1864, j'ai tenu à consacrer quelques jours à un homme auquel m'unissent depuis longues années une estime et une amitié réciproques, qui sont pour moi d'un grand prix, le docteur Balardini.

Lorsque j'arrivai à Brescia, la *cura balnearia* était en pleine activité à l'hôpital civil, et nulle part je n'avais trouvé un aussi grand nombre de pellagreux réunis. De ces malades, quelques-uns venaient des plaines qui s'étendent au sud de la ville vers le cours de l'Oglio; mais le plus grand nombre provenait des pays montueux qui s'étendent au nord vers les Alpes, et à l'est, jusqu'au lac de Garda. J'ai visité, dans cette dernière direction, les communes qui m'ont été désignées comme le meilleur champ d'observations: Santa Eufemia, Calcinato, Cajonvico, Botticino-sera, Nuvolera, Nuvolento, Rezzato, Virle et Treponti.

J'ai examiné, chemin faisant, plus de quarante pellagreux et j'ai encore pu m'assurer là, comme partout, du peu d'exactitude des renseignements officiels concernant la statistique de la pellagre et aussi des différences très-considérables qui existent à cet égard, entre des localités rapprochées, et dans les mêmes localités, suivant les années.

La commune de Santa Eufemia, d'environ 2,300 âmes et que j'ai visitée avec le docteur Marinoni, homme instruit et zélé, comptait 30 pellagreux avérés et recevant des secours. Dans la commune de Botticino-sera, qui a 11 à 1,200 âmes, on en comptait 12; mais ces chiffres ne représentent pas la réalité. A Calcinato on a compté jusqu'à 600 pellagreux dans une commune dont la population, il est vrai, approche de 4,000 âmes. Le docteur Angeli, de Virle, homme d'une instruction exceptionnelle et qui a passé huit ans comme médecin de commune (*medico condotto*), en trouva 200 environ à son arrivée; mais bientôt après la maladie des vers à soie et la maladie de la vigne ayant jeté les populations dans une misère croissante, le nombre des pellagreux s'est accru d'une manière effrayante. Depuis cinq à six ans ce nombre a décru graduellement, et voici comment le docteur Angeli explique cette diminution : depuis que les mûriers et la vigne manquent davantage à cette population, elle est devenue de plus en plus industrieuse et industrielle. Le chemin de fer de Venise à Milan, qui la traverse, a offert des éléments nouveaux d'activité à beaucoup de bras. Les belles carrières que renferment les collines au pied desquelles sont assis Calcinato, Botticino et Virle, ont été l'objet d'une

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

sillons signalés plus haut. La face interne de cette membrane présente les mêmes particularités : fausses membranes organisées, développées symétriquement et parallèlement à celles de la face externe.

Les particularités les plus intéressantes de cette autopsie sont dans les résultats de l'examen histologique des principaux viscères, qui a été fait avec un soin extrême par M. Duguet, avec la collaboration de son collègue M. Hayem. En voici les principaux détails :

La rate, dont la dégénérescence dite amyloïde était très-avancée, n'a pas été soumise à l'examen microscopique; mais son analyse chimique, faite d'après le procédé de Friedreich et Kékulé, a donné 5 pour 100 de substance amyloïde, soit 10 pour 100 de substance impure, ressemblant assez bien à une farine un peu grossière.

Sur les coupes du foie, on constate une dégénérescence amyloïde de la paroi de tous les capillaires; leur ensemble forme un système de trabécules transparentes, séparant d'une façon qui rappelle bien les mailles vasculaires du foie, les réseaux des cellules hépatiques. Les cellules sont pour la plupart tassées, atrophiées et remplies de granulations pigmentaires et graisseuses. Quelques capillaires coupés transversalement laissent voir la manière dont l'infiltration amyloïde se fait dans l'épaisseur même de leur membrane interne. On voit en effet un anneau amyloïde vitreux, circonscrit extérieurement par les noyaux du capillaire et offrant à son centre une lumière très-rétrécie. Ces lésions expliquent bien l'aspect particulier cireux et anémique que l'organe offrait à l'œil nu.

La dégénérescence amyloïde des reins, qui, à la simple vue, pouvait être douteuse, est parfaitement dévoilée par l'étude microscopique. Elle porte, non-seulement sur les capillaires du rein, mais aussi sur les canalicules urinifères eux-mêmes.

L'altération est générale, et porte aussi bien sur la substance corticale que sur les pyramides.

Dans le tissu musculaire du cœur, on constate également une dégénérescence amyloïde très-avancée, surtout dans les points où le caillot adhère à la paroi ventriculaire gauche. Dans les préparations où la dégénérescence amyloïde est peu prononcée, le sarcolemme semble épaissi et vitreux, mais il laisse voir par transparence la striation des fibres musculaires.

Dans les points où la dégénérescence est très-avancée, la substance amyloïde semble siéger partout; les fibres musculaires sont deux ou trois fois plus larges qu'à l'état normal, le sarcolemme semble rempli par une matière vitreuse et comme nébuleuse qui masque la striation, et le tissu conjonctif interfibrillaire présente aussi un aspect spécial dû à des espèces de fentes ou fissures. Les vaisseaux ont subi aussi la dégénérescence amyloïde.

Différentes préparations du tissu du cœur donnent la conviction que les fibres musculaires de cet organe peuvent subir une dégénérescence amyloïde plus ou moins avancée, que celle-ci siége non-seulement dans les vaisseaux, le tissu conjonctif interfibrillaire, mais aussi dans la fibre elle-même. Dans ce dernier élément, c'est à la surface interne du sarcolemme, ou dans l'épaisseur même de celui-ci, que se fait l'infiltration de substance amyloïde, et le processus pathologique est tout à fait analogue à celui qui se passe dans les canalicules urinifères, dans la dégénérescence amyloïde des reins. La fibre musculaire ainsi dégénérée se fend et se casse facilement; et la manière dont la substance amyloïde est pour ainsi dire concrétée autour de l'élément contractile du muscle, dans l'enveloppe propre de la fibre, doit faire conclure à la perte de la contractilité dans les parties dégénérées.

La deuxième présente dans toute son épaisseur une infiltration amyloïde que l'on constate très-bien sur des coupes perpendiculaires à la surface. La substance amyloïde donne en effet à ces préparations un aspect vitreux spécial, de telle sorte que les corpuscules de tissu conjonctif et les bandelettes de tissu fibreux semblent comme gravés sur verre. Cette altération donne une explication très-satisfaisante de la production des néo-membranes développées à la fois à la face interne et à la face externe de la dure-mère. Les séreuses du cœur, le péricarde et l'endocarde présentent en certains points la même altération.

L'os pariétal n'a pas offert au microscope d'altération particulière. On y trouve une simple disparition, en beaucoup de points, du tissu compacte de la face interne.

Quant aux fausses membranes externes ou internes, ce sont de vraies néo-membranes. Elles sont composées d'éléments évidents d'organisation, tels que : noyaux embryoplastiques, corps fusiformes, vaisseaux capillaires de dimensions considérables, et petits foyers d'extravasations sanguines caractérisées par des globules de sang altérés, ou de la matière colorante du sang, mais sans forme cristalline.

Le diaphragme et les muscles intercostaux du côté gauche avaient subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

En résumé, cette observation nous montre un enfant de cinq ans, succombant par le fait d'une pleurésie purulente, et présentant dans un grand nombre d'organes des altérations diverses, telles que caillot fibrineux ancien du cœur gauche, néo-membranes externes et internes de la dure-mère, avec altération des os, aspect particulier de la rate, du foie, etc.

Ces lésions, au premier abord, paraissent difficiles à comprendre : mais, à l'aide de l'étude histologique, il devient à peu près certain que les actes morbides ont suivi la filiation suivante :

Pleurésie chronique; cachexie consécutive; dégénérescence amyloïde de la plupart des organes, consécutivement à cette cachexie ; formation de néo-membranes sur la dure-mère, par suite de la dégénérescence de la membrane, bien que, jusqu'ici, on n'ait pas démontré nettement cette dégénérescence dans les tissus fibreux, mais ici elle était évidente ; formation enfin d'un caillot déjà ancien dans le ventricule gauche, par suite encore de la dégénérescence amyloïde des parois du cœur. Cette dernière opinion est d'autant plus admissible que les coagulations du cœur gauche sont toujours liées à une altération de l'endocarde, et en particulier à la dégénérescence athéromateuse et calcaire. Ce fait, qui aurait pu au premier abord paraître singulier, entre donc dans la loi générale du mode de formation des concrétions fibrineuses du cœur, et c'est sans doute pour la première fois que l'on indique la dégénérescence amyloïde comme point de départ de cette formation.

C'est donc un fait de plus à joindre à un grand nombre d'autres, et l'on comprend l'importance qu'il faut attacher à de pareilles lésions quand on les voit se développer simultanément sur un si grand nombre d'organes à la fois ; quand on voit surtout, comme dans le cas précédent, jusqu'à quel point il faut compter avec elles.

DE LA SUPÉRIORITÉ DU CHLOROFORME

Comme agent anesthésique,

Par M. C. Sédillot.

M. Pétrequin, dont le caractère et les travaux sont si justement appréciés, a communiqué à l'Académie des sciences (séance du 4 décembre 1865), une note intitulée : *L'éthérisation et la chirurgie lyonnaise, pour servir à l'histoire de l'anesthésie chirurgicale en France.*

C'est un plaidoyer en faveur de l'éther contre le chloroforme, et M. Velpeau y a répondu avec toute l'autorité de sa haute expérience. Nous n'aurions rien ajouté à ce jugement s'il nous avait paru accepté; mais la chirurgie lyonnaise, comme la nomme M. Pétrequin, ne se croit pas seulement en possession de la vérité, elle s'imagine l'avoir découverte et tient à honneur de la répandre et de la faire triompher.

Ces prétentions ne sont pas fondées, et la question de l'anesthésie est d'un si grand intérêt, au point de vue de l'humanité et de la science, que l'Académie accueillera, j'espère, avec indulgence une nouvelle communication à ce sujet.

Personne n'a contesté les admirables avantages de l'anesthésie éthérique dont on doit la découverte à l'américain C. Jackson. Tous les chirurgiens l'ont vantée, applaudie et pratiquée. Quels seraient, dès lors, les droits de revendication de l'école lyonnaise ? On se servirait à Lyon d'éther pur, rectifié, à 62 et 63 degrés. Mais M. Élie de Beaumont a immédiatement remarqué que M. C. Jackson avait été le premier à recommander l'emploi d'un éther parfaitement pur et très-concentré.

M. Hepp, pharmacien en chef de l'hospice civil de Strasbourg, nous a toujours donné de l'éther d'une pureté absolue, d'une densité de 0,723 à 15 degrés, sans traces d'alcool. Agité avec parties égales d'eau distillée, cet éther ne perd pas au-delà de 1/10 de son volume. Les degrés aréométriques de 62 et 63 du commerce ne valent rigoureusement que 60 et 61 degrés et correspondent à des densités de 0,735 et 0,731. De pareils éthers cèdent à l'eau distillée, mêlée à volumes égaux, jusqu'à 12 et 14 pour 100 en raison de l'alcool qu'ils contiennent. M. Hepp exclut l'aréomètre pour estimer l'éther qu'il nous fournit : mais si l'on se servait de cet instrument, il faudrait exiger de l'éther à 65 degrés, l'éther à 60 degrés renfermant jusqu'à 6 et 8 pour 100 d'alcool. L'éther de l'hospice civil de Strasbourg marque 65 degrés.

Ces détails prouvent de la manière la plus positive que nous avons constamment employé à nos cliniques de l'éther au moins aussi pur que celui de Lyon. En outre, M. Pétrequin aurait pu lire dans mon mémoire sur l'*Insensibilité produite par le chloroforme et par l'éther* (in-8°, chez J. B. Baillière; Paris, 1848) une série d'expériences dans lesquelles je mêlais directement à l'éther des proportions variables d'alcool, pour démontrer que la période d'excitation était produite par ce dernier agent. Nous avions expérimenté et abandonné l'emploi du sac de M. J. Roux, de Toulon, dans lequel on enferme la tête du malade, et nous avions étudié avec le plus grand soin les différents modes d'éthérisation.

Nous étions, comme on le voit, parfaitement édifié sur les conditions et les avantages de l'emploi de l'éther, lorsque M. Simpson communiqua, le 10 novembre 1847, à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, son mémoire sur le chloroforme, découvert par M. Soubeiran en 1831 et si bien étudié depuis par l'illustre secrétaire de l'Académie, M. Flourens. Nous fîmes usage, le 15 novembre 1847, de ce nouvel anesthésique sur l'homme après de nombreux essais sur les animaux.

Si nous avons donné la préférence au chloroforme, comme Simpson, Roux, M. Velpeau et la plupart des chirurgiens de l'Europe et de l'Amérique, ce n'est pas par ignorance de ses dangers. S'il est vrai, disions-nous (1848), que des accidents ont été provoqués par l'éther, on ne saurait se dissimuler que l'usage du chloroforme entre des mains inhabiles en fera courir de beaucoup plus grands (*loc cit.*, p. 105).

A l'Académie des sciences (6 décembre 1847) comme à l'Académie de médecine (31 octobre 1848) et à la Société de chirurgie (4 novembre 1851), nous proclamions la grave responsabilité à laquelle exposaient les inhalations chloroformiques, et nous soutenions les trois propositions suivantes, que nous prenions pour épigraphe d'une de nos publications (in-8°, Baillière ; Paris, 1852) :

1° Chloroformer est un art qui exige une attention de tous les moments, beaucoup d'habileté et d'expérience ;

2° Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie ou de mort se trouve posée ;

3° Le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

M. Velpeau a déclaré devant l'Académie qu'il avait chloroformé depuis plus de quinze ans plusieurs milliers de malades sans avoir jamais eu la douleur d'en perdre un seul. Les mêmes succès ont été observés à nos cliniques civile et militaire, quoique nous ayons fait usage du chloroforme avec la plus grande hardiesse, en toutes circonstances et à tous les âges, sans admettre la possibilité d'idiosyncrasies réfractaires à cet agent.

Pour prétendre que le chloroforme pur et bien employé peut être suivi de mort et foudroyer les malades malgré toutes les précautions, il faudrait que ce terrible accident fût arrivé aux partisans les plus déclarés de la chloroformisation, et lorsque l'expérience montre leur pratique exempte de mortalité, tandis que celle des praticiens peu exercés en fournit les exemples les plus fréquents, on est forcé de voir dans ce résultat autre chose qu'un simple hasard.

Nous ne nous sommes pas borné à affirmer des formules arbi-

---

exploitation de plus en plus importante, et on compte, même à Cajonvico, beaucoup de cultivateurs et de colons qui sont devenus maçons et gagnent des journées de 2 fr. et 2 fr. 50 à l'aide desquelles ils vivent beaucoup mieux qu'avec le travail de la terre.

On peut dire d'une manière générale que la classe des *mezzadri* (métayers) et des *bifolchi* (travailleurs ruraux) qui, sur ce point extrême de la Lombardie, correspond, sous le rapport de la pellagre, à celle des *Coloni, Massari et Piggionanti* du haut Milanais, n'est pas dans des conditions plus heureuses que celle-ci, ni sensiblement différentes pour l'alimentation.

La polenta, dans toutes les communes que j'ai visitées, fait à peu près *tout l'aliment* de cette partie pauvre de la population. D'après l'évaluation du docteur Angeli, tous les autres aliments accessoires réunis ensemble ne peuvent pas être évalués à plus d'un soixantième de la nourriture totale.

Le voyage auquel ont trait les notes qui précèdent a été dirigé, comme tous ceux que j'ai exécutés depuis 1847, vers les campagnes, véritable champ d'étude de la pellagre. J'ai revu, chemin faisant, les hôpitaux que j'avais visités autrefois : celui de Brescia m'a offert, comme je l'ai dit, dans les services des docteurs Rodolfi et Mancini, de nombreux éléments d'observation. A Venise, l'hôpital civil (San Giovanni) (de Paolo) dont tous les services sont remarquablement organisés, sous l'énergique et intelligente direction du docteur Nardo, ne reçoit d'ordinaire que fort peu de pellagreux et je n'en ai rencontré qu'un seul, venu de Torre di Mosto pour se faire soigner d'une affection thoracique dans le service du docteur Namias.

Les cliniques de Pavie que j'ai parcourues accompagné par le docteur Giuseppe Guangiroli, chef de clinique, ne m'ont offert que 3 pellagreux. La basse Lombardie, pays de rizières, qui alimente ces cliniques, fournit toujours peu de pellagreux.

J'ai recherché à Pavie un jeune et brillant professeur, le docteur Mantegazza, que l'on m'avait représenté comme un puissant adversaire du *zéisme*, contre lequel il aurait rapporté de ses voyages dans l'Amérique du Sud, des arguments nouveaux. N'ayant jamais eu d'autre but que d'apprendre, j'attachais beaucoup de prix à m'entretenir avec lui. J'ai appris de lui qu'il n'a jamais rencontré la pellagre parmi les populations *zéophages* d'Amérique, dont il a étudié et décrit les maladies. Je puis ajouter que ni sa conversation, ni ses intéressants écrits ne m'ont offert une objection contre les données étiologiques soutenues dans cet ouvrage.

A l'Hôpital Majeur de Milan, d'où sont sorties tant de productions remarquables sur la pellagre, j'ai eu le regret de voir ce sujet d'études tombé dans le délaissement, en même temps que la célèbre hospitalité annuelle et le bienfait de la *cura balnearia* étaient refusés aux pellagreux avec une sévérité plus rigoureuse que jamais.

Le 21 mai, je prenais des renseignements à la municipalité d'Uboldo, en compagnie du docteur Angelo Guangiroli, de Saronno. Le secrétaire nous communiqua une circulaire transmise de Milan pour être affichée dans toutes les communes rurales. Je transcris littéralement l'article principal : « *Les pellagreux qui seraient envoyés de leur commune à l'Hôpital Majeur* (de Milan) *pour cet objet* (la cura balnearia) *seraient repoussés* (sarebbero respinti). »

Au bas de cette pièce était le nom du directeur de l'hôpital, qui agissait en vertu d'*un décret du 6 octobre 1861*, et « *à cause de la trop grande affluence des malades* (stante la soverchia affluenza dei malati non può aver luogo la cura balnearia per i pellagrosi). »

Peu de jours après, le docteur Verga, directeur de l'Hôpital Majeur, m'expliquait les motifs d'une exclusion que je déplorais vivement devant lui. Ces motifs étaient tirés à la fois de la situation financière d'un établissement dont la splendeur apparente surprend tous ceux qui le visitent et aussi de l'*abus* que font, dit-on, les municipalités rurales, en envoyant chaque année une partie de leur population la plus misérable, *se refaire des forces* aux dépens du budget du Grand Hôpital.

A côté de ce fait regrettable, il faut bien encore ajouter, qu'au milieu de l'espèce de relâchement de l'esprit scientifique que j'ai constaté, cette année, dans les villes de la haute Italie, sous l'influence des préoccupations nationales, la question de la pellagre m'a paru l'objet d'un abandon, sinon d'un dédain plus grand que jamais. La pellagre, on le conçoit, ne donne jamais lieu à aucune clientèle profitable : elle ne frappe que des victimes misérables, très-souvent d'un aspect repoussant, qu'il faut visiter dans d'horribles demeures, lorsqu'elles ne sont pas amenées dans les hôpitaux. On comprend ainsi comment en Italie, malgré sa fréquence et la longue durée de ses ravages, cette maladie provoque toujours plus de travaux théoriques que d'observations directes et pratiques. J'avais vu précédemment, dans plusieurs villes autour desquelles *ce mal de misère* règne endémiquement, des praticiens en vogue, qui ne la connaissaient guère de plus près que les médecins de Londres et de Paris. Dans des salles d'hôpitaux, en présence des cas graves qu'il faut bien y admettre, j'avais vu des cliniciens distingués passer en détournant la tête, et s'excusant sur la monotonie des phénomènes et sur l'insuccès des traitements. Aujourd'hui le dédain ou, si l'on veut, la fatigue que causent les pellagreux, m'a paru avoir atteint ses dernières limites : on prend des mesures pour les écarter des villes et on les condamne à rester chez eux. — C'est chez eux aussi, comme on l'a vu, que je suis allé les visiter, pour la quatrième fois, et c'est là qu'on doit, en tout temps, celui qui n'a ni dédain, ni fatigue doit aller les étudier.

Théophile Roussel.

traires. En indiquant le danger nous donnions en même temps les moyens de l'éviter.

Il faut, disions-nous, veiller avant tout à la liberté de la respiration et rendre les inhalations intermittentes, afin d'en prévenir les effets progressifs vraiment périlleux.

Le chloroforme possède la remarquable propriété de continuer son action sur l'économie après la cessation de son emploi. Nous avions montré, en 1848, que la mort pouvait frapper des animaux chloroformés, dont la respiration et la circulation ne semblaient ni suspendues ni compromises et qui succombaient néanmoins abandonnés à l'air libre, malgré la suspension des inhalations chloroformiques. L'indication était évidente, il fallait interrompre les inspirations anesthésiques avant la résolution musculaire et en surveiller les effets.

Ces simples précautions, bien comprises et bien appliquées, assurent l'innocuité du chloroforme, que nos collègues de l'armée ont employé avec le plus grand succès dans les conditions les plus défavorables.

M. Lustreman, médecin principal et professeur au Val-de-Grâce, m'a remis une note des plus instructives à ce sujet. « Pendant la campagne d'Orient, dit cet habile chirurgien, j'ai chloroformé des blessés épuisés par le scorbut, la diarrhée, la fièvre traumatique, les suppurations abondantes et prolongées de la pourriture d'hôpital. Ces pauvres moribonds, envoyés de Crimée à Constantinople, plaçaient dans une amputation tardive leur dernière chance de salut. Tous demandaient à être endormis. Je n'eus qu'à me féliciter d'avoir cédé à leurs instances. Plusieurs ont guéri. Pas un n'a éprouvé le moindre accident imputable au chloroforme. J'ajouterai qu'ils étaient anesthésiés dans leur lit, portés à la salle d'opérations, amputés, pansés avec la lenteur que commandait une disposition exceptionnelle aux hémorrhagies, reportés dans leur lit, sans que la chloroformisation fût un instant suspendue. Ainsi, même dans le cas où la vie semble prête à s'éteindre, une anesthésie complète peut être prolongée longtemps sans danger. » (*Voyez ma Médecine opératoire*, 3e édit., t. 1er, p. 19, 1865.)

Il ne saurait donc rester aucun doute sur la possibilité de conjurer les dangers du chloroforme. Si l'on demande pourquoi nous continuons à l'employer et à en recommander l'usage de préférence à l'éther, nous dirons comme M. Velpeau : « Le chloroforme agit plus vite, plus sûrement et donne un calme et un sommeil plus complets. »

La rapidité et la persistance de l'anesthésie chloroformique en font la supériorité. Le réveil en est lent et silencieux, celui de l'éther, rapide, indiscret et bavard. Avec le chloroforme on peut agir par surprise et pratiquer sur les yeux, la face, à l'intérieur de la bouche, etc., une foule d'opérations impossibles avec l'éther, dont les effets passagers sont cependant assez longs à obtenir.

L'anesthésie chloroformique, prompte, facile et persistante, ajoute donc aux ressources et à la puissance de la chirurgie, sans en diminuer la sécurité.

L'art s'élève et progresse en surmontant les difficultés; il s'arrête et rétrograde, s'il cède à la peine d'en triompher.

RECHERCHES SUR LA TRANSMISSION DES IMPRESSIONS

Dans la moelle épinière,

Par M. Brown-Séquard.

I. On observe les particularités suivantes chez l'homme, à la suite d'une lésion altérant toute l'épaisseur transversale d'une petite portion d'une moitié latérale de la moelle épinière :

Du côté correspondant : 1° paralysie du mouvement volontaire; 2° hyperesthésie au toucher, au chatouillement, à la douleur et à la température dens les parties paralysées ; 3° zone d'anesthésie, peu considérable, dans les parties dont les nerfs naissent immédiatement au-dessous du siége de la lésion ; 4° hyperesthésie plus ou moins étendue au-dessus de la zone anesthésique ; 5° élévation absolue ou relative de la température dans les parties paralysées et souvent aussi dans les parties hyperesthésiées, mais non paralysées ; 6° phénomènes de paralysie des origines du nerf grand sympathique cervical quand la lésion siége au renflement cervico-brachial.

Du côté opposé : 1° anesthésie complète, absolue, au toucher, au chatouillement, à la douleur et à la température dans les parties correspondantes à celles qui sont paralysées de l'autre côté; 2° conservation parfaite des mouvements volontaires et du sens musculaire ; 3° zone peu étendue d'hyperesthésie, à un faible degré, au-dessus des parties anesthésiées.

II. La persistance de la sensibilité au toucher, au chatouillement, à la douleur et à la température dans les parties paralysées du côté d'une lésion d'une moitié latérale de la moelle épinière chez l'homme, et la perte absolue des mêmes espèces de sensibilité dans les parties correspondantes du côté opposé, sont deux preuves incontestables de l'existence, dans la moelle épinière de l'homme, d'un entrecroisement absolument complet des conducteurs appartenant aux diverses espèces de sensibilité, excepté le sens musculaire.

III. Les faits cliniques démontrent aussi : 1° que chacune des quatre espèces d'impressions sensitives possède des conducteurs absolument distincts de ceux des autres espèces ; 2° que chacune de ces espèces de conducteurs occupe une partie spéciale de la moelle épinière ; 3° qu'à la partie supérieure de la moelle cervicale les quatre espèces de conducteurs venant des membres abdominaux et d'une grande partie du tronc forment un groupe placé en arrière d'un semblable groupe constitué par les conducteurs venant des membres thoraciques. (*Journal de physiologie.*)

SUR L'EMPLOI DE L'ALCOOL DANS LA COQUELUCHE,

Par M. A. Tripier.

C'est en considérant, chez les phthisiques, les quintes de toux suivies de vomissements comme des phénomènes réflexes à point de départ gastrique, que je me suis trouvé autrefois conduit à introduire les liqueurs alcooliques dans le régime de ces malades. Bien que la relation qui, chez les sujets atteints de coqueluche, existe entre les quintes de toux, l'expectoration et les convulsions de l'estomac, soit plus difficile à définir, il existe entre ces quintes de toux et celles des phthisiques au début de la digestion une similitude d'aspect qui m'a conduit à essayer du même moyen. Une cuillerée d'eau-de-vie pure ou, chez les enfants, étendue de son volume d'eau et sucrée, étant administrée à la fin du repas du soir, permet ordinairement aux malades de garder celui-ci et suffit pour leur procurer une nuit calme. Une amélioration sensible de l'état général suit de très-près cette substitution d'une petite dose de grog aux tisanes habituelles.

Dans ce cas, pas plus que dans celui de la phthisie, je ne considère l'alcool comme un spécifique capable de procurer directement la guérison, mais seulement comme un adjuvant utile en ce qu'il place l'organisme dans de bonnes conditions pour attendre la guérison, soit des ressources de la nature, soit des médicaments dont l'influence s'adresse plus immédiatement à l'état organopathique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 février 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle il informe l'Académie qu'une allocation de 6,000 francs est accordée au service de la vaccine pour des expériences à faire avec la vaccine animale;

2° Un rapport sur le service de l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains, en 1864, par M. le médecin en chef de cet établissement (Comm. des eaux minérales);

3° Des rapports d'épidémie, par MM. Jobert (de Guyonvelle) et Regnier (de Thionville);

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1865, dans les départements de la Côte-d'Or et des Landes (Comm. des épidém.).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Putégnat (de Lunéville), qui sollicite le titre de membre associé;

2° Des publications sur le choléra, par M. Soviche (de Saint-Étienne), et par le sieur Vauvert (de Paris) (Comm. du choléra);

3° Une note sur l'inoculation et la contagion forcées comme moyens prophylactiques dans les épizooties, par M. le docteur Rascal (de Murat) (Comm., MM. Bouley et Reynal);

4° Un travail sur la constitution médicale de Bar-le-Duc, pendant l'année 1865, par M. le docteur Baillot (Comm. des épidém.);

5° Une lettre de M. le docteur Saint-Lager (de Lyon), qui informe l'Académie qu'il est parvenu à procurer le goître à un rat, auquel il a administré pendant deux mois du sulfate de fer;

6° M. Mathieu soumet au jugement de l'Académie un nouveau compresseur artériel, destiné à remplacer les tourniquets en usage.

— M. DEPAUL présente :

1° Au nom de M. le docteur Laborde, un ouvrage intitulé : *Le ramollissement et la congestion du cerveau principalement considérés chez le vieillard;*

2° Au nom de M. le docteur A. L. Thomas, une brochure sur le pneumatocèle du crâne;

3° Au nom de M. le docteur Cabot, une brochure sur la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents.

— M. ROGER présente, au nom de M. le docteur Binaut, professeur à l'École de médecine de Lille, plusieurs brochures dont voici l'énoncé :

1° Grossesse simulée par une rétention d'urine due à un rétrécissement de l'urèthre ;

2° Abcès profond du cou ouvert spontanément dans la trachée artère ;

3° Des hémorrhagies consécutives à la section du frein de la langue chez les nouveau-nés ;

4° De la revaccination;

5° Du dévouement médical, etc.

— M. BINAUT sollicite le titre d'associé ou de correspondant, et il désire que ses travaux soient renvoyés à la Commission compétente (renvoyé à la Commission des correspondants).

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Marion Sims, un ouvrage intitulé : *Clinical notes on uterine surgery*, etc.

— M. PIORRY dépose, au nom de M. le docteur Putégnat, une brochure ayant pour titre : *Quelques mots sur les pneumonies suettiques.*

— M. RICORD présente, de la part de M. le professeur Thiry (de Bruxelles), deux ouvrages : l'un, sur l'ophthalmologie; le deuxième, sur la nature des affections blennorrhagiques.

— M. J. GUÉRIN dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Palasciano (de Naples), une brochure sur un appareil mécanique destiné au transport des malades, et qu'il désigne sous le nom d'appareil-brancard, appareil confectionné par M. Galante.

— M. J. GUÉRIN présente ensuite, de la part de M. Carenzi, vice-conservateur de la vaccine de la province de Turin, un rapport sur le service de la vaccine dans cette province. L'auteur a mentionné dans ces termes le résultat de ses expériences comparatives avec le vaccin humain et le vaccin animal.

« J'ai reçu, par l'intermédiaire du docteur Morsorelli, inspecteur de la vaccine dans les anciennes provinces de la Lombardie, quelques tubes de vaccin transmis par le conservateur de Naples, produits récents de vaccination animale.

« Désirant étudier dans toute son étendue pratique les effets de ce mode de vaccination ainsi que ceux de l'inoculation, d'après le système de Ceely, j'ai tenté plusieurs fois, avec le soin le plus minutieux, ces expériences avec le professeur Ercolani, directeur des écoles vétérinaires de Turin ; mais dans le premier comme dans le deuxième rapport, le résultat n'a pas été heureux. »

Dix enfants des plus sains et des plus robustes, âgés de un mois à cinq ans, furent vaccinés à un bras avec du vaccin provenant de la vaccination animale, et à l'autre bras, avec le vaccin humain de la conservation de Turin. A l'exception d'un enfant, qui eut une éruption mal caractérisée, tous les sujets n'eurent, du côté vacciné avec ce nouveau vaccin, aucune pustule ; tandis que du côté vacciné avec du vaccin ordinaire, l'éruption fut complète et parfaite.

— M. DEPAUL demande la parole au sujet de la communication de M. Guérin, pour une rectification. Il est question, dit-il dans cette communication, de 10 expériences dont les résultats n'auraient pas été favorables à la vaccination animale. Or, j'en ai fait 150, et mes 150 expériences m'ont donné des résultats diamétralement opposés.

— M. BOULEY demande à dire quelques mots au sujet de la lettre du ministre, relative à la vaccine. « Comme je suis très-partisan, dit-il, de l'inoculation vaccinale, je voudrais qu'on facilitât par tous les moyens possibles les expériences d'inoculation animale. Voici un moyen qui me semblerait bien simple. Pourquoi, dans les localités ou dans les établissements où l'on désire faire ces essais, ne se procurerait-on pas une vache que l'on inoculerait, sauf à la revendre après moyennant une petite différence de prix. Ce serait une sorte de location que l'on aurait faite pendant tout le temps nécessaire aux expériences.

« Pour parler, en passant, d'une autre question qui préoccupe vivement l'attention publique en ce moment, l'inoculation vaccinale comme prophylactique du typhus expérimentée en ce moment même en Angleterre, je dois dire qu'il résulte des renseignements qui m'ont été transmis et des récits que j'ai entendus, que les vaches inoculées ont succombé au typhus tout comme les autres. Tout regrettable que soit ce résultat, j'avoue que je ne puis pas m'empêcher de faire remarquer qu'il confirme mes prévisions et qu'il me satisfait théoriquement, ayant toujours eu de la répugnance à confondre deux maladies aussi différentes que le typhus et la variole.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

La section a présenté la liste de candidatures dans l'ordre suivant :

En première ligne.	M. Béhier.
En deuxième — . . .	M. Barthez.
En troisième — . . .	M. Bourdon.
En quatrième — . . .	M. Empis.

L'Académie procède au scrutin par appel nominal.

Le nombre des membres présents et prenant part au vote est de 81, majorité 41.

M. Béhier obtient.	43 voix.
M. Barthez —	36 —
M. Empis —	1 —
Billet blanc.	1 —

M. Béhier ayant obtenu la majorité, M. le Président le proclame membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Trichines. — M. DE PIÉTRA-SANTA donne lecture d'un mémoire sur les trichines, au point de vue de l'hygiène publique et de la police médicale. (Nous ferons connaître les conclusions de ce travail, qui est renvoyé à l'examen de la commission dont M. Delpech est rapporteur.)

Choléra. — M. BRIQUET donne lecture d'une nouvelle partie du rapport sur le choléra de 1853-54. (Suite de la partie historique des épidémies de l'Orient).

Vaccine. — M. AUZIAS-TURENNE lit un court travail ayant pour titre : *Considérations sur la crise vaccinale.*

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 janvier 1866. — Présidence de MM. Forget et Guibout.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. le docteur AIMÉ MARTIN lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre résidant, un Mémoire inédit intitulé : *Des avantages du traitement par les frictions mercurielles dans certains cas de syphilis invétérée.* Rapporteur, M. Labbé.

RAPPORT.

M. SALES-GIRONS lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Delmas, au titre de membre correspondant.

Conformément aux conclusions favorables du rapport, et après dépouillement du scrutin, M. Delmas est élu membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

DISCUSSION SUR LES REVACCINATIONS.

M. RICHARD. En présence d'une part de la fréquence croissante des cas de variole, et d'autre part des accidents consécutifs à une vaccination pratiquée de bras à bras, qui ont été récemment, pour M. Millard, l'objet d'une importante communication, la question de la vaccination animale prend une actualité particulière. Il y a, on le sait, un an environ que, dans le but d'étudier sur les lieux mêmes le mode suivant lequel se pratiquait la vaccination de la génisse à l'homme, M. le docteur Lanoix se rendit à Naples. Il ramena d'Italie un veau vaccinifère qui lui servit à des inoculations successives, et lui donna le moyen de conserver d'animal à animal le virus vaccin dans sa pureté primitive.

Depuis lors, non-seulement un très-grand nombre d'enfants nouveau-nés ont reçu par ses soins une vaccine légitime, mais des revac-

cinations ont été pratiquées sur une quantité d'adultes assez notable pour permettre dès aujourd'hui d'apprécier la méthode dont ce médecin s'est constitué le vulgarisateur.

Sans prétendre, quant à présent, pour les revaccinations pratiquées du veau à l'homme, à une statistique rigoureuse, leur résultat offre ceci de frappant, que dans la moitié des cas environ il est positif. Pour n'en citer qu'un exemple : dans un établissement où 120 individus adultes ont été ainsi revaccinés, 60 l'ont été avec succès. Sans préjudice d'une innocuité plus complète, pris sur le veau et inoculé directement à l'homme, le virus vaccin paraît donc doué d'une activité qui l'emporte sur celle du vaccin inoculé de bras à bras. Il convient, en outre, de noter que l'évolution de la pustule vaccinale offre dans les deux cas quelque différence. Plus probable dans le premier, son développement est aussi plus lent, et s'accompagne d'une réaction plus profonde sur la santé générale.

M. FORGET a vu, en effet, sur neuf adultes qui s'étaient soumis à la revaccination animale, six d'entre eux présenter des pustules parfaitement légitimes. Chez deux de ces sujets, l'évolution vaccinale a déterminé de la céphalalgie, des nausées, un état fébrile dont la durée a été de deux jours et qui ont été plus marqués que d'ordinaire. Chez tous, la réaction a été assez profonde.

M. SALES-GIRONS fait remarquer que la véritable source du virus vaccin n'est pas la vache, mais le cheval.

M. GROS a pratiqué, avec le vaccin animal, plusieurs vaccinations et un assez grand nombre de revaccinations. Le résultat a souvent été négatif, ce qui s'expliquerait d'après les recherches faites par M. Empis et communiquées par lui à la Société médicale des hôpitaux, par ce fait que les pustules de la vache vaccinifère avaient dépassé le 4me jour de leur évolution. En effet, le vaccin de la vache s'altère plus promptement que celui de l'enfant ; il devient promptement sirupeux, visqueux et perd ses propriétés inoculables. Il est donc important de ne pas vacciner avec du vaccin animal âgé de plus de quatre jours. Lorsque le vaccin se trouve dans ces conditions favorables, il donne, en général, lieu à des pustules très-belles qui se distinguent du vaccin humain par leur évolution plus lente.

M. DEVILLE cite, à l'appui du fait signalé par M. Richard, celui d'un collége dans lequel 67 élèves sur 182 ont été revaccinés avec succès par M. Lanoix.

Pour que les conditions de l'inoculation soient favorables, il importe que le virus vaccin pris sur l'animal soit fluide et séreux.

M. ANDRY a été témoin cet été de plusieurs revaccinations animales. Une seule a donné un résultat positif.

M. BLACHEZ. Dans une famille où plusieurs personnes ont été revaccinées, l'opération a fourni un résultat négatif chez les enfants, positif chez la mère.

La proportion dans laquelle réussissent les revaccinations pratiquées avec du virus provenant de la vache l'emporte incomparablement sur celle des revaccinations pratiquées de bras à bras.

M. GUIBOUT a été moins heureux dans ses tentatives de revaccination suivant la méthode préconisée par M. Lanoix. Sur 70 individus soumis cet été dans son service à cette opération, pas un seul n'a fourni un résultat positif.

M. RICHARD. Si quelques-uns des sujets dont parle M. Guibout avaient été revaccinés avec succès, on pourrait en tirer la conséquence que le vaccin de la vache est d'une activité variable ; mais puisque chez aucun d'entre eux, on n'a vu se développer la pustule vaccinale, on est obligé de conclure que la vache vaccinifère qui a servi à cette série d'inoculations était dans des conditions défectueuses n'impliquant en aucune façon l'inconstance habituelle de la méthode.

M. GUIBOUT croit qu'en effet, dans cette circonstance, le virus vaccin avait perdu ses caractères d'inoculabilité.

M. FORGET appelle l'attention sur l'utilité pratique de la discussion soulevée par M. Richard. Pour formuler brièvement la question, on peut se demander : Existe-t-il deux bonnes sources de vaccin ? Celle que fournit la vache paraît d'une fécondité remarquable ; mais à celle que fournit l'enfant, on est redevable de tant de services qu'il faut se garder de la déprécier. Dans l'état actuel de la science, un tel discrédit serait prématuré, et offrirait de graves inconvénients.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre par laquelle M. le docteur Leudet sollicite le titre de membre résidant.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

Séance du 19 janvier 1866. — Présidence de MM. FORGET et GUIBOUT.

M. le Président fait part à la Société de la mort de M. Chailly-Honoré, membre titulaire.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Spencer Wells, pour remercier la Société de l'accueil favorable fait à sa candidature de membre correspondant ;

2° Plusieurs Mémoires, dont M. Spencer Wells fait hommage à la Société. Rapporteur, M. Jules Worms.

M. FORGET, président sortant, prononce une allocution et installe M. Guibout au fauteuil de la présidence.

M. Guibout prend place au fauteuil et prononce une allocution inaugurale.

Des remercîments sont adressés par la Société au bureau sortant.

RAPPORT.

M. BOYS DE LOURY, secrétaire-général sortant, donne lecture de son rapport annuel sur les travaux de la Société et installe M. Léon Gros comme secrétaire-général.

M. Léon Gros prend place au bureau.

MM. Collineau et Blachez prennent place au bureau comme secrétaires annuels.

— La commission, pour les contre-visites des employés de la ville est formée pour le premier semestre de l'année 1866.

Elle se compose de MM. Auguste Voisin, Chausit, Géry fils.

LECTURE.

M. LE Dr LEUDET, à l'appui de sa candidature au titre de membre résidant, lit un mémoire intitulé : *Des bains des Eaux-Bonnes ; physiologie et thérapeutique thermales.*

Ce travail est envoyé à une commission composée de MM. Richard, Sales-Girons et Andry, rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre par laquelle M. le docteur Motet sollicite le titre de membre résidant, et fait espérer pour une prochaine séance la lecture d'un travail inédit.

La discussion sur la vaccine animale est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 16 février.

Ordre du jour : 1° Rapports et votes sur les candidatures de MM. Martin et Charrier ; 2° Compte rendu financier, par M. Jacquemin, trésorier ; 3° Suite de la discussion sur les revaccinations ; 4° Discussion sur l'utilité des Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire.

— M. le docteur Galezowski, commencera un cour public sur la pathologie interne de l'œil et sur l'ophthalmoscopie, le vendredi 2 février à sept heures du soir, à l'école pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 3, et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine.

Ce cours comprendra l'étude :

1° De l'ophthalmoscope et de son application ;

2° Des amauroses cérébrales et de leur diagnostic ;

3° Des amblyopies et des amauroses oculaires ;

4° De la réfraction de l'œil et du choix des lunettes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par Ludovic HIRSCHFELD, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Varsovie, docteur des Facultés de médecine de Paris et de Varsovie, ancien professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de la même Faculté. 2e édition revue, corrigée et considérablement augmentée, avec un Atlas de 92 planches dessinées d'après les préparations de l'auteur, par J. B. LÉVEILLÉ, texte broché, atlas en carton noir, 60 fr. ; colorié, 110 fr. ; texte broché, atlas cartonné toile, noir, 65 fr. ; colorié, 115 fr. ; texte et atlas reliés demi-maroquin, noir, 70 fr. ; colorié, 120 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Anatomie descriptive et dissection, par le docteur J.-A. FORT, professeur libre d'anatomie, cinquième et dernier fascicule contenant le splanchnologie avec l'embryologie et les organes des sens, 1 vol. de 500 pages avec 109 figures, 5 fr. L'ouvrage complet contenant toute l'anatomie avec la structure microscopique des tissus et des organes de l'économie, 1 fort vol. 1120 pages, 182 fig., prix : 11 fr. 50. Paris, 1866, Adrien Delabaye.

Salubrité de l'Algérie, topographie médicale de la plaine de la Mitidja (Algérie), par M. QUESNOY, grand in-8° de 100 pages. Victor Rozier, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Nous avons entendu hier, à la Société médicale des hôpitaux, le rapport de la commission des maladies régnantes pour le mois de janvier, par le nouveau rapporteur M. Besnier, qui nous paraît ne devoir le céder ni en zèle ni en intelligence, dans l'accomplissement de cette mission, à ses deux prédécesseurs, MM. Laillier et Gallard. Avant de résumer les faits principaux que contient ce rapport, il nous faut faire un petit retour rétrospectif sur le mois de décembre, époque d'où datent à la fois la cessation de l'épidémie cholérique et le commencement de la constitution médicale actuelle.

Les maladies dominantes du mois de décembre ont été les maladies des organes respiratoires et les fièvres éruptives, la variole en particulier. Les phlegmasies thoraciques ont commencé, en effet, dans ce mois, à acquérir un degré de fréquence de plus en plus prononcé. Elles ont été constatées en grand nombre, notamment à l'hospice des Ménages et à l'hôpital Saint-Antoine. Les pleurésies s'y sont montrées relativement très-bénignes, mais il n'en a pas été de même des pneumonies et des pleuro-pneumonies qui ont sévi, au contraire, avec une rigueur exceptionnelle que quelques médecins ont attribuée à un état ataxo-adynamique.

A côté de ces phlegmasies graves des organes respiratoires, on a signalé plusieurs cas de péricardite terminés par la mort.

Parmi les fièvres éruptives, signalées partout comme les maladies les plus fréquentes après les affections thoraciques, la variole a tenu le premier rang, elle s'est montrée en période ascendante pendant tout le mois de décembre; elle a été observée sans exception dans tous les services des hôpitaux et signalée dans toutes les notes et dans tous les rapports partiels remis à la commission.

Les rougeoles ont été aussi très-fréquentes. Dans un seul service de l'hôpital des Enfants, M. Labric a eu à traiter 14 rougeoles, dont 8 contractées dans les salles.

Le mois de décembre, on le voit, à l'exception des fièvres éruptives qui s'étaient déjà montrées dans les mois précédents, ne présentait pas encore les caractères d'une constitution médicale bien tranchée, la grande prédominance des phlegmasies thoraciques n'étant en réalité que l'expression de la constitution saisonnière habituelle. On y signalait, toutefois, une particularité qui pouvait déjà indiquer peut-être une mauvaise tendance, c'était l'élément ou l'état ataxo-adynamique compliquant ces phlegmasies. On va voir, en effet, cet élément s'étendre et se manifester plus tard sous d'autres formes et dans d'autres états morbides. C'est, en effet, l'un des caractères que signale M. le rapporteur, dans son rapport sur les maladies du mois de janvier, dont nous allons nous occuper maintenant.

Les affections des voies respiratoires ont continué, en janvier comme en décembre, à se montrer au premier rang par la fréquence, bien qu'en réalité moins fréquentes cependant que dans les années précédentes, à pareille époque. Elles figurent dans le cours du mois de janvier pour le chiffre de 671, dont 91 suivis de mort. Sur ces 91 malades, 66 ont succombé à la pneumonie, 22 à la bronchite et 3 seulement à la pleurésie.

Le rhumatisme articulaire aigu figure pour le chiffre de 248. Il a été généralement d'une grande bénignité. Il n'y a eu que 3 décès seulement. Les complications viscérales ont été rares et de peu d'intensité. On n'a pas observé un seul cas de rhumatisme cérébral. On n'a noté qu'un cas seulement de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite avec peliose rhumatismale, à poussées successives coïncidant avec les paroxysmes douloureux et une diarrhée assez intense. C'est dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon, que ce fait s'est produit. Dans un cas observé par M. Féréol, la fièvre rhumatismale a été jugée au septième jour par une éruption de miliaire discrète et d'érythème noueux. Enfin, M. Moutard Martin a remarqué, chez tous les rhumatisants de son service, un état anémique prononcé.

La variole a continué à sévir avec une assez grande intensité pendant le mois de janvier. Le relevé des hôpitaux constate pour cette période 324 cas, dont 29 terminés par la mort. Elle s'est montrée dans tous les hôpitaux. Elle s'est montrée généralement avec les modifications que lui imprime d'habitude la vaccine. Quelques médecins cependant ont signalé un certain nombre de cas de varioles confluentes graves, et dont quelques-unes même ont été mortelles, sur des sujets vaccinés. Mais la maladie s'est montrée beaucoup plus constamment grave et bien plus fréquemment mortelle sur les sujets non vaccinés. Ainsi, sur 27 varioles observées par M. Bernutz, 6 se sont manifestées sur des sujets non vaccinés : chez tous, elle a été irrégulière et très-grave, et deux d'entre eux ont succombé. Ce même médecin a eu dans ses salles un exemple de simultanéité de la variole et de la vaccine. Un malade, entré pour une affection aiguë, inoculé avec le vaccin animal, offrait, vers le sixième jour de l'inoculation, une éruption vaccinale bien caractérisée, lorsque deux jours après il fut pris d'un mouvement fébrile bientôt suivi du développement d'une varioloïde discrète, témoignage incontestable de l'influence favorable de la vaccine sur la marche et le degré de la maladie qui était en incubation.

Dans plusieurs services, on a constaté la fréquence du délire chez les varioleux. (Nous avons eu l'occasion de faire la même observation en ville; nous avons vu notamment le délire se manifester dès les premiers jours de l'éruption variolique et persister pendant toute la durée de la maladie, chez un jeune homme qui a eu une variole confluente, quoique vacciné, mais qui a guéri du reste.)

Chez plusieurs malades, le délire était manifestement produit sous l'influence de l'alcoolisme. Tel était, en particulier, le cas d'un malade signalé par M. Mesnet, chez lequel l'empoisonnement varioleux est devenu l'occasion du délire aigu alcoolique le plus violent, avec tous les accidents que produit d'ordinaire l'alcool du côté du système nerveux.

Il y a été fait dans le mois de janvier beaucoup de vaccinations et de revaccinations comparatives, soit avec l'ancien vaccin, soit avec le vaccin animal. Nous avons déjà fait connaître les résultats principaux qui ont été signalés à la Société, ainsi que les communications les plus importantes qui lui ont été faites à ce sujet. Nous n'y reviendrons pas ici pour le moment.

Les rougeoles ont continué à se montrer, mais dans des proportions assez modérées : 68 cas, dont 14 mortels.

La scarlatine compte, dans le relevé du mois, pour 9 cas, dont 2 décès, pour tous les hôpitaux.

Un cas de fièvre ortiée a été observé dans le service de M. Gubler, à la suite d'un arrêt brusque de la transpiration cutanée.

Les érysipèles ont été assez fréquents, mais surtout graves. On en a compté, pour le mois de janvier, 63 cas, dont 14 suivis de mort. Un certain nombre de ces cas d'érysipèle se sont développés dans l'hôpital au voisinage de malades atteints de la même maladie. M. Féréol en a observé un exemple sur un convalescent de variole grave à côté de qui avait été placé quelques jours auparavant un malade atteint d'érysipèle de la face.

Les fièvres typhoïdes se sont montrées nombreuses et généralement assez graves. On en jugera, du reste, par les chiffres suivants : 170 cas, dont 44 décès. On en a observé dans tous les services, et à en juger par les admissions des derniers jours de janvier, loin de diminuer, le nombre paraissait tendre à cette époque à augmenter.

Les caractères dominants de cette petite épidémie, et qui paraissent constituer, en particulier, sa gravité, d'après les documents fournis à la Commission, sont un état ataxo-adynamique. C'est sous cette influence que la mort paraît être survenue le plus souvent. Dans le service de M. Vernois, à l'Hôtel-Dieu, un malade a présenté la forme cérébro-spinale.

On a signalé, parmi les complications, un cas de purpura hémorrhagica avec hématurie; deux cas d'hémorrhagie intestinale dont un mortel, un cas de tympanisme énorme. (Nous avons eu l'occasion d'observer en ville, dans le cours de la deuxième quinzaine de janvier, un exemple remarquable de ce dernier accident chez un jeune garçon de neuf à dix ans atteint d'une fièvre typhoïde qui n'avait jusque-là présenté aucun symptôme alarmant, lorsque au début du troisième septenaire environ, il s'est manifesté une tympanite qui a pris rapidement des proportions énormes. L'enfant a succombé le vingt et unième jour.)

Chez un malade du service de M. Mesnet à l'hôpital Saint-Antoine, la convalescence a été marquée par le développement d'un accès de manie aiguë. Un autre malade a eu un accès de *delirium tremens*, au début d'une fièvre typhoïde qui s'est terminée par la guérison.

A côté des fièvres typhoïdes, le rapport signale des fièvres synoques et des embarras gastriques fébriles en assez grand nombre. D'après M. Moutard Martin, qui en a fait particulièrement la remarque, ces maladies étaient facilement confondues au début, par leurs caractères, avec la fièvre typhoïde elle-même, et elles compliquaient presque toutes les affections aiguës et même quelques affections chroniques.

On peut aussi rapprocher de ce même groupe d'affections, les diarrhées catarrhales qui ont été fréquemment signalées.

M. Moutard Martin a vu deux cas de choléra le même jour dans son service, après une assez longue période d'absence complète de cas de ce genre, tous deux légers d'ailleurs et terminés par la guérison. L'un venait du dehors, l'autre s'était manifesté à l'intérieur chez une jeune fille convalescente de scarlatine.

Quelques cas, mais en petit nombre et presque tous légers et suivis pour la plupart de la guérison, ont été signalés depuis les premiers jours du présent mois. Nous y reviendrons dans l'une des prochaines revues ou à l'occasion du premier rapport qui sera fait à la Société.

Abcès du rocher. — Abcès métastatiques dans le poumon. — Pneumo-thorax. — Mort.

Une femme âgée de vingt-quatre ans, domestique, admise à l'Hôtel-Dieu pour une affection chirurgicale, passait le 9 janvier dernier, des salles de chirurgie, dans le service de médecine de M. Vigla, salle Saint-Joseph. Voici quels sont les antécédents morbides de cette malade.

Dès l'âge de six ans, elle éprouva du côté des oreilles et particulièrement de l'oreille droite, des symptômes d'inflammation avec douleur vive et bientôt suppuration. Après une durée que la malade a eu de la peine à fixer dans ses souvenirs, la guérison survint et dura près de sept années. Vers l'âge de treize ans, de nouveaux accidents semblables aux premiers, se manifestèrent du côté de l'oreille droite, suppuration, douleurs vives. Nouvelle guérison.

Enfin le 1er janvier dernier, à la suite d'une promenade où elle eut froid, elle éprouva pour la troisième fois des douleurs à l'oreille droite qui devint de nouveau le siége d'un écoulement purulent. Il survint en même temps à cette époque, de la douleur dans le pharynx avec gêne dans la déglutition, qui dura pendant deux jours.

Le 9 janvier, le jour où la malade entre dans le service de M. Vigla, voici ce que l'on constate : Le pharynx présente à peine un peu de rougeur; l'oreille est très-douloureuse, et la région mastoïdienne du temporal également douloureuse est en outre tuméfiée. Cette tuméfaction se prolonge un peu sur le trajet du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. L'état général paraît très-grave depuis quelques jours. La malade se plaint de frissons fréquents, le facies est très-pâle, le pouls est à 130, la respiration à 40 par minute; sueurs. Cet état faisait naître tout naturellement à l'esprit l'idée d'une infection purulente, lorsque, le 10 janvier, une nouvelle exploration fit reconnaître tous les signes d'un pneumo-thorax du côté gauche.

La malade succombe le lendemain 11 janvier.

L'autopsie faite le 12, montre ce qui suit : 1° Un abcès du rocher communiquant avec le conduit auditif; 2° Inflammation du golfe de la veine jugulaire; 3° De nombreux abcès métastatiques dans les poumons. L'un de ces abcès s'était ouvert dans la plèvre gauche. Le foie n'en contenait point, mais il y en avait deux dans la rate.

Hernie inguinale intra-vaginale.

M. Bourguet (d'Aix) vient d'appeler l'attention sur un fait important qui a trait à l'histoire des variétés de la hernie inguinale.

Après avoir rapporté une observation personnelle, le chirurgien à cherché à montrer la vérification de ses opinions dans les faits antérieurs.

Sans vouloir discuter le jugement de l'observateur, nous donnons le point capital de l'observation, et les conclusions de M. Bourguet (d'Aix).

Dans le cours d'une opération de hernie inguinale étranglée, le chirurgien était tombé sur une poche remplie de liquide qui semblait être le sac et qui avait été ouverte, alors l'intestin avait été cherché, mais il se trouvait être sur une poche bosselée et fluctuante qui avait été prise pour le cœcum. En cherchant alors à réduire il avait rompu cette poche et avait trouvé dans sa cavité l'intestin violacé et qui paraissait étranglé par le collet du sac.

Voici les propres paroles de M. Bourguet :

« Dès lors, tous nos doutes se trouvèrent levés ; nous comprîmes, en effet, que nous avions sous les yeux un second sac herniaire, et que celui qui avait été ouvert en premier lieu n'était que la tunique vaginale du testicule fortement agrandie, et distendue par du liquide, mais ne communiquant plus depuis longtemps avec la séreuse péritonéale. Afin de pouvoir vérifier l'exactitude de ces suppositions et d'examiner avec plus de soin l'état de l'anse herniée, nous cherchâmes à attirer l'intestin au dehors par de douces tractions. Nous parvînmes ainsi, avec un peu de temps et de patience, à l'amener à l'extérieur avec le sac qui le coiffait et l'étranglait par son collet. Pour faire cesser l'étranglement, nous n'eûmes qu'à débrider directement en haut et en avant avec le bistouri boutonné, ce qui put se faire à ciel ouvert, après quoi l'intestin fut dégagé très-aisément de son anneau constricteur et réduit dans l'abdomen. Restait le sac, qui apparut alors avec tous ses caractères, c'est-à-dire avec son corps déchiré à la partie interne, son fond encore intact, et son collet divisé dans une certaine étendue. Cet organe formait une tumeur longue de 7 à 8 centimètres, irrégulièrement ovoïde, à grosse extrémité supérieure; ses parois étaient plus épaisses et plus résistantes en dehors qu'en dedans; aux environs du collet, il avait près d'un demi-travers de doigt d'épaisseur, tandis qu'à sa partie inférieure il était réduit dans quelques points, particulièrement en dedans, à l'épaisseur d'une feuille de papier. Tout à fait en bas, il se terminait par un cul-de-sac imperforé ressemblant à un gros pis de vache, faisant saillie, comme nous l'avons dit, dans l'intérieur de la tunique vaginale agrandie et remplie de liquide, qui avait été prise tout d'abord pour le sac herniaire. Il tenait encore au reste de la plaie par son côté externe, et se prolongeait en haut et en dehors dans le canal inguinal, et de là dans l'abdomen. Considérant cet organe comme un véritable corps étranger destiné à être éliminé par la suppuration, nous prîmes le parti de l'enlever en totalité, après avoir jeté préalablement une ligature sur la portion encore adhérente, et l'avoir fixée à l'extérieur de la plaie. »

M. Bourguet conclut ainsi :

« Il existe une variété de hernie inguinale caractérisée par la présence, dans l'intérieur de la tunique vaginale du testicule, d'un sac herniaire isolé et indépendant.

« Ce sac, entièrement distinct de la tunique vaginale, est formé par un diverticulum du péritoine, qui s'engage à travers l'orifice supérieur du canal inguinal, et vient ensuite faire saillie dans la cavité de la séreuse testiculaire.

« La tunique vaginale présente alors un agrandissement plus ou moins considérable, et peut devenir le siége d'une accumulation de liquide qui coexiste avec la hernie.

« Le nom de hernie à double sac ou hernie à sac intravaginal nous paraît mieux approprié, et donne une idée plus exacte de la maladie que celui de hernie enkystée de la tunique vaginale, sous lequel elle avait été désignée par A. Cooper.

« La nature de cette hernie est accidentelle et non congénitale ; son mode de production, sa symptomatologie, sa marche, sa composition anatomique, la rapprochent entièrement de la hernie inguinale ordinaire.

« L'étranglement peut avoir son siége non-seulement au collet du sac et aux anneaux aponévrotiques, comme dans cette dernière, mais encore beaucoup plus bas, dans l'intérieur même de la tunique vaginale, à travers une déchirure de cette membrane.

« L'augmentation d'étendue de la tunique vaginale et la présence de liquide dans son intérieur peuvent induire le chirurgien en erreur au moment de l'opération de la hernie étranglée ; faire prendre le sac pour l'intestin, et laisser croire qu'on est arrivé dans le sac, lorsqu'on n'est encore que dans la tunique vaginale.

« Pour éviter une semblable méprise, dont les annales de la science renferment quelques exemples, il convient d'attirer le sac à l'extérieur, et de l'ouvrir ensuite avec précaution en le déchirant avec les ongles ou en l'ouvrant de dehors en dedans avec le bistouri. »

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE D'OREILLONS.

par M. le docteur Rizet.

La garnison d'Arras et la population civile ont eu à souffrir en 1864 d'une épidémie d'oreillons survenue sans cause connue ni saisissable, terminée sans décès, malgré la présence, chez plusieurs militaires, d'accidents typhoïdes assez sérieux.

Cette affection se déclara tout d'abord isolément sur plusieurs jeunes enfants de la ville pendant le mois de janvier 1864, sans prendre toutefois les proportions d'une épidémie. A son début, localisée aux parotides, elle respecte les testicules.

Une petite fille de cinq ans seule présente un engorgement mammaire, et trois garçons sur une trentaine sont atteints de gonflement de la mamelle. Chez deux femmes, dont l'une est âgée de vingt-neuf ans et l'autre de trente-deux, le médecin traitant constate des douleurs très-intenses dans le petit bassin, paraissant provenir des ovaires. Était-ce une simple coïncidence, ou l'ovaire pouvait-il avoir dans ce cas une corrélation d'inflammation avec la parotide malade ?

Le 2 février s'observe, au 2e du génie, le premier cas sur un sapeur de la 13e compagnie. Chez ce militaire, les deux parotides se prennent avec les testicules. A cette époque, le froid était assez vif ; la constitution médicale régnante était catarrhale, et la grippe faisait en ville et dans la garnison d'assez nombreuses victimes. Jusqu'au 12 mai, nous avons constaté vingt-deux cas d'oreillons sur les sapeurs du génie ; souvent les testicules furent pris, soit un seul, soit les deux à la fois ; deux malades eurent les mamelles douloureuses et engorgées. Un de ces hommes vit se développer au sein droit quatre seins surnuméraires semblables de tout point à ceux décrits au commencement de la grossesse par M. de Mongoméry ; ils survinrent le deuxième jour de l'engorgement de la glande mammaire, et persistèrent dix jours avec une teinte noire de l'auréole et écoulement par le mamelon d'un liquide séreux.

Sur ces vingt-deux malades, le plus jeune avait vingt ans et deux mois ; le plus âgé atteignait sa trente-sixième année.

Les cas de parotide double furent au nombre de huit ; chez les quatorze autres malades, une seule parotide plus ou moins affectée. Quant aux testicules, sept fois ils furent pris tous les deux ; trois fois un seul fut affecté d'engorgement.

« Nous signalerons, dit M. Rizet, relativement à l'invasion testiculaire, un effet assez curieux que nous appellerons croisé. La parotide droite se prenait après le testicule gauche, la parotide gauche suivait, enfin le testicule droit.

« Pareil croisement fut observé en ville chez les petits garçons dont les mamelles furent engorgées. Des accidents typhoïdes furent observés sur deux sapeurs : on présenta ces phénomènes au début de l'épidémie, l'autre tout à la fin ; tous deux ont guéri assez rapidement.

« Tous ces engorgements parotidiens testiculaires se sont terminés par résolution ; une seule parotide, pendant vingt-quatre heures, fit craindre la présence d'un abcès dans son intérieur.

« Trois des malades adultes présentaient une déformation de la face vraiment épouvantable : deux avaient les parotides et les glandes sous-maxillaires tellement gonflées, que leur aspect n'avait plus de forme humaine ; le troisième portait une tumeur énorme du côté où elle siégeait. Ce malade était vraiment méconnaissable pour ses plus intimes amis.

« Chez un jeune homme de seize ans, la parotide droite seule fut prise, et en moins de cinq jours elle touchait l'articulation sterno-claviculaire de ce même côté ; la peau était luisante et donnait une fausse sensation de fluctuation. En quinze jours tout avait disparu ; il restait seulement au cou un engorgement des ganglions cervicaux en forme de chapelet, dissous lui-même au bout de deux mois. C'est peut-être, avec l'observation rapportée par Henry, le cas le plus volumineux d'engorgement parotidien. Celui de ce médecin avait pour sujet une petite fille de cinq ans; chez cette enfant, la glande engorgée s'étendait depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au milieu du cou. »

L'auteur fait remarquer, relativement à tous les oreillons soumis à son observation, que ce sont les parotides les plus légères qui s'accompagnent le plus généralement d'orchites ou d'engorgements mammaires; ces affections, par contre, sont rares quand la parotide ou les parotides sont fortement engorgées.

Au commencement d'avril, les troupes d'infanterie et les cuirassiers à leur tour sont pris de l'épidémie, déjà modifiée et dans son intensité et dans ses manifestations. En effet, sur les vingt-sept cas observés, vingt trois au 84e de ligne et quatre à la cavalerie, pas un n'offrit d'accidents typhoïdes ; les parotides sont moins de temps engorgées, rarement les deux sont prises à la fois ; l'affection atteint plus particulièrement les testicules. Il arriva alors plusieurs fois de voir entrer à l'hôpital des hommes porteurs d'une orchite regardée comme vénérienne ou jugée de cause externe par le médecin du corps ; le lendemain cette affection s'accompagnait d'un léger engorgement d'une ou des deux parotides, d'un peu de gêne dans les mouvements de mastication, rarement d'un léger mouvement fébrile. Une seule fois, au 2e du génie, nous avons observé l'orchite précédant de quelques heures l'oreillon, tandis que, sur des soldats du 84e de ligne, elle eut une avance de deux ou trois jours. Sur les malades de ce corps, les accidents ont visiblement diminué d'intensité, ils sont d'une moindre durée, l'épidémie touche à sa fin.

« Le moyen dont nous nous sommes le mieux trouvé, c'est de la ouate appliquée sur les tumeurs ; dans quelques cas, nous eûmes recours aux frictions mercurielles et iodurées, rarement aux purgatifs, n'en voyant pas l'indication.

« L'épidémie régnait en même temps sur les troupes de Douai au 19e bataillon de chasseurs, et M. le médecin-major Ouradon traitait à la chambre dix-huit malades sur un effectif de 860 hommes ; tous ces cas étaient de peu d'intensité. Les parotides furent presque toujours prises des deux côtés, avec une action plus manifeste sur une d'entre elles ; mais rarement les testicules se gonflèrent, car ce médecin n'observa que trois orchites : pas une ne fut double.

« Pendant cette même époque, les oreillons régnaient aussi à Montpellier sur un régiment du génie. » (*Bulletin médical du nord de la France*, décembre 1865.)

DE LA DEXTRINE COMME STOMACHIQUE.

Les expériences du professeur Schiff sur la dextrine, démontrant que cette substance est un puissant digestif, capable de favoriser la formation de la pepsine, ont engagé M. Becker, médecin à Mühlhausen en Thuringe, à l'administrer à divers malades.

Voici, d'après lui, les indications de la dextrine : 1° le manque d'appétit par atonie et faiblesse de l'estomac ; 2° le manque de bile, l'acholie, les selles étant blanchâtres et l'urine claire, tandis que les signes d'un ictère font défaut ; 3° une digestion douloureuse provenant du manque du suc gastrique.

Pour corriger le mauvais goût du nouveau médicament, M. Becker recommande le café, le bouillon, la bière, mais surtout le vin. Il l'a souvent prescrit en poudre, par exemple :

Dextrine.	15	grammes.
Bicarbonate de soude. . .	4	id.
Sucre.	4	id.

(*Betz Memorabilien* et *Revue de thérapeutique méd. chir.*)

DES PARALYSIES DE L'AVANT-BRAS (1).

par M. Demarquay.

La paralysie de l'avant-bras peut être produite par un grand nombre de causes, que l'on peut diviser en cinq ordres, et qui constituent autant d'espèces distinctes de paralysie :

1° Paralysie par empoisonnement ;

2° Paralysie rhumatismale ;

3° Paralysie traumatique ;

4° Paralysie tenant, soit à une maladie des centres nerveux, soit à une affection des nerfs ;

5° Paralysie due à une névrose.

1° Paralysie par empoisonnement. — A cet ordre de causes appartiennent les paralysies saturnines, celles occasionnées par les préparations arsenicales, les paralysies par asphyxie par le charbon, celles produites par les émanations de tabac, et enfin la paralysie qui survient pendant cette maladie de l'Inde et de Guyane, qui existe sous forme épidémique, et décrite par Ségond sous le nom de *névralgie du grand sympathique*. Au dernier groupe doit se rattacher la paralysie qu'on observait autrefois dans le cours de la colique dite végétale, du Poitou, de Madrid, etc.

Les paralysies produites par le plomb sont rarement primitives; elles sont constamment précédées des phénomènes qui indiquent l'action toxique du plomb. Hipp. Bourdon, qui a fixé l'attention sur les paralysies produites par l'asphyxie causée par les vapeurs de charbon, rapporte deux observations de paralysies de l'avant-bras : les muscles qu'anime le nerf cubital étaient seuls paralysés. Falcone a publié un cas d'empoisonnement par l'arsenic, dans lequel les mains furent privées de mouvement, et deux cas dans lesquels la paralysie s'étendit graduellement des doigts sur tout le bras. Toutefois les paralysies produites par l'empoisonnement par l'arsenic sont rares. Dubois (d'Amiens), Ledain, Gaultier de Claubry, ont rapporté des observations de paralysie des avant-bras produite par l'action vireuse du tabac.

2° Paralysie rhumatismale. — Elle se manifeste à la suite d'une exposition plus ou moins immédiate à l'action du froid, à l'humidité, à des pluies abondantes ou à l'action d'un courant d'air froid. Tout récemment j'ai vu un jeune homme atteint d'une paralysie du bras et de l'avant-bras pour être resté plusieurs heures couché sur un endroit humide.

3° Paralysie traumatique. — Cet ordre comprend :

A *La paralysie déterminée par une compression lente et longtemps prolongée sur l'un des avant-bras.* — Comme exemple je citerai l'observation suivante, recueillie par Parmentier. Un homme, après avoir eu pendant un certain temps l'avant-bras gauche placé entre le dos d'une personne et le dossier d'une chaise, éprouva de l'engourdissement dans la main et dans l'avant-bras, et il lui devint impossible d'exécuter aucun mouvement de supination ni d'extension de la main et des doigts. Guérard cite l'observation d'un homme qui, s'étant endormi la tête appuyée sur l'avant-bras gauche, eut à son réveil une paralysie des muscles extenseurs et supinateurs de la main et des doigts, avec conservation de la sensibilité. A cette catégorie se rapporte encore la paralysie de l'avant-bras que l'on observe après l'usage longtemps continué d'un appareil de fracture.

B *La paralysie déterminée par une contusion.* — Comme exemple je citerai le fait suivant, rapporté par Jobert (de Lamballe). Un peintre en bâtiment, âgé de quarante ans, fit une chute d'une hauteur de douze pieds environ : la tête et le coude du côté gauche vinrent frapper sur le sol, et il survint entre autres lésions une paralysie partielle de la main gauche bornée à la sensibilité et aux mouvements des doigts annulaire et auriculaire.

C *Les paralysies déterminées par les fractures.* — Un artilleur reçoit un coup de feu qui lui brise l'humérus vers son milieu ; la fracture se consolide, et on constate après la formation du cal que le mouvement d'extension des doigts est aboli. Un cal difforme, résultant d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, a déterminé l'adhérence des tendons de l'indicateur, et conséquemment la paralysie de ce doigt.

D *Paralysie déterminée par une luxation.* — A la suite d'une luxation du coude qui fut réduite un peu tardivement, on a observé la paralysie de l'avant-bras ; toutefois Malgaigne fait remarquer la rareté de la paralysie dans les luxations du coude sans plaie, malgré le tiraillement que doivent subir le nerf médian et le nerf cubital.

E *Paralysie déterminée par une plaie d'un des nerfs se dis-*

(1) Extrait du tome IV du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, publié sous la direction de M. Jaccoud, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. — Paris, 1865. J. B. Baillière et fils.

tribuant à l'avant-bras. — Une simple piqûre peut donner naissance à la paralysie. Une jeune dame, s'étant blessée à la partie interne du doigt annulaire avec une aiguille à pointe mousse, fut privée de mouvement, non-seulement dans le doigt blessé, mais encore dans le petit doigt.

4° PARALYSIE TENANT SOIT A UNE MALADIE D'UN DES CENTRES NERVEUX, SOIT A L'AFFECTION D'UN NERF. — On voit quelquefois le membre supérieur frappé seul de paralysie après une hémorrhagie cérébrale ; d'autres fois, après une hémiplégie complète, le membre supérieur reste seul paralysé ; l'atrophie des nerfs qui animent les muscles de l'avant-bras est encore une cause de paralysie ; il en est de même de la compression d'un nerf de l'avant-bras par le développement de certaines tumeurs. Mercier a vu la paralysie de l'avant-bras déterminée par une tumeur développée dans le nerf médian, à deux pouces au-dessus du coude. Tous les muscles qui reçoivent exclusivement des branches de ce nerf étaient atrophiés, décolorés, réduits à du tissu fibreux. Chose curieuse, la portion interne du fléchisseur profond, qui reçoit en même temps les filets du cubital, était rouge à l'état normal, tandis que la portion externe se trouvait décolorée. De plus, la portion du court fléchisseur du pouce qui se trouve en dehors du tendon du long fléchisseur était complètement blanche et atrophiée, tandis que la portion interne qui reçoit d'autres branches nerveuses présentait la rougeur et les autres apparences du tissu musculaire.

5° PARALYSIE DUE A UNE NÉVROSE GÉNÉRALE. — Quelques névroses générales, l'épilepsie, l'hystérie, finissent, dans certains cas, par amener un état paralytique qui vient siéger sur l'avant-bras ; on en trouve plusieurs exemples dans les annales de la science.

En parlant des plaies de l'avant-bras, j'ai décrit les signes de la paralysie des nerfs cubital, radial et médian ; je n'y reviendrai pas, je ne m'occuperai pas non plus des modifications que subissent les propriétés des organes actifs du mouvement suivant les causes de la paralysie (*voy.* PARALYSIE), la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement des paralysies de l'avant-bras ; ce serait en effet nous exposer à des répétitions que d'aborder ce sujet. Mais en terminant nous dirons qu'il peut se faire que la paralysie des muscles de l'avant-bras persiste malgré le traitement mis en usage ; tantôt la paralysie est complète, c'est-à-dire que les mouvements de flexion et d'extension de la main sont détruits ; tantôt, au contraire, la paralysie est partielle ; la sensibilité peut être diminuée ou abolie dans une partie plus ou moins étendue de l'avant-bras ; la paralysie peut frapper soit les fléchisseurs, soit les extenseurs. Pour remédier à ces paralysies, on a imaginé divers appareils, sur lesquels nous allons dire un mot en terminant. A. Paré a donné la figure d'un dresse-main. Delacroix, en 1812, a employé un autre appareil à force élastique. Dans un cas de paralysie des extenseurs de la main, Duchenne (de Boulogne) a fait fabriquer par Charrière un appareil pour remédier à la paralysie des extenseurs de la main ; des ressorts spiraux ou en caoutchouc suppléent aux muscles.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 7 février 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique, accordant à la Société de chirurgie une allocation de 600 francs;

Une lettre de M. Gibson, directeur du département médical de l'armée, remerciant la Société de l'envoi du *Bulletin* de 1865;

Des lettres de MM. Tillaux, Brown-Séquard et Donders, remerciant, le premier du titre de titulaire, les seconds du titre de correspondants étrangers qui leur ont été confiés.

MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un nouveau kystitome, construit d'après les indications de M. le docteur Desmarres fils.

— **M. LARREY** présente, au nom de l'auteur, une brochure intitulée : *De l'Uréthrite chronique et de son traitement par la dilatation progressive,* par M. Allaire, médecin-major aux chasseurs à cheval de la garde impériale. — En son propre nom, une Notice sur M. Montagne, ancien chirurgien-major du premier Empire, etc.

Couteau galvano-caustique à chaleur graduée.

M. BROCA présente, au nom de l'auteur M. E. de Séré, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes, un instrument dont voici la description :

Ce couteau est un instrument de chirurgie, dont la lame en platine s'échauffe à 1,500 degrés de chaleur, par le passage d'un courant galvanique produit par une pile de Grenet.

Le platine étant un métal mou, cette lame n'a pas de tranchant qui lui soit propre; mais elle en acquiert un excellent au moyen du feu électrique, qui lui communique instantanément avec un fulgurant éclat une trempe spéciale, car la lame redevient mousse dès que la chaleur disparaît. A 1,500 degrés, au rouge blanc éclatant prêt à fondre, les tissus coupés net restent béants, le sang en sort à plein canal. Ce couteau à lame fixe est hémorrhagique.

Cet instrument a été gradué de 1,500 à 600 degrés. Sa chaleur augmente ou diminue au moyen d'un procédé fort simple, qui consiste à allonger ou à raccourcir la portion de platine comprise dans le circuit : la lame ardente passe ainsi par tous les tons de l'échelle lumineuse calorifique, depuis le rouge blanc éclatant qu'on obtient à 1,500 degrés jusqu'au rouge sombre à 600 degrés.

Par la graduation on réunit en un seul instrument trois indications chirurgicales :

1° La section hémorrhagique, à 1,500 degrés;

2° La section hémostatique, à 600 degrés;

3° Les sections et cautérisations graduées, à tous les degrés intermédiaires.

On peut le graduer de deux façons, hors du manche et dans le manche.

Le couteau qui se gradue hors du manche est à lame mobile : un bouton isolant pousse la lame graduée hors du manche, d'où elle sort en glissant à frottement doux entre les deux extrémités des rhéophores de la pile.

Le couteau gradué dans le manche est à lame fixe : un bouton mobile en métal très-bon conducteur déplace son point de contact en glissant sur une échelle de graduation en platine placée dans le manche.

Ce petit couteau, envoyé comme modèle à l'Exposition de 1862 à Londres, peut être transformé de façon à remplacer la lame par toute autre forme d'instrument et à les graduer de la même façon.

M. DEMARQUAY. J'ai fait plusieurs ablations de tumeurs avec le couteau galvano-caustique. Je désire attirer l'attention sur la facilité incroyable, effrayante avec laquelle cet instrument pénètre les tissus. On pourrait, si l'on n'était prévenu, être exposé à de graves accidents.

M. BROCA. Milderdorpf a beaucoup insisté sur la puissance avec laquelle pénètrent ou sectionnent les instruments galvano-caustiques; c'est là une propriété bien démontrée et bien connue.

Hygiène hospitalière. — Maternités.

M. L. LE FORT fait hommage à la Société de chirurgie d'un ouvrage intitulé : *Des Maternités*. Sur l'invitation de M. le Président, M. Le Fort remettra, pour être consignée dans le procès-verbal, une note résumant les faits principaux exposés dans son livre.

M. L. LE FORT. Je remercie la Société du désir qu'elle exprime, et je tâcherai d'être court pour ne pas abuser de sa bienveillance. Ce travail est basé sur une statistique de 1 million 800 mille accouchements, pratiqués en nombre à peu près égal, dans des hôpitaux ou des maternités (888,312), ou effectués en ville par les soins d'institutions charitables, et en ville, au domicile des accouchées (934,781). Ce rapprochement montre une différence énorme dans la mortalité, suivant le milieu où s'est opéré l'accouchement. Dans les hôpitaux, la moyenne a été environ de 1 morte sur 30 accouchées, tandis que cette mortalité n'est en ville que de 1 sur 150, 200 et quelquefois moins encore.

Cette différence, sur laquelle notre collègue M. Tarnier a été le premier à appeler l'attention en 1858, est telle à Paris, que les bureaux de bienfaisance donnent, pour 1862, 63 et 64, une mortalité moyenne de 1 accouchée sur 187, tandis que la maternité de 1860 à 1864, sur 9,886 accouchées, en perdait 1,226, c'est-à-dire 1 sur 8.

Cette différence dans les résultats, suivant le milieu où s'opère l'accouchement, se retrouve, quoique moins marquée, dans toute l'Europe.

Il me fallait tout d'abord m'assurer de l'exactitude numérique des statistiques : j'ai éliminé celles des établissements où les accouchées malades sont transférées dans les hôpitaux ; j'ai conservé celles où ce transfert est accidentel, car le seul résultat était de diminuer un peu le chiffre de la mortalité des maternités ; or, cette atténuation serait loin de venir en aide à la thèse que je soutiens, puisque je montre avec la statistique que la mortalité des maternités, même avec cette atténuation accidentelle, est encore excessive.

Cette différence dans les résultats peut être influencée par l'état social et moral des femmes reçues dans les maternités ; mais je démontre qu'elle est loin d'être due à cette cause.

Elle n'est pas due non plus au chiffre plus considérable des accouchements laborieux et des opérations obstétricales ; car, si la mortalité est plus grande après l'intervention active de l'accoucheur, cette légère élévation, portant sur un chiffre restreint d'accouchements, disparaît devant l'influence bien autrement grande de la mortalité générale de toutes les accouchées d'un même établissement.

La mortalité excessive des maternités est due au large développement de la fièvre puerpérale.

L'apparition de cette maladie ne subit que très-peu l'influence des saisons, du climat, des épidémies concomitantes, des conditions individuelles, de la population plus ou moins considérable de l'établissement.

Le caractère de la fièvre puerpérale est de se montrer sous forme d'épidémie. Les épidémies ne sont pas dues à un germe répandu dans l'atmosphère, à des conditions météorologiques, car pour une même ville, il n'y a pas coïncidence dans l'état sanitaire de deux maternités voisines. J'ai montré, par des travaux graphiques, que tandis que la Maternité de Paris est le siége d'épidémies épouvantablement graves, et cela pendant plus d'une année, la mortalité de la Clinique reste au-dessous de sa mortalité moyenne ordinaire.

J'ai montré les mêmes faits pour les deux maternités de Pétersbourg. Je l'ai montré pour Vienne, là où les deux maternités sont placées dans le même hôpital, dans le même bâtiment, mais sans communication du personnel de l'un avec l'autre, la première étant destinée aux étudiants, la seconde aux élèves sages-femmes.

C'est la contagion qui est cause du développement de la fièvre puerpérale sous forme d'épidémie ; c'est la contagion d'une fièvre puerpérale accidentellement développée, s'étendant aux accouchées saines. Elle est favorisée par la réunion des accouchées dans les mêmes salles ; elle est transmise par les malades, par les infirmières, par le médecin lui-même, et les épidémies décrites dans les villes, dans les villages, n'existent parfois que dans la clientèle d'un seul accoucheur.

L'isolement immédiat des accouchées malades, la séparation du personnel médical, l'observation des lois de la propreté, sont des conditions indispensables de cette hygiène spéciale. La Commission fonctionnant au ministère de l'intérieur n'avait pas reconnu ce fait capital de la contagion, et quoique le rapport ait été fait par mon regretté maître M. Malgaigne, la vérité m'oblige à dire qu'il proposait, d'accord avec la Commission, des mesures insuffisantes : l'aération, l'espacement des lits, un large cubage d'air, des salles de dix lits, diminuent mais ne suppriment pas les chances de contagion. Supprimer les causes de contagion, tel est le but que j'ai cherché à montrer et que j'ai cherché à atteindre dans le projet de maternité qui termine et résume cet ouvrage.

J'ai dans des chapitres séparés donné la description et l'organisation des principales maternités d'Europe, l'organisation de l'enseignement pour les étudiants et les élèves sages-femmes, et enfin un aperçu des conditions qui règlent en Angleterre, en Prusse, en Russie, en Autriche et en France, la pratique civile de l'accouchement.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL cite, à l'appui des opinions émises par M. Legouest et défendues par M. Velpeau, sur la récidive et la marche de certaines tumeurs fibreuses, une observation de polype naso-pharyngien opéré par la résection de la voûte palatine. Pendant plusieurs années, on a cru la guérison radicale et le fait a été compté comme un exemple de cure complète.

La malade sera opérée de nouveau, et la suite de l'observation sera communiquée ultérieurement.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Luxation congéniale du cristallin.

M. FOLLIN présente à la Société un jeune homme de vingt ans, atteint aux deux yeux d'une lésion congéniale des plus rares, un déplacement du cristallin en haut et en dedans.

C'est vers l'âge de trois ans qu'on s'aperçut de quelques troubles visuels chez ce malade, il avait quelque difficulté à trouver ses jouets qu'il cherchait plutôt avec ses mains qu'avec ses yeux. Jusqu'en 1859 il ne put guère s'occuper des travaux de lecture, mais à cette époque il vint à Paris, et un opticien lui construisit, sur les conseils du docteur Desormeaux, une lunette de Galilée pour voir de loin, et un autre système de lentille, analogue aux doublets, à l'aide duquel il put voir de près, lire nettement à une distance de 20 centimètres et faire des études de mathématiques au tableau.

Aujourd'hui ce malade est dans l'état suivant : il a un strabisme convergent et alternant aux deux yeux, et dans l'exercice de la vision binoculaire, il éprouve quelquefois de la dyplopie qui ne se voit plus dans la vision monoculaire. Quand on examine ses yeux directement à la lumière naturelle, on ne voit rien d'anormal dans les membranes externes, mais seulement un léger *tremulus* de l'iris. Si l'on illumine les yeux soit par l'éclairage oblique, soit, ce qui vaut mieux, par l'éclairage direct, on constate, derrière l'iris, en haut et en dedans, un corps lenticulaire, possédant tout à fait la forme d'un segment du cristallin et bordé d'une ligne noirâtre qui paraît provenir du pigment de l'uvée. La disposition de ces cristallins déplacés est la même des deux côtés : seulement à l'œil droit, la transparence du cristallin est moins complète qu'à gauche.

L'examen du fond de l'œil avec l'ophthalmoscope démontre que la rétine est intacte, mais il existe au côté externe des deux pupilles un demi-cercle d'atrophie choroïdienne.

Voulant s'assurer si l'emploi des systèmes de lentille dont ce jeune homme se sert lui était absolument indispensable, M. Follin l'a soumis à différents essais de vision avec des verres bi-convexes, et il a constaté qu'il pouvait se passer de ces systèmes compliqués, lourds et pénibles à employer. Ce jeune homme est en grande partie dans les conditions des opérés de cataractes et peut, comme eux, faire usage des verres bi-convexes ordinaires. Ainsi, avec des verres bi-convexes numéro 3 1/2, ce malade peut lire à 23 centimètres des caractères typographiques fins, et avec des verres bi-convexes numéro 5, la vision de loin est très-convenable pour les différents besoins de la vie.

L'astigmatisme recherché par différents essais à l'aide de la lunette à fentes n'a point été constaté à un degré qui puisse excercer de l'influence sur la vision.

M. Follin montre aux membres de la Société, à l'aide d'un ophthalmoscope fixe, la disposition des cristallins luxés, et conclut en conseillant de faciliter la vision chez ce jeune homme par le seul usage de verres bi-convexes ordinaires, numéros 3 1/2 et 5.

M. PERRIN. Le malade que vient de nous montrer M. Follin, est dans la condition de ceux auxquels on a extrait le cristallin. Il devrait voir avec des verres convexes. Il ne voit bien cependant qu'avec une lunette de Galilée. J'en infèrerais que la rétine est peu sensible. Il est un autre point qui a attiré mon attention : malgré son déplacement, le cristallin est encore en partie dans le champ pupillaire, qui est à la fois occupé par cette portion de lentille et le corps vitré. Les rayons lumineux traversent donc des milieux dont l'indice de réfraction est différent. De là, sans doute, un astigmatisme irrégulier. Je me demande si l'on n'arriverait pas à un bon résultat en combinant l'emploi des verres convexes et cylindriques.

M. TRÉLAT pense que chez ce malade il ne doit pas exister d'astigmatisme.

M. FOLLIN. L'astigmatisme irrégulier est fort difficile à corriger. J'examinerai le malade à ce point de vue. Ainsi que j'ai eu l'honneur de le dire, n'ayant que momentanément le sujet à ma disposition, je l'ai présenté à la Société avant même de l'avoir étudié complétement. Je remettrai pour le procès-verbal une observation complète.

M. LARREY. Je ne rappellerai pas le jeune malade que j'ai présenté à la Société, il y a une douzaine d'années, comme un exemple curieux de luxation traumatique du cristallin non cataracté. Mais je crois que M. de Graefe a publié des observations analogues dans les *Archives d'ophthalmologie*, et qu'il ne considérait même pas ces déplacements comme fort rares.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

M. BROCA présente un moule en plâtre pris sur un malade observé par lui à l'hôpital Saint-Antoine et donne les renseignements suivants :

Le malade, âgé de soixante-trois ans, en état d'ivresse est tombé de sa hauteur seulement, dans la rue. La chute a eu lieu sur le côté droit du corps; immédiatement après abolition des fonctions du membre supérieur droit. Le blessé est transporté à l'hôpital deux heures après. Il est très-maigre, quoique bien portant habituellement : aussi est-il facile de se bien rendre compte des lésions subies par le membre supérieur droit.

Le deltoïde tendu et aplati au niveau de l'articulation tombe à angle obtus sur l'humérus ; le coude est élevé et le bras forme avec le tronc un angle de plus de 90 degrés. On pourrait au premier abord penser à une fracture de l'humérus, mais il est facile de constater que la tête a quitté la cavité glénoïde, qu'elle est déplacée dans l'aisselle et que le levier huméral est intact.

La tête de l'humérus est immédiatement sentie sous la peau, on voit et l'on sent la saillie qu'elle forme à la base de l'aisselle. Elle est placée au-dessous de la cavité glénoïde, contre la côte de l'omoplate,

au-dessous et en dedans de la ligne d'insertion de la longue portion du triceps. On constate à la face inférieure de la saillie osseuse la gouttière bicipitale qui regarde directement en bas. L'humérus a donc subi un mouvement de rotation en dedans, ce dont témoigne la position de l'épitrochlée qui regarde en arrière. L'angle inférieur de l'omoplate est écarté du tronc et rapproché de la colonne vertébrale. L'avant-bras fléchi est dans la pronation. Les muscles sont tendus, roidis, les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements passifs limités; on peut imprimer de très-légers mouvements d'élévation, d'abaissement et d'abduction, l'abduction est surtout difficile. La tête est en somme immobilisée dans sa position nouvelle.

Le bras est raccourci mais d'un centimètre seulement, le côté malade mesure 0,28, le côté sain 0,29.

La paroi antérieure de l'aisselle du côté malade est allongée, elle mesure 0,143, du côté sain 0,130.

La paroi postérieure présente une différence encore plus marquée du côté malade 0,172, du côté sain 0,142.

La circonférence de l'aisselle prise du sommet de l'acromion donne pour le côté malade 0,425, pour le côté sain 0,360.

La sensibilité cutanée est intacte, la circulation se fait bien, légère ecchymose le long du bord axillaire de l'omoplate, d'ailleurs ni gonflement ni traces de contusions.

La réduction fut facile, mais elle se fit manifestement en deux temps; après les premières tractions, la tête se dégagea comme un noyau de cerise que l'on expulse entre les doigts, mais la réduction n'était pas opérée. Cela fut aisément constaté par tous les assistants et par moi-même. Bientôt après la tête rentra dans la cavité glénoïde. J'ai donc tout lieu de présumer qu'une boutonnière musculaire embrassait et retenait la tête humérale.

M. DOLBEAU. J'ai observé récemment à l'Hôtel-Dieu un cas qui peut être rapproché de celui de M. Broca. Un jeune homme pris dans un engrenage avait eu la main et l'avant-bras arraché, on l'apporta à l'hôpital. Je pus constater que l'humérus était brisé à sa partie moyenne, et que la tête de cet os chassée de sa cavité était fortement portée en bas et avait perforé les téguments. La coulisse bicipitale regardait également en bas, je la sentais, je la voyais même à travers la perforation, le bras était élevé et immobile. Malgré l'emploi du chloroforme, je ne pus parvenir à réduire et le malade succomba quelques jours après.

La tête de l'humérus était appliquée sur la côte de l'omoplate, la capsule était largement déchirée à la partie antérieure et supérieure. Le muscle sous-scapulaire recouvrait en partie la tête humérale, mais il n'y avait pas de boutonnière musculaire, je l'avais soupçonnée pendant la vie du malade, mais je n'ai rien trouvé qui y ressemblât. Anatomiquement, je n'ai donc pu m'expliquer quel avait été l'obstacle à la réduction.

M. GUYON. Au mois de décembre dernier, pendant une courte absence de mon collègue M. Follin, j'ai eu l'occasion de réduire, dans son service, une luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, homme de peine, fortement musclé, était, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, monté sur une charrette pour la décharger. Le cheval ayant fait un écart, il tomba à terre, roula ensuite sur une pente jusqu'à une profondeur de quinze pieds. Il se fit plusieurs contusions légères à l'épaule et au nez, sentit une forte douleur à l'épaule gauche, et reconnut qu'il lui était impossible de remuer le bras. Le moignon de l'épaule se tuméfia rapidement, il y appliqua des cataplasmes pendant quatre jours et n'entra que le cinquième à l'hôpital Cochin.

Le gonflement du moignon de l'épaule de la région sus-claviculaire, de la région scapulaire, de la paroi latérale du thorax, était tellement considérable que je craignis d'acquérir la preuve d'une déchirure vasculaire importante. Je fus au moins rassuré pour l'axillaire, la circulation du membre malade était normale. Malgré le gonflement, on était frappé de la tension du deltoïde qui appliqué sur la cavité humérale rejoignait l'humérus à angle très-obtus. Le coude était écarté du tronc, mais seulement sous un angle d'environ 45 degrés. La tête humérale fortement abaissée formait sous la peau de l'aisselle un relief parfaitement sensible à la vue. Il était facile de la sentir à travers la peau, mais nous n'y avons pas reconnu la gouttière bicipitale. D'ailleurs, le bras n'était pas tordu sur son axe. Les mouvements communiqués se transmettaient à la tête, mais lorsqu'on la repoussait directement, on ne pouvait lui imprimer de déplacement. Sa mobilité n'était donc pas en rapport avec le degré du déplacement. Une ligne horizontale, tirée du niveau de la face inférieure de la tête luxée, passait à 0,05 seulement au-dessus du mamelon gauche.

Le bras luxé était allongé d'un centimètre, et donnait 0,28 à la mensuration, tandis que le bras du côté sain ne mesurait que 0,27; Les deux bras étant, bien entendu, placés dans une position identique.

Je désirais réduire sans efforts de traction, préoccupé que j'étais de la possibilité d'une déchirure vasculaire. Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution musculaire complète; l'avant-bras confié à deux aides et la contre-extension à deux autres. Après quelques tractions faites horizontalement, la tête rentra sans aucun bruit dans sa cavité. Le lendemain, la tuméfaction avait notablement augmenté dans la région sus-scapulaire et envahissait les parties latérales du cou. L'immobilité la plus absolue du membre, de très-larges cataplasmes, tels furent les moyens employés.

Les suites de l'opération furent simples, et je n'avais plus revu le malade, lorsque M. Follin me fit savoir qu'il avait découvert une fracture de la partie inférieure de la cavité glénoïde se prolongeant sur la côte de l'omoplate, dont elle avait séparé une partie.

Voici, en effet, ce que l'on constatait dix-sept jours après l'accident :

« La conformation extérieure de l'épaule est normale, les saillies et les dépressions de cette région se correspondent des deux côtés. Les mouvements de l'article sont assez bien rétablis, l'adduction est encore un peu gênée. Le malade se plaint de sentir de temps en temps des élancements dans le creux de l'aisselle. En imprimant des mouvements au bras, on perçoit de légers craquements. Si on porte le doigt sous l'aisselle, on sent une saillie dure et sensible à la pression. Si, en même temps, on imprime des mouvements au bras, on s'aperçoit que la tumeur ne bouge pas; si, au contraire, on dit au malade d'élever ou d'abaisser l'épaule, on la sent remuer sous le doigt. Cette saillie osseuse est donc attachée au bord axillaire de l'omoplate. »

M. BROCA. Je crois pouvoir affirmer que rien de semblable n'existait chez mon malade. Non-seulement rien ne pouvait le faire présumer avant et pendant la réduction, mais la très-grande rapidité de la guérison témoignerait encore contre cette supposition.

M. VERNEUIL communique un cas analogue, il montrera la pièce pathologique dans la séance suivante. L'observation sera publiée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 23 décembre 1865, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Rey, Widal, Ropert, Leroux et Potor.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Nublat, de Sébé, Beaunis, Hurst, Krauss, Sarazin, Couquet, Tison, Morache, Hennequin et Rigal.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Robillard.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Coulier.

Au grade de pharmacien major de 1re classe : MM. Bocher et Besnier.

Au grade de pharmacien major de 2e classe : MM. Deleusse, Truquet et Musculus.

— La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance le 23 février.

Ordre du jour : 1° Lecture de deux observations de rhumatisme, par M. Martineau ; 2° Observation de chorée rhumatismale, par M. Odier; 3° Rapport sur les observations de M. Anger d'accidents convulsifs dans le cours du choléra, par M. Pelvet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebórda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des yeux contenant des résumés d'anatomie des divers organes de l'appareil de la vision, par le docteur Fano, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, t. Ier, Ophthalmoscopie, maladies de l'orbite, des voies lacrymales, des paupières et de la conjonctive, 1 vol. in-8° de 642 pages illustré de 70 figures intercalées dans le texte et de 20 dessins en chromo-lithographie. Prix 9 fr. Paris, 1866. Adrien Delahaye.

Philosophie des sciences cosmologiques et critique des sciences et de la pratique médicales, par le docteur Bergeret de Saint Léger, lauréat des hôpitaux de Paris, prix : 4 francs. Paris, 1866, Germer Baillière.

Relations médico-chirurgicales de l'expédition de Cochinchine en 1861-1862, par A. Didiot, médecin principal, chef de service de santé de l'armée au corps expéditionnaire, grand in-8° de 100 pages. Victor Rozier, éditeur.

De l'uréthrite chronique, par le docteur Allaire, médecin major aux chasseurs à cheval de la garde impériale, gr. in-8° de 53 pages. Victor Rozier, éditeur.

Exposé clinique des blessures de guerre soignées dans les hôpitaux militaires de Puebla et de Cholula, par H. Lespiau, médecin major de 1re classe, gr. in-8° de 27 pages. Victor Rozier, éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 21. — MARDI 20 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 20 FÉVRIER 1866. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. PAUL TOPINARD.

Paralysis agitans, glycosurie.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer trois cas d'une maladie rare et peu connue, la paralysis agitans (*chorea festinans* de Sauvages, *chorea procursiva* de Bernt, *shaking palsy* de Parkinson, etc.), je donnerai de suite la relation d'un de ces cas fort remarquable par la présence d'un symptôme non encore signalé dans ces conditions, la glycosurie.

X..., âgé de soixante-cinq ans, de constitution sanguine, est de petite taille et d'un embonpoint moyen. On ne découvre dans sa famille aucune affection ou prédisposition spéciale. Il n'a pas eu d'autre maladie que celle dont il va être question, notamment de rhumatisme articulaire, de scrofule ou de syphilis. Jamais il n'a abusé des alcooliques.

Depuis quarante-trois années, il exerce la profession de médecin dans un rayon de quatre lieues, dans un pays de plaines, entremêlé de quelques marécages. Il se lève régulièrement à trois ou quatre heures, se couche à neuf ou dix et est souvent dérangé la nuit pour aller à de grandes distances. Il a fait, dans sa vie, une douzaine de chutes de cheval ou de voiture, quelques-unes sur le dos ou la tête, mais sans avoir eu jamais à s'aliter. Je n'ai trouvé dans ses antécédents aucune émotion subite, aucune terreur à laquelle puisse se rattacher l'origine de son affection.

Le symptôme le plus ancien de quelque intérêt, remonte à six ou sept ans. Ce furent des sensations fugaces de brûlure ou de piqûre sur des points circonscrits et variables de la peau, qui ont persisté jusqu'à ce jour, se localisant pendant tout un hiver dans une même région. Ce furent aussi quelques élancements vagues et erratiques. Le premier ordre de douleurs occupait, l'hiver dernier, le membre inférieur droit et, cet hiver, le dos et le cou. Le deuxième ordre se montre aujourd'hui dans les hanches, s'irradiant de là vers les reins. Les unes et les autres sont légères et ne l'incommodent pas. Elles ne ressemblent pas à celles de la sclérose spinale postérieure.

Mais les signes réels de la maladie n'ont apparu qu'il y a trois ans, c'est-à-dire au commencement de 1864, d'une façon insidieuse, sans qu'on puisse savoir lequel a précédé les autres. Ce furent une impulsion irrésistible à se porter en avant, se combinant à une attitude spéciale, certains troubles de la vision, de la glycosurie et un satyriasis relatif. Un an après environ s'y ajouta du tremblement portant sur les membres supérieurs.

Nous décrirons de suite tout ce qui a trait aux fonctions de locomotion, tel que les phénomènes se présentent aujourd'hui, c'est-à-dire à la fin de 1863, et en commençant par l'attitude.

Le corps semble sur le point de s'affaisser. Les jambes sont un peu fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin; le tronc et la tête sont également fléchis, cette dernière s'inclinant parfois un peu sur la droite. Le bras gauche, comme paresseux, est généralement ramené en dedans, l'avant-bras en pronation sur l'abdomen. Il résulte de cet ensemble un aspect de caducité précoce que complète la plupart du temps, la présence d'un tremblement aux membres supérieurs.

Ce dernier se compose d'oscillations petites et égales, quelquefois plus grandes, visibles lorsque le membre n'est pas appuyé, sans qu'il soit toujours nécessaire de faire étendre le bras. Il est d'égale intensité à droite et à gauche et s'exagère lorsque le sujet est ému ou attentionné et lorsqu'il se livre à quelque acte de précision. Aussi, l'écriture de X... est-elle illisible, les traits en sont jetés de côté et d'autre sans régularité. Les yeux fermés, ce tremblement n'augmente pas. Il s'interrompt pendant le sommeil. S'il est fort, la volonté ne réussit qu'à le suspendre un moment. Néanmoins, X... n'est pas maladroit, il ne laisse pas échapper les objets, il dirige bien, sans le secours de la vue, son doigt vers le point de la face qu'on lui désigne. Ses grandes distractions sont la chasse et le tir à l'arbalète, et à ce dernier exercice, il est le plus habile de sa commune.

Le tremblement existe quelquefois aux membres inférieurs, peut-être même à la tête. Mais aux premiers, il est si inconstant et si insignifiant, qu'on ne peut songer à lui rapporter les troubles de locomotion que nous allons décrire et qui certainement relèvent directement des centres nerveux.

D'abord, lorsqu'il est debout, X... ressent très-nettement dans les talons comme une force qui voudrait le soulever. D'autres fois, c'est au contraire, s'il veut avancer, comme une force qui le retient au sol. Ces deux phénomènes ne sont pas constants comme celui qui suit. X... se met-il enfin en route, qu'une force irrésistible dont il a conscience le pousse en avant et l'oblige à mouvoir ses jambes plus vite qu'il ne veut. On le voit alors s'élancer comme un individu d'abord pressé, puis qui trébuche et veut se rattraper, courant ou trottinant à pas petits, rapides et traînants. L'inclinaison permanente du corps et de la tête en avant, font croire à chaque pas qu'il va tomber et se précipiter la tête contre terre. On ne peut le voir sans frémir, aller ainsi sur les trottoirs de Paris et traverser les rues au milieu des voitures.

Les temps de la marche sont cependant réguliers, les mouvements bien coordonnés. Dans leur aspect, rien ne rappelle la forme du symptôme ataxie locomotrice, propre à la maladie ataxie locomotrice progressive, rien non plus ne rappelle les mouvements de la chorée.

Lorsque le désordre est très-prononcé, X... est obligé, toutes les cinq minutes, de s'arrêter à bout de force et tout en sueur; il s'arcboute alors de son mieux à l'aide de son bâton ou se retient à quelques corps; mais à chaque reprise, l'impulsion est plus impérieuse, le trot plus forcé. Aussi, dans ses mauvais jours, ne peut-il aller plus d'une demi-heure.

Lorsque le désordre est modéré, ce qui heureusement arrive souvent, il peut faire une demi-lieue et davantage de suite. Je l'ai vu chasser et, par parenthèse, être aussi heureux que qui que ce soit dans son tir.

Cette singulière impulsion et l'obligation qui en résulte pour le patient de trottiner sans cesse « pour rattraper son centre de gravité, » pour me servir de l'expression si juste de l'un des professeurs de cette Faculté, varient d'intensité d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre, selon l'état général de la santé, selon les fatigues qu'il a endurées, selon le degré d'excitation ou de calme du système nerveux et enfin, selon les variations de la glycose contenue dans les urines. Le désordre ne s'accroît pas par l'occlusion des yeux. La description qui précède se rapporte au degré maximum.

X..., avant d'exercer sa profession en voiture, allait toujours à cheval, montant à l'anglaise et lisant sans cesse. Il y a contracté une attitude et une démarche particulières qu'il regarde comme un diminutif et la cause première de son attitude et sa démarche actuelle. Vraie ou fausse, cette opinion mérite d'être mentionnée.

Pour ne pas avoir à revenir sur l'état des membres, j'ajouterai que la puissance musculaire, un peu moindre à gauche, est partout considérable. La pression d'aplomb sur les épaules ne le fait pas ployer. Jamais il n'a ressenti de crampes, de contractures, de contractions musculaires insolites, ni d'engourdissements ou de fourmillements. Les divers modes de sensibilité cutanée sont indemnes. Le sentiment des mouvements spontanés, des mouvements artificiels et des attitudes, les yeux ouverts ou fermés, est conservé.

Passons aux troubles de la vision qu'il faut qualifier d'illusions optiques. En tous temps, les oiseaux qui passent au-dessus de sa tête, de gauche à droite, lui paraissent avoir deux têtes et deux cous très-longs. L'illusion n'a pas lieu en sens inverse ni dans aucune autre circonstance. D'autres fois, mais par exception, s'il regarde un tas de pièces de 20 francs, il voit à quelques-unes deux circonférences. Je n'ai pu me rendre compte si le phénomène se produisait avec un seul œil ou avec les deux seulement. Sauf cela, la vue est excellente dans toutes les directions, ainsi que l'ouïe. A l'examen simple du champ pupillaire, on ne découvre rien de particulier. Les mouvements des paupières et de l'œil ont toujours été normaux.

Le troisième symptôme survenu il y a trois ans est la glycosurie. Son intensité varie d'un jour à l'autre, selon le degré de fatigues subies et selon le régime. Lorsqu'il est très-prononcé, les urines sont alcalines, sucrées au goût, sirupeuses. Elles se conservent longtemps sans subir d'altération et laissent sur le pantalon une tache blanche, cristalline. Elles se colorent en jaune-rougeâtre foncé par la potasse et la chaleur et précipitent en jaune par la liqueur de Barreswill et la chaleur. Leur quantité n'a jamais dépassé 4 litres par jour.

En même temps la soif est augmentée, mais pas excessivement. La quantité de 2 litres de boisson par jour n'a jamais été dépassée. La transpiration est considérable, contrairement à la règle. L'appétit est ordinaire, sans préférence pour les aliments féculents et les boissons acides. Les digestions sont excellentes, le sommeil idem. Quant à l'embonpoint, il n'a augmenté ni diminué depuis plusieurs années.

Le dernier symptôme, appartenant au début de la maladie, est l'accroissement des désirs vénériens et le satyriasis, sans spermatorrhée spontanée.

Quelques autres symptômes, outre le tremblement, ont apparu depuis le début de l'affection. De temps à autre, X... ressent à la nuque un sentiment pénible de pression ou de constriction. Il est devenu impressionnable, impatient. Jadis d'un caractère égal, heureux, il est aujourd'hui sujet à des alternatives de gaieté et de tristesse profonde, et passe en un instant du rire aux pleurs et réciproquement. La mémoire a peut-être un peu diminué, mais assez peu pour que l'âge en rende compte. Ni céphalalgie, ni rachialgie. Jamais il n'a eu d'anthrax ou de furoncles.

Août 1865. Dix-huit mois se sont écoulés depuis que ce qui précède a été noté. Il y a donc bientôt cinq ans que la maladie dure. L'attitude sénile, la propulsion en avant, la démarche qui en résulte et le tremblement des membres supérieurs ont seuls fait des progrès. Les phénomènes optiques et le satyriasis, proportionné à l'âge du sujet, persistent. La puissance musculaire s'est affaiblie un peu, mais d'une façon égale partout. Les sensibilités cutanée et musculaire, les fonctions recto-vésicales, les facultés intellectuelles, la santé générale demeurent bons et le sujet continue à vaquer nuit et jour à ses occupations. Un nouveau symptôme s'est manifesté : de temps à autre la parole hésite, la voix baisse, l'idée est longue à exprimer et l'on ne comprend pas ce qu'il a dit. — Jamais de pertes de connaissance, jamais de vomissements. Le cœur, les poumons et le foie, examinés avec soin, sont dans l'état le plus parfait.

Quant à la glycosurie, elle varie d'intensité avec la sévérité du régime. Elle devient considérable lorsque le malade fait un bon repas hors de chez lui, boit du vin blanc ou revient aux aliments sucrés et féculents; les désordres de locomotion, le tremblement s'exagèrent alors quelque peu, la douleur à la nuque, la tristesse sont plus marquées. Au contraire, elle diminue et disparaît dès que le malade se remet au pain de gluten et s'abstient des aliments voulus; la marche s'améliore alors, la gaieté reparaît, etc. En somme, et bien que les symptômes nerveux soient en moyenne plus intenses, la glycosurie, d'une manière générale, a certainement diminué.

X... n'a jamais consenti à se traiter qu'au point de vue de la glycosurie. Il a renoncé aux aliments féculents; il fait usage exclusivement des pains de gluten de Bernardherg, boit à ses repas et dans l'intervalle, de l'eau de Vichy (source Larbaud) et prend beaucoup d'exercice. Une fois cependant, il a bien voulu prendre un bain sulfureux tous les deux ou trois jours, pendant six semaines, et il commençait à s'en bien trouver. Ses forces revenaient, pour employer sa propre expression. La marche était plus calme, moins irrésistible, l'écriture plus régulière, le caractère moins mobile, plus gai.

P. S. 12 Février 1866. Je revois X... et le trouve beaucoup mieux. Depuis plusieurs mois, il n'a pas ressenti à la nuque, la sensation pénible dont j'ai parlé; son caractère est gai; sa parole est facile; ses troubles visuels sont moins constants. Les bras et les jambes, étendus l'un après l'autre, ne présentent pas de tremblement; pendant une journée entière je n'ai noté ce phénomène qu'au bras, et deux fois, à la suite des épreuves du dynamomètre dont je vais parler et pendant qu'il lisait son journal, les bras tendus.

La démarche trottinante et l'obligation de courir sont toutefois aussi prononcées; mais lorsqu'il se redresse avec force, il parvient à faire quelques pas et à sauter même sans présenter la moindre trace de cette infirmité. Je crois réellement qu'avec une volonté soutenue de sa part et en lui faisant porter au dos un sac de soldat, on arriverait à diminuer de moitié la bizarrerie de sa marche.

La saveur des urines, d'après X..., n'a pas été sucrée depuis bien des mois. Cependant, elles marquent 4 1/4 au pèse-urine, et la liqueur de potasse, puis la liqueur de Bareswill, y décèlent encore la présence de la glycosurie.

En réponse à quelques objections qui m'ont été adressées à la Société médicale d'Observation, je vais donner les résultats de recherches sur la force musculaire faites aujourd'hui avec le dynamomètre de Mathieu.

1° L'indication moyenne de l'aiguille de cet instrument sur l'arc de cercle inférieur, a été de 52 kil. pour la pression de la main droite et de 22 kil. pour celle de la main gauche.

2° La pression des genoux, l'un contre l'autre, l'instrument étant interposé entre eux, a donné le chiffre 35 kil., indiquant la force des adducteurs fémoraux.

3° L'une des extrémités de l'instrument étant fixée par une corde à un bâton de chaise, tandis que l'autre extrémité était fixée de même au cou-de-pied, et le sujet étant assis, l'effort pour étendre la jambe sur la cuisse a été de 40 kil. à droite et de 26 kil. à gauche, sur l'arc de cercle supérieur.

Ainsi qu'on doit le comprendre, le dynamomètre a été soumis à une pression dans les deux premiers genres d'épreuves, et à une traction dans le dernier. Je me propose, dans une prochaine occasion, d'insister sur ces divers procédés pour connaître la force musculaire.

En comparant ces résultats avec ceux obtenus dans les mêmes conditions, sur diverses personnes en bonne santé, il demeure acquis que X... est doué, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, d'une force musculaire assez considérable pour son âge, et que les différences qu'il présente d'un côté à l'autre, en faveur du côté droit, sont dans le rapport ordinaire, physiologique.

En résumé, X... exposé quotidiennement à de grandes fatigues et aux vicissitudes atmosphériques est pris, à l'âge de 62 ans, d'une impulsion irrésistible qui le pousse en avant et l'oblige, pour ne pas tomber, à trottiner sans cesse, le corps penché, de troubles bizarres de la vision, de glycosurie et de satyriasis. Un an après, il présente du tremblement des membres supérieurs, et trois ou quatre ans plus tard, un léger embarras de la parole. Son caractère s'altère, devient très-mobile et il ressent à la nuque une sensation pénible de pression. Quatre ans et demi après le début, la glycosurie est considérablement améliorée, tandis que le tremblement des membres supérieurs et la propulsion en avant ont augmenté. La force musculaire, la sensibilité générale, les fonctions recto-vésicales et les facultés intellectuelles restent indemnes, et X... continue à vaquer à ses occupations professionnelles.

Je ne crois pas nécessaire de justifier mon diagnostic de *paralysis agitans.* Le symptôme et la marche de la paralysie générale, du ramollissement cérébral et des tumeurs de l'encéphale sont tout autres. Le diagnostic ne pourrait hésiter qu'à propos des affections du cervelet. Mais dans ces dernières on ne rencontre ni l'attitude spéciale que j'ai décrite et qui est conforme à la description qu'en a donnée Parkinson en 1817, ni cette démarche exceptionnelle qu'a indiquée Sauvages et depuis lors tous les auteurs. La plupart des malades qui ont servi de base au travail si remarquable de MM. Charcot et

Vulpian en 1861, et que j'ai retrouvés à la Salpêtrière, les présentent toutes deux avec la même physionomie. Je ne prétends pas qu'elles soient constantes. Graves et Romberg ont rapporté chacun un cas où la propulsion était en arrière. MM. Charcot et Vulpian reproduisent plusieurs observations dans lesquelles le tremblement est seul noté. Mais je ne crains pas de les déclarer tellement pathognomoniques, qu'il suffit de les remarquer d'un côté à l'autre de la rue sur un individu pour diagnostiquer immédiatement et sans l'arrêter une *paralysis agitans*.

J'insisterai sur quelques points :

Les douleurs dans les membres et le tronc sont de règle dans cette maladie, d'après M. Charcot. Elles sont assez peu importantes chez mon malade pour qu'on puisse les négliger.

Le tremblement est habituellement le phénomène initial, à ce point que quelques auteurs ont rattaché la démarche spéciale à l'agitation des membres inférieurs. Chez X... le tremblement des membres supérieurs a succédé à la propulsion en avant et à l'obligation de trottiner.

L'intégrité de la force musculaire, de la sensibilité, des fonctions recto-vésicales, des fonctions de nutrition et des facultés intellectuelles est de règle dans les observations de *paralysis agitans* à la période d'état. Mon malade était dans ces conditions. La paralysie, l'incontinence, le délire notés dans quelques observations, tenaient à des complications comme l'autopsie l'a prouvé quelquefois, ou correspondaient à une période plus avancée. Ainsi l'une des malades de MM. Charcot et Vulpian a été prise de paraplégie depuis la publication de leur mémoire.

Je vois en ce moment un pauvre homme arrivé à la période ultime, dont l'histoire contraste avec celle de X... Il est en outre phthisique. La maladie de poitrine, à en juger par les renseignements, était fort grave il y a trente ans, et menaçait de l'emporter lorsque ses signes rationnels allèrent en s'amendant et s'améliorant au fur et à mesure qu'apparut sa maladie du système nerveux, c'est-à-dire le tremblement, l'impulsion en avant, l'obligation de trottiner et l'inflexion du tronc. L'année dernière, le tremblement était général, le menton s'appuyait sur le sternum, le tronc était courbé en deux, tous les jours il tombait, toutes les cinq minutes il était obligé de changer de position sur sa chaise pour ne pas en être précipité. J'essayai de le traiter. Le bromure de potassium, puis la belladone unie au seigle ergoté donnèrent peu de résultats. L'hydrothérapie, en revanche, amenait une amélioration très-positive, lorsqu'il fallut y renoncer en présence des hémoptysies qui survinrent et d'une poussée aiguë de tubercules. Je cessai alors tout traitement et la maladie nerveuse se remit à empirer tandis que la maladie de poitrine revenait, au contraire, à son état antérieur. Aujourd'hui il ne peut plus s'aider en rien pour manger, s'habiller ou se retourner dans son lit, la force musculaire est diminuée, la salive s'écoule hors de la bouche, le tremblement est porté à son comble, il est jeté à terre à tout instant, il a des douleurs continues dans les muscles et les articulations, il est gâteux. Cet avenir est-il à craindre pour le sujet de mon observation auquel je reviens?

Chez X... on trouve un symptôme important que Blasius a seul noté et qui semble désigner le siége de la maladie. Je veux parler d'un sentiment de pression à la nuque.

X... enfin offre trois symptômes que je n'ai vu notés nulle part dans cette maladie, les troubles spéciaux de la vision, le satyriasis et la glycosurie. Craignant d'abuser de votre attention, je ne m'arrêterai qu'à ce dernier.

Sur deux autres sujets atteints de *paralysis agitans*, j'ai recherché à plusieurs reprises et inutilement la présence de sucre dans les urines. M. Charcot m'a dit ne pas l'avoir rencontré jusqu'à ce jour dans cette maladie. L'examen des urines de deux de ses malades, qu'il a bien voulu renouveler sous mes yeux, a encore été infructueux. La glycosurie dans ces conditions est donc un fait nouveau. Mais quelle en est la signification?

Les autopsies de *paralysis agitans* sont assez rares. MM Charcot et Vulpian en citent trois principalement. Dans la première de Parkinson, on a trouvé une induration du pont de Varole, de la moelle allongée et de la moelle cervicale. Dans une seconde de Oppolzer se trouvent notées une induration du pont de Varole et du bulbe rachidien et quelques altérations moins étudiées des cordons latéraux de la moelle. Dans la troisième de Lebert le bulbe et la protubérance n'ont pas été examinés, mais il est fait mention d'une induration scléreuse de la partie supérieure de la moelle. Quelques autopsies ont depuis été pratiquées par les deux éminents médecins de la Salpêtrière, mais n'ont donné aucun résultat malgré les recherches les plus minutieuses.

Il n'en reste pas moins que la lésion et le siége de la *paralysis agitans* doivent être recherchés principalement au voisinage du bulbe. L'ensemble des symptômes n'indique-t-il pas d'ailleurs que la partie supérieure de la moelle et la moelle allongée sont effectivement en cause? Ayant égard aux expériences de M. Claude Bernard sur le quatrième ventricule, n'est-on pas aussi porté invinciblement à croire que la glycosurie dépend ici d'une altération de l'endroit dont la blessure donne lieu précisément à ce phénomène?

L'absence à l'autopsie de lésions appréciables à nos moyens d'investigations ne prouvent pas nécessairement que la partie observée n'ait pas été le point de départ des accidents. Quelque soixante autopsies et plus, par exemple, ont établi que la lésion avancée de l'ataxie locomotrice progressive est représentée par la sclérose des cordons spinaux postérieurs. Cependant une fois cette lésion a fait défaut. Cette exception renverse-t-elle les faits acquis antérieurement? Nullement! Elle se borne à établir que le symptôme ataxie locomotrice peut se produire sans qu'il y ait actuellement de lésion visible. De même les autopsies négatives de M. Charcot ne détruisent pas ce que les antérieures ont indiqué. Les symptômes ne sont-ils pas d'ailleurs des réactifs aussi sensibles, sinon plus, que nos sens pour nous faire connaître si tel ou tel organe est malade? Dans le cas actuel, la glycosurie permanente nous apprend qu'une partie du quatrième ventricule est atteinte. C'est nous insinuer en même temps que la *paralysis agitans* a son siége dans le voisinage de ce quatrième ventricule, ce qui s'accorde avec les autopsies affirmatives que nous avons analysées.

On peut, il est vrai, se poser la question suivante : La glycosurie ici, au lieu d'être un symptôme, ne serait-elle pas une simple complication? Un seul fait ne saurait résoudre la difficulté. Cependant, en constatant que les lésions de la *paralysis agitans* occupent une région du système cérébro-spinal et non un point, on ne doit pas s'étonner qu'elles atteignent naturellement le quatrième ventricule, et dès lors la glycosurie devient un symptôme.

On peut se poser aussi cette autre question : Les accidents nerveux que j'ai relatés, au lieu de dépendre directement des centres nerveux, ne seraient-ils pas l'effet même de la glycosurie? Je ne le crois pas : 1° Parce que le diagnostic de *paralysis agitans* n'est pas douteux et que ces mêmes accidents ont été décrits alors qu'il n'y avait pas de glycosurie ; 2° Parce que les accidents nerveux ont été en augmentant pendant cinq années, tandis que la glycosurie a été en diminuant et que souvent même celle-ci a tout à fait disparu quand les premiers persistaient.

Il est enfin un côté tout pratique de cette observation, par lequel je termine. M. Trousseau, dans ses cliniques, dit qu'il faut dans le régime des diabétiques tenir grand compte du goût des individus et ne pas les astreindre au pain de gluten d'un goût si peu agréable. C'est qu'en effet la plupart des pains de gluten que nous livre le commerce sont noirs, durs et peu appétissants. Ceux dont X... fait usage depuis cinq ans n'ont pas ces inconvénients; il s'y est habitué dès le premier repas, et le préfère au pain de froment lui-même; il ne manque jamais d'en emporter lorsqu'il dîne hors de chez lui. Aussi les résultats sont-ils des plus satisfaisants. Les fonctions digestives sont régulières, l'appétit et l'embonpoint se maintiennent et le sucre fait souvent défaut dans ses urines.

DES HÉMORRHAGIES

Succédant à la section du frein de la langue chez les nouveau-nés. Moyen simple de les arrêter;

Par M. le docteur Binaut.

La section du frein de la langue chez les nouveau-nés est une opération ordinairement innocente; mais elle s'accompagne parfois d'une hémorrhagie fort grave qui résiste quelquefois aux divers moyens employés. C'est ainsi que pour combattre cet accident redoutable, les styptiques ont été recommandés par Désormeaux et Bouchut; la compression faite avec un morceau d'agaric (Faure, Désormeaux), avec une petite fourche en bois de bouleau (J. L. Petit, Jacquemier); la cautérisation, soit avec l'azotate d'argent fondu (Chailly), soit avec une sonde chauffée (Mauriceau), ou un stylet rougi à blanc (Brasdor, Maurain, Ronshuiven, Dugès, Gardien, Desormeaux, Chailly, Bouchut, Jacquemier); la ligature prônée par Guillemeau expose l'enfant, selon Riolan, aux convulsions et à la gangrène, et est, pour Blandin, le moyen le plus sûr et le moins dangereux; la compression du nez dans le but de forcer l'enfant à dormir la bouche ouverte (Bouchut). La torsion des vaisseaux a échoué entre les mains de Lestiboudois et Bailly.

La manière de faire la section du frein de la langue, le manuel opératoire est aussi diversement et quelquefois dangereusement indiqué.

S'il en est ainsi, il est important de lui appliquer la loi générale qui régit toutes les opérations, c'est-à-dire de n'y recourir que lorsqu'elle est positivement indiquée.

La section du frein de la langue n'est nécessaire, selon Bidaut, que lorsque cet organe est tellement bridé que la succion est rendue, sinon impossible, du moins très-difficile, lorsqu'en un mot la nutrition de l'enfant est compromise. Dans les autres cas, on ne doit la faire que plus tard, et seulement quand la présence du filet gêne quelque fonction, comme l'articulation des sons, par exemple.

Lorsqu'on croit devoir y recourir, il est très-important de n'inciser qu'une petite étendue du frein, 2 ou 3 millimètres au plus, une seconde et même une troisième incision pouvant toujours être pratiquée ultérieurement.

Le conseil de la Motte et de Blandin, consistant à couper tout le frein d'un seul coup, me paraît donc des plus dangereux, et l'expérience démontre tous les jours, contrairement à l'opinion du dernier, que les mouvements répétés de la langue tendent à augmenter sa mobilité, et que rarement on se trouve dans la nécessité de répéter la section. L'état du frein lui-même expose d'ailleurs le petit malade à plus ou moins de danger après l'opération.

Souvent, en effet, il est mince, transparent et ne semble contenir aucun vaisseau, et à peine une gouttelette de sang s'échappe-t-elle après l'opération: quelquefois, il est très-épais et contient des vaisseaux assez considérables. Dans le premier cas, l'hémorrhagie n'est pas à craindre, dans le second, elle est presque inévitable si l'incision est profonde, possible même après une incision de 1 ou 2 millimètres seulement, comme le prouve l'observation que je viens de rapporter. Il faudra donc, dans ce cas, redoubler de prudence.

Il est bien entendu que pour faciliter la section, il est bon, après avoir fait pincer le nez pour forcer l'enfant à ouvrir la bouche, de soulever la langue avec les doigts et mieux avec la Plaque de la sonde cannelée dont la fente reçoit le filet et dont la plaque protége la face inférieure de la langue; la section est alors très-facile à faire et doit toujours avoir lieu avec des ciseaux à pointes mousses, lesquelles doivent être dirigées le plus bas possible, c'est-à-dire qu'il faut les éloigner de la face inférieure de l'organe qu'il s'agit de débrider.

Si malgré toutes les précautions il survient une hémorrhagie, il sera facile, à l'aide du moyen que M. Binaut a employé avec succès, d'arrêter l'écoulement du sang. Ce moyen est simple, facile à employer. Quel est, en effet, le chirurgien qui n'a pas sur lui une pince à pansement? Lorsque l'hémorrhagie est en nappe et abondante comme dans le cas observé, on peut être exposé à quelques tâtonnements avant de saisir convenablement le frein, mais on ne peut manquer d'y arriver, les mors de la pince présentant un volume assez considérable relativement à la plaie qu'il s'agit de pincer. Son application n'a donné lieu à aucune douleur appréciable; sa présence dans la bouche n'a pas empêché l'enfant de prendre des boissons. Même la déglutition était facile et complétement indolore. Le cautérisation avec le stylet rouge et bien plus difficile et bien moins efficace; elle ne me paraît guère applicable que lorsqu'une artère lance un jet comme dans l'observation de Maurain, car elle ne permet de cautériser qu'un point très-restreint, que le moindre mouvement de l'enfant rendra difficile à atteindre, caché qu'il est par l'écoulement incessant du sang. Le stylet a de plus le grave inconvénient de se refroidir avec une grande rapidité.

La durée de la compression du frein à l'aide de la pince peut varier selon les cas; on a vu que trois heures ont suffi pour arrêter sans retour l'hémorrhagie très-grave que j'ai eu à combattre. Après l'enlèvement de la pince, M. Binaut a cru devoir prendre quelques précautions qu'il est utile d'observer dans des circonstances analogues; de ce nombre se trouve particulièrement la recommandation, d'avoir toujours à portée un biberon préparé pour le cas où l'enfant viendrait à pleurer et au moindre cri de le lui présenter, d'avoir soin de s'en servir en même temps comme agent de compression et d'immobilisation de la langue, afin d'éviter ainsi les tiraillements de la plaie.

(*Bulletin médical du nord de la France.*)

ABCÈS PROFOND DE L'AVANT-BRAS CONSÉCUTIF A UNE PIQURE DU POUCE.

Le 11 décembre, M. Nélaton a pratiqué une opération d'urgence qui présente quelquefois des difficultés et sur laquelle nous croyons devoir appeler l'attention.

Il s'agissait d'une cuisinière qui, voulant préparer un cuissot de chevreuil, se fit une blessure au pouce de la main gauche avec une pointe osseuse. De là un panaris; puis l'inflammation gagne la gaîne du tendon du fléchisseur propre du pouce, passe de la main à l'avant-bras et provoque dans tout le membre inférieur un gonflement énorme. Les doigts, la main, l'avant-bras, le bras jusqu'à l'origine de l'épaule, affectaient une forme sphéroïdale et offraient une dureté que M. Nélaton a signalée comme caractéristique de l'existence d'une suppuration ayant son siége principal dans les régions profondes des parties tuméfiées. Le volume et la dureté, a dit M. Nélaton, sont des signes remarquables de la suppuration consécutive à l'inflammation des doigts; mais il convient surtout de se préoccuper beaucoup de la dureté, le gonflement pouvant être le produit exclusif d'une angioleucite et n'accuser qu'une inflammation superficielle qui ne commande pas l'intervention chirurgicale. La dureté, au contraire, signifie ici inflammation profonde de tout le membre.

Pour reconnaître la suppuration au milieu de cette tuméfaction, il faut placer les deux mains sur la face antérieure de l'avant-bras parallèlement à l'axe du membre, une main en haut, l'autre en bas; puis, en comprimant alternativement le plan correspondant à la face palmaire des doigts de chaque main, on a, s'il y a du pus, une sensation de fluctuation ou de soulèvement manifeste.

Dans ce cas, le pus a pour origine la gaîne du tendon du fléchisseur propre du pouce; cette gaîne s'altère profondément, et le pus qu'elle contient brisant les entraves opposées à son expansion, occupe d'abord le voisinage du muscle lui-même, puis s'étend et finit par s'accumuler profondément audevant du ligament interosseux et du carré pronateur.

Tout le monde sait qu'en présence de ces collections purulentes, il faut agir avec efficacité et promptitude, ce qui revient à dire qu'il faut donner au pus une issue convenable par une large ouverture. Mais en procédant à cette opération, on est exposé à des accidents contre lesquels il convient de se tenir en garde. Ainsi, M. Nélaton a vu Blandin entre autres, malgré sa grande habileté manuelle, léser le nerf médian; d'autres chirurgiens ont traversé des tendons. Or, pour éviter d'intéresser des organes aussi importants, il faut pratiquer à la peau une large incision, agir en connaissance de cause, et se com-

porter en un mot, comme si l'on procédait à une ligature d'artère. Cette manière de faire n'est pas brillante, mais elle est sûre. Quelques détails serviront, le cas échéant, à guider les praticiens dans l'exécution de cette opération délicate.

Quelle est d'abord la situation du nerf médian à l'avant-bras? Après avoir traversé l'arcade fibreuse du rond pronateur puis celle du fléchisseur superficiel, il descend entre ce fléchisseur et le profond dans la couche celluleuse qui sépare ce dernier muscle du fléchisseur propre du pouce. Plus bas, le même nerf se place sur le côté externe du fléchisseur superficiel au côté interne du tendon du grand palmaire. Le nerf médian étant ainsi placé sur la ligne médiane, il ne faut pas inciser sur celle-ci. Le mieux est de porter le bistouri un peu plus près du bord externe que du bord interne du membre. Pour mnémoniser ce précepte, il suffit de se demander d'où vient le médian, et sachant que c'est du côté interne du bras, ainsi que nous venons de le voir, on le laisse du côté d'où il vient en pratiquant l'incision. Dans le cas dont il s'agit, M. Nélaton divisa la peau dans une étendue d'environ dix centimètres, puis il incisa successivement la couche celluleuse sous-cutanée et l'aponévrose et tomba entre le petit et le grand palmaire dont le tendon est en pareil cas la lumière qui dirige le chirurgien. Une fois mis à nu, ce tendon ne doit plus être abandonné; on rase son bord interne, on ne coupe pas, on écarte les faisceaux du fléchisseur superficiel, on rencontre le nerf médian, on le refoule en dedans. Cela fait, on pénètre d'autorité à travers la couche du fléchisseur profond dans le foyer purulent situé comme nous l'avons dit entre cette couche d'une part, et le carré pronateur et le ligament interosseux de l'autre.

Le pus qui s'est écoulé dans cette circonstance était extrêmement abondant. Mais il ne s'agissait pas seulement de faire écouler ce pus, il y avait à combattre un panaris et les conséquences d'un vaste phlegmon gangréneux qui envahissait toute la main. M. Nélaton a fendu largement la gaîne tendineuse du pouce, puis il a fait ensuite de longues et profondes incisions dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée qui est le siége de l'inflammation phlegmoneuse. A ce propos, le savant professeur a fait observer que cette couche pouvait acquérir, en pareille circonstance, une épaisseur de trois à quatre centimètres, ce qui permet d'inciser profondément sans courir le risque d'atteindre l'aponévrose.

Le lendemain l'état de la malade était complétement transformé. La douleur avait disparu avec la tension des parties; la sédation était absolue, comme c'est la règle dans ces cas.

Une remarque très-importante a été faite ici par M. Nélaton. Voilà, a-t-il dit, une gaîne tendineuse ouverte, le pus baigne les fléchisseurs et imprègne toutes les parties de cet avant-bras; que deviendront les mouvements des doigts? Eh bien! l'expérience permet d'affirmer que ces mouvements se rétabliront intégralement. Il y aura de la rigidité pendant deux ou trois mois, mais les adhérences qui auront pu se former céderont, il se fera une séreuse nouvelle et l'exercice des doigts reprendra toute sa régularité.

Est-il besoin d'ajouter que pendant les opérations successives qu'a dû subir la malade qui nous occupe, la sensibilité a été abolie par les inhalations de chloroforme? Quant au pansement, il a consisté dans l'introduction de boulettes de charpie dans les plaies, et dans l'application sur toute la longueur du membre de cataplasmes bien humides et bien chauds. (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

ECZÉMA PILARE DE LA BARBE SIMULANT UN SYCOSIS.

Diagnostic différentiel. Traitement.

Sous le nom de *mentagra menti*, de *sycosis*, les auteurs romains nous ont laissé la description d'une affection qu'on observait surtout chez les chevaliers qui portaient leur barbe et qui était caractérisée par des pustules, des tubercules, des ulcérations et la chute des poils. Cette affection repoussante était contagieuse par le baiser, mode de salutation alors en usage. Était-ce bien là notre sycosis actuel? Peut-être. Dans tous les cas, rien n'est mieux connu aujourd'hui que la mentagre, et grâce aux travaux contemporains de MM. Gruby, Bazin, Robin, Baerensprung (en Prusse), Hardy, etc., on sait que le sycosis est une maladie parasitaire produite comme l'herpès circiné qui la précède ou l'accompagne, comme l'herpès tonsurant, par la présence du champignon nommé *tricophyton*.

Cette notion acquise, il semble que le microscope doit en toute circonstance éclairer immédiatement le diagnostic du sycosis. Pourtant il n'en est pas ainsi. Les spores peuvent avoir été détruites, entraînées par la suppuration, en sorte que, pour reconnaître la maladie, il faut considérer les signes objectifs et interroger l'histoire de son évolution clinique. Dans ce cas, c'est avec l'*eczema pilare* qu'il est possible de confondre la mentagre parasitaire, et nous en avons vu précisément à Saint-Louis un exemple que M. Hardy s'est empressé de mettre sous les yeux de son auditoire.

Il s'agissait d'un homme de trente ans qui portait à la lèvre supérieure, au menton et à un plus faible degré dans ses favoris une affection cutanée dont l'origine remontait à plus de deux ans. Traitée dès le début par des cataplasmes et des bains, la maladie s'était affaiblie, puis elle était revenue. Le malade était entré à l'hôpital, où le même traitement avait été suivi d'une nouvelle amélioration bientôt suivie elle-même d'un retour du mal. En somme, pendant deux années, cette affection offrit des phases diverses, mais ne disparut pas complétement.

Quels en étaient les caractères? Les voici en peu de mots;

Dans la moustache, au menton, dans les favoris, un peu dans les sourcils, existaient des croûtes, des écailles jaunes, lamelleuses, saillantes, notamment à la lèvre supérieure et au menton, minces et furfuracées dans les autres parties pileuses de la face. Si les croûtes de la barbe étaient enlevées, il se faisait sur les parties sous-jacentes un suintement qui bientôt produisait de nouvelles croûtes en agglutinant les poils, en les intriquant, mais sans en altérer la texture. En effet, on ne voyait nulle part à la barbe des espaces privés de poils, comme on en rencontre dans le sycosis. En second lieu, sur les parties glabres du visage, le malade éprouvait de la chaleur et de la démangeaison, mais c'était là tout. Jamais ces parties n'avaient été le siége de cercles rouges (herpès circiné), ni de gonflement considérable, ni de pustules; à peine y constatait-on l'existence de quelques lamelles unies, pâles, ne ressemblant en aucune façon aux tubercules rouges et arrondis du sycosis.

A ces signes différentiels, il fallait ajouter la circonstance de ce double fait, que si le malade eût eu un sycosis comptant deux années de date, les poils fussent tombés par place, comme nous l'avons dit plus haut, et que l'avulsion des poils survivants eût été très-facile, ce qui n'avait pas lieu chez cet homme. Pour M. Hardy, la facilité de l'épilation est caractéristique de l'existence du sycosis parasitaire.

Mais si ce n'était pas un sycosis, qu'était-ce donc que cette affection caractérisée par des croûtes jaunes, lamelleuses, furfuracées, se renouvelant à la faveur d'un suintement? Eh bien! C'était un eczéma que l'on n'eût pas hésité à reconnaître pour tel, s'il eût eu pour siége une partie glabre, mais qui pouvait simuler un sycosis dans les conditions locales où il s'était produit.

Ces conditions, il faut le dire, sont très-défavorables au point de vue du pronostic. Car, tandis que sur les parties glabres l'éruption eczémateuse est peu tenace, à moins que le malade ne trouve dans sa constitution, dans ses habitudes ou dans sa profession, une cause persistante qui entretienne et aggrave les accidents; par contre, aux régions pileuses et notamment au menton et à la lèvre supérieure, on n'en vient à bout que fort lentement et avec une difficulté extrême.

De là la nécessité d'ajouter au traitement ordinaire de l'eczéma impétigineux l'emploi du procédé le plus propre à soustraire le mal à l'influence fâcheuse des poils.

Le procédé le plus prompt, le plus efficace, au moins en apparence, pour remplir cette indication, serait l'épilation; mais dans le cas dont il s'agissait surtout, l'avulsion des poils eût été douloureuse, et de plus, ce n'eût été là qu'une mesure palliative. Aussi M. Hardy n'y a-t-il pas songé dans ce cas. Ce médecin a préféré prendre un moyen terme qui suffit généralement, et peut avantageusement remplacer l'arrachement des poils. Il a fait couper ceux-ci au raz de la peau avec des ciseaux. A l'aide de cette coupe, les cataplasmes agissent directement, et l'amélioration qui en résulte est immédiate. C'est ce qui est arrivé chez le malade qui nous occupe. Sous l'influence des cataplasmes de fécule de pomme de terre, les croûtes sont tombées, et l'on a pu alors reconnaître que chaque pustule ne se confondait point avec le poil, lequel, au lieu d'être altéré et friable comme dans le sycosis, était sain.

Le diagnostic étant ainsi confirmé de nouveau par cette circonstance, il ne restait plus qu'à traiter la maladie comme un eczéma impétigineux à siége spécial. C'est ce qui a été fait. Pour tarir le suintement abondant qui s'effectuait surtout au menton, M. Hardy a eu recours aux purgatifs dont l'usage quotidien ne tarde point à transporter pour ainsi dire la sécrétion pathologique de la surface cutanée sur la surface muqueuse intestinale. A cet effet, le malade a pris chaque matin deux verres de la tisane suivante qui remplace à peu de frais l'eau de Pullna ou de Fredericshall:

Pr. Follicules de Séné. . . . 4 à 8 grammes
Pensées sauvages. . . . . 8 à 12 —

Faites infuser dans

Eau bouillante. . . . . . . 1 litre.

Dans la journée, la boisson ordinaire était une tisane amère de saponaire, de gentiane ou de houblon.

Ce traitement aidé de quelques bains de vapeur à l'hydrofère a rapidement modifié les surfaces sécrétantes, calmé le prurit et fait disparaître le sentiment de chaleur. On le continuera encore, et dans quelque temps on soumettra le malade à la médication arsenicale, médication presque héroïque des manifestations eczémateuses, et qui guérit à coup sûr, selon M. Hardy, quand l'herpétisme n'est point gouverné par quelque diathèse ou influencé par la coïncidence de quelque maladie générale. (*Idem.*)

DE LA CAUTÉRISATION PÉRI-CERVICALE DANS LA VAGINITE.

Que la vaginite soit simple ou qu'elle soit virulente, qu'elle soit aiguë ou qu'elle soit chronique, de tous les moyens locaux que l'on a conseillés pour modifier la muqueuse vaginale: injections de toute nature, application de tampons chargés de substances médicamenteuses, badigeonnages, cautérisations directes, etc.; la médication qui a fourni à M. Nonat les résultats les plus remarquables et les plus constamment heureux, celle en définitive qu'il n'a jamais cessé d'employer depuis plus de dix ans, c'est la cautérisation de la muqueuse vaginale avec l'azotate d'argent en solution.

Seulement pour que cette cautérisation réussisse, et c'est une condition indispensable, il faut que pas un point de la surface enflammée n'échappe à l'action du caustique. Lorsque la méthode échoue, soyez certain, dit M. Nonat, que quelque pli du vagin et surtout le cul-de-sac utéro-vaginal s'est soustrait à la cautérisation. Si l'on veut opérer sûrement en pareil cas il faut d'abord se munir d'une bonne solution concentrée d'azotate d'argent, puis de deux pinceaux, l'un petit en poil, dit pinceau intra-utérin, l'autre volumineux, composé de charpie.

Le spéculum dont se sert ici M. Nonat, est le spéculum bivalve armé de son embout; c'est celui qui cause le moins de douleur, quand on l'introduit dans un vagin enflammé.

Ce spéculum appliqué et le col bien engagé entre ses valves, il s'agit de procéder à la cautérisation. Celle-ci se fait en deux temps. Dans le premier temps, le chirurgien armé du petit pinceau chargé de son liquide caustique, badigeonne avec soin toute la surface apparente et tangible du col utérin jusqu'au fond du cul-de-sac. De cette façon on est certain que si le gros pinceau qui dans le second temps, sert à cautériser toute la surface vaginale derrière le spéculum, au fur et à mesure que l'instrument est retiré, n'atteint pas la portion du cul-de-sac qui correspond au col, cette portion se trouve cautérisée ultérieurement par suite de son contact avec la surface de cet organe déjà imbibée de solution caustique.

Sous l'influence de ce badigeonnage, l'inflammation subit d'abord un mouvement d'accroissement notable; la sécrétion muco-purulente augmente, puis au bout de deux, trois, quatre, cinq, six heures, cet orage s'apaise et les jours suivants l'amélioration commence à se dessiner. On réitère alors la cautérisation tous les cinq ou six jours avec le même caustique, jusqu'à ce que la marche rétrograde des phénomènes inflammatoires s'accuse nettement par la diminution de l'écoulement et les modifications favorables survenues dans sa nature. Ce résultat obtenu, on substitue à la solution concentrée une solution moins forte, et l'on ne pratique la cautérisation que tous les huit, dix ou douze jours. Dans l'intervalle des cautérisations, M. Nonat prescrit, s'il y a lieu, des cataplasmes sur l'hypogastre, des bains entiers ou des bains de siége, des injections fraîches ou émollientes, qui ont surtout pour but de débarrasser le vagin de tous les produits de sécrétion ou autres qu'il retient dans ses plis.

M. Nonat a rapporté sommairement dans son *Traité des maladies de l'utérus*, une dizaine d'observations de vaginites à tous les degrés d'intensité, dans lesquelles on voit l'inflammation vaginale disparaître complétement après quatre, cinq, six cautérisations péri-cervicales en moyenne, et sept à huit dans les cas intenses ou rebelles. Une de ces observations surtout est remarquable, en ce que la vaginite était extrêmement intense, que douze cautérisations pratiquées à huit jours de distance par la méthode ordinaire, n'avait produit aucune diminution sensible des symptômes, et que sept cautérisations faites par la méthode indiquée ci-dessus ont amené la guérison complète de cette vaginite.

Ces diverses observations et celles recueillies postérieurement par M. Nonat, permettent de conclure que les procédés ordinaires de cautérisation sont insuffisants dans un certain nombre de vaginites, par suite des lacunes que ces procédés laissent subsister sur la surface cautérisée, et que le meilleur moyen d'obvier à cette imperfection du traitement, est de pratiquer avec soin la cautérisation péri-cervicale.

Il est un conseil que M. Nonat ne manque jamais de donner à propos de son mode de cautérisation; c'est de ne combattre la vaginite ni par les astringents, ni par les caustiques, dans les cas où l'inflammation vulvo-vaginale est compliquée d'une phlegmasie utérine ou péri-utérine. Avant d'attaquer la vaginite, il faut préalablement éliminer cette complication, si l'on ne veut voir survenir des accidents graves du côté de l'utérus ou de ses annexes. (*Idem.*)

RECHERCHES SUR LES FONCTIONS DU CERVELET,

Par le Dr Howship Dickinson.

Les vivisections faites principalement sur des animaux inférieurs et l'analyse des diverses observations faites sur l'homme servent de base à ce travail, dont l'auteur résume les résultats dans les conclusions suivantes:

1° L'adjonction du muscle à la moelle allongée fournit un surcroît de puissance motrice volontaire dans les quatre extrémités, surcroît qui est d'ailleurs plus prononcé dans les extrémités postérieures que dans les antérieures. La puissance motrice, à ce point de départ, est distribuée de manière à produire des mouvements égaux et équilibrés, et elle paraît agir souvent d'une manière continue et automatique.

2° L'ablation du cervelet exerce sur les muscles des extrémités une influence d'autant plus prononcée que l'organe est plus volumineux; elle consiste en une diminution de la puissance volontaire et de l'équilibration des mouvements. Cette modification est plus prononcée, en diverses circonstances, dans les extrémités postérieures que dans les antérieures. L'activité habituelle du sujet d'expérience est, en outre, diminuée.

Les effets produits quand on mutile un côté du cervelet seulement doivent faire penser que chaque moitié latérale de cet organe exerce une influence sur les deux côtés du corps, mais que cette influence est surtout croisée.

3° L'ablation du cervelet est sans action sur la sensibilité

superficielle et sur les sens spéciaux, aussi bien que sur l'action des mouvements involontaires et sur les mouvements réflexes.

4° Dans l'espèce humaine, la perte et les altérations du cervelet ne paraissent pas avoir d'autre effet constant qu'un affaiblissement des mouvements volontaires. Les lésions de cet organe, son développement incomplet, produisent invariablement ce résultat dans les extrémités, et notamment dans les extrémités inférieures. La destruction d'un lobe se fait sentir principalement dans les extrémités du côté opposé. Quant aux fonctions des sens et de l'intelligence, et à la contractilité des muscles innervés par les nerfs crâniens, elles ne sont pas altérées par les affections du cervelet.

Cet organe paraît donc être destiné à fournir aux muscles striés des troncs et des extrémités la puissance motrice régulatrice, et celle-ci est distribuée en sens inverse de l'influence cérébrale. Le cerveau tient sous sa dépendance exclusive les parties innervées par les nerfs crâniens, et même une action prépondérante sur les extrémités supérieures, tandis que le cervelet exerce une influence plus marquée sur les extrémités postérieures. Les muscles du tronc et des extrémités sont ainsi soumis à une double influence. L'influence du cervelet est apte à produire des mouvements continus et probablement habituels, qui sont utilisés par le cerveau, mais qui ne sont pas placés sous sa dépendance (*Brit. and foreign medico-chirurg. Review et Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 26 janvier 1866. — Présidence de M. Bricheteau, Secrétaire général.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

M. PAUL TOPINARD lit une observation de *paralysis agitans* avec glycosurie. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. GÉRIN-ROSE. D'après M. Topinard, le symptôme exceptionnel qu'il a observé, la glycosurie, nous apprend que le quatrième ventricule est atteint et que la maladie elle-même, la *paralysis agitans* intéresse le voisinage de ce ventricule. Cette affirmation est trop absolue. Il nous parle ensuite d'une satyriasis proportionnée à l'âge du sujet. A la place de cette expression, j'aurais voulu quelques détails.

M. TOPINARD. Le premier passage critiqué ne peut être détaché des considérations qui le précèdent. Voici ce que j'ai entendu.

Les quelques autopsies pratiquées de *paralysis agitans* ont montré des lésions dans la protubérance, le bulbe et la partie supérieure de la moelle, c'est-à-dire dans une région des centres nerveux plutôt que dans un point déterminé. Elles font présumer que la paroi postérieure du bulbe a quelque chance d'être atteinte. Précisément, dans mon observation existe une glycosurie très-prononcée, c'est-à-dire l'un des phénomènes que la physiologie expérimentale obtient par la lésion du quatrième ventricule. Ce n'est donc pas de la hardiesse de prétendre que la glycosurie y indique une altération du quatrième ventricule, et vient à l'appui des faits qui placent le siége anatomique de la *paralysis agitans* dans la région où est compris ce ventricule.

Quant au satyriasis proportionné ou mieux relatif, j'entends ainsi désigner la faculté de répéter l'acte vénérien plus souvent que ne le comportent l'âge et les antécédents du sujet. Ce qui est à soixante ans du satyriasis, n'en serait pas à vingt ans.

M. FRITZ. Si le traitement par le pain de gluten, en diminuant le chiffre de la glycose contenue dans les urines, a exercé une influence favorable sur les symptômes nerveux, ne serait-ce pas que ceux-ci dépendaient de la glycosurie?

M. TOPINARD. Lorsque le sucre diminuait ou disparaissait dans les urines sous l'influence du régime, les symptômes nerveux s'amélioraient un peu, le caractère devenait plus gai, etc.; inversement, les symptômes nerveux augmentaient lorsque les écarts du régime ramenaient la glycosurie. C'est vrai. Mais si l'on considère un ensemble de cinq années, on voit au contraire la glycosurie diminuer considérablement, tandis que le tremblement et l'obligation de courir augmentent. Ces symptômes ne dépendent donc pas de la glycosurie, dont les variations n'ont d'influence sur eux qu'à la façon des fatigues, des émotions, etc.

M. MARTINEAU. Je crois que le titre de *chorea festinans* conviendrait mieux à l'observation qui vient d'être lue que celui de *paralysis agitans*. Dans la première, la tendance à se porter en avant et à courir est le fait fondamental comme dans le cas de M. Topinard. Dans la seconde, le tremblement apparaît le premier, se localise ou prédomine dans un même membre comme chez deux malades actuellement couchés à l'Hôtel-Dieu, et n'atteint la tête qu'en dernier lieu.

J'aurais désiré plus de détails sur l'état de la force musculaire, si important dans l'histoire de cette maladie. Ainsi, dans les membres affectés de *paralysis agitans*, cette force, bien qu'amoindrie, demeure considérable; ce qui démontre l'impropriété du terme *paralysis*. Les muscles y conservent jusqu'à la fin leur contractilité électrique, mais perdent plus ou moins de cette propriété, que l'on a appelé incitabilité musculaire.

Quant à la glycosurie symptomatique dont il a été question, était-il convenable de la traiter par le régime des chimistes, c'est-à-dire par l'abstention absolue de féculents? C'est une pratique généralement abandonnée aujourd'hui. M. Trousseau s'élève à la fois contre elle et contre la médication alcaline à hautes doses qui peuvent conduire à la cachexie et par conséquent favoriser le développement des tubercules chez les diabétiques.

M. TOPINARD. La première partie de l'argumentation de M. Martineau est assez fondée. Mais la *chorea festinans* de Sauvages est-elle bien une maladie distincte de la *paralysis agitans* de Parkinson, Romberg, etc.? telle est la véritable question.

Si l'on compare les observations dans lesquelles le tremblement reste borné à un membre, sans autre symptôme, avec la description en deux ou trois lignes de Sauvages, où il n'est parlé que de l'obligation de courir, sans doute les deux maladies sont dissemblables. Mais si l'on a égard aux observations les plus complètes, aux cas parvenus à un degré avancé, on voit le tremblement, l'attitude courbée et l'obligation de trottiner se montrer parallèlement, et cette dernière constituer le phénomène le plus remarquable, le plus spécial. Pour ma part et avant de poser définitivement mon diagnostic, j'ai tenu à me rendre à la Salpêtrière, auprès de M. Charcot, et à le prier de me montrer quelques types de *paralysis agitans*. Eh bien, ce qui m'a frappé chez ces individus, ce qui m'a paru imprimer à la maladie son véritable cachet, c'est l'obligation de courir indiquée par Sauvages et l'attitude décrite par Parkinson, toutes deux si prononcées dans mon observation. Pour moi donc, la maladie de Sauvages et celle qu'ont eu en vue MM. Charcot et Vulpian, sont identiques. Ce qui ne m'empêche pas d'être convaincu que sous le titre de *paralysis agitans* on a décrit à tort bon nombre de tremblements qui doivent en être distraits.

Quant à la dénomination même de *paralysis agitans*, elle est mauvaise, puisqu'il n'y a pas de paralysie dans cette maladie. Mais celle de *chorea festinans* ne vaut pas mieux, le symptôme unique dont a parlé Sauvages ne ressemblant en rien aux mouvements de la chorée.

M. MARTINEAU. L'expression de chorée ne doit pas être prise ici dans son acception ordinaire, mais comme un terme générique synonyme de danse, d'agitation, dont la danse de Saint-Guy est un exemple.

M. BRICHETEAU. Est-il bien prouvé que cette glycosurie se rapporte à la *paralysis agitans* et M. Topinard ne ferait-il pas bien, pour ne rien préjuger, de modifier son titre et de dire : affection cérébrale se traduisant par du tremblement, des troubles de la vue, une attitude particulière, une tendance irrésistible à courir et de la glycosurie?

Je ne saurais laisser passer l'assertion de M. Martineau, qu'il ne faut pas traiter les diabétiques dans la crainte de voir paraître les symptômes de tuberculisation pulmonaire. Je vois depuis longtemps un diabétique, et M. Bouchardat en cite plusieurs exemples, qui conserve une bonne santé, mais à la condition de suivre régulièrement un régime sévère : abstention des féculents, exercices corporels. Dès qu'un écart de régime a lieu, le sucre augmente dans les urines, la soif reparaît et les forces diminuent. Le diabétique guérit rarement, mais il peut vivre longtemps, grâce au régime.

M. TOPINARD. Le mot *paralysis agitans* est vicieux, nous en sommes convenus tout à l'heure, mais derrière lui subsiste réellement une maladie nouvelle. Or, que j'écrive en tête de mon observation *paralysis agitans*..., ou *X*..., ou affection cérébrale ayant déterminé tel ou tel symptôme, peu importe! Si j'ai préféré *paralysis agitans*, c'est que cette dénomination, à tort ou à raison, a été employée par la plupart des auteurs qui s'en sont occupés, pour désigner l'ensemble des symptômes (la glycosurie et les troubles de la vue exceptés) notés chez mon malade.

A ce que M. Bricheteau a répondu à M. Martineau, j'ajouterai que je vois aussi depuis plusieurs années, outre le malade en question, deux autres diabétiques. Tous trois n'ont qu'à se louer de l'usage exclusif du pain de gluten et ne présentent aucun indice de tuberculisation. Je suis moins convaincu de l'utilité de la médication alcaline longtemps continuée. X... buvait de l'eau de Vichy de la source Larbaud, qui contient un peu de fer; cela a pu contrebalancer les effets de cachexie à craindre.

LECTURE.

M. ANGER lit, à l'appui de sa candidature comme membre titulaire, plusieurs observation d'*accidents convulsifs dans le cours du choléra*.

Une commission, composée de MM. Cornil, Ball et Pelvet, est chargée du rapport sur ce travail.

ÉLECTION.

La Société procède au scrutin, sur la candidature de M. Bourillon, médecin-adjoint à l'hôpital d'Aubusson, au titre de membre correspondant.

M. Bourillon est nommé.

La séance est levée à dix heures.

Traité complet d'accouchements, par M. le docteur Joulin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Première partie, grand in-8° de 750 pages avec 120 figures dans le texte. La deuxième partie sera publiée en trois fascicules qui paraîtront de trois en trois mois. Prix de l'ouvrage complet : 16 fr.

Annuaire pharmaceutique, fondé par O. Reveil et L. Parisel. Quatrième année, 1866, formant la sixième *Année pharmaceutique*. Prix : 1 fr. 50 cent. — Paris, 1866. J. B. Baillière et fils.

Irrigation continue de l'urèthre et de la vessie, par le docteur Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris. Prix. 50 cent. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 22. — JEUDI 22 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 22 FÉVRIER 1866. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de Médecine. — HOPITAL DE LA PITIÉ. Traitement de la pleurésie. — HYDROLOGIE MÉDICALE. Études sur les Eaux de Vals. — Crise vaccinale. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE. Hygiène de la vue.

PARIS, LE 21 FÉVRIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Encore une séance dépensée en grande partie en pourparlers et en incidents à l'occasion du procès-verbal et au sujet de la vaccine. La vaccine est décidément une question grosse d'orages; et les petites génisses qu'on promène par Paris pour distribuer à qui en désire, le fluide vaccinal dont elles sont dépositaires, sont loin de se douter du bruit qu'elles font tous les mardis, dans la rue des Saints-Pères. Que sera-ce donc quand le rapport de M. Depaul, qui renferme dans ses flancs tous ces germes de discorde, sera imprimé et distribué pour être livré à la discussion? Ce moment sera très-prochain d'après l'engagement qu'en a pris hier M. le rapporteur.

M. Briquet a continué hier la lecture de son compendieux rapport sur le choléra; il a terminé tout ce qui est relatif à l'histoire de la marche du choléra jusqu'au moment où il a envahi pour la première fois le sol français. Sa prochaine lecture aura pour objet l'étude des épidémies dont nous avons été témoins. Nous souhaitons que cette deuxième partie du travail de la commission soit écouté avec.... moins de distraction que la première. Nous nous engageons, pour notre part, à y apporter un peu plus d'attention.

Après la lecture de M. Briquet, M. Mercier a soumis à l'examen de l'Académie un nouveau cathéter de son invention, destiné à faciliter l'exécution des divers procédés de taille latérale, et il a lu à ce sujet une note que nous reproduisons plus bas, dans le compte rendu de la séance.

L'Académie s'est formée ensuite en comité secret pour entendre le rapport sur la proposition de MM. Larrey et Bouley, relative à la lecture en séance publique des rapports de prix. Si nous sommes bien informés, l'Académie aurait adopté la proposition, mais non sans une certaine restriction. La publicité à donner aux rapports de prix serait subordonnée à la demande qu'en feraient les commissions. Espérons que les commissions se pénétreront de l'esprit libéral qui a inspiré les honorables auteurs de la proposition, et que désormais la publicité de ces lectures sera un fait acquis dans les usages de l'Académie.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Traitement de la pleurésie.

(Leçon recueillie par M. LEROY, interne du service.)

Au n° 29 de la salle Saint-Michel est couché un enfant de seize ans au plus, entré dans notre service le 9 janvier 1866. Aujourd'hui, 2 février, il se trouve dans l'état suivant :

La peau est fraîche; le pouls bat 65 fois par minute; la respiration est calme, régulière; l'enfant dort bien, mange bien, en un mot, il est convalescent depuis le 28 janvier. Cependant, si on examine la poitrine, on trouve qu'à droite, la sonorité est relativement moindre que du côté opposé; et à l'auscultation, bien que le bruit respiratoire y soit pur, le murmure vésiculaire est plus faible que du côté gauche. Voilà ce qu'il reste d'une pleurésie grave dont je veux vous rappeler, en quelques mots, la marche, pour vous faire mieux comprendre l'efficacité du traitement que nous avons institué.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, Joseph C..., domestique, éprouve un point douloureux au niveau du rebord des fausses côtes du côté droit. Jusqu'à ce moment, il avait toujours joui d'une bonne santé, et on ne trouve dans sa famille aucun antécédent diathésique. Il n'eut point de frisson. Une toux sèche, sans crachats, de la céphalalgie, un léger mouvement fébrile, l'affaiblirent en peu de temps, et, bien qu'il ait continué son travail jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital, nous le trouvâmes, le 10 janvier, atteint d'une pleurésie occupant la plus grande partie de la cavité droite de la poitrine, et donnant lieu aux symptômes suivants :

Décubitus dorsal; pâleur de la face avec coloration rosée des pommettes; lèvres rouges, violacées; narines dilatées; respiration difficile; 32 inspirations; toux rare, sèche, sans expectoration; peau chaude, sèche; pouls à 100 pulsations; langue rouge à la pointe, saburrale à la base; soif vive, inappétence; selles normales; abdomen souple, indolent et bien conformé; intelligence nette.

Examen de la poitrine. — Le côté droit est presque immobile; les espaces intercostaux sont effacés; à la percussion, vous avez trouvé une matité complète, absolue, depuis la base jusqu'à la quatrième côte en avant, jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière. Sous la clavicule, je vous ai fait constater la présence du son tympanique de Skoda. — L'auscultation vous a fait percevoir en arrière un souffle broncho-pleurétique avec voix chevrotante, s'éloignant de l'oreille en s'affaiblissant à mesure que vous exploriez les parties les plus inférieures de la poitrine; de telle sorte que tout à fait en bas, mais seulement dans une très-petite hauteur, vous n'entendiez plus aucun bruit, la respiration était nulle.

En avant, sous la clavicule, l'auscultation vous révélait un souffle amphorique très-marqué avec retentissement de la voix. — Du côté sain, la respiration était puérile. Les vibrations thoraciques avaient disparu à droite. Le foie débordait le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt.

Nous avions donc un épanchement pleurétique considérable, conséquence d'une pleurésie aiguë, datant au plus de quinze jours, et qui a disparu après dix-huit jours de traitement (du 10 au 28 janvier).

Laissez-moi vous rappeler la médication qui a été instituée et à laquelle je crois que nous devons attribuer la rapidité de la résorption d'un épanchement aussi considérable.

Le 10, j'ai fait appliquer 6 ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine, et administré une potion contenant 25 centigrammes de tartre stibié.

J'ai donné de la gomme sucrée à discrétion pour boisson, et vu la faiblesse du jeune malade, je lui ai prescrit deux bouillons.

Le lendemain, 11 janvier, le malade, qui avait eu quatre vomissements et une diarrhée abondante, était dans un état d'abattement considérable; ses lèvres étaient cyanosées. Sa peau était chaude et sèche, son pouls battait 116 pulsations par minute; mais la respiration était devenue plus faible, il n'y avait plus que 28 inspirations, et le malade se trouvait moins oppressé que la veille. Les signes physiques n'avaient pas changé. Le sang des ventouses était couenneux. Je prescrivis le même traitement le soir : 6 ventouses scarifiées; potion stibiée, 25 centigrammes; gomme sucrée; 2 bouillons.

Le 12, après deux jours de ce traitement, qui nous a paru peut-être un peu énergique, et qui avait, comme le premier jour, déterminé des vomissements abondants et de la diarrhée, nous avions déjà une amélioration fort notable; l'oppression avait encore diminué sous la clavicule, on n'entendait plus la respiration amphorique; le niveau de la matité était resté le même, mais le foie ne débordait plus les fausses côtes; l'épanchement avait donc diminué. Il y avait encore 100 pulsations.

Je prescrivis une nouvelle application de 6 ventouses scarifiées. La potion stibiée fut suspendue et remplacée par un julep diacodé. Le malade continua à prendre du bouillon.

Le 13, la matité a enfin diminué, elle n'existe plus qu'à partir de deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate; les vibrations thoraciques commencent à devenir sensibles. Le malade est moins affaibli que les jours précédents; nous revenons à la potion stibiée.

Le 14, le malade a beaucoup vomi et a plusieurs selles liquides; ses yeux sont excavés; sa face est pâle; il a 104 pulsations. Le niveau de la matité a encore baissé. La moitié supérieure de la poitrine résonne à la percussion. La respiration s'entend dans presque toute la hauteur des poumons. Le julep stibié est continué, mais en même temps nous donnons, avec le bouillon, 125 grammes de Bordeaux.

Le 15, il n'y a eu la veille que deux selles liquides; peau moins chaude, sans refroidissement ni sécheresse. Le pouls donne 96 pulsations. La figure est fatiguée, amaigrie, mais les lèvres sont rosées; la langue est humide et fraîche. La respiration se fait mieux, il n'y a que 24 inspirations par minute; les espaces intercostaux sont moins saillants. La matité occupe à peine la moitié inférieure de la poitrine; les vibrations thoraciques reviennent; très-peu de souffle; le murmure vésiculaire s'entend partout dans une étendue de deux ou trois travers de doigt tout à fait à la base. On cesse l'usage de la potion stibiée. Une pilule de 5 centigrammes de poudre de digitale est prescrite. Le malade prendra du bouillon et des potages et continuera son vin de Bordeaux.

Le 16. Pouls à 96. Le tiers inférieur de la poitrine seul est mat; peu de souffle; respiration faible.

Traitement. — Un vésicatoire sur le côté malade, une potion 0gr05 de digitale, Bordeaux 125, une portion.

Le 25. Bruit de frottement qui dure quelques jours et disparaît.

Le 27. Deuxième vésicatoire, la pilule de digitale est continuée, Bordeaux 125, une portion.

Le 29. Onctions avec la teinture d'iode sur tout le côté droit. Depuis hier on entend le murmure respiratoire dans toute la hauteur de la poitrine sans mélange de frottement.

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer, messieurs, avec quelle insistance, vous pourriez presque dire avec quel acharnement, j'ai administré le tartre stibié à ce malade, et vous pouvez facilement vous rappeler plusieurs pleurétiques qui ont été soumis au même traitement depuis que vous me faites l'honneur de suivre ma visite. Deux d'entre eux sont encore à l'hôpital occupant, l'un le n° 29 l'autre le n° 36 de la salle Saint-Michel, et l'un et l'autre comme ceux qui les ont précédés, comme celui qui fait le sujet de cette leçon, ont vu très-rapidement s'amender leur état. Cet heureux résultat une fois acquis, il nous reste à déterminer à quoi nous le devons; or je n'hésite pas un seul instant à l'attribuer en majeure partie à l'emploi du tartre stibié. Ce médicament est héroïque dans la pneumonie : tous les médecins s'accordent à le reconnaître. Mais si on s'en rapporte au dire des auteurs, il est loin d'avoir

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la vue, par M. le docteur A. MAGNE, officier de la Légion d'honneur, etc., etc. (1).

J'ai lu dans Hérodote que Cyrus porta la guerre en Égypte parce que le roi Amasis avait refusé de lui envoyer un célèbre oculiste de la terre des Pharaons. Il y a donc longtemps, on le voit, que les oculistes ont été une cause de dissentiment profond entre les hommes et entre les nations. Aujourd'hui, en Allemagne et en France, il existe de pays à pays une rivalité scientifique portée à l'excès : c'est encore l'ophthalmologie qui en fait tous les frais! On se figure à Paris depuis quelques années que la qualité de citoyen français est incompatible avec l'art de traiter les maladies des yeux, et, avec l'enthousiasme le plus inconvenant pour l'honneur de la chirurgie française, on se précipite au-devant de tous les petits prodiges qui nous arrivent d'outre-Rhin : on les acclame, on les festoie, on les enrubanne et on les comble d'or. L'opinion publique s'émeut de cette préférence injuste et antinationale.

Si quelques jeunes et très-distingués médecins de Paris avaient un jour la singulière fantaisie d'aller s'établir à Berlin, la Prusse leur réserverait-elle un chevaleresque accueil? Je crois, pour ma part, que l'ambassadeur de France prendrait en pitié ces malheureux égarés, qu'il leur procurerait des subsides, et qu'il les engagerait charitablement à repasser le pont de Kehl et à aller revoir les tours de Notre-Dame..... et il leur rendrait là un fameux service!

Bien que l'iridectomie appliquée à la cure du glaucôme et bien que l'ophthalmoscope nous viennent de l'Allemagne, je suis sincèrement convaincu que la chirurgie française ne doit pas céder le pas à la chirurgie germanique, et je rappelle, en passant, que la France a été, au XVIe siècle, la patrie première de l'oculistique, et que si, au siècle dernier, les oculistes français se sont principalement acquis de véritables titres de gloire, il n'en est pas moins vrai qu'ils soutiennent avec éclat de nos jours la réputation que leur ont léguée leurs aînés. J'en prends plutôt à témoin M. le docteur Magne, qui, depuis vingt ans, a publié dans ce journal des travaux très-sérieux sur la pratique ophthalmologique, et qui s'est notoirement distingué par son *Traité de la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal,* auquel l'Académie des sciences a accordé une gracieuseté toute particulière.

Les livres ont véritablement leurs destinées, comme le dit le vieil adage latin. Ainsi, j'avais promis l'an dernier à M. Magne, mon honorable collègue de la Société de médecine pratique, de rendre compte à cette place de la troisième édition de l'*Hygiène de la vue,* mais la vente de l'ouvrage s'est effectuée avec une rapidité telle que je n'ai pu improviser mon appréciation critique en temps utile. On me remet la quatrième édition, et, instruit par l'expérience, je ne veux pas ajourner plus longtemps l'analyse d'un ouvrage que je trouve essentiellement pratique et dont je ne saurais trop recommander la lecture.

Après avoir décrit, dans les premiers chapitres, l'anatomie et la physiologie de l'appareil oculaire, ainsi que les phénomènes physiques et organiques de la vision, M. Magne expose avec une très-grande vérité les causes qui tendent à affaiblir ou à détruire la vue, et il accorde nécessairement une mention spéciale au travail intellectuel, à la lumière artificielle, à l'air vicié, à l'exercice continuel des yeux, à certaines professions, aux chagrins et aux passions. Toutes réflexions faites, on ne se préoccupe certainement pas assez des moyens de ménager le sens le plus délicat et le plus précieux, et peu de personnes sont satisfaites de leurs yeux; aussi, un académicien disait-il un jour, dans un langage exagéré et brutal : « La bonne vue est devenue presque exclusivement le partage de la canaille. » Ce qu'il y a de sûr, c'est que dans la classe ouvrière les myopes sont infiniment plus rares que dans la classe moyenne et dans la classe élevée de la société; et ne sait-on pas, par exemple, que certains jeunes gens affectaient, il y a quinze ou vingt ans, de porter des lunettes; puis, qu'ils ont imaginé, il y a dix ans, la grotesque habitude de placer dans leur orbite droit un morceau de verre carré, et qu'aujourd'hui enfin ils se servent d'un pince-nez à travers lequel ils voient infiniment moins bien qu'avec leurs yeux! Ils se rendent myopes à plaisir, et je trouve que le bon ton devrait consister à voir clair et non pas à simuler une infirmité.

M. Magne a tracé un portrait très-ressemblant du myope et du presbyte, et il a formulé pour chacun un ensemble très-rationnel de

(1) Paris, 1866, 4e édition avec figures intercalées dans le texte, chez J.-B. Baillière et fils.

une influence aussi bienfaisante dans la pleurésie. Pour moi, ce n'est pas à ses propriétés antiphlogistiques que je fais appel quand je vous conseille de l'employer largement dans cette dernière maladie. Les saignées, rarement générales, le plus souvent locales, les ventouses scarifiées me semblent remplir mieux qu'il ne pourrait le faire cette première indication ; elles s'adressent à la partie inflammatoire de la maladie et ont surtout ce résultat avantageux de dissiper assez rapidement la douleur de côté. Mais l'élément inflammatoire n'est pas tout dans la pleurésie ; il y a de plus, permettez-moi cette expression, un élément séreux : c'est l'épanchement qui, nul au début, acquiert très-rapidement une importance telle que beaucoup de praticiens, et des plus habiles, ne s'occupent plus que d'une seule chose, faire disparaître cet épanchement. Le faire disparaître est très-bien, mais ce n'est pas tout, il faut, en même temps qu'il se dissipe, pouvoir être assuré qu'il ne se reproduira pas. Or, l'administration du tartre stibié à haute dose et dans des conditions telles que la tolérance ne puisse pas s'établir est, d'après ce que l'expérience m'a montré, le meilleur moyen de remplir cette double indication. Pendant les épidémies du choléra qui ont sévi en 1849 et en 1854, nous avons tous pu voir, ce qu'il n'a été donné qu'à un petit nombre d'entre nous d'observer cette année, puisqu'on n'a pas confié le service des cholériques à tous les médecins des hôpitaux, nous avons, dis-je, pu voir pendant les épidémies du choléra, des individus affectés soit d'épanchement pleurétique ancien et rebelle, soit d'ascite, se trouver très-rapidement débarrassés de leur épanchement s'ils venaient a être atteints par la maladie régnante. Les abondantes évacuations séreuses qui, sous l'influence du choléra, se faisaient tant par les vomissements que par les selles diarrhéiques, suffisaient pour amener en vingt-quatre ou trente-six heures la résorption complète et durable d'épanchements qui avaient résisté pendant des semaines ou des mois aux agents thérapeutiques le plus convenablement administrés.

La connaissance de ce fait devait naturellement conduire à rechercher les moyens de produire à l'aide d'un agent thérapeutique des effets analogues à ceux du choléra. Or nul médicament ne peut mieux que le tartre stibié remplir une semblable indication. Il procure en même temps et les vomissements et les selles liquides ; il a de plus une action antiphlogistique dont on ne peut s'empêcher de tenir compte ; à tous ces titres donc il devait réussir dans le traitement des pleurésies aiguës avec épanchement abondant, et son succès, démontré par l'expérience, est très-rationnellement expliqué par ce que nous connaissons de ses propriétés physiologiques. J'y ai, comme je viens de vous le dire, fort souvent recours, et je le prescris habituellement à la dose de 30 centigrammes dans un julep, à prendre en trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Chez le malade dont je viens de vous entretenir, la dose n'a été que de 25 centigrammes, à cause de son âge ; mais chez les adultes, vous pouvez ordonner 30 centigrammes, et même plus. Vous trouverez dans le livre de MM. Béhier et Hardy que l'un de ces savants cliniciens a obtenu une guérison solide par l'administration de 50 centigrammes de tartre stibié, et je note le fait avec d'autant plus d'empressement que ces deux auteurs sont loin d'avoir la même confiance que moi dans l'efficacité de ce médicament. On doit continuer la potion stibiée jusqu'à ce que l'épanchement ait diminué d'une manière notable, à moins que la faiblesse du malade ne permette pas de suivre plus longtemps ce mode de traitement. Dans tous les cas, loin de chercher à établir la tolérance, comme dans la pneumonie, nous désirons, au contraire, provoquer de nombreux vomissements et des selles abondantes. Si la tolérance s'établissait, je me hâterais de recourir à d'autres moyens, aux purgatifs, et particulièrement aux drastiques, à l'eau-de-vie allemande, par exemple.

Vous avez vu, messieurs, que le tartre stibié n'a pas été employé seul, à l'exclusion des autres médicaments, et qu'au début, tenant compte de l'élément inflammatoire si marqué dans la pleurésie, j'ai fait une large part aux antiphlogistiques. Quand la fièvre tombe, lorsque l'épanchement est en voie de résolution, deux ou trois vésicatoires volants m'ont toujours paru hâter la guérison (Rappelez-vous que nous nous adressons aux épanchements pleurétiques considérables). Vous obtiendrez aussi de bons effets des diurétiques, au premier rang desquels figure le nitrate de potasse. Il est si facile d'associer à tous les autres médicaments la tisane de chiendent nitrée à la dose de 4 grammes par pot, soit 8 grammes de nitrate de potasse par jour. La poudre de digitale a été également ordonnée chez notre malade : outre son action diurétique, la digitale, comme l'a prouvé M. Duclos (de Tours), peut avoir une action antiphlogistique et remplacer la saignée dans certains cas de pneumonie. Enfin, la teinture d'iode a été appliquée sur la paroi thoracique du côté malade ; son usage n'entraîne aucun inconvénient et ne peut que hâter la résorption des liquides exsudés, en produisant sur la peau un certain degré de révulsion qui peut être longtemps continué. Grâce aux moyens que je viens de vous rappeler, je crois que l'on peut faire résorber un épanchement pleurétique aigu, même très-considérable, remplissant tout un côté de la poitrine.

Aussi, je vous engage à ne pas pratiquer l'opération de la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques de cette nature, à moins qu'il n'y ait menace imminente d'asphyxie. Autrefois, réservée pour les épanchements chroniques, la thoracentèse n'avait d'autre prétention que de soulager, mais non de guérir. Aujourd'hui, des médecins fort recommandables ont étendu son emploi aux pleurésies aiguës, et je ne doute pas que plusieurs de mes confrères eussent ponctionné notre petit malade s'il était tombé entre leurs mains. Mais aurait-il guéri mieux et plus vite ? C'est ce dont il peut m'être permis de douter.

En fait, la thoracentèse ne peut autre chose qu'enlever le liquide déjà épanché dans la plèvre, mais elle ne saurait empêcher la séreuse malade d'exhaler immédiatement une nouvelle quantité de ce liquide. Or, l'expérience démontre non-seulement que cette exhalation se fait presque toujours d'une façon en quelque sorte fatale, mais que le plus souvent la nature du liquide est modifiée d'une façon fâcheuse, en ce sens que le liquide, séreux d'abord, devient louche après une première ponction, puis tout à fait purulent. C'est là, messieurs, ce qui me rend surtout prudent et réservé à l'excès lorsqu'il s'agit de décider l'opportunité d'une opération de thoracentèse et qui me fait la reculer jusqu'au moment où il m'est parfaitement démontré que je ne puis plus espérer obtenir la résorption de l'épanchement, ou que la vie de mon malade pourra être mise en danger par une plus longue attente.

Ce n'est pas que je sois un adversaire obstiné de cette opération. Vous me l'avez vu pratiquer il n'y a pas très-longtemps sur un de nos malades qui est encore couché au numéro 33 de la salle Saint-Michel et qui s'en est fort bien trouvé ! J'ai consacré alors une de ces conférences à vous exposer les indications sur lesquelles je m'étais fondé pour me décider et je ne veux pas y revenir aujourd'hui. Je dois cependant vous rappeler qu'il ne s'agissait ni d'une pleurésie aiguë ni d'un épanchement inflammatoire, mais d'un épanchement survenu chez un tuberculeux. Vous n'avez pas oublié non plus qu'après avoir retiré trois litres de sérosité du côté droit de la poitrine de cet homme, j'ai eu bien soin de vous dire que je ne prétendais pas le guérir, mais seulement le soulager et prolonger sa vie de quelques semaines ou de quelques mois, en le débarrassant d'une complication qui le menaçait d'une asphyxie rapide. Sous ce point mon attente n'a pas été trompée, car le malade va infiniment mieux maintenant ; son épanchement ne s'est reproduit qu'en très-minime proportion et l'évolution de ses tubercules se faisant assez lentement il est probable qu'il pourra dans peu de temps quitter momentanément l'hôpital.

Je comprends donc la nécessité de la ponction quand l'épanchement est chronique et que la plèvre, peu enflammée, n'a aucune tendance à résorber le liquide pleurétique, comme cela avait lieu chez ce dernier sujet, mais je ne saurais trop insister pour bien vous persuader de ceci : que l'on ne guérit pas une pleurésie aiguë par la thoracentèse. La thoracentèse permet d'enlever le liquide contenu dans la plèvre, elle ne peut pas faire autre chose. Mais le malade n'est pas guéri, car le liquide se reproduit presque toujours. En admettant même qu'il ne se reproduise pas, ou qu'il ne se reproduise qu'en quantité fort minime, le malade est si peu guéri que dans toutes les observations publiées, on le voit rester encore en traitement pendant au moins deux ou trois semaines, quelquefois même davantage. Quel profit retire-t-il alors d'une opération qui malgré tout n'est pas aussi complétement exempte de dangers qu'on s'est plu à le dire ? Quant à moi, messieurs, je ne puis m'empêcher de redouter ces dangers, et afin de ne pas y exposer inutilement les malades qui se confient à moi, je crois prudent de réserver la thoracentèse pour les épanchements pleurétiques chroniques, et pour les cas dans lesquels la vie du patient est immédiatement menacée par un épanchement aigu extrêmement considérable.

HYDROLOGIE MEDICALE.

ÉTUDE SUR LES EAUX DE VALS

Par le Dr CLERMONT (de Lyon)

Sources de *la Désirée* et de *la Précieuse*, leur action dans les hyperhémies actives, l'albuminure, la gravelle, etc.

La troisième étude que nous offrons aujourd'hui à l'attention bienveillante de nos confrères, aura pour objet deux sources de Vals, *la Désirée* et *la Précieuse*, qui ont à peu près les mêmes propriétés thérapeutiques, puisqu'elles ont les mêmes éléments minéralisateurs et à des degrés peu différents. L'analyse y a trouvé par litre :

	Désirée.	Précieuse.
Acide carbonique.	2gr,145	2gr,218
Bicarbonate de soude.	6 ,040	5 ,940
Bicarbonate de magnésie. . . .	0 ,900	0 ,750
Chlorure de sodium.	1 ,100	1 ,080

A la simple inspection de ce tableau abrégé, on est convaincu que ces deux sources, avec *la Magdeleine*, fournissent l'eau la plus bicarbonatée sodique que l'on connaisse, et que néanmoins elle est agréable, et de facile digestion, parce qu'elle contient plus de deux grammes d'acide carbonique. Mais ce qui la distingue de celles des autres sources de Vals, ce qui doit, dans une foule de circonstances, entraîner vers elle le médecin praticien, c'est qu'elle possède du bicarbonate de magnésie en proportion suffisante pour la rendre légèrement laxative, dès qu'on en a fait usage trois ou quatre jours, effet contraire à celui de l'eau de *la Rigolette*, et qui commande son emploi, toutes les fois que l'eau de cette dernière est contre-indiquée, par exemple, quand il s'agit de gens pléthoriques et constipés.

La pléthore sanguine peut produire des désordres qui ont une certaine ressemblance avec ceux qui sont accompagnés de phénomènes anémiques, tels sont les engorgements hypertrophiques, ou une faiblesse fonctionnelle relative. En se rendant compte de la cause de ces lésions, on voit tout de suite qu'il n'y a pas identité entre ces deux genres d'altérations morbides, et l'on sait que s'il faut attaquer les hyperhémies passives par les toniques, le quinquina, l'eau de *la Rigolette*, etc., on doit chercher pour les maladies sthéniques des remèdes qui, sans débiliter la constitution, diminuent la pléthore et facilitent les fonctions, en ramenant à leur vitalité normale, les organes activement hyperhémiées. C'est dans ce dernier cas que les sources *Désirée* et *Précieuse* offrent un efficace secours à l'art de guérir.

Dans la pratique la distinction est aisée ; si un sujet affaibli par de longues maladies, marche et fonctionne avec peine, l'eau de *la Rigolette* lui sera salutaire. Si au contraire, sanguin et vigoureux, il se sent faiblir, et s'il éprouve diverses altérations fonctionnelles, c'est aux deux sources que nous étudions qu'il devra recourir. Comme chez le cheval qui s'abat sous le faix, et se relève plus fort après une saignée, ce n'est ici qu'une faiblesse apparente, qu'un effet de congestion active, et l'eau de ces deux sources amènera, lentement il est vrai, mais presque à coup sûr, un retour de vigueur semblable à celui que la sai-

---

prescriptions hygiéniques. Avec le nombre très-considérable de cours d'hygiène usuelle et de médecine populaire que fréquentent le soir les ouvriers de Paris, il est évident que les conseils du savant oculiste seront bientôt vulgarisés et suivis, et que nous ne verrons plus bientôt les artisans de la grande ville s'abîmer la vue en portant dans les ateliers des lunettes quelconques achetées dans la rue, à un étalage à trente-neuf sous ! Les hommes dévoués et instruits qui se sont chargés de ces cours apprendront à leur auditoire quelle est la forme qui convient le mieux aux lunettes, quelle est la matière à employer dans leur fabrication, quelles sont les règles à établir pour que le foyer des verres soit toujours en rapport avec le foyer des yeux, quels sont les instruments les plus utiles de l'arsenal de l'opticien, quelles sont les différences qui séparent les verres convergents des verres divergents, quels sont les numéros de l'échelle graduée qui correspondent à tel ou tel trouble de la vision, etc., etc. C'est en instruisant les populations ouvrières que l'on arrivera d'abord à les moraliser, puis à leur faire éviter les écueils qui trop souvent menacent leur santé ; c'est ensuite en surveillant et en réglementant l'art de l'opticien que l'on améliorera et que l'on protégera la vue des habitants des petites villes et des campagnes, qui aujourd'hui sont complétement livrés à la merci de marchands ambulants aussi ignorants que déloyaux. La vente des substances nuisibles à la santé publique est sévèrement interdite, pourquoi ne pas contrôler les lunettes, qui ne sont rien autre chose que des remèdes ? Ne doit-il pas y avoir dans chaque arrondissement un conseil d'hygiène ?

Nulle part on ne travaille autant qu'à Paris, et il en résulte chez toutes les personnes livrées aux travaux de l'esprit, par exemple, une susceptibilité très-grande du sens de la vue et une facile congestion de l'appareil oculaire. M. Magne fait entendre à ce sujet sa parole autorisée : il proteste contre l'abus du travail intellectuel, et, avec une inflexible logique, il en montre tous les inconvénients ; mais convaincra-t-il les savants, les hommes de lettres et les artistes, qui paraissent ne rencontrer des inspirations que pendant le silence de la nuit et aux lueurs en général trop vives de la lumière artificielle ? J'ai bien peur que non. Les médecins, qui pendant le jour sont accablés d'occupations professionnelles, prennent volontiers leur revanche le soir, et ils consacrent une partie de la nuit à lire et à travailler, mais ils ne peuvent pas faire autrement ! Recommandons-leur alors de bien se pénétrer des vérités hygiéniques exprimées dans le livre que nous analysons, et ils verront qu'il leur sera peut-être possible de prendre un moyen terme.

Lorsqu'on songe à toutes les causes d'excitation et de fatigue qui stimulent et épuisent le médecin, pour qui tout est labeur ou tristesse, on se prend à regretter amèrement que les habitudes de sa vie soient en opposition si flagrante avec les sages conseils qu'il fait entendre à ses malades, et que l'École de Salerne, avec sa fantaisie imagée, résumait comme il suit :

Veux-tu d'yeux délicats ménager la faiblesse,
Fuis les soupers joyeux et la nocturne ivresse ;
Redoute la poussière et les vents, les bons vins,
Les soucis et les pleurs, et l'amour et les bains,
Poivre, ail, poireau, moutarde, oignon, fève et lentille,
Soleil ardent, fumée et feu vif qui pétille,
Coups mauvais à la tête et travail trop ardu
Aux heures de la nuit persistant, assidu :
De ces dangers pour l'œil crains la lente menace,
Crains la veille avant tout qui te brûle et te lasse.
Bain chaud, coupe trop pleine et sommeil trop borné,
De la chassie aux yeux crée un mal obstiné.

Dans son intéressant ouvrage, M. Magne a consacré de longs et utiles développements au strabisme, aux ophthalmies traumatiques, à la cataracte, aux soins particuliers qu'exigent les yeux des enfants, et aux précautions spéciales que réclame l'entretien de la vue chez les vieillards. Que de choses bien pensées et élégamment écrites j'ai rencontrées en lisant cette édition nouvelle de l'*Hygiène de la vue*, et combien de vœux n'ai-je pas faits pour que toutes les idées pratiques et originales de l'auteur passent rapidement à l'état de monnaie courante ! Je partage, en effet, l'opinion de Descartes, lorsqu'il a dit : « S'il est possible de perfectionner l'espèce humaine et de la faire entrer dans les voies de la véritable civilisation, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. »

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Etude sur la digestion et l'alimentation et sur la diathèse urique, par le docteur SANDRAS. 2e édition, revue et corrigée. Prix 4 fr. 25. Paris, 1865. Adrien Delahaye.

gnée a produit, dû sans doute à leurs propriétés laxatives et dérivatives, car ne contenant pas de fer, fortement chargée de bicarbonate de soude, de bicarbonate de magnésie, même d'un peu de sulfate de soude, on est logiquement fondé à l'employer comme un véritable remède anasthénique.

Tout le monde le sait, les gens pléthoriques sont en général constipés, et digèrent laborieusement. Ils respirent avec gêne, et sont prédisposés aux congestions sanguines, aux étourdissements. Ils se meuvent ou se baissent avec peine. Le moindre effort pour eux s'accompagne d'un danger, et sans parler des hernies souvent produites à cette occasion on cite nombre de vieillards constipés qui ont, comme J.-J. Rousseau, perdu la vie dans l'acte final de la digestion. C'est pour eux que nos deux sources auraient largement justifié les noms tant soit peu prétentieux qu'on leur a donnés.

Notre tâche ne serait qu'effleurée si nous omettions de parler d'un des principaux éléments de ces deux sources de Vals, du chlorure de sodium qui ajoute un si grand poids à leurs propriétés nutritives et médicatrices, et pour en bien faire saisir toute l'importance, qu'il nous soit permis de présenter une courte digression sur le rôle multiple que joue le sel dans l'économie animale en général.

Sans nous arrêter à ce que la Bible et les ouvrages profanes font pressentir de la valeur diététique du sel, objet de commerce même chez les nations demi-sauvages, nous ferons observer que ce condiment est tellement nécessaire à l'alimentation et à la santé que les ordres religieux les plus sévères ne l'ont jamais interdit chez eux, sans savoir que nos humeurs en retirent de la soude et de l'acide chlorhydrique, sans savoir qu'il excite la sécrétion du suc gastrique en rend la digestion plus facile et plus prompte.

Par une excursion dans le domaine de la physiologie comparée, nous trouvons au sel la propriété, souvent très-utile, de faire engraisser, et, sans admettre les exagérations de Dailly et de Suive qui vont jusqu'à prétendre qu'un kilogramme de sel faisait gagner à un animal plus d'un kilogramme en poids; nous verrons avec M. Boussingault un lot de bestiaux gagner en un an et par 100 kilogrammes de foin, 7 kilogrammes en poids, tandis qu'un autre lot, dans les mêmes conditions et ne mangeant pas de sel, n'en prenait que 6. Nous verrons aussi les Anglais, si bons éducateurs, ne pas oublier de mêler du sel à la provende de leurs animaux de boucherie.

Le même observateur reconnaît encore au sel la propriété d'exciter la voracité et les appétits vénériens des bestiaux, s'accordant avec Poulain qui a remarqué que les vaches de la Colombie, privées de sel, devenaient inféecondes. Wardus va jusqu'à affirmer que le dépérissement de l'animal, par suite de cette privation, peut aller jusqu'à la mort. Enfin, Gaspard rapporte que des vaches nourries, en Hongrie, de foin mélangé de sel, et transportées en Hollande, avaient été soustraites, par cette alimentation, à une épizootie régnante.

De semblables observations ont pu être répétées sur l'homme. Pluvier dit que le sel augmente la vigueur et Barbier raconte que des vassaux russes, auxquels leur boyard avait interdit le sel, devinrent languissants, pâles, faibles, œdémateux, sujets à des générations d'helminthes intestinaux, enfin rendus anémiques par la diminution des globules et de l'albumine du sang.

Comme ces considérations le font prévoir, le sel entre dans la composition des humeurs animales pour une partie constitutive importante et générale. Le sang, la lymphe, le chyle, les mucus, le suc gastrique, la bile, l'urine et tous les liquides animaux en contiennent; mais c'est dans le sang où il existe en plus grande quantité et, d'après Liebig, en proportion constante, rejeté par les sueurs ou les urines quand il y en a trop. Il n'y est pas seulement sous forme de chlorure de sodium, mais on l'y voit aussi, transformé, constituer les sels alcalins, la soude et l'acide chlorhydrique que M. Cl. Bernard démontre dans l'analyse qualicative du plasma du sang.

On comprend déjà par cet exposé succinct, l'heureuse influence médicatrice que des eaux minérales chargées d'une bonne proportion de chlorure de sodium, comme *la Désirée* et *la Précieuse* doivent avoir, dans le traitement d'une foule de maladies. On en aura une idée bien plus complète, si on examine les rapports du sel et de ses dérivés avec les principales substances qui constituent le sang. Pour abréger, nous ne rappellerons ici que quelques faits dignes d'attention.

Ainsi Wundt supprime le sel dans son alimentation, et au troisième jour ses urines sont albumineuses. Hartner injecte dans le sang de l'eau pure et rend le sujet albuminurique; il injecte ensuite de l'eau chargée de sel et l'albuminurie ne se reproduit plus. Schmits, par des expériences analogues, arrive à des conclusions très-intéressantes, adoptées par M. Cl. Bernard et dont nous dirons seulement quelques mots.

L'albumine ne serait pas libre dans le sang, le sel s'unirait avec elle pour la maintenir en dissolution. Un de ses dérivés, la soude, formerait avec elle un albuminate stable. Les graisses qui entrent dans la composition du corps doivent leur margarate et leur oléate au sel, dont l'action se montre d'ailleurs dans la transformation de la bile, de l'urée, etc.

Enfin par ses dérivés, les sels alcalins du sang, phosphate et carbonate de soude, et même directement le chlorure de sodium, aurait une certaine influence sur la respiration. On le rencontre dans toutes les humeurs animales, où il joue le même rôle que dans le sang, favorisant les actes d'endosmose, d'exosmose et de dissolution, alcalinifiant la bile et créant pour quelques auteurs l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique.

En résumé, aux propriétés des eaux fortement alcalines, les sources de *la Désirée* et de *la Précieuse* joignent celle très-utile d'être laxatives et dérivatives, qu'elles doivent à leur carbonate de magnésie et encore celle de favoriser par leur chlorure de sodium une nombreuse série de fonctions physiologiques, comme il ressort du court exposé que nous venons de faire, de l'action du sel, dans l'économie animale.

On donnera donc avec avantage, l'eau de ces deux sources aux albuminuriques ainsi qu'on aurait pu le préjuger par les expériences de Wundt et de Hartner, si l'observation clinique n'avait déjà confirmé ce fait. Elle sera aussi très-salutaire dans les hépatites sub-aiguës, et les autres affections hyperhémiques actives, quand la douleur ne sera pas trop vive; dans les congestions cérébrales et pulmonaires, dans les complications d'hémorrhoïdes, en un mot toutes les fois qu'il se rencontre une des multiples indications: de faciliter la digestion et de détruire la constipation, d'exciter la respiration et la circulation, enfin de ramener nos humeurs à leur type normal, par conséquent dans la gravelle, les calculs biliaires, la goutte et le rhumatisme articulaire que beaucoup de médecins considèrent comme une maladie du sang.

L'eau de *la Désirée* et de *la Précieuse* soulagent notablement dans les infiltrations séreuses symptomatiques du ventre et des membres inférieurs, agissant comme un remède hydragogue et laxatif, plus apte néanmoins à relever les forces vitales qu'à les déprimer. Elle peut encore être utile dans les maladies où les chlorures alcalins, avec leur propriété de détruire les émanations putrides, ont le droit de réclamer leur place dans la série des moyens propres à combattre les affections caractérisées par l'altération des liquides (fièvre typhoïde), ou bien lorsqu'il faut tendre à la suppression de flux muqueux (catarrhes, leucorrhée) ou enfin, tarir la suppuration des plaies.

Nous aurions pu compléter cette étude par quelques observations types, si nous n'avions eu la crainte de dépasser le cadre que nous nous étions tracé. D'ailleurs le nombre des maladies ou l'eau de Vals, de *la Désirée* et de *la Précieuse*, se présente comme un moyen adjuvant ou curatif, est si considérable, qu'il est loisible à chacun et peut-être aussi plus agréable de faire soi-même ses observations. Nous dirons seulement que nous nous sommes bien trouvé de réserver l'eau de *la Précieuse* pour les cas les moins graves, et que l'emploi de cette eau minérale, peut être combiné avec celui d'autres médicaments, qui agissant dans le même sens, en augmentent l'effet, ou en reçoivent une puissance auxiliaire.

CRISE VACCINALE,

Par M. Auzias-Turenne.

La vaccine traverse une révolution qui a éclaté dès qu'on a mis officiellement en question son existence et ses vertus et dont il est urgent qu'elle sorte intacte, sinon perfectionnée.

On accuse la vaccine de se souiller d'un alliage impur et de n'être qu'imparfaitement préservatrice de la variole.

Le premier reproche tombera devant une surveillance entendue et attentive. Renforcer le vaccin, c'est aller au-devant du second. Vaccin pur et vaccin fort, voilà donc l'idéal du progrès.

On aura du vaccin pur en bien observant les vaccinifères; car il n'est pas absolument possible d'assurer que certains sujets, par exemple, ne sont pas syphilitiques, on peut infailliblement désigner des sujets qui ne le sont point. Ceux-ci pourront être des vaccinifères garantis.

Dans ces derniers temps, la source naturelle du vaccin (grease pustuleux) a jailli plusieurs fois. Mais à peine a-t-on puisé à cette source de vaccin fort.

Jusqu'à ce qu'elle reparaisse, on peut la remplacer par une source artificielle, en faisant appel au cheval et même à l'homme préférablement à la vache. Celle-ci affaiblit plutôt qu'elle ne régénère le vaccin. (Bousquet, Auzias-Turenne et Mathieu.)

C'est pour nous une conviction expérimentale.

On régénère le vaccin par des inoculations faites au cheval d'après certaines règles, et particulièrement quand la saison est humide et chaude.

Le cheval inoculé doit être jeune et surtout n'avoir pas eu la gourme, qui est souvent sans doute une des formes du grease pustuleux.

Un vétérinaire instruit s'assurera par un examen attentif que l'animal ne peut pas être soupçonné de morve ou de toute autre maladie dangereuse.

Le vaccin produit sur ce cheval sera récolté le plus tôt possible, et inoculé, si l'on peut, quand il est pour ainsi dire encore chaud.

A la rigueur, l'homme bien portant servira à régénérer le vaccin depuis l'âge de deux à trois ans jusqu'à l'âge adulte, s'il n'a pas encore été vacciné ou s'il n'a pas eu la variole.

Pour le cheval comme pour l'homme on peut choisir, pourvu que ce soit avec une extrême prudence, le moment où la vie est exaltée par un traumatisme. (Auzias-Turenne et Mathieu.)

Ce traumatisme pourra être avec un grand avantage provoqué artificiellement chez le cheval.

Quel que soit le sujet, il pourrait être utile de ranimer par divers moyens la vitalité générale et même la vitalité locale dans le voisinage de l'inoculation.

En tous cas, la vaccination de bras à bras, par les commodités qu'elle présente, doit rester le fond de la pratique commune. Jenner n'a considéré sa découverte comme bien établie qu'après avoir constaté l'efficacité de cette vaccination.

La supprimer serait donc mutiler à tort l'œuvre de Jenner. Ce serait marcher à contre-sens du progrès, ce serait perdre la vaccine.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 février 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies par M. le docteur Fournier (de Kidange) Lecaër (de Quimper), Barth (de Bouley), Oulmann (de Forbach), Benoit (de Dieulefit);

2° Des comptes rendus de maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Maine-et-Loire et de l'Aube (Commission des épidémies);

3° Un mémoire de M. Plonquet, médecin à Ay (Marne), sur l'utilité des revaccinations;

4° Une note de M. le docteur Chabanne (de Vals) sur l'emploi de la croûte vaccinale dans la vaccination (Commission de vaccine);

5° La description d'un nouveau procédé destiné à prévenir les accidents causés par la rupture des sondes dans l'urètre, par M. le docteur Jobert (de Guyonvelle) (Commissaire : M. Ségalas);

6° Une lettre de M. le docteur Ottoschur (de Stettin) sur un moyen de combattre le choléra (Commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Chabran sur une épidémie de typhus observée à Briançon (Hautes-Alpes) en 1865 (Commission des épidémies);

2° Une note de M. le docteur Blanchon, médecin à Alexandrie (Egypte) sur le traitement du choléra par le bichlorure de mercure (Commission du choléra);

3° Un mémoire sur l'acrodynie, par M. le docteur Falin (Commissaires: MM. Guérard et Bergeron);

4° Un pli cacheté contenant une note sur le traitement hippocratique de la nécrose, par M. le docteur Batailhé. Le dépôt est accepté.

— M. Wurtz présente: 1° Un mémoire de M. Mialhe sur les acides organiques de l'économie; 2° un mémoire de M. Tigri (de Sienne) sur la formation du jaune d'œuf aux dépens des globules rouges du sang.

M. Bouvier présente au nom de M. Charrière et au sien, un nouvel appareil pour la coxalgie, construit sur le modèle de l'appareil inamovible de M. Verneuil. Cet appareil se compose (voir les figures) de deux valves en cuir moulées, renforcées par des bandes d'acier et réunies a droite et à gauche, par des laçures, de manière à entourer l'abdomen et la cuisse du côté malade, et à immobiliser la hanche. Il permet, comme les bandages inamovibles, les mouvements généraux du corps, et il a sur eux l'avantage de pouvoir être enlevé et réappliqué en un instant, de pouvoir être desserré et resserré en tout ou en partie à la volonté du chirurgien.



M. Bouvier a déjà employé cet appareil plusieurs fois et ses effets ont été des plus satisfaisants.

M. Gibert dépose sur le bureau au nom de M. le docteur J. d'Aguinès-Fonceca, de Pernambuco (Brésil), une lettre sur le développement spontané du choléra sans importation (Commission du choléra).

M. Depaul fait hommage à l'Académie au nom de M. le docteur Grésinger, d'un traité d'aliénation mentale traduit en français par M. le docteur Doumic avec des notes de M. Baillarger.

M. Regnault présente au nom de M. le docteur E. de Séré, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes, un instrument qu'il désigne sous le nom de couteau galvano-caustique à chaleur graduée.

M. Béclard offre en hommage à l'Académie au nom de M. Sanson, un ouvrage sur l'économie du bétail.

— M. Gibert, à l'occasion du procès-verbal demande à présenter quelques réflexions au sujet des expériences comparatives de vaccination et d'inoculation de vaccin animal dont M. J. Guérin a entretenu l'Académie dans la dernière séance. Quand on a évoqué le fantôme de la syphilis, dit-il, j'ai fait remarquer que ce n'était pas là que se trouvait le vrai danger, mais bien dans le discrédit et l'abandon dont la vaccine était menacée. Après diverses inventions ou modifications dans les procédés de vaccination, plutôt faits pour en compromettre les effets que pour en assurer le succès, telles que la substitution de l'aiguille à la lancette, on en est venu enfin à considérer le vaccin animal comme devant être substitué au vaccin humain. M. Bousquet s'est écrié que ce serait la ruine de la vaccine. Qu'est-il arrivé, en effet? C'est que depuis qu'on a laissé s'introduire cette innovation dans le service de la vaccination de l'Académie, le vaccin a manqué; et tout récemment encore quand le Ministre a fait une demande de vaccin pour l'expédier à l'étranger, on a été obligé de lui répondre qu'on n'en avait pas. J'avoue que j'ai été affligé d'entendre dire par le directeur de la vaccine, M. Depaul, qu'il ne se croyait obligé seulement qu'à fournir du vaccin aux enfants qu'on présente à cet effet à l'Académie. Ce n'est pas ainsi que l'entendaient ses prédécesseurs MM. Husson et Bousquet; ils veillaient, et avec raison, à ce que l'Académie eut toujours du vaccin disponible pour mettre à la disposition des demandes qui lui étaient adressées, soit

de Paris, soit des départements. Je ne puis que déplorer, à ce sujet, la perte que l'Académie a faite de l'employé qui était spécialement chargé de ce service. Mais j'arrive au fait principal. Un enfant a été vacciné sous les auspices de M. Depaul avec le vaccin d'une génisse qui avait été transportée à cet effet à son domicile. L'inoculation du vaccin animal n'a eu aucun résultat, elle a complétement échoué. Huit jours après, j'ai vacciné ce même enfant avec du vaccin ordinaire, et j'ai obtenu de très-beaux boutons de vaccine. En présence de faits semblables qui paraissent s'être répétés déjà plusieurs fois, j'insiste pour que ce ne soit qu'à titre d'expérimentation et non comme substitution au vaccin que la vaccination animale soit introduite dans le service de l'Académie.

M. DEPAUL. M. Gibert me fait intervenir dans un fait auquel je suis resté complétement étranger et dont je n'ai même pas eu connaissance. Je proteste contre le rôle que notre collègue me prête tout gratuitement dans cette circonstance, et je déclare que je considère cette observation comme de nulle valeur.

(Exclamations diverses.)

M. GIBERT. Que vous n'y soyez pour rien, soit. Mais cela ne change rien au fait.

M. DEPAUL. Quant aux faits que M. J. Guérin nous a présentés dans la dernière séance, au nom de M. Carenzi, il y aurait bien des choses à dire et ils sont loin de renfermer tout ce que M. J. Guérin a voulu y voir et les conclusions qu'il en a tirées. Mais ce serait trop long pour le moment et cela trouvera mieux sa place quand le moment de la discussion sera venu.

M. GUÉRIN. M. Depaul me fait dire ce que je n'ai point dit. Je n'ai tiré aucune conclusion; je me suis borné à présenter sans commentaire les faits de M. Carenzi, comme un document pour le débat qui doit s'ouvrir sur la question; j'ai même dit implicitement en faisant cette présentation qu'il fallait se garder de toute conclusion prématurée. M. Depaul vient de présenter les faits d'une toute autre manière, et d'une manière que je me permettrai d'appeler un peu légère.

Je saisirai cette occasion pour faire remarquer que notre collègue paraît peu disposé à se prêter aux éclaircissements que nous cherchons à obtenir sur le service de la vaccine. J'ai vainement fait tous mes efforts pour avoir communication de son rapport annuel; je n'ai pu y parvenir jusqu'à présent.

M. DEPAUL. Vous allez être bientôt satisfait, mon rapport va être imprimé et distribué dans quelques jours.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie que M. le ministre du commerce et des travaux publics vient de charger deux membres de l'Académie, MM. Reynal et Delpech, d'une mission importante pour l'étude des trichines.

L'Académie, ajoute M. le Président, se formera en comité secret après quatre heures pour entendre le rapport sur la proposition de MM. Larrey et Bouley relative à la publicité à donner aux rapports sur les prix.

La parole est à M. Briquet pour la suite de la lecture du rapport sur le choléra.

RAPPORT.

Choléra. — M. BRIQUET. continue la lecture du rapport sur le choléra.

M. le rapporteur termine dans cette séance toute la psrtion de son rapport qui a trait à l'histoire des épidémies de choléra en Orient. Dans la prochaine lecture il abordera l'histoire des épidémies qui se sont manifestées en France.

LECTURE.

Cathéter pour la taille périnéale. — M. AUG. MERCIER soumet à l'examen de l'Académie un nouveau cathéter-conducteur propre à faciliter la pratique des diverses tailles périnéales, et il donne lecture de la note explicative suivante :

Un des temps les plus longs et souvent les plus difficiles des tailles périnéales, c'est celui qui a pour but d'ouvrir la région membraneuse de l'urèthre audessus du bulbe qu'il importe tant de respecter. On a beau conseiller d'employer un cathéter cannelé aussi volumineux que possible, il n'est pas toujours facile, surtout chez les personnes grasses comme le sont beaucoup de calculeux, de l'aller chercher dans une partie où il fuit derrière la symphyse pubienne pour gagner la vessie, et où il devient presque perpendiculaire à la surface du périnée. Et puis, chez les enfants on ne peut employer un cathéter volumineux.

Un autre défaut du cathéter généralement employé c'est que, pour le rendre plus facile à sentir par le périnée, on lui donne une courbure assez forte qui fait que, pour peu qu'on abaisse son extrémité externe afin de pousser dans la vessie l'instrument tranchant destiné à diviser les parties profondes, son extrémité interne se relève tellement vers la paroi antérieure du réservoir urinaire qu'on n'est plus, à moins de très-grandes précautions, arrêté par le cul-de-sac de la cannelure.

J'ai remédié à cet inconvénient à l'aide d'un conducteur nouveau. Cet instrument se compose de deux pièces : l'une principale qui est externe; l'autre complémentaire qui est interne et forme un stylet analogue à celui de la sonde à dard de frère Côme pour la taille hypogastrique.

On peut distinguer dans la première deux portions. L'une AD, qui a 25 centimètres, ressemble à une longue sonde de femme pour la courbure, puis se recourbe brusquement en sens inverse et à angle presque droit. Cette seconde portion DE', longue de 8 centimètres n'a qu'une légère inflexion excepté près du bec que je termine par un renflement. Cette seconde portion est occupée par le dos d'une large et profonde cannelure, depuis son origine jusqu'à 15 millimètres du bec, cannelure formant cul-de-sac à chaque extrémité. Cette pièce est munie de deux anneaux à son extrémité interne et creusée d'un canal dans toute sa première partie.

La seconde pièce FG, logée dans ce canal forme un stylet ou dard long de 30 centimètres terminé extérieurement par un anneau F et par une pointe G à l'extrémité opposée. Près de cette pointe, dans une longueur de 10 centimètres il est courbe, mais élastique, et cannelé sur son dos.

On comprend que quand cet instrument a été introduit dans l'urèthre, le dard caché dans sa gaîne, d'une part le talon est facile à sentir au périnée, et que, d'autre part, lorsqu'on a fait l'incision préliminaire, il est également facile de déplacer le bulbe, de faire saillir le dard, et de diriger sur sa cannelure un bistouri droit qui arrive alors directement dans la cannelure principale. L'opération se termine comme avec le cathéter ordinaire; seulement par la raison que cette cannelure principale est presque droite, on n'est pas exposé à en sortir comme je l'ai dit plus haut.

La seule objection qu'on pourrait faire à cet instrument serait que sa forme doit le rendre difficile à introduire. Je puis affirmer qu'il n'en est rien. Je l'ai employé deux fois, notamment il y a six jours sur un vieillard de quatre-vingt-deux ans, client du docteur Vaullet, et chaque fois son introduction, l'ouverture de la région membraneuse et l'introduction du gorgeret tranchant se firent avec une grande promptitude.

A quatre heures trois-quarts l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le maire de la ville d'Arcis-sur-Aube (Aube) nous prie d'annoncer qu'une place de médecin est vacante dans cette ville. Arcis, placée au centre de villages importants, a une population de près de trois mille habitants; elle n'a qu'un seul médecin pour la ville et les campagnes environnantes : les communes où résident des médecins sont à une distance de plus de quinze kilomètres.

S'adresser pour les renseignements à M. le maire d'Arcis.

— ERRATUM. — A la troisième colonne de l'observation de *paralysis agilans* de M. Topinard, septième alinéa, deuxième ligne, au lieu de : l'*indication moyenne a été de 52 kilog. pour la pression de la main droite,* lisez... a été de 32 kilog. (Voir notre dernier numéro).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des yeux contenant des résumés d'anatomie des divers organes de l'appareil de la vision, par le docteur FANO, professeur agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, t. Ier. Ophthalmoscopie, maladies de l'orbite, des voies lacrymales, des paupières et de la conjonctive, illustré de 70 figures intercalées dans le texte et de 20 dessins en chromo-lithographie. Paris, 1866. Adrien Delahaye. Prix 9 fr.

Essai sur le rôle social de la médecine, par le docteur A. VIELLE, in-8° de 50 pages; prix 1 fr. 50. Paris, 1866. Adrien Delahaye.

Leçons de médecine physiologique, par le docteur MOILIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Un vol. in-8° de 300 pages. Prix : 3 fr. 50 cent. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents, par le docteur CABOT, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 92 pages. Prix 2 francs. Paris, 1866. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des trichines et de la trichinose. — Pronostic et traitement.

De la connaissance des faits particuliers et surtout des épidémies dont nous avons présenté dans notre précédente revue un rapide et sommaire exposé, on peut déduire déjà quelques données pronostiques utiles à connaître. Les épidémies présentent à cet égard de très-grandes différences. D'après un relevé qu'en a fait M. le docteur Kestner, il y aurait entre la moins grave et la plus grrave de ces épidémies, une différence de mortalité qui est représentée par 6 pour 100 pour l'une et 22 pour 100 pour l'autre. Il y a à tenir compte, toutefois, en dehors de la mortalité, de la gravité de certains cas qui se manifestent avec une tendance à la chronicité ou qui laissent à leur suite un affaiblissement musculaire irrémédiable. La constitution et l'âge des malades jouent un grand rôle dans la marche ultérieure de la maladie et doivent par conséquent être pris en grande considération pour le pronostic.

La mortalité, suivant M. Kestner, dépend en premier lieu du degré d'infection que le malade a pu subir. On sait que ce degré d'infection dépend le plus souvent, à son tour, du mode de préparation qu'a subie la viande de porc. Enfin, le médecin appelé à se prononcer sur la gravité d'un cas spécial, doit prendre en considération l'intensité des douleurs musculaires, la tuméfaction produite par l'état des muscles, l'œdème, la transpiration, etc.

La fièvre est un élément de pronostic grave. La pneumonie s'est toujours montrée une complication d'une grande gravité, tandis que la pleurésie n'entraîne, paraît-il, qu'exceptionnellement des conséquences sérieuses.

La mort, quant elle a lieu, n'arrive que rarement avant et après la quatrième ou la cinquième semaine.

Relativement au sexe, voici ce qui a été noté dans l'épidémie d'Hettstadt : la mortalité a été dans la proportion de 8 pour les femmes et de 5 pour les hommes. D'après M. Rupprecht, cette sorte d'immunité relative des hommes serait due à l'usage de l'eau-de-vie, qui paraît jouir d'une certaine propriété palliative par rapport aux trichines.

Il y a enfin à considérer, au point de vue du pronostic, deux formes de la maladie qui diffèrent beaucoup l'une de l'autre par la gravité : la forme bénigne, dans laquelle les symptômes sont modérés et ne font craindre aucun danger immédiat pour la vie des malades ; dans cette forme, la guérison a lieu presque toujours, mais la convalescence, même dans les cas les plus légers, est longue, et ce n'est quelquefois qu'au bout de quatre ou cinq mois que les sujets sont complétement guéris ; — La forme maligne, dans laquelle les malades succombent assez souvent soit aux accidents typhiques ou rhumatismaux, ou à une pneumonie qui se manifeste ordinairement dès le début de la deuxième période.

Dans les cas où la guérison survient, la convalescence est presque toujours très-pénible. L'anasarque qui se montre à ce moment tend à se généraliser et à gagner les membres abdominaux, la cavité péritonéale, quelquefois même la plèvre et le péricarde. Ces différents épanchements ne se résorbent qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

Nous laissons pour le moment de côté l'un des points les plus importants et les plus pratiques de l'histoire de la trichinose, l'étude des moyens prophylactiques, le réservant à cause de son importance même, jusqu'à plus amples renseignements; et nous terminerons, par un exemple rapide, du peu que l'on sait du traitement de cette grave affection.

Le traitement de la trichinose est basé sur deux indications : 1° détruire et expulser les trichines intestinales; 2° détruire les trichines une fois qu'elles ont pénétré dans les muscles.

La médication évacuante est le moyen le plus rationnel de remplir la première indication. Elle doit être mise encore en usage, suivant M. Kestner, alors même que la présence prolongée des parasites dans l'intestin aurait déterminé une entérite diarrhéique. Plusieurs médecins ont associé aux évacuants les vermifuges proprement dits, tels que la santonine, l'écorce de grenadier, l'extrait de fougère mâle, etc. Voici le mode de traitement qui est préconisé par M. Küchenmeister : Le premier jour, calomel et jalap; le lendemain, poudre de jalap et poudre de fougère mâle, de chacune 2 à 8 grammes; répéter la même dose une fois encore si elle n'a pas produit un effet purgatif suffisant, et administrer ensuite la térébenthine de Venise plusieurs fois par jour.

Le camphre, le sublimé, le soufre, le phosphore, l'oxyde de cuivre ont été préconisés par les uns, rejetés par les autres, sans qu'il soit possible jusqu'à présent de se prononcer sur leur utilité respective.

Le picronitrate de potasse, qui pendant un certain temps a passé en Allemagne pour le meilleur remède contre les trichines, a été reconnu depuis inefficace.

Il en a été de même de la glycérine, qui a été recommandée tout récemment. M. Rodet a expérimenté la glycérine sur des cochons d'Inde et sur des lapins infectés de trichines, et il n'en a obtenu aucun effet.

L'eau ne tue les trichines qu'à 100 degrés.

Le professeur Mosler a expérimenté diverses substances. Voici quel en a été le résultat :

L'huile rectifiée de térébenthine ne tue pas les trichines musculaires après trente heures d'immersion.

Elles ne résistent point au chloroforme pur au-delà de cinq heures.

Elles ont été trouvées vivantes dans la solution arsenicale de Fowler au bout de trente heures. Elles vivent au-delà de quarante-huit heures dans un mélange de santonine, 2 grammes, huile de ricin et huile d'olive, de chacune 8 grammes.

L'extrait de fougère mâle à 4 grammes, avec gomme arabique et eau distillée, de chacune 15 grammes, ne les tue point dans l'espace de trente heures.

Une forte décoction d'écorce de grenadier, 8 grammes sur 15 grammes d'eau, donne le même résultat.

Dans l'iodure de potassium, 2 grammes sur 30 grammes d'eau, les trichines vivent après trente heures.

Dans une solution de carbonate de potasse, 8 grammes sur 30 grammes d'eau distillée, elles avaient cessé de vivre au bout de vingt heures.

Une solution concentrée de chlorure de sodium tuerait les trichines au bout d'un quart d'heure, d'après Colberg, au bout d'une à deux heures, d'après Rupprecht.

Le bichlorure de mercure ne les a tuées, sous les yeux de M. Rodet, qu'au bout de dix-huit heures d'immersion ; le vin aromatique, au bout de vingt-trois heures ; le perchlorure de fer, seize heures après. L'huile d'olive lui a semblé les faire mourir assez rapidement.

Elles résistent longtemps encore à la putréfaction : M. Rodet les a trouvées bien vivantes chez un lapin qui était mort depuis sept jours et dont les chairs, qui avaient été exposées à une haute température, tombaient en déliquescence.

Enfin l'électricité, que M. Rodet a essayée, n'a pu les faire périr.

Dans ces derniers temps, M. Mosler a fortement préconisé la benzine contre les trichines musculaires et les trichines intestinales. M. Rodet a répété quelques-unes des expériences, et le résultat a, dit-il, dépassé son attente.

Il a fait avaler à un lapin infecté de la veille, 0 gr. 20 c. de benzine en capsule, et il a élevé la dose de 0 gr. 20 c. chaque jour. Bientôt une diarrhée intense est survenue, puis des vertiges, des troubles dans la marche se sont montrés chaque fois qu'il lui a fait avaler la benzine. L'animal est mort le neuvième jour. L'autopsie ne lui a pas permis de retrouver la moindre trichine, soit dans le tube intestinal, soit dans les muscles.

Plus tard, il a donné de la benzine à un chat depuis la dose de 0 gr. 50 c. à 1 gr. 20 c. L'animal a été sacrifié treize jours après le début de l'ingestion de la viande trichinisée, et à l'autopsie, on n'a pu retrouver non plus aucune trichine dans son corps.

M. Rodet pense qu'il y aurait lieu de multiplier les expériences avant de se prononcer sur la valeur de cet agent. Quant à lui, il n'hésiterait pas, dit-il, au début de la trichinose à recourir de suite à la benzine, substance qui jusqu'ici lui semble avoir le mieux réussi.

Pour ce qui est de la deuxième indication, ou du traitement de la deuxième période dite musculaire, on ne connaît jusqu'ici aucun remède qui ait donné de bons résultats. Nous avons déjà vu que l'arsenic, le cuivre, le phosphore, le soufre, le mercure, le camphre, le picronitrate de potasse avaient été tour à tour vantés, puis abandonnés. La benzine elle-même, qui a donné de bons résultats contre les trichines intestinales, a échoué dans le traitement des trichines musculaires. M. Rodet n'en a obtenu aucun bon résultat dans tous les essais qu'il a tentés. Chez un lapin porteur de trichines depuis dix-neuf jours et chez lequel les kystes n'étaient pas encore formés, il a donné la benzine depuis 30 centigrammes jusqu'à 1 gr. 20 c., la plus forte dose qu'il ait pu lui faire absorber. Au bout de trente-deux jours l'animal a été sacrifié et l'autopsie a révélé de nombreux kystes, tous bien formés, contenant des trichines parfaitement vivantes.

Dans la troisième période enfin, le traitement n'offre d'autre indication que celle des toniques, des ferrugineux, d'une bonne nourriture et de l'exercice, qui seuls pourront, dit M. Rodet, donner au malade les forces dont il a besoin pour traverser la longue convalescence dans laquelle il va entrer.

Des fractures du maxillaire supérieur.

M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a lu à l'Académie de médecine un travail sur les fractures du maxillaire supérieur, sur leurs relations avec des fractures plus profondes et sur un signe presque caractéristique de ces lésions dans les cas où il n'y a pas de déplacement des fragments du maxillaire supérieur.

Les livres classiques et les recueils périodiques n'ont jusqu'ici enregistré qu'une demi-douzaine d'observations de fracture du maxillaire supérieur ; M. A. Guérin pense que s'il n'y en a pas eu un plus grand nombre, c'est que l'étude de ces fractures est restée fort imparfaite. On a constamment méconnu les fractures sans déplacement notable, et l'on n'a consigné dans la science que les faits de fractures avec enfoncement, ou tellement compliquées qu'il était impossible de les méconnaître.

D'après M. A. Guérin, le plus grand nombre des fractures du maxillaire supérieur se font transversalement au-dessous de l'apophyse malaire, et vont de l'orifice des fosses nasales à l'apophyse ptérygoïde, qui serait fracturée elle-même dans le plus grand nombre des cas.

Pour se rendre compte de la solidarité qui existe entre les apophyses ptérygoïdes et les os maxillaires sous le rapport des fractures, il suffit de jeter un coup d'œil sur la disposition de la base du crâne ; on voit alors que les apophyses ptérygoïdes sont l'arc-boutant, que tout effort exercé d'avant en arrière sur la partie antérieure du maxillaire supérieur, doit tendre à fracturer.

D'après les expériences que M. Cocteau a faites à l'amphithéâtre des hôpitaux, sur la demande de M. Guérin, la fracture des apophyses ptérygoïdes accompagne toujours celle des maxillaires supérieurs.

L'observation clinique et l'induction avaient amené M. Guérin, avant les expériences de son interne, à reconnaître que toutes les fois qu'il existe une fracture transversale des os maxillaires supérieurs, il y a au niveau de l'aileron interne des apophyses ptérygoïdes, une douleur très-vive qui est pour le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis le signe pathognomonique des fractures des maxillaires supérieurs.

Cette opération a été sanctionnée non-seulement par les expériences sur le cadavre, mais encore par une fort belle pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un individu qui avait présenté pendant sa vie une mobilité très-peu appréciable des fragments, mais chez qui l'on avait constaté la douleur au niveau de l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde.

Sur un malade dont M. Guérin a rapporté l'observation, on ne trouva d'abord que cette douleur, sans mobilité notable des maxillaires, mais quand les accidents inflammatoires se furent calmés, on reconnut de la manière la plus manifeste la mobilité de l'extrémité inférieure de l'apophyse ptérygoïde.

M. Guérin n'a pas voulu noter dans son mémoire la fracture des os palatins qu'il considère comme faisant partie des maxillaires au point de vue chirurgical, ni celle de la cloison des fosses nasales qu'il croit pourtant presque aussi constante que celle des apophyses ptérygoïdes, parce que l'on ne peut pas tirer grand parti de cette coïncidence pour le diagnostic de la fracture des maxillaires.

Maintenant que l'attention des chirurgiens est appelée sur un nouveau signe de ces fractures, on trouvera, nous n'en doutons pas, un grand nombre de solutions de continuité de ces os qui sont exposés à tous les coups portés au visage, et qui n'offrent qu'une résistance bornée.

Chancre mou, chez un sujet syphilitique.

Quelques médecins ont trouvé étonnant qu'un chancre mou ait pu exister chez une malade atteinte de plaques muqueuses, et ont cru à quelque méprise dans le fait qui a été rapporté

dans notre revue clinique du samedi 27 janvier dernier.

Nous pensons que les faits et les théories sont deux choses distinctes, et s'il faut sacrifier les uns aux autres, il est sage, à notre avis, de préférer tourmenter les théories plutôt que les faits.

La lésion qui a été observée sur la conjonctive, était un chancre mou. Nous prions nos lecteurs de se reporter à l'observation, et de relire la description de l'ulcération.

Parce qu'il n'y a pas eu d'engorgements ganglionnaires, parce que la poudre de calomel et de sucre et de l'eau blanche ont guéri l'ulcération, est-il raisonnable de dire que la lésion n'était pas un chancre mou? et nous demanderons à nos lecteurs si franchement on peut appeler une ulcération à bords taillés à pics à fond grisâtre, une ulcération simple, ou une plaque muqueuse.

On nous reprochera sans doute de n'avoir pas inoculé le pus de l'ulcération. En principe, ces épreuves ne nous conviennent point, et en fait cela nous paraissait inutile; il y a des faits de plaques muqueuses et de chancre mou, existant chez le même individu. [Belhomme et Martin, (Pathologie syphilitique)] et M. Auzias-Turenne, qui a beaucoup inoculé, a dit qu'il avait produit des chancres mous avec le liquide pris sur les plaques muqueuses.

OBSERVATION

pour servir à l'histoire de la paralysie ascendante aiguë,

Par M. le Dr E. T. Caussin (de Ligny en Barrois).

Je suis appelé le 17 juillet 1864 pour donner des soins à la femme Jean G..., du village de Givrauval, âgée d'une soixantaine d'années au moins; habituellement bien portante. On me dit qu'elle a passé une mauvaise nuit, qu'elle a eu des étouffements. Je l'interroge, et voici le résultat de mon examen clinique. Elle est paralysée des membres inférieurs; cette paralysie n'est pas arrivée brusquement. Depuis deux ou trois jours elle remarquait une certaine gêne dans la marche; elle buttait et tombait facilement; la veille au soir, en revenant des champs, elle s'est aperçue qu'elle marchait très-difficilement; elle soupe comme d'habitude, mais elle se plaint de douleurs, ou plutôt de fourmillements dans les membres inférieurs; de douleurs vives dans la région lombaire; elle ne peut rester au lit, elle s'y trouve mal; elle veut se lever mais sa marche est devenue tout à fait impossible; on est obligé de la soutenir par les deux bras. Elle n'a ni maux de cœur, ni vomissements, ni douleurs de tête; point de paralysie de la vessie, ni du rectum; elle conserve et rend les urines à volonté, il en est de même pour les selles. Intelligence intacte, parole facile.

Elle est dans le décubitus dorsal et ne peut se mouvoir dans aucun sens. Sur ma demande elle essaye de remuer les jambes, mais elle arrive à peine, avec les plus grands efforts, à les déplacer de quelques lignes. Elle sent très-bien quand je la touche ou la pince; la sensibilité est peut-être un peu obtuse à gauche. Elle ne sent pas ses pieds, me dit-elle.

La pression est douloureuse dans la région des vertèbres lombaires. La respiration est actuellement facile, normale. J'ai dit qu'il y avait eu pendant la nuit, des accès d'étouffements.

Je la revois le lendemain matin. La nuit a été très-mauvaise; elle n'a cessé de vouloir être levée, puis recouchée; quand elle est au lit, elle accuse des douleurs vives dans la région dorsale; et dans la région lombaire, quand elle est assise sur son fauteuil. Lorsque j'arrive, je la trouve levée, penchée sur le côté droit, mais retenue par des oreillers qui s'appuient sur un bras de son fauteuil; il lui est impossible de se redresser. Je la fais reporter dans son lit. La paralysie est absolue dans les membres inférieurs; les muscles du tronc sont paralysés; les membres supérieurs sont pris; elle y sent des fourmillements, mais toujours plus à gauche qu'à droite; la main droite presse encore un peu ma main; la gauche, pas du tout. Les étouffements ont été d'une intensité plus grande pendant cette nuit; cependant je n'ai assisté à aucun accès de dyspnée.

L'expression de la figure reste naturelle; la parole ne m'a pas paru embarrassée. La femme Jean G... mourut le soir même.

Telle est l'observation que j'ai recueillie en juillet 1865; je donnai à cette affection le nom de paralysie ascendante. Quant à la cause, je crus à une lésion du bulbe rachidien.

Le travail publié depuis par M. Pellegrino Lévi dans les *Archives de médecine* a modifié mon diagnostic, et je crois aujourd'hui avoir eu affaire à une paralysie ascendante aiguë, mais sans lésion appréciable des centres nerveux.

Le tableau symptomatique que cet auteur trace de cette affection est, pour ainsi dire, la photographie de ce que j'ai vu. Période prodromique, fourmillement, sensibilité générale conservée, décubitus dorsal, dyspnée avec exacerbations, intelligence intacte, extension rapide de la paralysie, mort prochaine. Il n'y a, dans mon observation, qu'une seule chose que M. Pellegrino Lévi n'a jamais rencontrée, ce sont les douleurs le long de la colonne vertébrale.

BONS EFFETS DU COLLODION MERCURIEL

Contre les macules syphilitiques.

M. le docteur Leclerc a observé une jeune femme chez laquelle des taches nombreuses avaient survécu aux papules d'une syphilide traitée avec succès par ce médecin. Ces taches fauves, qu'on ne pouvait faire que difficilement pâlir par la pression, avaient surtout pour siége le visage, le menton et le cou.

Des bains alcalins, des bains de sublimé, des bains de mer, ne changèrent rien à cet état de choses; la malade se désespérait. M. Leclerc songea alors à faire badigeonner chaque tache avec un pinceau chargé du liquide suivant :

Sublimé corrosif	0,50 centigrammes.
Collodion	15 grammes.

Cinq jours après les taches étaient devenues à peine apparentes; trois applications du collodion mercuriel les firent disparaître entièrement. L'emploi de ce liquide n'avait pas eu d'autre inconvénient que de produire une sensation du prurit d'ailleurs très-tolérable.

(*Presse méd. belge.*)

DU FORCEPS ET DE LA VERSION (1),

Par le docteur Léon Marchand.

Les accouchements difficiles ne sont pas, et nous devons en remercier la nature, les plus communs; mais parfois dans la pratique il survient des cas de dystocie qui trouvent le praticien d'autant plus désarmé que, dans le courant de ses études médicales, il n'a pas eu souvent l'occasion de les étudier dans les salles de la Clinique. Les manuels et même les traités d'accouchements, où chacun est obligé d'aller puiser la science sont eux-mêmes très-sobres d'appréciations, en sorte que bien des médecins se trouvent fort embarrassés dans leur clientèle, quand le malheur vient leur apporter ou un bassin vicié, ou un enfant qui se présente mal.

Un de ces cas est celui où l'on se trouve en face d'un bassin ne présentant pas des diamètres assez grands pour permettre le passage naturel de la tête d'un enfant. Que faire en pareille occurrence? Laisser agir la nature, suivre la méthode expectante! S'il est des moments dans lesquels ils faut compter sur la nature, ce n'est certes pas à coup sûr celui-là: il y a une impossibilité matérielle; attendre, c'est tuer à coup sûr l'enfant, c'est gravement compromettre les jours de la mère et, en fin de compte, c'est reculer la difficulté et non pas la vaincre, car l'enfant mort devient un corps étranger qu'il faudra extraire et le médecin est obligé de revenir à cette question : Que faire? Quelle opération employer? Faut-il aller chercher les pieds ou tirer directement sur la tête, en d'autres termes : Faut-il faire la version ou employer le forceps? Il eut dû commencer par là et peut-être en agissant sagement eût-il pu sauver les jours de l'enfant et ne pas mettre un instant en péril l'existence de la mère.

Avant l'invention du forceps on employait la version pelvienne dans ces cas difficiles. Ambroise Paré et Guillemeau la vulgarisèrent, mais cette opération ne satisfaisait pas tous les esprits, et Mauriceau chercha à l'éviter en inventant son tire-tête. En 1747, Levret donna son forceps courbe et bientôt on l'appliquait pour amener l'enfant au-dehors quand le bassin était rétréci. A partir de cet instant on voit les accoucheurs opter tantôt pour la version, tantôt pour le forceps. Ce dernier gagna d'abord rapidement du terrain. Mais il eût ses revers: MM. Lachapelle et Dugès en France, Simpson à Edimbourg, tentèrent de réhabiliter la version pelvienne et Cazeaux dans son *Traité d'accouchements*, se rangeant de leur avis pesa du poids de son autorité sur les esprits des médecins de son temps. — C'est là où en était la question quand l'Académie de médecine mit la question au concours pour appeler sa lumière dans la controverse.

La science peut pour élucider la question procéder de deux manières: on peut rassembler les faits, les compter, les comparer; de l'ensemble des observations et de leurs résultats on tire des conclusions; c'est la méthode de la science moderne, elle fait table rase du passé et n'accepte la tradition que comme accessoire. « Dans ce travail, dit l'auteur, j'ai dû suivre une voie différente, l'élément observation m'a manqué presque complétement; j'ai dû explorer la tradition née de l'expérience personnelle des maîtres qui ont créé la science. J'ai dit que les observations manquent à peu près complétement; en effet, pour qu'on puisse dans l'espèce leur accorder une valeur, une signification, il faut qu'elles renferment non seulement la relation exacte, complète et détaillée du fait, ce qu'on ne retrouve guère dans les narrations trop sommaires des anciens, mais encore qu'elles présentent des détails spéciaux à la question qui nous occupe, ce qu'on ne rencontre pas même dans les modernes. »

Dans cette occurrence M. Joulin a dû peser chacune des opinions de ces maîtres, les diviser en camps séparés, analyser leurs ouvrages, leurs opinions, les comparer pour arriver à une conclusion nette et précise. Aussi partage-t-il son travail en quatre parties. Dans la première il passe en revue la série des auteurs qui ont préféré le forceps à la version. Dans la seconde se trouve la série des auteurs qui n'ont point d'opinion bien tranchée. Dans la troisième sont ceux qui préfèrent la version. De plus, l'auteur consacre une quatrième partie à l'exposé d'expériences qu'il a tentées pour résoudre le point mécanique de la question.

Le mémoire de M. Joulin a été couronné par l'Académie de médecine, c'est la meilleure des recommandations. Cela nous dispense de toute appréciation et de toute critique. Nous rappellerons, en terminant, un autre travail qui paraissait en même temps que celui que nous venons d'analyser, il a pour titre : *Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme*. Cette petite brochure renverse au nom de l'observation bien des idées qui, nées de simples hypothèses des anciens auteurs, ont été adoptées jusqu'à ce jour.

(1) *Du forceps et de la version dans les cas de rétrécissement du bassin*, par le docteur Joulin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Capuron); in-8°, chez Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24, Paris.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 14 février 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu ot adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical*.

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques;*

Quelques mots sur les pneumonies suettiques, par M. Putégnat (de Lunéville).

Six opérations de fistule vésico-vaginale, par M. Courty (de Montpellier).

— M. Trélat fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Les Hôpitaux, assistance et hygiène*.

— M. Larrey présente, au nom de M. Marion Sims, un livre intitulé : *Notes cliniques sur la chirurgie de l'utérus*.

— M. Brown-Séquard, membre correspondant étranger, fait hommage de ses *Leçons de physiologie et de pathologie du système nerveux central*, faites au Collége royal des chirurgiens d'Angleterre en mai 1858.

— M. Follin présente, au nom de M. Forichon, sa thèse inaugurale : *Quelques observations sur la méthode indirecte de traitement des fistules vésico-vaginales*.

— M. Giraldès offre une série d'ouvrages qu'il a reçus d'Angleterre pour la Société : 1° Le vingt-sixième volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres;* 2° le *Catalogue* (suppléments n° 1 et n° 2) *du musée du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre;* 3° le *Catalogue de la bibliothèque du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre*, vol. IV, partie Ire et IIe, 1855-1860; 4° cinq volumes de la *Statistique sanitaire et médicale de l'armée*, pour 1859, 1860, 1861, 1862 et 1863.

— M. Soulez (de Romorantin) adresse une note sur une cause peu connue de l'apoplexie de la rétine. (Commissaire unique, M. Perrin).

— M. Verneuil présente un mémoire de M. Gayet (de Lyon), intitulé : *De l'hypertrophie conjonctive généralisée*. (Commissaires : MM. Verneuil, Follin et Tarnier).

A propos du procès-verbal :

Maternités.

M. TARNIER demande à ce qu'une discussion s'engage sur l'ouvrage présenté par M. Le Fort.

Après quelques observations de MM. Trélat, Perrin et Cloquet, qui rappellent qu'il n'est pas dans les usages de la Société de mettre en discussion les ouvrages de ses membres, il est décidé, que, la parole sera réservée à M. Tarnier, dans une prochaine séance, pour faire une communication sur l'*hygiène des maternités*.

Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

M. VERNEUIL montre la pièce anatomique de la luxation sous-glénoïdienne de l'humérus, dont il a parlé dans la dernière séance, et remet l'observation suivante :

Lorsque M. Broca a mis sous les yeux de la Société le moule en plâtre de la luxation qu'il avait observée, j'ai été frappé de la similitude absolue de la déformation avec celle d'un accident de ce genre, que j'avais rencontré à Lariboisière, et dont j'avais même sommairement entretenu mes collègues, dans une communication sur quelques luxations rares qui s'étaient présentées dans mon service, dans les derniers jours de l'année dernière. A ce moment, je n'avais pas prononcé le nom de luxation sous-glénoïdienne, je m'étais contenté de dire que la tête était si loin de sa position normale qu'elle paraissait avoir abandonné tout à fait la cavité glénoïde, pour se mettre en rapport avec la paroi de la poitrine et les espaces intercostaux.

Du reste, même attitude, le bras étant presque à angle droit, le deltoïde très-tendu, la tête soulevant la peau de l'aisselle, etc. Je ne fis point de mensuration exacte et me mis en devoir de réduire. L'accident datait de la veille, le sujet était un vieillard maigre, assez chétif, peu musclé; d'un autre côté, un aussi grand déplacement impliquait à mes yeux la destruction très-large de la capsule; j'annonçai donc que la réduction serait très-aisée, ce qui fut vrai, car je l'effectuai seul, en quelques instants et sans le secours du chloroforme. Le membre fut immobilisé pendant quelques jours, après quoi, tout paraissant se passer comme à l'ordinaire, on ne s'occupa plus de cette lésion.

L'attention, d'ailleurs, en fut détournée par des accidents beaucoup plus graves, qui se développèrent du côté opposé, c'est-à-dire à la partie inférieure de la jambe gauche, qui avait été contuse lors de la chute. De ce point, en effet, partit un phlegmon diffus, à marche insidieuse, qui peu à peu gagna toute la région du cou-de-pied, puis la jambe, superficiellement et profondément, de sorte que tout ayant été employé vainement pour arrêter les progrès du mal, émissions, débridements, drainage, injections, etc., je me décidai à pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection supérieur, pour tenter de sauver le malade, dont l'état était presque désespéré. Cette ressource elle-même fut inefficace, le moignon fut pris de pourriture d'hôpital dont les plaies de la jambe avaient déjà présenté des traces et le malade succomba à cette complication douze jours après l'amputation. (Je dirai en passant, que la pourriture d'hôpital est tellement rare actuellement, quo depuis plusieurs années je n'en avais pas vu d'exemple et que je ne pus en arrêter les progrès ni par l'iode, ni par le perchlorure de fer, le tartrate ferrico-potassique, l'acide phénique, ni même une cautérisation au fer rouge énergique et complète).

Deux mois environ s'étaient écoulés depuis la chute et la réduction de la luxation, néanmoins je ne laissai pas échapper cette occasion d'examiner l'état de la jointure scapulo-humérale. J'annonçai que nous trouverions la capsule largement déchirée, surtout à la partie *interne*

et inférieure. La tête, ayant dû s'échapper en bas et en dedans pour occuper la position que nous avions constaté sur le vivant.

Aussi, mon étonnement fut-il grand lorsqu'il me fût prouvé que ces prévisions étaient inexactes. A l'autopsie, nous trouvâmes naturellement la luxation réduite et les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux; mais lorsque nous reproduisîmes le déplacement, ce qui fut aisé, la solution de la capsule étant encore tout à fait béante, nous vîmes : 1° que la déchirure portait sur les insertions du manchon fibreux à l'humérus, non point en dedans, mais en dehors; 2° qu'elle comprenait environ les 3/5 de la circonférence de ces insertions, depuis la base de la petite tubérosité en avant, jusqu'à l'union des deux facettes de la grosse tubérosité avec la troisième en arrière; 3° qu'il y avait arrachement des tendons du sous-scapulaire, du sus-épineux, du sous-épineux, le petit rond restant seul attaché à l'bumérus; 4° que la capsule enfin n'adhérait plus à l'humérus que dans ses 2/5 inférieurs et internes, c'est-à-dire du côté de l'aisselle, précisément dans le point où nous avions cru la déchirure inévitablo et démontrée *a priori*.

La tête était donc sortie par la partie extérieure de l'articulation et ce n'est que par un déplacement consécutif qu'elle avait pu se loger dessous l'extrémité la plus basse de la cavité glénoïde. Nous essayâmes de lui faire reprendre cette position déclive, mais sans pouvoir y réussir complètement, à la vérité; la portion restante de la capsule, qui dans l'état normal est mince et extensible, s'était sans doute rétractée par suite de l'inflammation consécutive, ce qui tendrait à le prouver c'est que le mouvement d'abduction était beaucoup moins étendu que d'habitude, limité qu'il était, même après la dissection complète, par cette même capsule.

Au reste les surfaces diarthrodiales, la face profonde de la capsule, les parties environnant l'articulation ne présentaient aucune trace de phlegmasie, ni brides, ni adhérences, ni exsudation, nulle trace même de cicatrisation de la déchirure. Le tendon du biceps était luxé, il était à la partie antérieure de la jointure à deux centimètres au moins de sa gouttière. Les débris de sa gaîne avaient contracté quelques adhérences et offraient çà et là quelques noyaux d'ossification aussi bien que les tendons du grand pectoral, du grand dorsal et du grand rond.

Les tendons des muscles rotateurs étaient rompus au point précis de leur insertion à l'humérus, il n'y avait aucune fracture des tubérosités.

Dans la grande majorité des cas, la déchirure de la capsule siége à la partie interne, inférieure et antérieure de la capsule et cela s'explique puisque la luxation se produit le plus souvent dans le mouvement d'abduction ou lorsque le bras est écarté du tronc. Dans le cas actuel, il fallait invoquer un tout autre mécanisme et une attitude tout à fait inverse. Nous discourions sur cette anomalie lorsqu'un élève de service parcourant ses notes en trouva l'explication. En effet le malade avait été renversé par une voiture et roulé à terre. Son bras était dans la flexion et l'adduction forcée lorsqu'il sentit à l'épaule une douleur vive, la tête dans cette position distendait donc la partie externe de la capsule, lorsque celle-ci avait cédé à ses insertions humérales; ce commémoratif rend bien compte du fait exceptionnel que nous rapportons et qui nous a semblé digne d'être consigné.

La pièce anatomique est conservée dans la petite collection pathologique que quelques médecins de Lariboisière sont en train de former.

M. CHASSAIGNAC. A. Cooper a publié sous le titre de luxation de l'humérus en bas un cas de luxation sous-glénoïdienne, immédiatement suivie d'autopsie. La tête humérale reposait sur le bord axillaire du scapulum, entre ce bord et les côtes, et son centre était environ un pouce et demi au-dessous de celui de la cavité glénoïde. Le ligament capsulaire était déchiré dans toute la hauteur du bord interne de la cavité glénoïde; la déchirure aurait pu admettre un corps beaucoup plus volumineux que la tête de l'humérus (obs. 99e, p. 80). Je ne donne que les détails principaux, ce fait est des plus importants, parce que la luxation était toute récente, lorsque l'autopsie fut pratiquée. C'est le seul cas d'autopsie d'un cas récent que je connaisse.

M. LARREY. Dans une thèse souvenue par M. Denglehem, d'après Sédillot, se trouve un exposé complet de la question des luxations anciennes. Ce travail a été publié trois années avant la traduction de A. Cooper.

Polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL a opéré le malade dont il a parlé dans la dernière séance. Il s'est servi de l'écraseur linéaire, tout a été simple et facile. Il montre la pièce anatomique à la Société. L'observation sera complétée et publiée ultérieurement.

Luxation congénitale du cristallin.

M. DESPRÉS. M. Follin, à l'occasion du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, a fait justement remarquer que les luxations congénitales du cristallin étaient très-rares. La riche collection du bulletin de la Société de chirurgie, cependant, renferme un exemple de luxation congénitale du cristallin qui a été présenté ici par M. Wecker. Les deux cristallins étaient luxés en haut; il y avait de la diplopie et la malade voyait avec le n° 7 des verres convexes. M. Wecker a fait le déplacement pupillaire par le procédé de Critchett.

Je cite ce fait surtout pour constater qu'il n'y avait pas d'astigmatisme, pas plus que chez le malade de M. Follin, chez lequel M. Perrin avait supposé qu'il devait en exister.

M. FOLLIN. Ainsi que je l'ai dit dans la note consignée au dernier procès-verbal, le malade que j'ai présenté n'a pas d'astigmatisme. Je me suis assuré qu'il pouvait lire avec le trois et demi bi-convexe et voir de loin avec le cinq et demi. Je crois qu'on pourra lui construire des lunettes avec de simples verres convexes.

M. TRÉLAT. Les doutes que j'avais exprimés sur la possibilité d'un astigmatisme chez le malade de M. Follin se trouvent confirmés. Donders a signalé dans son ouvrage un cas d'obliquité du cristallin, qui s'accompagnait d'astigmatisme, mais il n'y a entre ce cas et celui dont nous parlons qu'une analogie fort éloignée.

M. PERRIN. Les doutes que j'avais soumis à M. Follin, relativement à la sensibilité rétinienne de son malade et à la possibilité d'un astigmatisme, tombent devant les résultats de son étude. Mais, il n'en est pas moins vrai, que ce malade offrait des conditions qui peuvent produire l'astigmatisme. Souvent, il faut chercher dans le cristallin la cause de certains astigmatismes. C'est un fait bien démontré par les travaux de Donders.

M. DESORMEAUX. Le malade présenté par M. Follin m'a été confié alors qu'il était enfant, il avait douze ans. Je qualifierai d'ectopie cristallinienne et non de luxation le déplacement congénital des lentilles. Rien n'avait encore été fait pour remédier aux singuliers troubles de la vision présentés par ce malade. A la fois très-hypermétrope et très-myope, il ne pouvait distinguer les objets à la distance ordinaire. Il avait au contraire, surtout pour les objets éloignés, une très-grande acuité de vision. Après l'avoir bien examiné, j'arrivai à cette conviction, qu'il était très-hypermétrope quand il regardait à côté du cristallin, très-myope, quand les rayons lumineux traversaient la portion de lentille qui occupe le champ pupillaire. J'essayai les verres simples, il n'y voyait que momentanément. C'est alors que, d'après le conseil de Léon Foucault, je lui fis construire une lunette de Galilée. Dès lors il put commencer son éducation jusqu'alors négligée et la vision s'améliora. C'est du moins ce que j'avais entendu dire, et les résultats de l'examen fait par notre collègue confirment ce dire.

M. LARREY s'est assuré, par l'obligeante entremise de M. Meyer, élève de M. de Graefe, que le savant professeur de Berlin avait publié, dans les archives d'ophthalmologie, de 1855 à 1859, différentes notes et observations sur les luxations traumatiques ou spontanées du cristallin. M. de Graefe a surtout dirigé ses recherches vers les phénomènes optiques de ces anomalies, il a étudié leur étiologie, constaté l'influence de l'hérédité, dans des cas à part, et indiqué les moyens les plus rationnels de corriger ce déplacement accidentel du cristallin par un déplacement artificiel de la pupille.

M. GIRALDÈS. Je mets sous les yeux de la Société une observation de luxation congénitale héréditaire du cristallin. Elle est consignée, comme vous le voyez dans l'*ophthalmic hospital reports*, 1857-59.

COMMUNICATION.

M. DE SÉRÉ lit une note sur l'action de son *Couteau galvano-caustique*. Commissaires : MM. Larrey, Broca, Tillaux.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. LE PRÉSIDENT après avoir constaté qu'aucun membre ne demandait la parole, prononce la clôture de la discussion.

Traitement des ophthalmies purulentes.

M. MARJOLIN. La communication faite dans une des dernières séances, par M. Serres (d'Alais), sur le traitement de l'ophthalmie purulente, devait nécessairement soulever de nouveau une discussion au sein de la Société de chirurgie. Ce n'est pas que cette maladie ne soit pas bien connue, mais des opinions si opposées sont professées soit sur les causes, le mode de contagion, la gravité et le traitement de cette affection, qu'il serait bien à désirer de voir cesser toutes ces dissidences, et que l'on sût à quoi s'en tenir sur les avantages et les inconvénients des méthodes de traitement les plus préconisées, et qu'enfin l'autorité administrative, suffisamment instruite, prît des mesures pour faire cesser les causes qui peuvent propager ou aggraver cette maladie.

Bien qu'à l'hôpital Sainte-Eugénie nous ne soyons pas aussi à même que dans quelques hôpitaux, de pouvoir observer l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, nous en voyons encore un assez grand nombre à la consultation, pour être à même de constater qu'il existe de grandes différences suivant l'âge et la constitution des enfants, le milieu dans lequel ils vivent et l'époque de la maladie à laquelle ils sont amenés. Il existe aussi de notables différences suivant que les cas sont isolés ou que la maladie revêt un caractère épidémique, suivant qu'elle est franchement purulente ou compliquée de diphthérite.

Pour ce qui est de la cause la plus habituelle, je dirai, que malgré des recherches suivies, il me serait impossible de pouvoir en assigner une bien précise à cette affection; j'ai seulement constaté qu'un assez bon nombre d'enfants atteints d'ophthalmie étaient nés dans les hôpitaux où ils l'avaient contractée et que chez les autres, la cause de la maladie était toujours le manque de soins de propreté.

Dans un âge plus avancé, la contagion joue le principal rôle; presque toujours nous voyons la maladie ayant sa source soit au dépôt, dans des crèches, dans des asiles, ou même dans nos salles d'hôpitaux. Peut-il en être autrement, lorsque vous saurez qu'à Sainte-Eugénie, hôpital uniquement destiné aux enfants, il n'y a pas une salle pour isoler les malades atteints d'affections contagieuses, il s'en suit que par moments nous avons de véritables épidémies. Et lorsque nous demandons l'isolement pour des maladies contagieuses, c'est un isolement réel et non un isolement fictif comme à Beaujon, où les chambres affectées à cette destination sont sur le même carré que les grandes salles et laissent ainsi aux malades toute facilité de communiquer entre eux. Dès l'instant que l'observation démontre que passé un certain âge, l'ophthalmie purulente est presque toujours due à la contagion, et qu'elle se manifeste surtout dans les établissements où l'on réunit un grand nombre d'enfants pauvres, il serait bien désirable que des mesures sérieuses fussent prises pour prévenir son développement.

Je sais bien que quelques auteurs et Lawrence lui-même ont mis en doute la contagion de l'ophthalmie purulente, mais malgré tout le respect dû à l'éminent chirurgien de Londres, je crois que cette opinion ne peut être partagée, et les faits observés en Angleterre en 1804 par Sir Patrick-Mac Gregor à l'asile militaire de Chelsea, suffiraient pour la renverser.

Pour nous, nous n'avons que trop été à même de constater ces tristes résultats de la contagion, soit dans les familles, soit à l'hôpital, et plus d'une fois nous avons vu les personnes qui soignaient les enfants être victimes de leur dévouement. Non-seulement l'ophthalmie purulente est contagieuse, mais elle l'est à toutes ses périodes, et un enfant qui n'a plus que des granulations peut encore communiquer la maladie avec toute son intensité, c'est ce dont nous avons été témoins plusieurs fois.

Pour ce qui est de la fréquence, on peut affirmer, sans se tromper, qu'elle est beaucoup plus commune chez les enfants de la classe pauvre, car si on excepte les cas d'ophthalmie des nouveau-nés, il est bien rare que dans la classe aisée on ait occasion de l'observer.

Je ne dirai que peu de chose de la marche et des symptômes de cette affection qui sont bien connus; rarement, d'ailleurs, nous la voyons au début; le plus habituellement elle date de quelques jours et plus. Je ferai seulement remarquer que, chez les enfants, l'ectropion, et surtout le chémosis oculaire, sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit généralement, et que chez l'adulte, au contraire, cette dernière lésion est presque constante.

L'ophtbalmie purulente ne conserve pas toujours les caractères d'une inflammation franchement aiguë; quelquefois elle se complique de la production de fausses membranes, ayant l'aspect de celles du croup. Cette complication, heureusement assez rare, est d'autant plus fâcheuse, que la diphtbérite peut se généraliser et entraîner, non-seulement la paralysie, mais la mort. Je l'ai vue précéder ou suivre le croup, et une fois coïncider avec une petite épidémie de croup développée dans nos salles.

A cette occasion je ferai remarquer que, bien que la diphthérite soit essentiellement contagieuse, elle ne se transmet pas toujours avec l'opbtbalmie et qu'elle se développe spontanément cbez les individus qui ont soigné les yeux des enfants exempts de cette complication.

Bien qu'au début même d'une ophthalmie purulente simple on ne puisse répondre de triompher de tous les accidents qui peuvent compromettre la vue ou l'existence du malade, le pronostic de cette affection n'est habituellement pas grave, et il le devient lorsque les enfants sont chétifs, élevés dans de mauvaises conditions hygiéniques, ou qu'ils manquent de soins réguliers. Or, par soins réguliers, nous entendons des soins de tous les jours, surveillés par le médecin, et non une visite qui n'aura lieu que, périodiquement, tous les huit jours, comme cela a lieu encore dans quelques bureaux de charité. Mais si le pronostic est grave dans ces circonstances, il ne faudrait pourtant pas, pour se faire une idée juste de la terminaison de la maladie, se fonder sur les chiffres de la statistique officielle des hôpitaux, la mortalité excessive qui y est indiquée devant être nécessairement attribuée à d'autres causes.

Le relevé statistique qui m'a été communiqué pour les années 61, 62, 63, comprend, pour les hôpitaux d'enfants, trois catégories : les ophthalmies simples, purulentes, ou sans aucune détermination de nature.

Pour les enfants assistés, il n'est fait mention dans ces trois années d'aucune ophthalmie simple, et on ne trouve d'ophthalmie purulente qu'en 1861; sur les seize enfants atteints il y a seize morts. En 1861 et 1863 l'ophthalmie purulente ne figurant plus dans le relevé de cet établissement, il ne faudrait pas croire qu'elle avait disparu, ce n'est pas probable, on a tout confondu dans le chiffre des ophthalmies de nature indéterminée. Faut-il maintenant attribuer aux ophthalmies la mortalité dont nous allons voir le chiffre? évidemment non; on aura oublié de tenir compte des affections intercurrentes.

Voici le chiffre de la mortalité pour ces trois années : en 1861, sur 195 malades, 75 décès; en 1862, sur 159 malades, 53 décès; et en 1863, sur 105 malades, 55 décès. Total 183 décès sur 459 malades.

Bien certainement, cette mortalité considérable n'est pas la suite des ophthalmies seules, mais plutôt des conditions dans lesquelles la plupart de ces enfants se trouvent au moment de leur admission. Billard avait signalé dans son *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, l'opacité et le ramollissement de la cornée comme n'étant pas toujours le résultat de l'ophthalmie purulente, mais comme étant parfois la conséquence d'affections gastro-intestinales prolongées qui avaient réduit les enfants au marasme. Il serait donc bien à souhaiter que ceux de nos collègues qui ont fait le service aux Enfants assistés voulussent bien nous éclairer sur la véritable cause de la mortalité; de cette manière, on pourrait rectifier les inexactitudes de la statistique.

Comme il était intéressant de comparer ensuite le chiffre de la mortalité cbez des enfants plus âgés, j'ai consulté d'abord le relevé de l'hôpital des Enfants. Dans ces trois années, sur 86 ophthalmies purulentes, il y a eu 10 décès, et sur 67 opbthalmies indéterminées, 6 décès.

Évidemment ce chiffre de 16 morts sur 153 malades est encore trop élevé pour être admissible. Là encore on n'aura tenu aucun compte des maladies intermittentes, et j'en ai eu la preuve en comparant mes notes avec le chiffre des hôpitaux.

La statistique officielle, pour l'hôpital Sainte-Eugénie, donne, pour ces trois années, 8 décès sur 49 ophtbalmies purulentes, et 1 décès sur 51 ophthalmies simples ou indéterminées; total, 9 décès sur 100 malades. Or, voici ce que j'ai trouvé dans mes notes, sur 81 ophthalmies purulentes, il y a eu 7 morts, toutes résultant d'affections étrangères aux maladies des yeux.

Désirant ensuite me rendre compte de la fréquence de l'ophthalmie purulente suivant les années, j'ai vu, en compulsant mes notes pour les années 1864 et 1865, que la moyenne variait. Ainsi en 1864, il y avait eu 53 ophthalmies purulentes, sur lesquelles 7 morts; et en 1865, seulement 44, sur lesquelles 4 morts. En résumé, pour ces deux dernières années, 11 décès sur 97 malades, et constamment la mort causée par des maladies intercurrentes.

Si on est généralement d'accord sur la marche, le pronostic et la terminaison de l'ophthalmie purulente, il n'en est pas de même sur les moyens d'investigation et de traitement. Ainsi pour ce qui est de l'examen des yeux, jamais je n'ai eu recours à l'anesthésie, même dans les cas où la photophobie était très-prononcée, et je crois qu'en agissant avec précaution, on peut, quand on en a eu l'habitude, arriver à écarter et à retourner les paupières avec les doigts seuls, assez pour que les injections et le collyre puissent agir efficacement. Depuis bien des années c'est la seule manière dont on procède à l'hôpital Sainte-Eugénie. Plus l'ophthalmie est intense plus on répète de fois les lotions et les injections, de manière à débarrasser la conjonctive du pus qui la baigne. Peut-être dans des cas très-simples et surtout au début, les lotions et les injections seules, suffiraient pour arrêter la maladie; mais je n'ai pas osé suivre cette méthode, et j'ai préféré employer en outre les collyres au nitrate d'argent en élevant la dose suivant le degré d'intensité de la maladie. Voici les doses des collyres que j'emploie journellement : 5 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, 10 centigrammes, 15 centigrammes, 50 centigrammes pour la même quantité d'eau, et enfin, lorsque l'ophthalmie est à son maximum d'intensité, parties égales de nitrate d'argent et d'eau, et j'ajouterai que jamais je ne cherche, même dans ce dernier cas, à décomposer le nitrate d'argent par l'instillation d'une solution de nitrate de soude. L'emploi de ce dernier collyre m'a paru préférable à la cautérisation directe avec le crayon de nitrate d'argent, surtout chez les enfants, et jusqu'à ce jour les résultats que j'ai obtenus ont été assez beaux pour m'engager à persévérer dans cette méthode.

Au premier abord, il semblerait que cette manière de procéder s'écarte complétement de ce qui est généralement adopté; je ne le

pense pas; car si on veut bien se souvenir que même chez les nouveau-nés, plusieurs de nos collègues emploient le nitrate d'argent à la dose de deux grammes et plus pour trente grammes d'eau, et qu'ils cautérisent même directement la conjonctive avec le nitrate d'argent; on verra qu'il n'y a pas une bien grande différence.

Ce qui est surtout important dans le traitement des ophthalmies purulentes, ce sont les soins minutieux et la persistance dans l'application des moyens curatifs. Personne parmi nous n'a la prétention de ramener la vue lorsque la cornée est opaque, ramollie et largement perforée; mais ce qui reste parfaitement établi, c'est qu'en prenant l'ophthalmie purulente à son début, on peut, par des moyens bien connus et d'une application facile, empêcher, dans l'immense majorité des cas, la perte plus ou moins complète de la vue.

Il est des cas dans lesquels les lotions et les injections suivies de l'instillation de collyre au nitrate d'argent m'ont paru insuffisantes, c'est lorsqu'il y a une tuméfaction considérable de la paupière supérieure; dans ces circonstances, je me suis bien trouvé de faire sur la peau de la paupière supérieure des scarifications suivant son diamètre transversal; quelquefois même j'ai dû y revenir plusieurs jours de suite, tant le gonflement était marqué. Par ce moyen non-seulement, j'ai obtenu un écoulement de sang qui a pu modérer l'inflammation, mais je crois avoir diminué la pression douloureuse causée par l'excessive tension de la peau. Dans les cas assez rares où j'ai observé chez des enfants au-dessus de deux ans l'ectropion compliqué de chémosis palpébral, les scarifications ont porté sur la membrane muqueuse, et le renversement des paupières a cédé plus facilement. Quant au chémosis oculaire, il m'a paru rare chez les jeunes enfants, tandis qu'il est la règle presque constante chez les adultes qui ont contracté l'ophthalmie purulente. Dans ces derniers cas, je n'ai pas hésité à l'exciter légèrement, et ce moyen, joint à l'application de sangsues en permanence à la tempe et derrière l'oreille, m'a paru soulager beaucoup les malades, lorsque l'on employait conjointement les purgatifs et les applications sur le front de fomentations émollientes froides, avec addition de quelques gouttes de sulfate d'atropine.

Pour conclure, je dirai que l'ophthalmie purulente étant une affection contagieuse, qui peut avoir les conséquences les plus graves lorsqu'elle n'est pas traitée régulièrement dès le début, il faudrait que dans tous les établissements publics ou hospitaliers, où il y a un grand nombre d'enfants réunis, on prît des mesures pour que l'on empêchât le mal de se propager, et qu'on prévînt ses suites fâcheuses en surveillant mieux son traitement.

M. GIRALDÈS réserve pour la prochaine séance l'étude du traitement de l'ophthalmie purulente; il ne répondra aujourd'hui qu'à certains points du discours de M. Marjolin.

Les personnes chargées de faire les feuilles de statistique dans les hôpitaux sont seules coupables, si l'administration fournit des résultats erronés. Elle ne peut opérer que sur ce qu'on lui donne, et souvent les matériaux sont mauvais. C'est évidemment ce qui est arrivé pour l'ophthalmie purulente. On a indiqué comme étant morts d'ophthalmie des enfants qui ont succombé avec une ophthalmie, mais à autre chose.

Quant à l'hôpital des Enfants assistés, l'administration sait à quoi s'en tenir sur ses défauts. Une commission, dont je faisais partie, les lui a clairement montrés.

Je suis très-convaincu de la propagation par contagion de la diphthérite palpébrale. J'ai pu la suivre dans mon service de l'hôpital des Enfants malades où soixante lits sont réservés aux ophthalmies. J'ai même dû, à ce propos, demander l'année dernière, l'évacuation d'une de mes salles. Toujours j'ai vu la diphthérite reproduire la diphthérite. L'ophthalmie diphthéritique est d'ailleurs fort mal connue. Graefe et Gucolson l'ont bien étudiée. On confond journellement avec la diphthérite les exsudats plastiques que l'on produit artificiellement. L'ophthalmie diphthéritique est caractérisée par l'apparition sur le fond rouge vermillon de la conjonctive malade d'un semis blanchâtre qui se propage, pénètre dans les interstices des papilles, dans les glandules palpébrales, envahit même la glande lacrymale, et change la paupière en un tissu tout particulier. Ces produits morbides ne peuvent s'enlever ni en essuyant ni en raclant, ils infiltrent la paupière.

L'ophthalmie purulente se complique quelquefois de diphthérite, mais cela est tout différent.

M. MARJOLIN. Je me garde bien de nier la contagion de l'ophthalmie diphthéritique. Je ne diffère d'avis avec M. Giraldès que sur un point; je crois, en effet, que l'ophthalmie purulente peut donner naissance, chez un autre sujet, à l'ophthalmie diphthéritique et réciproquement.

M. LE FORT. M. de Graefe décrit une forme de diphthérite très-particulièrement grave, mais je ne crois pas que l'on puisse refuser le titre de diphthéritiques aux ophthalmies purulentes compliquées de fausses membranes.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Amputation sus-malléolaire.

M. LABORIE. La position que j'occupe à l'asile impérial de Vincennes me donne le double avantage de pouvoir étudier la pratique chirurgicale des hôpitaux et d'apprécier les suites éloignées des diverses opérations. C'est ainsi que j'ai pu, à l'aide d'un grand nombre de faits, juger comparativement la valeur des procédés d'amputations, et parmi elles, l'amputation sus-malléolaire a spécialement fixé mon attention. Si le résultat immédiat le plus précieux, c'est-à-dire la conservation de la vie des opérés, permet de placer cette opération bien au-dessus de l'amputation au lieu d'élection, il est malheureusement incontestable que les suites sont loin de donner d'aussi heureux résultats.

J'ai déjà eu l'honneur de soumettre à la Société un certain nombre d'observations qui justifient cette appréciation, et, lors de la communication que j'ai faite à ce sujet, plusieurs de nos collègues, et parmi eux M. Larrey, ont émis une opinion semblable.

Depuis, j'ai réuni un assez grand nombre d'observations, je les ai recueillies avec soin, en faisant reproduire les membres par le moulage, et je me propose d'en faire le sujet d'un travail. Sans entrer dans des détails que j'exposerai ultérieurement, je dirai en quelques mots seulement, pour ne pas abuser des moments de la Société, que tous les opérés offrant la cicatrice à l'extrémité du moignon, présentent des accidents absolument identiques. Le membre mutilé ne peut servir à la sustentation. La cicatrice, tiraillée incessamment, s'ulcère. Ces ulcérations douloureuses finissent par gagner les extrémités osseuses, et le plus souvent les malades découragés, dont la santé s'altère, réclament une nouvelle amputation.

Je n'ai trouvé d'exception à cette règle que chez les malades qui avaient subi l'amputation avec conservation d'un seul lambeau postérieur comprenant dans son épaisseur le tendon d'Achille.

On obtient par ce procédé un moignon dont la cicatrice est située sur la partie antérieure et inférieure de la jambe; et, le lambeau, fortifié par la présence du tendon qui lui donne une consistance presque osseuse, résiste facilement à la pression exercée par le poids du corps. Dès lors, le malade marche sur son moignon, il n'a pas besoin de chercher sur la jambe ou la cuisse un point d'appui, qu'il prend sur l'extrémité même du membre mutilé.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade sur lequel j'ai pratiqué l'amputation par ce procédé.

Cet homme était entré dans mon service pour y être traité des suites d'un écrasement du pied. Des fistules intarissables, des douleurs continues menaçaient sa vie, et il réclamait l'amputation que je lui ai pratiquée. Le lambeau postérieur vient, comme vous le voyez, se fixer sur la partie antérieure de la jambe, au moins à 2 centimètres au-dessus de la section des os. Le tendon d'Achille, dont on peut apprécier la consistance, forme comme un véritable squelette dans ce lambeau. Jamais ce malade n'a souffert de la pression, exercée même avec violence à l'extrémité du moignon, et avant la cicatrisation complète, il marchait en s'appuyant sur cette extrémité.

L'opération a été faite il y a bientôt un an. La marche est facile, et le malade peut faire plusieurs lieues sans se servir de canne. L'appareil prothétique a été fait par M. Mathieu : c'est une simple bottine avec un remplissage représentant la longueur de la mutilation; deux tiges latérales en fer, que l'on fixe sur la jambe avec une jambière lacée empêchent la bottine de se renverser. Le résultat est donc aussi complétement satisfaisant que possible, et tout permet d'espérer qu'il se maintiendra.

Permettez-moi d'ajouter que l'examen des pièces m'a permis de constater la nécessité du parti que j'ai pris. Tous les os et toutes les jointures du pied étaient malades, et il y avait déjà du pus dans l'articulation tibio-tarsienne.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 17 février, ont été nommés officiers d'Académie :

M. Denis, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Et M. Chancerel, professeur suppléant à ladite école.

Qui se sont fait remarquer par leur courage et leur dévouement pendant la dernière épidémie cholérique.

— Par un autre arrêté, en date du même jour, le ministre de l'Instruction publique accorde la gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er février 1866, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions. examens, thèses, certificat d'aptitude, diplômes), à MM. Millevingt, Dutac, Ozanne et Lefèvre, étudiants de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra.

— M. Bérard, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer par M. T. Diacon, docteur ès-sciences.

Le Directeur, Dr E. Le Soued.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 24. — MARDI 27 FÉVRIER 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 27 FÉVRIER 1866. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 FÉVRIER 1866.

N'étant pas dans les secrets des dieux, nous ignorons quel est l'ordre du jour de l'Académie de médecine pour sa prochaine séance. A en juger par l'impatience de quelques membres, par les interpellations qui se sont produites dans la dernière séance et la double assurance donnée, en réponse, que la discussion serait ouverte dès la publication du rapport et que cette publication aurait lieu avant la séance prochaine, il y a tout lieu de présumer, ce rapport venant d'être publié, en effet, que la discussion s'ouvrira dans la séance de demain. Quoi qu'il en soit, nos lecteurs nous sauront gré de mettre d'avance sous leurs yeux une analyse de ce rapport, qui doit lui servir de texte.

Après un historique des événements qui ont conduit à l'idée du retour à la source primitive du vaccin, c'est-à-dire à la pratique de la vaccination animale, et un exposé des premiers essais de cette pratique à Paris, essais sur lesquels nous reviendrons dans le cours de la discussion, si la direction des débats nous y oblige, M. Depaul formule ainsi les questions que soulève la nouvelle méthode :

1° La vaccination animale permet-elle de conserver au liquide vaccinal toute sa pureté et met-elle à l'abri de toute contamination étrangère?

2° Le vaccin animal est-il supérieur au vaccin humain, en ce sens que, tandis que le second s'affaiblirait dans ses générations successives, le premier au contraire conserverait son énergie première et mettrait plus sûrement à l'abri de l'infection variolique?

3° En admettant que ces deux premiers points fussent résolus par l'affirmative, serait-il possible d'organiser un service qui répondît à toutes les exigences, et qui, loin de nuire à la propagation de la vaccine, en rendrait au contraire la dissémination plus sûre et plus facile?

La réponse de M. Depaul à la première question est affirmative.

La vaccination animale lui paraît devoir prévenir les dangers de contamination étrangère dont on a récemment eu à déplorer de trop nombreux exemples. « Il est bien difficile, dit-il, de ne pas l'admettre, quand on songe aux conditions particulières dans lesquelles se trouvent les animaux qu'on propose de rendre vaccinifères. De l'avis de presque tous les vétérinaires, à part le cowpox, les maladies contagieuses sont à peu près nulles dans l'espèce bovine, surtout dans le jeune âge. Quant à la syphilis en particulier, elle y est inconnue, et sous ce rapport tous sont d'accord qu'il n'y a rien à craindre. On peut donc, sans aller trop loin, reconnaître que la vaccination animale (par la génisse) mettrait pour toujours à l'abri de l'infection syphilitique, et sous ce rapport, elle a un immense avantage sur la vaccination humaine ».

Relativement à la deuxième question, savoir : si le vaccin animal, qui est déjà préférable à ses yeux par sa pureté, est supérieur au vaccin humain par son activité et ses vertus prophylactiques, M. Depaul est moins affirmatif; il ne dissimule même pas son embarras. « L'expérience n'a pas encore prononcé depuis assez longtemps, lit-il, les recherches comparatives n'ont pu être assez nombreuses et assez variées pour qu'il soit permis de formuler une opinion définitive. » A défaut de conclusions, M. Depaul se borne ici à exposer les faits. Voici les observations qu'il a faites à l'égard des particularités que présente l'éruption du vaccin animal et des différences qui le distinguent du vaccin humain :

« De l'avis de tous ceux qui ont expérimenté la nouvelle méthode, dit M. le rapporteur, les premières manifestations sont plus lentes à se produire; il n'est pas rare de ne voir rien paraître le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième, le septième jour, et même plus tard encore. La tardive apparition de l'éruption est un des caractères de cette vaccination, et tandis qu'elle est une exception assez rare avec le vaccin humain, on peut la considérer comme la règle avec le vaccin de la génisse. Il est assez commun aussi de constater sur le même individu que les boutons ne paraissent pas à la même époque, et tandis que quelques-uns se sont montrés le troisième et le quatrième jour, d'autres, sur lesquels on ne comptait plus, signalent leur présence seulement le cinquième, le sixième, le septième et même le huitième jour. »

M. Depaul n'a pas remarqué que la période d'incubation, qui est plus longue, donnât lieu à des phénomènes généraux plus accentués. « Si quelques enfants, dit-il, deviennent plus inquiets et ont la peau un peu plus chaude, le plus grand nombre reste calme, comme cela s'observe chez les individus inoculés avec le vaccin humain. »

Quant à l'éruption elle-même, elle se montre avec quelques caractères particuliers : l'inflammation locale est plus vive, la pustule prend généralement des proportions un peu plus grandes. L'auréole inflammatoire semble être un peu plus précoce, et en général elle prend des proportions plus considérables. La peau devient rouge, luisante, tendue; l'inflammation parfois s'étend jusqu'au tissu cellulaire. Les ganglions axillaires se prennent plus souvent que d'habitude, et la réaction fébrile secondaire ou de suppuration offre habituellement des caractères plus accentués.

« En un mot, il semble bien établi que le vaccin animal a la propriété de déterminer des phénomènes locaux et généraux plus marqués, » observation qui est d'accord avec ce que l'on a noté aux différentes époques où le hasard a fait rencontrer le cowpox et a permis de l'essayer comparativement au vaccin humain.

De ce que le vaccin animal paraît plus énergique que le vaccin humain, s'ensuit-il qu'il soit plus préservatif? Pour M. Depaul, il y a présomption seulement et non démonstration. Cette démonstration, d'ailleurs, n'est pas possible encore, elle exige un temps beaucoup plus long que celui qui s'est écoulé depuis l'introduction des premières expériences en France.

Mais à défaut de cette sanction du temps, M. Depaul s'est demandé avec les partisans de l'inoculation animale, si les résultats des revaccinations animales, comparés à ceux que donnent les revaccinations avec le vaccin humain, ne pourraient pas déjà fournir un premier élément de démonstration.

En réunissant les divers relevés d'expériences successivement produits par M. Lanoix, on voit que sur un total de 1733 revaccinations, il y a eu 496 succès, c'est-à-dire 28,62 pour 100. Mais les revaccinations avec le vaccin ordinaire, faites sur une grande échelle dans plusieurs parties de l'Allemagne, ont donné une proportion de succès de 30 pour 100; quelques statistiques portent même cette proportion beaucoup plus haut; ainsi, sur une série de revaccinations faites de 1834 à 1843, on trouve des proportions qui varient de 37 à 51 pour 100.

Les revaccinations faites à l'Académie de médecine sur les hommes de la garnison de Paris pendant l'année 1858, ont donné une moyenne de succès de 18 pour 100.

On voit par le rapprochement de ces chiffres qu'on ne saurait encore déduire de la comparaison des revaccinations faites avec les deux virus, que le vaccin animal ait une activité plus grande que le vaccin humain. Cette plus grande activité, du moins, n'est pas suffisamment établie. La seule conclusion qu'il ait paru légitime à M. Depaul d'en tirer, c'est que l'action préservatrice du vaccin ne s'étend pas à toute la vie pour un grand nombre d'individus, et que l'expérience de chaque jour apprend de plus en plus combien il importe de généraliser la pratique des revaccinations.

Quant à la troisième question formulée dans le rapport, savoir : s'il est possible de créer un service de vaccination animale qui réponde à toutes les exigences et qui, loin de nuire à la propagation de la vaccine, en rende au contraire la dissémination plus sûre et plus facile, elle est en voie de solution en ce moment. Nous n'avons donc pas à insister pour l'instant sur les moyens proposés dans le rapport.

On a déjà fait à ces propositions, dans le sein de l'Académie et ailleurs, des objections diverses, les unes théoriques, les autres de fait. De ces objections, les premières au moins sont prématurées comme le seraient les propositions du rapporteur elles-mêmes si elles étaient présentées comme des conclusions définitives. Tout ici est encore à l'état d'essai; essai motivé et légitime : — motivé, parce qu'il a pour objet, tout à la fois, de chercher à prévenir le retour d'accidents graves en fournissant aux médecins le moyen de se procurer un vaccin pur de tout mélange suspect, pour les cas où le vaccin humain qu'ils auraient à leur disposition ne leur offrirait pas à cet égard toutes les garanties suffisantes, et de raviver en quelque sorte

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet d'accouchements, par le docteur JOULIN (1).

L'an 1866, apparaît sur l'horizon de Paris et sous le patronage de M. le professeur Velpeau, un livre destiné à faire époque dans les annales tocologiques de la France.

Un de nos nouveaux agrégés, M. le docteur Joulin, a consacré son temps de stage à produire, avec plus de travail peut-être pour lui que pour tout autre, un traité complet d'accouchements, ouvrage impatiemment attendu.

En effet, le livre de Cazeaux qui avait servi à élever la génération médicale actuelle, après avoir fourni six éditions, n'était plus au courant de la science, et la mort de son auteur a laissé la septième édition aux soins éclairés et intelligents d'un autre agrégé de l'école de Paris.

Nous n'avons pas mission d'examiner le travail de M. Tarnier, qui certes est digne de continuer l'œuvre de son prédécesseur; mais si cela nous prive du plaisir que devait promettre une pareille tâche, nous pouvons nous dire amplement dédommagés par les jouissances intellectuelles et scientifiques que nous a procurées la lecture du *Traité complet d'accouchements* de M. le docteur Joulin.

Ce livre sera désormais dans toutes les mains; maîtres, praticiens et élèves y trouveront des renseignements qu'ils chercheraient péniblement et souvent en vain dans toutes les bibliothèques.

M. Joulin débute par un index des ouvrages publiés en français, latin, anglais sur l'art de accouchements. On y trouvera aussi les traductions françaises d'ouvrages d'obstétrique publiés à l'étranger et un assez grand nombre d'auteurs allemands. Les écrivains trouveront dans cet index de précieuses indications. Je regrette cependant de n'y pas voir figurer les *Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse;* travail important au point de vue de l'anatomie, encore si peu connue, de l'utérus et accompagné d'un atlas de dix planches par MM. Hélie de Nantes et Chenantais. Et puisque le manuel si raccourci de M. Pénard figure parmi ces ouvrages, pourquoi donc n'y avoir pas mis le manuel de Hyernaux de Bruxelles qui comprend un chapitre important sur le forceps-scie des Belges et qui est écrit en français?

Chaque chapitre est en outre suivi d'un index spécial, ce qui rend le livre de M. Joulin d'une utilité incontestable pour les travaux bibliographiques.

Arrivons au traité proprement dit. La première partie qui a déjà paru, se divise en quatre livres.

Le premier comprend l'*anatomie* et la *physiologie*. En général tous les auteurs copient cette partie les uns sur les autres; M. Joulin a trouvé moyen de faire une foule d'articles nouveaux sur le bassin, la pelvimétrie, la myologie, la puberté et la ménopause. On connaît déjà ses études sur le bassin des mammifères et sur le bassin considéré dans les races humaines, ce qui recommande la lecture de ce premier livre.

Le deuxième livre comprend : l'*ovologie* et l'*embryologie*. Dans les différents chapitres que comporte ce livre, on reconnaît encore l'esprit investigateur de M. Joulin, qui a laissé ses traces dans les articles : fécondation, stérilité, chorion. Ses recherches anatomiques sur la membrane lamineuse sont consignées dans le deuxième livre, qui comprend encore d'autres recherches nouvelles sur le placenta et les fonctions du fœtus. Ces recherches confirment ce point de physiologie incontestablement vrai : *qu'il n'y a pas de circulation directe entre la mère et le fœtus*. Mais pourquoi n'avoir pas admis la possibilité d'une anomalie? Haller, Chaussier et d'autres savants, n'auraient pas encouru le reproche de ne savoir exécuter des injections ou d'avoir mal observé certaines hémorrhagies maternelles qui se produisent par le cordon, lorsque le placenta est encore adhérent. Dans un cas dont j'ai été témoin, le placenta était gorgé de sang après la délivrance, ce qui n'aurait pas eu lieu, si, comme le veut M. Joulin, l'hémorrhagie eût eu sa source dans le placenta lui-même.

Troisième livre : *Grossesse*. Ici l'auteur, après avoir étudié les modifications de l'utérus, fait l'historique des travaux entrepris sur sa texture, et il fait voir les rapports qui existaient dans la description donnée par J.-J. Sue en 1753 avec les recherches récentes de Deville et d'Hélie qu'il signale ici. Il s'étend surtout sur le mémoire inédit de Mme Boivin dont on ne trouve que des extraits dans ses ouvrages. Ce mémoire paraît être à M. Joulin la reproduction de celui de J.-J. Sue, et il adopte, pour ses figures, la disposition des fibres musculaires telle que l'indique Mme Boivin; mais il décrit et représente, p. 348, les muscles extrinsèques de l'appareil générateur qui

(1) F. Savy, 24, rue Hautefeuille, Paris.

en le retrempant à sa source un vaccin épuisé par ses transmissions successives ; — légitime, car il est fondé sur des précédents et des analogies qui en ont établi depuis longtemps l'innocuité. Que s'il y a des faits contraires à opposer à cette dernière proposition, c'est ce qu'il importerait de faire tout d'abord avant que les expériences soient poussées plus avant. Jusqu'ici il ne nous est advenu aucun fait précis de cette nature. L'expérience faite par M. Hervieux à la Maternité, dont nous avons exposé les résultats dans notre *Revue clinique* du 27 janvier, nous a inspiré à cet égard assez de confiance pour que nous n'ayons pas hésité à tenter à notre tour des inoculations de vaccin animal dans plusieurs familles. Le chiffre de nos essais est trop peu important pour qu'il ait une valeur statistique quelconque au point de vue du résultat effectif, mais ils nous ont permis, du moins, de constater la parfaite innocuité de ces inoculations. Nous attendons les faits que la discussion pourra mettre au jour. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Abcès des sinus frontaux. — Trépanation. — Guérison.

(Observation recueillie par M. BETBÈZE, interne du service.)

On sait que les sinus frontaux, creusés dans l'épaisseur de l'os frontal et séparés l'un de l'autre par une mince cloison médiane, communiquent par les cellules ethmoïdales antérieures avec le méat moyen. Cette communication, si importante au point de vue de la pathogénie de ces organes, est rendue plus intime encore par la pituitaire, qui des fosses nasales leur envoie un prolongement qui les tapisse en entier.

Aussi, quand l'inflammation envahit ces cavités, elle n'est le plus souvent qu'une extension d'une inflammation analogue de la pituitaire comme dans le coryza. Cependant on la voit se déclarer isolément, soit d'une manière spontanée, soit consécutivement au traumatisme ou à une lésion locale, telle que carie, nécrose, etc.

On peut, dans tous ces cas, observer trois choses :

Ou bien la maladie se borne à une douleur locale plus ou moins vive ;

Ou bien la suppuration survenant, le pus trouve un écoulement facile par les fosses nasales, et les accidents disparaissent ;

Ou bien enfin, toute communication étant devenue impossible, le pus s'accumule dans cette cavité close, détermine la formation d'une tumeur, et l'on a ainsi un abcès du sinus.

Cette affection est longtemps restée inaperçue, car il faut arriver à Hoffmann, Lieutaud, Nicolaï, Henri Runge, pour en avoir quelques notions. C'est Richter, qui le premier publia un travail sur ce sujet. Plusieurs observations ont paru depuis à diverses époques. Éparses jusqu'alors, M. Dezeimeris les a recueillies dans son journal *l'Expérience*, travail qui a beaucoup éclairé le diagnostic de cette affection. M. Demarquay l'a étudiée de son côté, au point de vue des tumeurs de l'orbite.

On peut distinguer deux périodes bien tranchées dans la formation des abcès du sinus frontal.

Dans la première, pas de signes physiques qui les montrent au dehors : c'est une douleur sourde, quelquefois très-vive, s'accompagnant généralement de fièvre, de frissons, douleur telle, qu'elle a été comparée et souvent prise pour des accès de migraine. Ces accidents ont toujours une durée variable.

Dans la seconde période, on voit apparaître un gonflement consécutif à l'accumulation du pus. Celui-ci ne trouvant pas d'issue par le nez, à cause du boursouflement de la muqueuse et d'adhérences nouvelles, qui sans doute obstruent l'ouverture, amène dans la cavité, devenue trop étroite, les modifications suivantes :

Tantôt le pus rejette en avant la paroi correspondante du sinus, et l'on observe une tumeur, d'abord dure au toucher, puis devenant de plus en plus fluctuante.

Tantôt au contraire, tout son effort se portant en arrière, il repousse vers le cerveau laparoi postérieure. Des accidents cérébraux annoncent cette compression.

Tantôt enfin, détruisant lacloison médiane, le pus remplit les deux sinus. On reconnaît alors l'étendue du foyer par la position de la tumeur, qui au lieu d'être à droite ou à gauche, occupe principalement le mieu du front.

Le mode de terminaison varie dans tous ces cas.

Et d'abord, on a vu le pus sous l'influence d'efforts, d'éternument et même sans caus qui l'ait provoqué, sortir tout entier par les fosses nasales.

Ou bien, après avoir aminc et perforé la paroi antérieure, il s'écoule par cette voie. Cetteperforation se fait ordinairement au niveau du grand angle le l'œil; cependant, on l'a vu siéger en un point quelconque, et dans l'observation qui va suivre, l'abcès s'est ouvert vers le milieu de la paroi antérieure du sinus.

Si c'est la partie postérieue qui est au contraire perforée, le pus s'écoule dans la cavité crânienne et détermine du coma, de l'hémiplégie, etc., et enfin la mort.

En présence d'un pronostic si grave, on comprend le conseil de Boyer, d'intervenir par une opération aussitôt que l'abcès est reconnu.

Attendre trop longtemps que le pus sorte naturellement par les fosses nasales, c'est attendre de nouveaux accidents et compromettre la vie du malade, toujours épuisé par une longue et abondante suppuration.

On peut perforer le sinus en deux points : soit sur la paroi antérieure, soit au niveau dela partie la plus déclive.

Pour pénétrer par ce dernier point, on fait une incision audessus du grand angle de l'œil, et l'on perfore soit l'os unguis, soit l'apophyse montante du maxillaire supérieur, soit l'apophyse orbitaire interne. Cette opération, faite pour la première fois par Riberi, rétablit il estvrai une communication directe entre le sinus et les fosses nasales ; mais outre qu'elle expose à léser le sac lacrymal et le tendon de l'orbiculaire, elle ne permet pas un examen facile de la cavité malade.

Aussi, préfère-t-on ouvrir le sinus en avant. Non-seulement on évite les inconvénients signalés en rendant les pansements plus faciles, mais l'observation a démontré qu'au bout d'un certain temps la communication se reproduit.

On comprend enfin que si le pus avait produit déjà une perforation, ce serait en ce point qu'on porterait l'instrument, comme cela s'est présenté dans le cas qui va suivre.

M. E..., docteur en médecine, âgé de 71 ans, né de parents sains, a toutes les apparences d'une bonne constitution, cependant il n'a joui d'une bonne santé que jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

Il fut atteint à cette époque de rhumatisme articulaire généralisé, qui le tint sans mouvement dans son lit pendant plus de six semaines. Quelques mois après survinrent les premiers accès d'une névralgie sus-orbitaire qui n'ont cessé de se reproduire à divers intervalles jusqu'à ce jour, et qui s'accompagnaient, surtout dans les derniers temps, de coryzas intenses. Pris vers 1824, de fièvre intermittente, celle-ci se montra rebelle à tous les fébrifuges connus alors, et amena dans la rate un développement si considérable, qu'il devint, par la compression des organes voisins, une cause de troubles fonctionnels. Cette hypertrophie ne céda qu'à l'action des eaux de Vichy. Plus tard, il fut pris subitement, en soulevant un fardeau, d'une douleur lombaire si aiguë, que pendant une heure elle ne lui permit pas de changer de place. De ce jour et pendant dix ans, les douleurs lombaires ne le quittèrent plus, et prirent tous les deux ou trois mois une nouvelle acuité que de nombreuses applications de sangsues parvenaient seules à calmer. Bientôt après survint une néphrite intense qui détermina la formation de graviers. Les fonctions de l'appareil urinaire se troublant chaque jour davantage, le malade fit constater dans sa vessie la présence d'une pierre volumineuse. Débarrassé par la lithotritie, il dut y recourir deux ans après, pour un second calcul plus considérable que le premier. A partir de ce moment, il ne s'est plus formé de nouveaux calculs, mais le malade n'a cessé, malgré son traitement, de constater dans ses urines la présence presque continuelle de graviers.

Pendant cette longue période les névralgies frontales ne s'étaient montrées que de loin en loin, mais dans ces dernières années leur intensité et leur fréquence augmenta considérablement. C'est à la suite de ces souffrances, que le malade vit se développer à la partie antérieure du front, d'abord un érysipèle qui ne tarda pas à gagner toute la face, et bientôt après, à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur qui, au bout de quelques jours, acquit le volume et la forme de la moitié d'un œuf. Cette tumeur, peu sensible à la pression, était dure au toucher, sans fluctuation, et la peau qui la recouvrait ne présentait pas de caractères particuliers. Au bout de trois semaines, une fluctuation bien manifeste s'étant fait sentir, on fit à la peau une simple incision. La tumeur diminuant de volume, disparut en quinze jours, mais l'ouverture, devenue fistuleuse, laissait écouler du pus surtout quand le malade toussait ou faisait un effort. Croyant à une lésion plus profonde, le malade sondant lui-même le foyer avec un stylet, finit par trouver un point où celui-ci enfoncé, pénétrait profondément dans l'intérieur des sinus, siége véritable de la suppuration. Celle-ci augmentant chaque jour, le malade entra le 3 décembre à la maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

A la visite, on constate l'écoulement assez abondant d'un pus de mauvais caractère et d'une grande fétidité. L'ouverture qui lui donne passage se trouve située à deux centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière. Si l'on introduit un stylet, on le voit pénétrer dans le sinus à une assez grande profondeur. Les tissus environnants ne présentent pour toute altération qu'un peu de gonflement et de rougeur autour de la fistule.

Le malade reste en observation pendant une quinzaine de jours, mais la suppuration continuant avec la même abondance et la même fétidité, M. Demarquay se décide à agrandir l'ouverture pour donner au pus une issue plus facile et en même temps obtenir une exploration plus complète.

Un élargissement de deux centimètres environ permit de constater l'inflammation de la muqueuse, qui est épaissie, boursouflée, et la présence d'une certaine quantité de pus. La sécrétion de ce dernier diminue rapidement les jours suivants, et bientôt sous l'influence des injections de permanganate de potasse, elle cesse au point que quelques gouttes de pus s'écoulent à peine au moment du pansement.

Chaque injection présentait ce fait important à signaler, c'est que le liquide en sortant éprouvait des oscillations qui semblaient être isochrones aux pulsations du cerveau. On comprend l'influence de ce fait sur le pronostic. La paroi postérieure du sinus, restée inexplorée dans l'opération précédente, serait-elle détruite et remplacée par les enveloppes du cerveau ? Or, à chaque injection on voyait ces oscillations se reproduire.

Quoi qu'il en soit, la suppuration semblait tarie et la guérison prochaine, lorsque le malade est pris d'une phlegmasie générale des muqueuses : coryza, bronchite, diarrhée et d'un érysipèle de la face qui envahit surtout le nez et les paupières. Dès lors la suppuration du sinus recommença aussi abondante qu'avant l'opération.

Ces accidents disparus, M. Demarquay reconnut la nécessité d'une nouvelle opération consistant dans l'agrandissement jusqu'à la racine du nez, de l'orifice fistuleux, ce qui permettrait au pus de s'écouler sans séjourner dans la cavité du sinus et au doigt d'explorer la paroi postérieure pour en reconnaître l'état.

L'opération est pratiquée le 10 janvier, en présence de MM. Denonvilliers et Leblanc. Le malade endormi par le chloroforme, une large incision cruciale est faite au niveau de l'ouverture ; la paroi antérieure du sinus est en grande partie mise à nu et largement reséquée jusqu'à sa base. La cavité du sinus est alors explorée par le doigt qui trouve intacte sa paroi postérieure dans toute son étendue. Un dépôt purulent qui s'y trouve renfermé, est évacué au dehors. La muqueuse apparaît grisâtre et épaissie.

L'opération ainsi terminée, on comble la plaie avec de la charpie, et l'on recouvre le tout d'un linge glycériné, pansement qu'on renouvelle les jours suivants.

Bouillon, potages, potion calmante.

Le malade se plaint de fortes douleurs de tête qui augmentent considérablement après chaque pansement ; fièvre assez forte, surtout vers le soir, agitation la nuit.

Le 15 janvier, la suppuration toujours de bonne nature, est peu abondante. Les bords de la plaie commencent à s'affaisser ; les pansements sont toujours douloureux, mais les maux de tête sont moins fréquents. La fièvre persistant, on donne 0,30 sulfate de quinine qu'on continue pendant six jours.

Le 20, bon état du malade, plus d'accès fébrile, plus de maux de tête et beaucoup moins de douleur pendant et après le pansement. Les lèvres de la plaie sont complétement dégorgées, aussi la cavité du sinus apparaît-elle moins profonde. Suppuration peu abondante.

Eau de sedlitz à cause de l'état du ventre. Toniques, vin de Bordeaux, etc.

Le 28, le malade quitte la maison de santé dans l'état suivant : la plaie en voie de guérison est aux trois quarts fermée, la suppuration

---

ne se trouvent pas dans le livre de l'illustre sage-femme. Il déduit de ses travaux des idées nouvelles sur la sensibilité de l'utérus qui sont à peu près la reproduction de celles de M. Nonat. Enfin ses articles sur la contractilité utérine se distinguent par une nouvelle méthode d'exposition, ainsi que le chapitre qui traite des modifications de la circulation, p. 383 et suivantes.

Je ne dirais rien du diagnostic de la grossesse, si je n'avais à signaler, à propos du toucher, quelques idées personnelles à l'auteur, comme aussi son chapitre sur les difficultés du diagnostic, et surtout une étude des différents états qui simulent la grossesse et qui avaient été jusqu'ici étudiés à tort sous le nom de *fausses grossesses*.

L'Accouchement forme le quatrième et dernier livre de ce qui a paru. Les causes et les forces qui déterminent l'expulsion du produit ont été interprétées bien diversement. Il faut lire des considérations nouvelles sur ce sujet dans le livre de M. Joulin, p. 472, 476 et suivantes.

Les chapitres sur la contraction, l'effacement du col et sa dilatation pour lesquels deux opinions sont encore en présence, la dilatation du vagin et la distension du périnée, se recommandent d'eux-mêmes.

Vient ensuite le chapitre sur les présentations et les positions. M. Joulin insiste avec raison sur les présentations irrégulières du sommet et de la face, il fait remarquer que la variété frontale de la face n'est autre que la variété frontale du sommet.

L'art lui devra d'avoir ramené l'attention sur les positions inclinées que Mme Lachapelle avait fait figurer, dans sa classification, sous le nom de positions *hybrides*, et que la nouvelle classification avait rejetées parmi les complications dans le but, très-louable du reste, de simplifier l'étude des accouchements.

La classification de Nægelé, admise et corrigée par M. P. Dubois, a néanmoins fait cesser la confusion générale qui existait avant son adoption, et y toucher serait un sacrilége si ce n'était pour la simplifier encore. C'est dans cette sage mesure que M. Joulin propose de retrancher les positions transversales du sommet et de la face, qui ne sont le plus souvent que des positions postérieures primitivement ; aussi les voit-on fréquemment coïncider avec des bassins rétrécis.

Quant à la nomenclature numérique proposée par l'auteur, il y a bien longtemps que M. le professeur Pajot a, pour la première fois, insisté sur cette nomenclature en prenant pour base l'ordre de fréquence des diverses positions.

Je regrette que l'auteur dans sa classification se serve, pour des positions de la face, des termes *fronto-iliaque*. Le terme *mento* est préféré par M. Pajot avec la majorité des accoucheurs ; il me paraît en effet meilleur parce qu'il implique l'idée de la déflexion de la tête, et qu'en définitive le menton est le point de repère qui dans les présentations de la face doit se dégager sous les pubis, comme l'occiput dans les présentations du sommet.

Le mode d'enseignement si pratique que j'ai adopté dans mes cours pour l'application du forceps, s'accorde parfaitement avec les simplifications proposées par M. Joulin ; je dois donc les admettre après, toutefois, la petite critique de nomenclature que je viens de faire. Du reste, pour être complétement renseigné sur les idées de M. Joulin, il faut lire sa nouvelle manière d'envisager ce sujet.

Dans les phénomènes qui suivent l'accouchement, je noterai les articles qui traitent des modifications de volume de l'utérus, des lochies et de la fièvre de lait. Enfin, les soins à donner à la mère et à l'enfant ont été aussi l'objet d'appréciations nouvelles de l'auteur qui termine ce chapitre par l'allaitement et la vaccination. C'est là une heureuse innovation dans les traités d'accouchements. L'étude de la grossesse gémellaire clot la première partie du livre qui, nous l'avons dit, a seule paru.

Telle est l'analyse de l'ouvrage important que nous avons sous les yeux. Chaque chapitre est en outre suivi d'un résumé fort utile pour le lecteur. Ce que ce livre a coûté de travail à son auteur est inappréciable, il a fallu toute l'ardeur que M. Joulin met à ce qu'il entreprend pour terminer en si peu de temps cette partie déjà si considérable de sa tâche.

Que de labeurs, que de fatigues, les différents articles de bibliographie ont dû lui coûter, ainsi que toutes ses recherches sur l'anatomie du placenta ! on peut dire sans flatterie que c'est un travail de maître. Les praticiens au courant de la science trouveront plaisir et profit à le consulter, et quant aux élèves, il leur est aujourd'hui indispensable.

Aussi, j'espère que si quelques esprits, frappés de la subite élévation de M. Joulin, hésitaient encore à lui reconnaître une science réelle, son traité complet d'accouchements leur prouverait que l'auteur n'est arrivé qu'en gravissant avec peine l'âpre sentier du travail.

Dr E. VERRIER.

est à peu près tarie, plus de douleur, de sorte que le malade qui se promène depuis plusieurs jours, peut être considéré comme guéri.

TÉTANOS TRAUMATIQUE.

Cautérisations par l'acide sulfurique, — Guérison.

Par le Dr Bernard LAVERGNE.

Tout ce qui se rattache au traitement du tétanos étant d'un intérêt de premier ordre, à cause des ravages que cette redoutable affection exerce principalement sur nos soldats en campagne, il est, je crois, du devoir de chaque médecin de faire connaître les moyens qui lui ont réussi, ne fût-ce qu'une fois. Le numéro du 3 février de la *Gazette des hôpitaux* rapporte un cas de tétanos traité avec succès — au Canada — par l'acupuncture; en voici un guéri en France, par une médication beaucoup plus énergique et qui peut, en outre, donner lieu à des réflexions très-intéressantes sur la nature et le siége de cette maladie.

Jacques M..., de la Peyrélié, canton de Montredon (Tarn), âgé de dix-huit ans, de petite taille, maigre, peu vigoureux, d'un tempérament sec, ne présentant rien de lymphatique, d'un caractère sans vivacité, exerce les travaux des champs et garde habituellement les troupeaux.

Le 29 décembre 1861, à une noce de paysans, un petit pistolet, chargé à poudre, éclate dans sa main et lui emporte les deux dernières phalanges du doigt auriculaire de la main gauche. Les jours suivants, M... applique du cérat sur le moignon et continue de garder ses moutons par un froid assez vif, qu'il ressentait surtout à la main blessée.

Le 13 janvier 1862, je vois le malade pour la première fois. Il me rapporte que dès le 8, il a commencé d'éprouver des douleurs vives aux muscles de la partie postérieure du cou, bientôt accompagnées d'une tendance de la tête à se renverser en arrière; que ces douleurs et contractions sont peu à peu descendues jusqu'au milieu du dos. Spécialement interrogé pour savoir s'il n'avait pas éprouvé au début les mêmes phénomènes le long du bras en partant de la plaie, il a toujours répondu négativement.

Je constate l'état suivant : facies contracté et anxieux, rougeur de la face, tête renversée en arrière, résistant avec de vives souffrances aux tentatives exercées pour la ramener en avant. Douleur intense le long de la colonne vertébrale jusqu'à la région lombaire. Pas de trismus, le malade parle distinctement et ouvre la bouche; cependant, les mouvements des mâchoires sont gênés. De cinq en cinq minutes environ, une violente contraction agite le tronc en exagérant le renversement de la tête en arrière. Fièvre modérée; rien d'anomal dans l'abdomen et le thorax, pas de céphalalgie. *Traitement* : friction de chloroforme le long du rachis; 8 sangsues à l'occiput; une cuillerée d'heure en heure d'une potion de 150 grammes de liquide contenant 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; cataplasmes émollients laudanisés sur le doigt blessé.

Le 14, légère aggravation. Pas de sommeil. *Traitement* : doublez la dose d'opium, continuez les frictions de chloroforme, un bain.

Le 15, aggravation marquée. Le trismus est complet. M... s'est mordu la langue et en a emporté un morceau du volume d'un haricot. On ne peut que très-difficilement introduire dans la bouche quelques gouttes de potion. Les accès sont plus longs; le corps entier se plie en arc à concavité postérieure; malaise extrême, décubitus impossible; le malade se lève, se fait soutenir sous les bras, fait quelques pas, se recouche et gémit sans trève.

Le 16, même état. Frictions belladonées le long du rachis; cataplasmes belladonés sur le doigt; potion de 150 grammes avec 5 centigrammes d'extrait de belladone, par cuillerées d'heure en heure, si possible.

Le 17, aggravation croissante; insomnie absolue, malaise indicible, les accès tétaniques sont suivis d'une prostration hyposthénique; le visage est pâle, le pouls faible, mou, fréquent, découragement absolu, conviction d'une mort prochaine.

Très-convaincu moi-même que ce malheureux allait mourir, je me décide au moyen violent que voici :

A l'aide d'un plumasseau de charpie monté sur une petite baguette et fortement imbibé d'acide sulfurique pur, j'opère d'abord une forte cautérisation transversale sur les muscles postérieurs gauches du col, au-dessus de l'épaule, parce que c'est en ce point que se manifeste la plus grande intensité de douleur et de rigidité musculaire. Puis, je promène le plumasseau tout le long du rachis et de chaque côté, depuis l'occiput jusqu'au sacrum.

L'opération cause une atroce douleur de brûlure; mais la contraction musculaire cesse immédiatement pour ne plus revenir. La sensation produite par l'acide et l'ancienne douleur musculaire cessèrent six heures après.

Les accès ne reparurent plus. Le tétanos fut éteint ce jour-là, mais le malade ne fut pas guéri encore.

Pendant un mois, la locomotion fut impossible. M... ne « sentait pas ses jambes, qui lui semblaient être du bois. » Peu à peu il se voûta en avant et sembla bossu; cette disposition disparut ensuite, mais en partie seulement.

Les plaies consécutives à la cautérisation coulèrent longtemps. La cicatrisation, qui commença par le haut, ne fut complète qu'à la fin de septembre, c'est-à-dire huit mois après.

Aujourd'hui, 1er février 1866, quatre années après sa maladie, j'ai revu M... Sa constitution est devenue très-robuste, il est vigoureux et bien en chair; la voussure rachidienne n'est pas exagérée : elle consiste en une convexité postérieure de la colonne, sans déviation latérale et intéresse les six premières vertèbres dorsales.

Les réflexions se pressent sous ma plume devant cette observation ; mais je ne pourrais les développer sans abuser de l'hospitalité que me donne la *Gazette*. Je me borne à indiquer sommairement les suivantes :

1° Le siége de la maladie n'est pas douteux ici : clairement accusé par le caractère des symptômes et leur localisation, il a surtout été mis hors de doute par ses suites : la paralysie des jambes ;

2° Ce qui a guéri, c'est une dérivation puissante. Est-ce une preuve de la nature inflammatoire ou plutôt congestive de la maladie?

La dérivation (inflammation artificielle) n'est-elle efficace que pour déplacer une autre inflammation ou une congestion sanguine? Ne peut-elle aussi décentraliser une affection nerveuse? L'observation que j'ai citée m'a paru être primitivement une nécrose de la moelle épinière, appelant consécutivement une congestion active de cet organe.

3° Je ne m'explique pas la déviation consécutive du rachis; doit-on l'attribuer à la cautérisation?

4° Si j'avais appliqué plutôt l'acide sulfurique, aurais-je prévenu la paralysie des jambes? Celle-ci se serait-elle produite si je n'avais pas laissé le temps à l'affection d'altérer le cordon rachidien aussi profondément?

5° D'un autre côté, appliquée trop tôt, dans la période suraiguë du tétanos, la cautérisation ne risque-t-elle pas d'augmenter la congestion rachidienne au lieu de l'éteindre? N'en est-il pas pour elle comme pour les vésicatoires dans la pleuropneumonie, qui n'agissent bien que lorsque la rémission des symptômes fébriles s'établit? question sur laquelle l'expérience prononcera et que je recommande à mes confrères de l'armée.

OBSERVATION DE RÉTROVERSION DE LA MATRICE

Par M. le docteur LE BRIÉRO (de Plougastel).

Il est facile de s'expliquer les déplacements auxquels l'utérus est soumis, quand on sait que ce viscère jouit d'une grande mobilité dans l'excavation du bassin, grâce à la nature de ses connexions qui sont lâches et extensibles. En effet, situé entre la vessie et le rectum, cet organe est maintenu dans sa position, de chaque côté, par les ligaments ronds et les ligaments larges, inférieurement par le vagin au-dessus duquel il est situé.

Quand la matrice, sortie de sa position ordinaire, descend plus avant dans le bassin, ou même s'avance jusqu'aux grandes lèvres, il y a prolapsus utérin.

Si le fond de l'organe est dirigé vers la symphyse du pubis, on dit qu'il y a antéversion.

S'il se porte en arrière, dans la concavité du sacrum, c'est la rétroversion. Ce n'est que de ce dernier accident que nous avons à nous occuper.

Le 9 janvier 1865 je fus appelé au village de Kerikleuze, près de Brest, pour donner des soins à la femme Marguerite.

Agée de trente-six ans, d'un tempérament lymphatique, Marguerite avait eu cinq enfants, ses accouchements avaient toujours été faciles, son état de santé habituel était bon.

Enceinte de deux mois et demi environ, pendant qu'elle se rendait à Brest le 2 janvier, elle fut violemment heurtée, faillit tomber à la renverse et ne tint l'équilibre que par un grand effort. Aussitôt elle éprouva des tiraillements douloureux dans les aines et dans les lombes, et rentra souffrante à son domicile. Au bout de quatre à cinq jours seulement, pouvant à peine uriner et aller à la selle, elle fit appeler un médecin qui croyant, après un examen superficiel, sans doute, avoir affaire à un prolapsus utérin, appliqua un pessaire.

L'état de la malade s'aggrava. Appelé le lendemain auprès d'elle, je la trouvai dans de grandes angoisses; les traits étaient rétractés, les yeux abattus, la peau terreuse, le pouls fébrile, la langue saburrale. Il y avait de l'inappétence et une soif ardente. L'émission de l'urine et l'expulsion des matières fécales étaient impossibles. Le ventre très-développé présentait une matité étendue. Il y avait des vomissements. La femme éprouvait des douleurs comme pour accoucher, un sentiment de pesanteur au pubis, du ténesme vésical, des cuissons, de la tension à la région sacrée.

Je pratiquai le toucher vaginal et retirai le pessaire; un liquide purulent suivit sa sortie. Une matière semblable venait de l'urèthre. C'était à faire supposer une affection vénérienne. Il n'en était rien. Une cystite, une uréthrite et une vaginite existaient, mais elles étaient franchement inflammatoires, traumatiques en quelque sorte, et dues à une compression violente. En effet, par le toucher, je pus constater une tumeur ferme, ronde, fortement enclavée, tumeur plus grosse que le poing, et qui n'était autre chose que le fond de l'utérus comprimant le rectum et le col vésical. Le col utérin était inaccessible au doigt, tant il était porté en haut et en avant, derrière la symphyse pubienne. Bref j'avais affaire à une rétroversion complète de la matrice. Je n'avais pas de temps à perdre. La distension de la vessie était considérable; une rupture était imminente. D'un autre côté l'accumulation des matières dans l'intestin déterminait un ténesme impérieux. La femme avait toujours envie de pousser. Un avortement était à craindre, le linge était souillé par un liquide ayant une odeur caractéristique; ce liquide devait venir de l'utérus. Les parois de la matrice étaient fortement tuméfiées, engorgées, enflammées. L'espace occupé par cet organe était complétement rempli et semblait plus grand que le détroit supérieur. Aussi, la réduction était-elle devenue très-difficile.

Je sondai la malade et n'obtins qu'une très-faible quantité de liquide purulent. Les lavements n'amenèrent aucune matière. Avant d'agir je jugeai à propos de recourir aux bains prolongés. Sous leur influence les organes se relâchèrent et l'inflammation tomba. Alors, la femme étant placée comme au moment d'un accouchement, les muscles abdominaux étant dans le relâchement le plus complet, j'introduisis deux doigts dans le vagin et refoulai en haut le corps de l'utérus qui céda un peu. Le col était inaccessible au doigt et ne pouvait par conséquent être accroché pour être ramené en bas. J'introduisis ensuite dans le rectum, mes deux doigts huilés, et je refoulai encore à travers la cloison recto-vaginale le fond de l'utérus de bas en haut. Un léger soulèvement fut encore perçu. N'ayant plus de doute sur la possibilité de la réduction j'opérai de nouveau par le vagin et sans faire des efforts par trop violents, je fus assez heureux pour arriver à mon but. La crainte de provoquer un avortement ne m'arrêta pas; il fallait sauver la femme. Chose notable, au moment de la réduction, un claquement parfaitement senti par moi et par la femme eut lieu, claquement en tout semblable à celui qui se produit quand certaines articulations luxées reprennent leur position naturelle.

Le corps et le col de l'utérus ayant repris leur place, la femme, saisie d'une forte envie d'uriner, sauta brusquement de son lit pour se mettre sur le vase; mais, elle n'en eut pas le temps et un flot d'urine inonda le plancher. Un lavement ne tarda pas à amener une selle copieuse.

Dès lors tout était pour le mieux, à part l'inflammation du vagin, de la vessie, de l'urèthre et la crainte de l'avortement.

Je recommandai le repos, les émollients, les injections dans le vagin. L'application d'un pessaire me parut inutile. Le ventre dut être tenu libre et tout effort évité.

L'écoulement purulent par le vagin et par l'urèthre persistant, l'émission des urines restait douloureuse. Cet écoulement n'était pas vénérien évidemment, puisque le mari, qui ne tarda pas à avoir des relations avec sa femme, n'accusait rien. Cet écoulement était nécessairement dû à la compression violente déterminée par la matrice enclavée. Malgré tout, je prescrivis l'administration du baume de copahu, à la dose de 8 grammes, tous les matins. Bientôt il ne resta plus qu'une sorte de ténesme vésical, que je combattis avec succès par le camphre, l'assa fœtida et la belladone en pilules.

Quant à la cause de la rétroversion qui, dans ce cas, s'est opérée brusquement, nous devons la trouver dans la secousse violente que cette femme éprouva pendant son voyage à Brest, ou plutôt dans l'effort que nécessita cette secousse, effort qui consista dans la contraction violente des muscles abdominaux. Cette contraction suffit pour faire basculer la matrice. Des tiraillements douloureux se manifestèrent aussitôt. La rétention de l'urine et des matières fécales ne tarda pas, et la rétroversion produite, devint par là même de plus en plus complète; la vessie, distendue de plus en plus, s'élevait dans le ventre et ramenait en avant et en haut le col utérin. Son corps, par son volume et son poids, agissait aussi sur le corps de l'utérus, de manière à augmenter son déplacement. D'un autre côté, les matières stercorales, accumulées dans le rectum, au-dessus du point où cet intestin était affaissé par le fond de la matrice, agissaient dans le même sens. Enfin tous les efforts de la femme, tendaient à abaisser sans cesse le fond de l'utérus.

Malgré toutes ces mauvaises circonstances réunies, la grossesse n'en continua pas moins régulièrement son cours. Les mouvements de l'enfant se firent sentir à quatre mois et demi, et l'accouchement s'est fait très-heureusement le 31 juillet 1865.

DE L'EMPLOI DES FRICTIONS MERCURIELLES

dans quelques cas de syphilis rebelle,

Par M. le docteur Aimé MARTIN

(Extrait du rapport présenté à la Soc. de méd. de Paris par M. Léon Labbé.)

Dans sa note intitulée : « Étude sur l'emploi des frictions mercurielles dans certains cas de syphilis constitutionnelle », M. Martin, sans vouloir généraliser l'usage de cette méthode, émet cette opinion, que dans un certain nombre de cas, qui ont été rebelles aux modes de traitement habituels, les frictions mercurielles peuvent rendre de signalés services, et à l'appui de la thèse qu'il soutient il apporte trois observations qui lui sont personnelles.

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune fille âgée de dix-neuf ans, qui fut atteinte, au mois de juillet 1864, d'un chancre infectant à la petite lèvre droite et consécutivement de roséole sur la poitrine et le ventre, de maux de gorge, d'alopécie et au commencement de 1865, de douleurs rhumatoïdes très-vives.

Le traitement par le proto-iodure de mercure, n'avait pas modifié les accidents, sauf la roséole.

Le 16 juin 1865, la malade se confia aux soins de M. Martin. Il existait alors chez elle une éruption papulo-lichénoïde, qui avait envahi presque toute la surface cutanée, à l'exception de la face et des mains. Les ganglions sous-maxillaires, cervicaux et inguinaux étaient engorgés. L'état général était déplorable; face pâle, lèvres décolorées, yeux éteints, voix rauque, maigreur excessive, règles douloureuses, irrégulières, alopécie très-prononcée.

La malade fut mise à l'usage de la liqueur de Van-Swieten (1 cuillerée par jour) et un traitement reconstituant lui fut prescrit.

Le 27, la dose de la liqueur de Van-Swieten est portée à deux cuillerées par jour.

Le 3 juillet on porte ce médicament à trois cuillerées par jour.

Le 22, le traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium est mis en usage.

Enfin le 2 août, voyant d'une part que les accidents ne se modifient pas d'une façon appréciable, et remarquant d'autre part, avec quelle facilité le traitement mercuriel est supporté par la malade, M. Martin songe à employer les frictions mercurielles. Il fait cesser toute médication interne et ordonne des frictions d'après la méthode suivante (méthode de Pihorel modifiée): Le premier jour, friction sur la face interne des avant-bras, le deuxième jour repos; le troisième jour, frictions sur la face interne des bras, le quatrième jour repos; le cinquième jour, frictions sur la face interne des jambes, des malléoles aux genoux; le sixième jour, repos; le septième jour, friction sur la face interne des cuisses; le huitième jour, repos; et ainsi de suite en recommençant par les avant-bras.

Chacune des frictions fut pratiquée avec 4 grammes d'onguent napolitain et précédée d'un bain.

Sous l'influence de ce traitement qui fut prolongé pendant près d'un mois (jusqu'au 1er septembre) tous les symptômes de la maladie disparurent un à un avec une étonnante rapidité, l'état général devint satisfaisant, et au bout d'un mois, il ne restait plus que les taches brunâtres qui avaient succédé à l'éruption papuleuse. La malade a été revue dans le mois de décembre, et il ne s'était produit aucune récidive d'accidents syphilitiques.

Deuxième observation. — M. X... âgé de vingt-quatre ans, se présente le 12 mars 1865, avec deux chancres indurés de la rainure balano-préputiale.

Le 7 avril, les premières taches de roséole apparaissent.

Le 10, l'éruption a envahi presque tout le corps. Pilules de 1/2 centigramme de bichlorure d'hydrargyre (2 par jour).

Sous l'influence de ce traitement, la roséole à disparu à la date du

18 avril. Mais en même temps d'autres manifestations syphilitiques secondaires apparaissent, dans la bouche, sur les amygdales. Le traitement est continué.

Le 13 mai, malgré le traitement mercuriel, les accidents de la gorge ne se sont pas modifiés, et de plus, des plaques muqueuses larges et très-saillantes ont apparu sur le scrotum; d'autres, en grand nombre, ont envahi le pourtour de l'anus. Croûtes dans le cuir chevelu, chute des cheveux, appétit diminué, douleurs rhumatoïdes, amaigrissement.

Le traitement interne est continué, on prescrit en outre deux fumigations de cinabre.

Le 20, il n'y a pas d'amélioration sensible. Grand bain avec le sublimé.

Le 31, les plaques muqueuses qui ont été cautérisées avec le nitrate acide de mercure, ont disparu, mais il s'est produit une éruption confluente de papules syphilitiques. L'état général est toujours très-mauvais.

M. Martin n'hésite plus à faire cesser le traitement interne, et à prescrire les frictions mercurielles, qui sont pratiquées, comme dans le cas précédent, pendant un mois.

Le 6 juillet (trente-six jours après le début du traitement), toute trace d'accident syphilitique a disparu, sauf les cicatrices de papules. L'appétit et le sommeil sont revenus, la santé générale est excellente.

Tout traitement est interrompu. Le malade a été revu le 18 novembre, il n'a eu aucune espèce d'accident depuis le 6 juillet.

Dans une troisième observation, où M. Martin a mis en usage la méthode de Scatigua, qui consiste à placer tous les soirs alternativement sous chaque aisselle, 2 grammes d'onguent napolitain, le résultat paraît avoir été aussi satisfaisant que dans les deux cas précédents. Cependant, le malade n'ayant pas été revu par notre confrère, cette observation présente jusqu'à nouvel ordre, une valeur moins grande que les deux premières.

Dans les deux faits que j'ai analysés devant vous, messieurs, la conduite de notre confrère a été telle, qu'il nous paraît difficile de ne pas arriver aux mêmes conclusions que lui. En effet, les frictions mercurielles n'ont pas été employées d'emblée, pour des malades chez lesquels peut-être tout autre traitement hydrargyrique eût été efficace. Bien au contraire, ce n'est qu'après avoir épuisé les moyens de traitement ordinaires, après s'être convaincu de leur inefficacité, que M. Martin a eu recours à une méthode qui, après avoir joui pendant plusieurs siècles d'une vogue exagérée, est tombée aujourd'hui dans un oubli beaucoup trop grand.

A Vienne, les frictions mercurielles, sagement employées, ont donné dans ces derniers temps, entre les mains de M. Sigmund, des résultats fort satisfaisants, et les faits qui nous ont été communiqués par M. Martin ne peuvent que nous encourager à suivre, dans certains cas de syphilis rebelle, l'exemple donné par le syphiliographe allemand.

Messieurs, en terminant ce rapport, je ne puis m'empêcher de vous rappeler que M. Martin a été l'élève de deux de nos membres les plus respectés, MM. Boys de Loury et Cosilhes, que notre collègue, M. Devilliers, l'a choisi pour lui servir d'adjoint dans le service médical du chemin de fer de Lyon. L'estime que professent pour M. Martin les honorables confrères dont je viens de vous rappeler les noms, vous sont un sûr garant de la moralité professionnelle du candidat qui sollicite vos suffrages.

Je propose à la Société: 1° D'adresser des remercîments à M. Martin, pour sa communication manuscrite; 2° De l'admettre comme candidat à la place de membre résidant de la Société de médecine de Paris.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 février 1866. — Présidence de M. Laugier.

Recherches expérimentales sur les causes du goître. — M. Maumené : Je crois que les fluorures sont les agents du développement goîtreux, et pour m'en assurer j'ai soumis une chienne au régime du fluorure de potassium pendant cinq mois; vers le cinquième, on vit apparaître un gonflement général du cou, très-saillant, plus en avant qu'en arrière, et, si cette expérience n'a pas donné de résultat décisif, c'est que je n'ai pu éviter de laisser échapper la chienne, et que j'ai dû attendre trois ans pour la ressaisir et la soumettre à l'examen d'un anatomiste. Le gonflement existait encore; mais M. Gaillet, professeur à l'École secondaire de Reims, n'a pas trouvé les caractères précis nécessaires pour nous former une conviction.

Les fluorures sont très-répandus dans les pays à goître : l'année dernière, je les ai rencontrés dans les Pyrénées sur beaucoup de points. Si M. Saint-Lager trouve les pyrites partout, leur présence n'exclut pas celles des fluorures, et je crois pouvoir persister entièrement dans des vues que j'ai le premier soumises à l'épreuve expérimentale.

M. Panofka soumet au jugement de l'Académie un Mémoire ayant pour titre : *Observations sur la trachée-artère et sur la production du son dans la voix humaine.*

« En comparant entre elles un assez grand nombre de trachées-artères d'hommes et de femmes, j'y ai toujours, dit l'auteur, compté de dix-sept à vingt arceaux, et j'ai pensé que ces arceaux, à distances égales, devaient représenter dans l'instrument vocal les dix-sept ou vingt demi-tons dont se composent les voix ordinaires d'homme et de femme dont l'étendue ne dépasse guère une octave et demie. Il me semble probable que les trachées des chanteurs qui disposent de deux octaves et de plus possèdent aussi un nombre correspondant d'anneaux cartilagineux. »

Poursuivant cette recherche avec la collaboration d'un anatomiste, M. Tassy, médecin du théâtre Italien, l'auteur a cru reconnaître que chacun des anneaux était muni d'un faisceau musculaire pouvant en rapprocher les extrémités de manière à rétrécir en ce point le canal aérien. Suivant que le chanteur veut donner telle ou telle note, il resserrerait tel ou tel point de la trachée, et cela par un mouvement instinctif, car il n'a conscience de sa volonté que relativement au but à atteindre et non au moyen destiné à le produire; c'est, du reste, comme on le sait, le cas pour tous les mouvements volontaires, même pour ceux de l'appareil locomoteur.

M. Robin (Édouard) envoie une seconde addition à son « Mémoire sur la possibilité de ralentir l'activité respiratoire et sur les effets de ce ralentissement. » Dans une note inséré par extrait au *Compte rendu* de la séance du 19 juin 1865, l'auteur indiquait sept applications diverses de ses doctrines physiologiques; la présente communication est relative à une huitième application qui consisterait dans la possibilité de prévoir quels agents sont excitateurs de l'alimentation du foie et de la sécrétion biliaire. M. Robin y présente, en outre, de nouvelles considérations à l'appui de sa théorie sur l'acclimatation dans les pays chauds.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Dassier est nommé professeur-adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Estevenet.

— L'argumentation des thèses du concours d'agrégation (*section de médecine*) commencera le lundi 12 mars prochain. Les sujets de thèse ont été distribués le 23 février. Voici l'ordre dans lequel les argumentations auront lieu :

Première séance. — M. Raynaud : « De la Révulsion. » Argumenté par MM. Ferrand et Paul. — M. Desnos : « De l'état fébrile. » Argumenté par MM. Baudot et Isambert.

Deuxième séance. — M. Gouraud : « Caractères généraux des maladies épidémiques. » Argumenté par MM. Blachez et Martineau. — M. Proust : « Des différentes formes de ramollissement du cerveau. » Argumenté par MM. Peter et Ball.

Troisième séance. — M. Bernier : « Des éléments morbides en général. » Argumenté par MM. Simon et Raynaud. — M. Ferrand : « Expliquer comment la mort vient dans les différentes maladies : la thérapeutique peut-elle en tirer parti ? » Argumenté par MM. Paul et Desnos.

Quatrième séance. — M. Baudot : « De l'introduction des médicaments en thérapeutique. » Argumenté par MM. Isambert et Gouraud. — M. Blachez : « De la stéatose. » Argumenté par MM. Martineau et Proust.

Cinquième séance. — M. Peter. « De la tuberculisation en général. » Argumenté par MM. Ball et Barnier. — M. Simon : « Des maladies puerpérales. » Argumenté par MM. Reynaud et Ferrand.

Sixième séance. — M. Paul. : « De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique. » Argumenté par MM. Desnos et Baudot. — M. Isambert : « Parallèle des maladies générales et des maladies locales, » Argumenté par MM. Gouraud et Blachez.

Septième séance. — M. Martineau : « Des endocardites. » Argumenté par MM. Proust et Peter. — M. Ball : « Du rhumatisme viscéral. » Argumenté par MM. Barnier et Simon.

—La Société médico-psychologique, mise en possession par un don de madame veuve Aubanel de la somme de 1,600 fr. destinée à être donnée en prix, a proposé pour sujet la question suivante : « Des rémissions, des rémittences et des intervalles lucides, dans les diverses formes de la folie, au point de vue médico-légal. » Les mémoires devront être adressés avant le 31 mars 1867, à M. Brochin, secrétaire-général, boulevard Saint-Michel, 7.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire d'histologie, par le docteur Fort, 1 vol. in-8°, prix : 5 fr. 50. Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'altération sénile de la prostate et sur les valvules du col de la vessie, par le docteur Dodeuil, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 108 pages. Prix 2 fr. 50. Paris, 1866. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 25. — JEUDI 1er MARS 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 1er MARS 1866. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 FÉVRIER 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous nous attendions à voir s'engager la discussion sur la vaccine : notre attente a été trompée. Un rapport de M. Gosselin sur un mémoire de M. A. Guérin, relatif au traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées, a pris une grande partie de la séance, dont le reste a été rapidement absorbé par la discussion qu'a soulevée ce rapport. Nous dirons un mot de l'un et de l'autre à l'occasion de la séance prochaine.

Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LÉGER.

Hypertrophie ancienne du cœur. — Broncho-pneumonie. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. HAYEM, interne du service.)

Ch..., âgé de soixante ans, ancien serrurier, entre à l'infirmerie de Bicêtre, dans le service de M. Léger, le 26 septembre 1864.

Voici les renseignements que nous avons sur lui : il fut admis à l'asile pour une affection organique du cœur, qui le rendait incapable de continuer son métier pénible. Sa constitution était très-robuste, ses habitudes régulières. Vers l'âge de trente ans, il eut une affection aiguë de poitrine, pour laquelle on lui appliqua deux vésicatoires au côté droit. A partir de cette époque, il s'enrhumait presque tous les hivers ; mais il ne toussait que pendant quelques semaines et n'a jamais craché de sang. Il y a environ cinq ou six ans qu'il commença à ressentir, surtout à la suite des efforts pour monter un escalier ou pour marcher rapidement, des battements de cœur et de l'essoufflement. La partie inférieure de ses jambes était gonflée le soir et, à plusieurs reprises, l'œdème des membres inférieurs avait persisté pendant plusieurs jours. Il n'avait jamais eu de douleurs rhumatismales.

Depuis qu'il vivait à Bicêtre, il était venu plusieurs fois à l'infirmerie pour son affection cardiaque. On avait constaté chaque fois un œdème peu prononcé des membres inférieurs, de l'oppression, une impulsion très-forte du cœur et, à l'auscultation, des bruits sourds, mais pas de souffle. Il n'avait jamais présenté d'albumine dans les urines. Ces accidents s'amendaient par le repos au lit et l'usage de la poudre de digitale, et le malade retournait, au bout de deux à trois semaines, dans une division de valides.

Le 26 septembre, textuellement, voici ce que nous apprenons sur le début de sa maladie. Il ressentait un peu de fatigue et de malaise depuis quelques jours, mais il ne toussait pas, lorsque le 24 septembre il prit froid sur la route. Le lendemain, il se sentit plus malade et fut pris de toux et d'un peu de fièvre, sans frisson, sans point de côté, et le 26 au soir, on constate l'état suivant : constitution robuste, muscles et embonpoint bien conservés, un peu d'œdème des extrémités inférieures, et, malgré l'ancienneté de l'affection cardiaque, l'aspect du malade n'a rien de cachectique.

La figure est un peu animée, la peau chaude. Le pouls est irrégulier, fort, mais facile à déprimer. On compte 95 à 100 pulsations par minute. La respiration est brève, accélérée, 35 à 38 inspirations par minute ; mais il n'y a pas de douleur dans la poitrine.

Le thorax n'est pas amaigri, mais il présente une légère voussure dans la région du cœur. A la percussion, on note une conservation parfaite de la sonorité des poumons en avant. La région précordiale offre cinq centimètres et demi de matité absolue en hauteur ; latéralement, les limites sont moins précises, il y a six centimètres environ de matité complète du mamelon au sternum.

La pointe du cœur bat avec force dans le septième espace intercostal. En arrière, la sonorité est conservée des deux côtés de la poitrine. L'auscultation des poumons fait entendre en avant des râles sibilants et ronflants des deux côtés ; en arrière, les mêmes râles et, à la partie moyenne du poumon droit, au niveau de l'angle de l'omoplate, on constate des râles sous-crépitants fins et abondants surtout à l'inspiration, et accompagnés d'une expiration rude. L'auscultation du cœur est impossible : les bruits sont complétement couverts par ceux qui se passent dans les poumons, et le malade ne peut retenir sa respiration. En même temps, la toux est sèche, fatigante, l'expectoration presque nulle, quelques crachats blanchâtres et aérés. L'appétit est perdu depuis la veille, la soif vive, la langue humide et blanche. L'examen de l'abdomen ne fournit que des signes négatifs. Il y a plutôt constipation que diarrhée. Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, renferment une petite quantité d'albumine, qui, en se déposant, occupe à peu près la hauteur de la sixième partie du tube à expérience. Le malade prend une potion avec poudre d'ipéca, 1 gramme, et tartre stibié 5 centigrammes, qui lui procure plusieurs vomissements, et, dans le courant de la nuit, un julep diacodé avec kermès, 40 centigrammes.

Le 27, l'oppression et la fièvre ont augmenté. La figure est rouge et chaude surtout du côté droit. Le pouls bat environ 100 pulsations par minute. Il est irrégulier dans son rhythme et dans sa force. Il fuit assez facilement sous le doigt. La peau est chaude et un peu sèche. Le thermomètre, placé dans l'aisselle, marque près de 39 degrés centigrades. Le soulèvement de la poitrine est moins prononcé à droite, et le malade ressent une gêne très-grande dans toute cette partie de la poitrine, mais pas de point de côté. Les signes physiques sont restés les mêmes du côté gauche ; mais à droite, on trouve un peu de matité dans la région du mamelon, dans l'aisselle et en arrière, dans tout le tiers moyen du poumon, notamment vers la partie inférieure de l'omoplate. La différence de son est plus sensible en percutant les deux côtés comparativement et en frappant un peu fort. A l'auscultation, à ce niveau, on entend un déplissement rude du poumon à l'inspiration avec un caractère de sécheresse très-marqué, mais point de râles. L'expiration est soufflante. Le ralentissement de la voix a un peu augmenté ; mais la bronchophonie n'est pas manifeste. Dans le reste de la poitrine, des deux côtés, on entend des râles sibilants et ronflants et quelques râles muqueux peu nombreux. La toux est sèche, peu fréquente, douloureuse. Il n'y a que quelques crachats mélangés peu intimement de sang qui leur donnent une coloration rosée ; ils sont peu visqueux et adhèrent incomplétement au vase. La langue est toujours blanche et conserve une certaine humidité. Il n'y a pas eu de garde-robe la veille. On prescrit une application de ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine et en arrière (300 grammes de sang). Un julep avec 75 centigrammes de kermès et l'huile de ricin, 35 grammes.

Le soir, les mêmes signes persistent ; le pouls est plus petit, l'adynamie plus grande. Le malade est pris de somnolence et d'un subdélirium tranquille.

Le lendemain, 28, on apprend que le malade a eu du délire presque toute la nuit. On le trouve très-affaissé et les traits altérés. Le pouls est difficile à compter à cause de sa petitesse et de ses irrégularités. La langue est sèche, ainsi que les lèvres. En même temps, les signes physiques se sont étendus un peu à droite, sans changer de nature ; et à gauche, dans l'aisselle et près du cœur, on trouve un peu de submatité et quelques râles sous-crépitants fins à l'inspiration. Pas de crachats. Même julep, kermès et vin.

Le soir, les extrémités sont froides, la face terreuse. La peau est couverte d'une sueur visqueuse. La somnolence et le délire deviennent continuels ; on n'ausculte plus le malade. Il meurt le 29, à huit heures du matin.

Autopsie. — Cadavre bien conservé, d'un embonpoint considérable, muscles très-forts. — On ouvre le thorax et on incise le péricarde.

Le cœur est extrêmement volumineux ; l'hypertrophie est générale avec dilatation des cavités et épaississement des parois sans altération sensible du muscle. C'est le type de ce que l'on a appelé *cœur de bœuf*. Il pèse 650 grammes sans les caillots peu abondants et mous qu'il contient. Ceux-ci sont couenneux comme dans les inflammations pulmonaires. Le péricarde viscéral présente quelques plaques laiteuses.

Les valvules du cœur gauche sont un peu épaissies et d'un blanc jaunâtre. Les orifices ne sont pas altérés. Les valvules droites sont saines.

Du côté gauche, quelques adhérences celluleuses des plèvres cèdent facilement. Le poumon incisé dans toute sa hauteur présente une coloration vineuse surtout marquée vers le centre. Il conserve un peu l'empreinte du doigt et laisse écouler par la pression une sérosité spumeuse teinte de sang, et devient bientôt crépitant. Les bronches de ce côté offrent une coloration un peu rouge briqueté sans altération dans la consistance, sans muco-pus. A droite, les deux feuillets de la plèvre très-épaissis adhèrent à l'aide de fausses membranes gélatineuses anciennes, qui paraissent s'être infiltrées récemment de sérosité. On ne peut enlever le poumon qu'en détachant une partie de la plèvre costale.

La masse pulmonaire est volumineuse, très-lourde et presque complétement solidifiée. En faisant une coupe du sommet à la base, le long du bord postérieur, on trouve plus du tiers moyen du poumon complétement solide. La surface est d'un rouge violacé marbré de noir et de lignes blanchâtres ou grisâtres, plane et lisse dans la plupart des points. Elle résiste au doigt sans en prendre l'empreinte, et par le grattage, le scalpel se couvre d'une sérosité peu abondante teinte légèrement de sang. La division lobulaire du poumon est encore visible malgré la solidification, et l'on ne trouve qu'un ou deux points friables qui cèdent à une pression assez forte du doigt. Les limites de cette lésion ne sont pas nettement découpées. Les deux lobes ont été adossés par les adhérences des plèvres, et une partie du sommet et un peu la base ont échappé à la solidification.

En ces points, on constate les mêmes lésions que celles du côté gauche, c'est-à-dire un peu de congestion et d'œdème. L'organe ressemble assez à un poumon dont la plus grande partie aurait été injectée avec une substance solidifiable.

On ne pratique pas l'insufflation. Une tranche va au fond de l'eau peu rapidement, et remonte lentement au bout d'une quinzaine de minutes, en reprenant complétement l'aspect du poumon normal, mais en conservant encore une certaine résistance.

Les bronches présentent le même degré d'altération que celles de l'autre côté.

Sur le bord antérieur des deux poumons, quelques lobules sont atteints d'emphysème vésiculaire peu prononcé.

La pièce du poumon droit est soumise à l'examen histologique. Des coupes faites à l'état frais avec un rasoir dans les parties solidifiées, sont ensuite lavées avec un pinceau qui entraîne la sérosité sanguinolente et mises sous le champ du microscope. A un grossissement de vingt-cinq diamètres environ, on aperçoit des trabécules épaisses et opaques circonscrivant de petits espaces clairs.

A un plus fort grossissement (350 diam.), on voit que ceux-ci correspondent aux vésicules pulmonaires qui ne contiennent que quelques cellules épithéliales, quelques-unes granulo-graisseuses. Ces alvéoles sont un peu tassées en certains points, et leur forme n'a pas la régularité habituelle. Elles sont séparées par un tissu cellulo-fibreux épais, dans lequel on voit des vaisseaux capillaires gorgés de sang, sinueux et même dilatés en certains points, quelques éléments du sang extravasés et un grand nombre de corpuscules granuleux dispersés dans la trame du poumon ou tassés par petits groupes. En ajoutant de l'acide acétique, les trabécules deviennent plus transparentes, les petits corpuscules présentent la réaction des leucocythes, et l'on peut voir un épaississement remarquable de certaines parties du tissu interstitiel du poumon, un assez grand nombre de fibres de nouvelle formation, et une quantité abondante de pigment noir.

Sur d'autres coupes prises dans les rares points friables et un peu granuleux, les lésions ne diffèrent point de l'hépatisation ordinaire, et les vésicules sont pleines d'un mélange de cellules épithéliales et de leucocythes.

Reins. — Le gauche a diminué d'environ un quart. Son aspect est anémique, la capsule un peu épaisse se détache facilement et laisse voir à la surface quelques granulations irrégulières, peu saillantes et jaunes. La coupe est lisse. On voit dans la substance corticale, outre une certaine pâleur, des lignes jaunâtres plus ou moins irrégulières, les pyramides sont plus vascularisées. — Le rein droit est plutôt gros que petit. Il offre le même aspect à peu près, mais la surface est plus lisse.

Le foie est un peu volumineux, les acinis sont jaunes et séparés par des lignes rougeâtres, le point central est nettement dessiné sur les coupes. C'est un foie muscade peu caractérisé.

La rate est un peu volumineuse et molle.

Les autres organes ne sont pas examinés.

RÉFLEXIONS. — L'observation que nous venons de relater offre quelques particularités cliniques sur lesquelles nous attirerons d'abord l'attention avant de discuter la nature des lésions trouvées à l'autopsie.

Les renseignements relatifs à l'affection du cœur ne sont pas très-précis, mais il est probable que l'affection aiguë de poitrine survenue vers l'âge de trente ans, les bronchites assez fréquentes et l'emphysème pulmonaire, quelque faible qu'il ait été, ont eu une influence marquée sur la production de l'hypertrophie du cœur. Cette affection du cœur, une fois établie, a été certainement une cause prédisposante aux affections thoraciques. En effet, l'œdème des membres inférieurs et l'albuminurie sont des preuves de gêne de la circulation, et il est probable que le malade était prédisposé à la congestion et à l'œdème du poumon. On comprend, qu'avec de tels antécédents l'influence la plus légère ait pu déterminer une affection pulmonaire grave. — D'ailleurs cette pneumonie est survenue en septembre, à une époque où un assez grand nombre de vieillards ont été pris de broncho-pneumonies qui se sont toutes assez rapidement terminées par la mort.

Il nous paraît donc probable, au point de vue étiologique, qu'il s'est fait sous l'influence d'une prédisposition lentement acquise, et à l'occasion d'un refroidissement, une congestion inflammatoire vers les bronches et le tissu pulmonaire.

Il n'y a eu ni frisson initial, ni point de côté, et les premiers signes physiques ont été les râles sibilants et ronflants de la bronchite aiguë, sans altération dans la sonorité. Aussi, bien que ces premiers symptômes de bronchite aient duré peu de temps, la maladie a été plutôt dans ce cas une broncho-pneumonie qu'une pneumonie franche, et elle a revêtu promptement la forme adynamique. L'ensemble des symptômes locaux et généraux ne pouvait pas laisser de doute sur le diagnostic, même avant l'existence des crachats rouillés, surtout à cause de la fièvre, de la gêne de la respiration, des râles sous-crépitants fins limités en un point, et de l'embarras des premières voies, que nous avions vu chez d'autres malades, accompagner ou précéder le début des accidents thoraciques. Le lendemain, malgré la forme insolite de la maladie, les crachats sanglants n'ont pas fait défaut ; mais on remarquera que par leur coloration simplement rosée, leur peu d'adhérence au vase et leur suppression au bout de vingt-quatre heures, ils ont présenté les particularités déjà signalées par un grand nombre d'observateurs dans la broncho-pneumonie du vieillard.

A aucun moment il n'y a eu de point de côté, mais seulement une gêne très-marquée dans tout le côté droit de la poitrine. Cette particularité n'a pas une très-grande importance, puisque le point de côté manque assez souvent dans la broncho-pneu-

monie du vieillard et qu'il peut manquer aussi chez l'adulte.

Nous n'insisterons pas longuement sur les signes fournis par l'auscultation. Il nous suffit de faire remarquer que les râles fins n'ont eu qu'une durée éphémère, et que le souffle et la bronchophonie n'ont pas été très-caractérisés, circonstances qui se rencontrent dans d'autres cas du même genre et ne peuvent pas infirmer le diagnostic. D'ailleurs l'apparition, la veille de la mort, de la sub-matité et des râles fins de l'autre côté de la poitrine, sont encore des preuves que l'affection a bien suivi la marche d'une broncho-pneumonie.

L'interprétation clinique de ce fait, nous paraît donc, en résumé, assez simple. Il n'en est pas tout à fait de même des lésions pulmonaires trouvées à l'autopsie.

Les lésions du poumon droit, indiquées plus haut, nous ont paru se rapprocher de la description de l'état anatomique, que MM. Hourmann et Dechambre ont désigné, en 1836, sous le nom d'*état planiforme*. Ces observateurs ont trouvé, en effet, tantôt que le parenchyme compacte n'offre à l'incision ou à la déchirure qu'une surface lisse, où l'on recherche en vain les granulations qui sont regardées comme le cachet de la pneumonie; tantôt que cet aspect granulé est extrêmement prononcé. Dans ce premier état, dit planiforme, le poumon au lieu de tendre au ramollissement, conserve une certaine dureté ou même devient plus dur qu'à l'état normal, et, dans ce cas, l'inflammation siége dans le tissu cellulo-fibreux qui forme la trame du poumon, tandis que les cellules sont respectées.

On a établi ainsi, au point de vue anatomique, deux espèces de pneumonies, l'une vésiculaire, l'autre intervésiculaire. Mais tous les observateurs, bien que frappés de la justesse des descriptions de MM. Hourmann et Dechambre, n'ont pas admis cet état planiforme du poumon comme une preuve d'inflammation. Dans sa Clinique médicale, M. Andral propose de remplacer le terme d'hépatisation par celui de ramollissement et il se refuse à considérer comme atteintes d'inflammation, c'est-à-dire comme analogues à des parties hépatisées « ces tranches de tissus engorgées, planiformes qui, comprimées avec lenteur et constance, finissent par reprendre leur souplesse et leur élasticité normales, » et il rapporte une partie des faits de pneumonie planiforme à la pneumonie chronique.

M. Durand-Fardel (*Traité des maladies des vieillards*), adoptant en partie les idées d'Andral, rattache aussi cette variété de pneumonie à la congestion et aux inflammations chroniques et, pour lui, la pneumonie aiguë des vieillards est toujours caractérisée, comme celle des autres âges de la vie, par la friabilité du tissu pulmonaire, et, quelquefois, par un aspect terne et compacte que d'autres observateurs ont vu aussi chez les enfants et les adultes.

Pour M. Beau (*Études cliniques sur les maladies des vieillards*), l'état planiforme n'est autre chose que le degré le plus avancé de l'inflammation pulmonaire, dont l'état granulé formerait la période de moyenne intensité.

De sorte que, en présence de ces opinions, nous pouvons nous demander si les lésions que nous a révélées l'autopsie, étaient dues à une inflammation intervésiculaire aiguë ou à un état anatomique plus complexe que la forme plane ne suffit pas à caractériser.

Sans vouloir nier la pneumonie intervésiculaire dans sa forme aiguë, il faut avouer qu'elle est au moins très-rare. Un très-petit nombre d'auteurs seulement l'ont signalée, et c'est là une circonstance importante quand il s'agit d'une affection aussi fréquente que la pneumonie. L'état planiforme lui-même, quelle que soit sa valeur, n'est pas un état anatomique fréquent et sur un assez grand nombre de poumons de vieillards que nous avons eu l'occasion de voir, nous ne l'avons rencontré seul que deux fois, d'une façon nette. Dans un certain nombre de cas, l'état planiforme existait par places, mélangé à l'hépatisation rouge ou grise, et il nous a paru dans ces cas, attester chez les malades, l'existence de pneumonies antérieures.

Chez le sujet de notre observation, la nature inflammatoire des lésions nous semble incontestable, et s'accorde d'ailleurs avec les symptômes et la marche de la maladie. Ces caractères de l'inflammation aiguë sont révélés surtout par la tuméfaction considérable de l'organe avec augmentation de poids et de consistance, par l'engorgement des vaisseaux et la présence de l'exsudat infiltré dans le tissu de l'organe. D'ailleurs n'existait-il pas en certains points, quelque petits qu'ils fussent, les caractères de l'hépatisation lobulaire ordinaire? Mais nous croyons que cette inflammation s'est développée dans un tissu antérieurement malade.

En effet, le microscope nous a montré, outre cette congestion inflammatoire intense avec exsudation, un épaississement considérable de la trame pulmonaire avec production d'éléments de tissu conjonctif nouveaux, et un dépôt très-abondant de pigment noir, lésions qui ne peuvent se faire que par un travail tout à fait lent. Si dans les antécédents du malade nous n'avons pu retrouver qu'une affection aiguë de poitrine, ils est probable que cette affection n'a jamais guéri complétement, et, après avoir eu sa part dans la production de l'affection cardiaque, celle-ci a dû, à son tour, tendre à éterniser la lésion pulmonaire.

Nous croyons donc pouvoir conclure que cet état planiforme, réellement bien le même en apparence que celui décrit par MM. Hourmann et Dechambre, était dû ici à une pneumonie aiguë entée sur une induration chronique du poumon. Et l'on a vu par les détails de l'observation que l'affection chronique n'a pas modifié sensiblement l'évolution de la broncho-pneumonie ; mais peut-être a-t-elle eu sa part dans la terminaison rapidement fatale.

ÉMANATIONS PLOMBIQUES,

Provenant des bois peints en combustion et des journaux fraîchement imprimés,

Par M. le Dr Marmisse (de Bordeaux).

Chaque fois que les observateurs découvrent un mode d'introduction des particules plombiques dans l'organisme, n'est-ce pas pour eux un devoir de l'insérer dans les annales de la pathologie saturnine? Les formes que prenait le Protée mythologique pour échapper à son dompteur ne sont pas comparables en nombre et en subtilité à celles que prend le métal de Saturne pour arriver jusque dans la trame de nos tissus. Son mode d'introduction est encore loin d'être entièrement connu; et c'est par suite de cette ignorance qu'un certain nombre de maladies sont faussement classées en nosologie, et surtout défectueusement traitées en thérapeutique.

Ignorant si la fumée qui se fait dans nos foyers et les émanations qu'exhalent les journaux fraîchement imprimés, ont été signalés comme pouvant être des véhicules du poison saturnin, je crois utile de faire connaître les deux faits suivants :

Obs. I. Le sieur X..., concierge du cimetière de Bordeaux, est dans l'usage d'utiliser pour son foyer les débris des vieilles croix de bois que le temps renverse sur les fosses mortuaires. Ces objets funéraires, comme on le sait, sont constamment peints pour résister le plus longtemps possible aux rigueurs du temps, et sont en outre couverts d'inscriptions, les unes ordonnées par la police du cimetière, les autres inspirées par la piété des familles. Or, l'unique chambre du sieur X..., située au rez-de-chaussée d'une échoppe, renferme une cheminée qui, dans certaines conditions météorologiques, refoulait la fumée. Le sieur X..., exposé fréquemment à l'inhalation de cette fumée, fut peu à peu atteint d'une paralysie des muscles extenseurs des membres extenseurs, surtout à l'avant-bras, avec quelques légères coliques sèches dans l'abdomen. Les mouvements de flexion restèrent assez intacts. La paralysie extensive dans les doigts devint telle que le sieur X... fut pendant longtemps dans l'impossibilité, non-seulement d'écrire, mais encore de signer et par suite d'émarger la feuille de son traitement mensuel. Ni lui, ni les médecins qui eurent occasion de lui donner les premiers soins, ne soupçonnèrent l'origine du mal. L'incommodité qui provenait de la fumée ayant enfin suggéré l'idée de la combattre, en ouvrant une fenêtre vis-à-vis la porte, pour établir un léger courant d'air, le défaut de la fumée fut corrigé. Il s'en suivit une suspension dans le progrès du mal et même une certaine diminution spontanée. Jusque-là, les divers traitements employés avaient été à peu près inefficaces, même l'emploi il est vrai de courte durée d'un courant électrique. La puissance extensive des doigts étant revenue en partie, le malade se trouvait satisfait de cette guérison incomplète et ne voulut plus tenter de nouveaux traitements. Sa femme, à qui je donne actuellement des soins pour des arthrites d'origine dartreuse, n'a jamais éprouvé de phénomènes morbides de l'espèce saturnine.

Ce fait prouve donc que la fumée peut se charger de molécules plombiques et devenir, par suite, une cause d'intoxication. Mon confrère, le docteur Duvignaud, qui a traité quelques individus du personnel du cimetière, m'a dit avoir observé, lui aussi, des cas d'empoisonnement saturnin dûs à la même origine, c'est-à-dire à la combustion des vieux bois peints.

Le fait que je vais rapporter est loin d'avoir une étiologie aussi évidente que le précédent. Néanmoins, je donnerai plus bas les raisons qui me font adopter la cause saturnine.

Obs. II. — Un journaliste de mes amis, d'une constitution un peu chloro-anémique, fut saisi, il y a trois ans et demie, de douleurs atroces dans le bas-ventre avec constipation opiniâtre, anorexie complète; mucosités épaisses dans le tube bucco-gastrique, insomnie presque absolue, cauchemar violent, névralgie intense dans les régions scapulaires. Peu à peu les deux membres supérieurs se paralysèrent, l'extension disparut complétement; l'action de signer, de porter les membres en arrière, devint absolument impossible : les deux bras pendaient le long du tronc, littéralement comme deux tiges inertes sur lesquelles la volonté n'avait aucune action. Dire que le malade ne pouvait se servir de ses membres pour manger, boire, se moucher, se coiffer, s'habiller, c'est compléter la description de cette paralysie. Ces mouvements de flexion, grandement affaiblis eux-mêmes par l'inertie de leurs antagonistes, n'étaient possibles jusqu'à un certain degré qu'en vertu de certains mécanismes sur une surface résistante, ou le bras le long du tronc, et encore ces faibles mouvements ne se faisaient qu'au milieu de tremblements choréiques très-prononcés qui excitaient une véritable compassion. Dans les masses musculaires des membres, il survint en outre une atrophie considérable. Elles étaient le siége de fréquentes crises de douleurs, auxquelles le malade ne trouvait de soulagement qu'en imprimant un mouvement répété de rotation à sa tête, pendant des heures entières, quand il était au lit, ou en se livrant à une marche forcenée quand il était debout. On conçoit que la constitution générale dut être fortement ébranlée par de pareilles conditions pathologiques. La chloro-anémie devint excessive, ainsi que l'érétisme nerveux. L'affaiblissement fut tel, qu'en plusieurs circonstances la vie fut sérieusement menacée.

La présente observation, ayant pour but principal la recherche de l'étiologie, je ne mentionnerai pas les divers traitements qu'un confrère et moi fîmes subir au malade. Qu'il suffise de savoir que l'usage de l'huile de foie de morue à hautes doses doit avoir ici, en partie, les honneurs d'une amélioration qui alla jusqu'à une guérison presque complète. Au bout de trois à quatre mois il est survenu un embonpoint relatif, avec une vigueur satisfaisante dans les membres paralysés. Seulement, les extenseurs des doigts n'ont repris leur puissance qu'avec une lenteur excessive. Lorsque la main fermée était arrivée à donner un vigoureux coup de poing, la plume n'était tenue encore qu'imparfaitement. Aujourd'hui même, l'extension totale de la main n'est pas encore possible. Cette longue histoire pathologique renferme plusieurs épisodes de recrudescence dont il aurait été trop long de tenir compte.

Ce fait doit-il être attribué à une intoxication saturnine? Voici les raisons que je présente pour motiver mon affirmation. D'abord tous les troubles morbides se sont passés dans le tube intestinal, dans le système nerveux périphérique et dans le système musculaire. Malgré toutes mes investigations les plus minutieuses, aucun autre organe ou aucun autre appareil anatomique n'a été mis en jeu; foie, reins, etc. Puis l'extension des muscles ne s'est nullement réveillée sous l'action électrique. Mais par où est entré le métal saturnin? C'est ici qu'est toute la difficulté. Après avoir vu toutes mes recherches dans ce sens rester stériles, j'ai dû soupçonner une cause spéciale qui frappait le malade sans atteindre aucune des nombreuses personnes de son ménage. Le malade était chargé depuis 1852 de la direction d'une feuille politique importante pour la province. Très-ardent au travail et tout à fait dévoué aux intérêts matériels et moraux qui lui étaient confiés, c'est à peine si depuis sept heures et demie du matin jusqu'à dix heures et demie du soir, il prenait quelques heures de repos et de relâche. Dans son cabinet voisin de deux grands ateliers d'imprimerie, il passait de nombreuses heures à parcourir tous les journaux de Paris et un grand nombre de la province, et corrigeait immédiatement au sortir de la presse les épreuves de deux éditions du journal bordelais. Ces feuilles étaient donc fraîchement imprégnées d'encre qui avait recouvert les caractères d'imprimerie. Je tiens de la bouche du malade lui-même que de ces feuilles il sortait des émanations toutes particulières, et qu'en outre les divers journaux de la correspondance n'en étaient pas toujours exempts. Or, n'y a-t-il pas dans ces circonstances journalières répétées depuis un très-grand nombre d'années, une étiologie acceptable pour expliquer une intoxication saturnine aussi évidente, à défaut de tout autre mode d'empoisonnement, et surtout en face d'une constitution spécialement prédisposée? il est une circonstance qui paraît confirmer l'étiologie proposée, c'est l'amélioration bien prononcée, quoique lente, survenue dans son état, surtout depuis que le malade a allégé son travail professionnel, les autres conditions hygiéniques de son régime et de sa vie ordinaires n'ayant été nullement modifiées.

La longueur de cette observation médicale trouve sa raison dans l'assertion inouïe jusqu'à présent que des journaux sortis fraîchement de la presse peuvent exhaler des émanations saturnines nuisibles pour des individus prédisposés.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

ÉTUDE SUR LES EAUX DE VALS,

Par le Dr Clermont (de Lyon).

Source de La Saint-Jean,

De son influence dans les dyspepsies légères, la mélancolie, et dans quelques affections de l'enfance.

La source qui va être l'objet de cette étude, est une des moins chargées en bicarbonate de soude (1g,48 par litre) de la station de Vals; mais elle contient 2g,425 d'acide carbonique libre, ce qui la rend remarquablement apéritive, légère et agréable. On y trouve aussi 310 milligrammes de bicarbonate de chaux et 120 milligrammes de bicarbonate de magnésie, ce qui la met au rang des eaux alcalines gazeuses des plus utiles, et l'appelle souvent à jouer un rôle qu'on ne saurait chercher à faire remplir à des eaux plus fortement minéralisées, qu'au grand détriment des malades. Nous aurons à l'envisager ici sous deux points de vue différents : 1° comme boisson de table, 2° comme tisane ou médicament propre à combattre de légers embarras gastriques, quelques affections de l'enfance, et à consolider, par un usage longtemps soutenu, des guérisons de maladies graves obtenues par des eaux plus alcalines.

Quand on arrive à Vals, par un temps sec et brûlant, on ne saurait imaginer rien de plus agréable à boire et de plus désaltérant qu'un verre d'eau de la source Saint-Jean, soit pure, soit mêlée à un peu de sirop de framboises ou à un peu de vin léger. Nous avons eu souvent l'occasion de faire usage des eaux de table : Condillac, Saint-Galmier, Saint-Alban, etc., et selon nous (les goûts ne sont pas tous les mêmes), la meilleure de toutes les eaux de table, c'est sans contredit celle de la source Saint-Jean. Elle est limpide, gazeuse, autant et plus que les eaux précitées; elle n'altère en rien la couleur du vin rouge. On la boit pour ainsi dire avec impatience, on s'en rassasie difficilement et nous avons remarqué que dans les hôtels de Vals, où on en sert à table, les convives ne faisaient qu'une petite brèche au vin.

Si l'estomac des dyspeptiques se trouve être notablement soulagé par l'eau de la *Saint-Jean*, soit que ses éléments alcalins neutralisent l'excès des acides du suc gastrique, soit que le gaz carbonique titille les parois stomacales et excite leurs mouvements péristaltiques. Une chose qu'il faut aussi remarquer, c'est que le cerveau est légèrement surexcité par l'usage de cette eau, et qu'il éprouve une demie ébriété, une sorte d'entrain qui pousse à la causerie et donne une pointe de gaîté, même aux gens mélancoliques qui sortent de table mieux disposés à chercher les distractions que leur position leur permet et à en subir la bonne influence.

Aussi n'est-ce point parce que l'eau de la source *Saint-Jean* est excellente à boire, que nous lui avons donné place dans la série d'études que nous faisons des eaux de Vals, mais parce que son emploi en médecine peut présenter des considérations très-intéressantes pour le praticien appelé à traiter des maladies à tous les degrés, et des personnes de caractères et de goûts fort variés.

La proportion relativement faible des sels alcalins de la source *Saint-Jean* permet d'en boire l'eau longtemps et abondamment aux repas et dans leur intervalle, pour affirmer et continuer l'effet curatif de l'eau des autres sources, qu'on a été obligé de prendre précédemment comme remède. Puis il est nombre de circonstances où il faut agir faiblement, à petites doses et longtemps : *Méthode d'extinction* comme disait Boerhaave, pour obtenir une résolution ou une amélioration fonctionnelle qui eussent été refusées à un moyen trop énergique. Le proverbe : *qui peut le plus, peut le moins,* n'est pas toujours croyons-nous applicable en médecine, et le plus souvent il vaut mieux frapper juste que frapper fort. D'ailleurs, personne n'ignore que les remèdes violents ou héroïques ont une action ou promptement marquée dans le sens de la santé, ou bien en ont une fâcheuse, si on les continue quelque temps malgré leur non relation proportionnelle avec l'intensité du mal.

Par exemple, une dyspepsie légère, une anorexie commençante, tenant à un écart de régime, à de petites contrariétés morales, ou à d'autres causes passagères et peu graves, traitées par l'eau de *la Rigolette* ou de *la Précieuse,* pourraient ne pas guérir, s'exaspérer même, ou au moins ne pas céder aussi vite que par l'eau de *la Saint-Jean*.

Voici une autre considération importante : un homme a une gravelle, une glucosurie ou toute autre maladie qui demande un traitement énergique, et son médecin le met à l'usage de l'eau de *la Magdeleine* ou de *la Désirée*. Or ces deux sources, dont l'eau est vigoureusement chargée en substances minérales et surtout en bicarbonate de soude, feront admirablement bien pendant six à huit semaines. Les symptômes principaux s'amenderont considérablement, et bientôt médecin et malade s'empresseront de désarmer. Cependant le mal a encore des racines qui n'attendent que l'occasion de repartir de plus belle. Continuer un remède trop alcalin, c'est s'exposer à fatiguer l'organisme, à le saturer, et à rendre la guérison d'une rechute plus difficile ou même impossible. Ne rien faire, on devra s'attendre à voir se reformer les linéaments morbides, puis bientôt après se montrer les symptômes plus graves. Quoi de plus sage alors, que de continuer la même médication par l'eau de *la Saint-Jean*, qui ne peut jamais faire de mal, qui est d'un goût excellent, et qui introduisant dans l'économie 1g,40 de bicarbonate de soude par litre, affirme la guérison ou fait attendre, sans perte de terrain, le moment favorable pour la reprise du premier traitement.

On a souvent l'occasion d'administrer, soit comme boisson ordinaire et prophylactique, soit comme remède, l'eau de la source *Saint-Jean* aux enfants si disposés aux diarrhées, lors de la dentition, surtout pendant les grandes chaleurs de l'été, époque où les accidents sympathiques qui accompagnent parfois la percée des dents sont trop fréquemment mortels, en la faisant mêler à un peu de sirop de coings ou de gomme, cette eau a notablement soulagé les petits malades auxquels nous l'avons prescrite.

L'enfant peut être atteint de maladies analogues à celles de l'adulte. Point n'est besoin alors de recourir aux grandes sources de Vals; la *Saint-Jean* suffit quand l'altération morbide est de moyenne gravité.

En étudiant l'analogie qui doit exister entre l'action du chlorate de potasse sur le sang et celle du bicarbonate de soude, deux altérants, deux antiplastiques, deux dissolvants. En considérant que l'eau de la *Saint-Jean* contient aussi du chlorure de sodium, du bicarbonate de chaux et de magnésie, du sulfate de soude, etc., on peut, jusqu'à un certain point, assimiler leur qualité thérapeutique et comprendre alors que cette eau, diminuant la plasticité du sang, doit agir contre le croup, les angines couenneuses et les affections diphthéritiques en général.

Cependant, bien qu'en sa qualité d'altérant, le bicarbonate de soude ait été longtemps prescrit avec une sorte d'enthousiasme contre ces graves lésions, nous nous garderions bien, vu les résultats obtenus, de l'employer seul contre des maladies qui peuvent devenir si promptement funestes. Mais comme adjuvant, on peut, on doit même utiliser ce sel alcalin, sur lequel MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique et de matière médicale*) s'expriment en ces termes :

« Grâce à son action altérante et antiplastique, il est permis d'en espérer quelques avantages, soit pour modifier l'état diathésique général qui semble présider au développement de l'affection diphthéritique, soit encore pour agir topiquement sur les pseudo-membranes qui tapissent l'arrière-gorge, en aidant ces pseudo-membranes à se ramollir et à se détacher. A ce double titre donc, le bicarbonate de soude peut avoir son utilité. »

Aussi, rapportant à l'eau minérale qui nous occupe les qualités des sels qu'elle renferme, altérante, antiplastique et dissolvante, rendant au chyle et au chyme leurs propriétés réparatrices, nous pouvons dire qu'elle n'est pas seulement une boisson prophylactique et agréable, mais qu'elle devient un véritable moyen auxiliaire dans le traitement des maladies précitées. Nous avons vu le carreau et d'autres états strumeux, reculer dans leur marche lente mais fatale, par l'usage longtemps continué de l'eau de la *Saint-Jean*.

La source *Saint-Jean* sera encore pour le médecin le trait d'union entre deux traitements plus accentués, ou bien enfin elle lui servira à continuer ou à consolider la guérison obtenue par les eaux des autres sources, beaucoup plus sodiques.

Nous terminerons cette étude en disant, comme deux de nos confrères de Vals, que cette eau, par la faiblesse relative de sa minéralisation, marque le premier degré de l'espèce d'échelle ascendante que semblent représenter les sources sodiques des bords de la Volane et que les médecins de cette station peuvent considérer la possession de cette source comme une excellente fortune pour les malades, dont l'estomac délicat ou convalescent serait lésé par des eaux plus chargées en bicarbonate de soude et qui cependant ont besoin d'un traitement par une eau minérale alcaline.

SUR L'INCUBATION DE LA SYPHILIS,

Par le professeur Sigmund, de Vienne (Autriche).

Le savant professeur viennois a exposé dans ce travail les résultats de 818 observations qu'il a recueillies pendant les années 1860-1864. Voici les conclusions générales dans lesquelles il résume son travail.

Pour déterminer la durée de l'incubation de la syphilis, il faut prendre pour base l'existence incontestable de l'induration ou d'une papule.

La période d'incubation, ainsi déterminée, s'étend aux six premières semaines qui suivent la contagion.

Dans la très-grande majorité des cas (85 pour 100), cette période d'incubation ne dépasse pas la cinquième semaine, et le plus souvent (67 pour 100) elle est renfermée dans la limite de quatre semaines.

Les observations rigoureusement prises ne permettent pas d'assigner à la période d'incubation une durée plus longue que six semaines; elles démontrent également que la syphilis ne se développe jamais sans être précédée de l'apparition d'une papule, la syphilis intra-utérine étant seule exceptée.

La période d'incubation est singulièrement abrégée dans les cas d'indurations ou de papules simples, et bien plus longue quand le phénomène initial est constitué par une ulcération; cette différence paraît, du reste, tenir simplement à ce que l'induration est plus difficile à constater quand elle succède à l'ulcération que dans les cas où elle existe isolément.

D'après ce qui précède, il est prudent de ne se prononcer au point de vue du développement ultérieur d'accidents syphilitiques, que lorsque six semaines se sont écoulées depuis la contagion. Il est prudent aussi d'attendre quinze jours de plus quand il s'agit d'un sujet anémié, soit par des pertes de sang, soit par une maladie fébrile.

Chez les sujets tuberculeux, la durée de l'incubation est généralement abrégée.

La durée de l'incubation est la même, que l'inoculation ait eu lieu sur la peau ou sur une muqueuse, accidentellement ou expérimentalement. Elle n'est pas modifiée non plus par l'existence antérieure, à une époque quelque peu distante, d'ulcérations vénériennes. Enfin elle n'est nullement influencée, ni par le sexe, ni par l'âge du sujet. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1865 et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 février 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret en date du 24 février, par lequel est approuvée l'élection de M. Béhier dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Beau, décédé.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre du ministre et du décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Béhier prend place au milieu de ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Raoul Deslongchamps, sur le service médical de l'établissement thermal militaire d'Hammam Meskoutine;

2° Un rapport de M. le docteur Tillot, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Christau (Basses-Pyrénées). (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire sur plusieurs cas de chorée anormale rhythmique observés et traités à l'établissement thermal et hydrothérapique de Châteaugontier (Mayenne), par M. le docteur Émile Mayer (Commissaire des eaux minérales);

2° Deux communications sur la nature et le traitement du choléra, l'une par M. le docteur Bassaget, l'autre par M. le docteur Büchner (de Leipsig).

— **M. Poggiale** présente, au nom de M. Deheaux, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Bastia, un essai sur la pharmacie et la matière médicale des chinois.

— **M. Cerise** fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur L. Figuier, du premier volume des *Vies des savants illustres,* comprenant la vie des savants de l'antiquité.

— **M. Roger** fait hommage, au nom de M. le docteur Gachet (d'Issoudun), d'une brochure intitulée : *L'hôpital et la famille dans les villes secondaires.*

— **M. Guérard** dépose sur le bureau, de la part de M. Louis, un ouvrage en deux volumes, du docteur F. Sestier, intitulé : *De la Foudre, de ses formes et de ses effets sur l'homme, les animaux, les végétaux et les corps bruts et des moyens de s'en préserver,* rédigé sur les documents laissés par Sestier et complété par le docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker.

— **M. Tardieu** présente :

1° Une brochure de M. le docteur Becquet, intitulée : *Du délire d'inanition dans les maladies ;*

2° Une brochure de M. Gallard, sur l'empoisonnement par la strychnine.

— **M. Larrey** présente :

1° Les rapports annuels de la Société des sciences naturelles et médicales de Dresde, pour les années 1858 à 1860 et 1863 et 1864;

2° Un mémoire de M. le docteur Am. Parise, sur la gale bédouine.

M. Larrey met enfin sous les yeux de l'Académie un crâne qui offre une lésion très-singulière, consistant en deux pertes de substance de forme circulaire faites comme à l'emporte-pièce et situées symétriquement sur les pariétaux. (Voir pour plus de détails le prochain compte-rendu de la Société de chirurgie).

— **M. Depaul** met sous les yeux de l'Académie des dessins accompagnant un travail très-intéressant que M. le docteur Vy (d'Elbeuf) lui a communiqué sur l'inoculation du virus varioleux de l'homme à la génisse et son transport en retour de la génisse à l'homme. On sait, dit M. Depaul, que parmi les nombreuses questions agitées ici au sujet de la vaccine, il en est une qui a particulièrement appelé l'attention de l'Académie, c'est celle de l'identité de la variole et de la vaccine. Les discussions soulevées à ce sujet entre nous ont eu pour effet de provoquer de nouvelles expériences. C'est le résultat de l'une de ces expériences que je veux exposer sommairement. M. le docteur Vy, médecin très-distingué et qui s'est beaucoup occupé de la vaccine, a fait les expériences suivantes : 1° Il a pris du virus varioleux d'un homme et l'a inoculé à une génisse, il a obtenu des pustules parfaitement semblables à celles que l'on obtient en inoculant à la génisse du virus vaccin. Il se proposait de reporter le produit de cette inoculation de la génisse sur un enfant. Mais n'ayant pas d'enfant à vacciner dans ce moment, il laissa passer les délais et ne put compléter son expérience. Mais il l'a recommencée plus tard, en inoculant cette fois un agneau avec le liquide varioleux. Cette fois, l'expérience a été complète, le liquide de la pustule produite chez l'agneau par l'inoculation variolique a été inoculé à un enfant et a donné naissance à une pustule qui a toutes les apparences et tous les caractères d'une pustule vaccinale.

Ce n'est pas la première fois, comme on le sait, qu'une pareille expérience a réussi; mais elle n'en a pas moins une très-grande importance.

(La communication de M. Vy est renvoyée à l'examen d'une Commission, composée de MM. Depaul et Bouley).

— **M. le Président** annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer la vacance d'une place d'académicien libre par suite du décès de M. Tréhuchet.

RAPPORT.

Traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées. — M. Gosselin lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur A. Guérin, relatif au traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées, et lu dans la séance du 21 juin 1864.

Le rapport de M. Gosselin n'ayant pu être mis sous nos yeux, nous ne pouvons pas, pour le moment, en présenter un résumé; mais voici, en quelques mots, quel est l'objet du mémoire de M. A. Guérin. L'auteur étant d'avis que les incisions sont le seul moyen d'arrêter les progrès du mal, et redoutant les effets de la douleur excessivement vive que produisent les incisions de la peau, propose de leur substituer les incisions sous-cutanées faites à l'aide d'un bistouri à lame étroite introduite sur l'un des bords de la tumeur, et divisant les parties profonde de l'anthrax en divers sens de dedans en dehors, en respectant la peau.

M. le rapporteur donne son approbation à cette méthode et au travail de M. A. Guérin en général.

M. Velpeau. Je regrette de n'être pas d'accord en tous points avec M. le rapporteur, sur l'appréciation qu'il vient de faire de la question de médecine opératoire soulevée dans le travail de M. A. Guérin. Je ne veux pas examiner pour le moment si les incisions sous-cutanées de M. A. Guérin mettent mieux à l'abri que les autres de l'infection purulente; mais il me semble que le rapport charge beaucoup les incisions faites à ciel ouvert, surtout lorsqu'il semble mettre sur leur compte les érysipèles qui surviennent quelquefois à leur suite. Il n'est pas rare, surtout quand les érysipèles règnent épidémiquement, de les voir survenir autour d'un anthrax. Il est donc assez difficile lorsque ces érysipèles se montrent, de savoir s'il faut ou non les attribuer aux incisions qui ont pu être faites. J'ai vu beaucoup d'anthrax, j'en ai vu assez souvent compliqués d'érysipèle, mais j'ai vu rarement l'érysipèle survenir après l'incision de l'anthrax. L'année dernière j'ai eu huit ou neuf cas d'anthrax dans mon service, je les ai tous incisés ; un seul malade a été atteint d'un érysipèle auquel il a succombé, mais ce malade est arrivé de la ville avec son érysipèle, et son anthrax n'avait pas été incisé. De sorte que si je voulais tirer de ces faits une conclusion relative à l'influence des incisions sur la production de l'érysipèle, cette conclusion, on le voit, serait toute contraire à celle de M. le rapporteur. Mais il ne faut jamais se hâter de conclure en pareille matière, tant les effets du hasard sont souvent singuliers et trompeurs. Il n'en est pas moins vrai qu'on a un peu calomnié les incisions à ciel ouvert, cela paraît être assez la mode dans ce moment-ci; il y a une quarantaine d'années que j'en fais dans le cas dont il s'agit et je suis arrivé à cette conclusion que les grandes incisions, non pas cruciales, mais multiples et faites en étoile, sont le meilleur moyen d'ouvrir les anthrax et d'en amener la guérison.

A cette règle des incisions multiples, j'ajouterai qu'elles doivent être profondes. Le travail morbide est presque toujours arrêté à la suite des incisions ainsi pratiquées.

On m'objectera que ces incisions larges et profondes sont effrayantes et horriblement douloureuses. Il y a là beaucoup d'exagération. Ces incisions sont faites avec une extrême rapidité, et d'ailleurs rien n'empêche qu'on recoure à l'éthérisation si, à raison de la très-grande étendue de la tumeur, elles devaient être très-multipliées.

En résumé les grandes incisions m'ont toujours paru avoir de grands avantages. Quant aux érysipèles, je n'ai pas souvenance qu'il en soit survenu chez les malades que j'ai soumis à ce mode de traite-

ment en plus grande proportion qu'à la suite des autres moyens. J'en maintien donc l'utilité.

Maintenant faut-il mettre ces incisions-là en parallèle avec les incisions de M. A. Guérin? Quels sont leurs avantages? Je n'en sais rien, je ne les ai pas essayées. Je ne dis pas qu'elles soient mauvaises, mais j'ignore sur quoi ce chirurgien se fonde pour les préférer; il ne les a employées que pour des anthrax de petit volume, je doute de ces avantages sans les nier, ils ne me paraissent pas suffisamment démontrés.

M. Gosselin dit s'être bien trouvé dans ce cas de simples ponctions. J'ai vu tant de fois l'anthrax ne tendre à la guérison qu'après de larges incisions qu'il m'est arrivé de me demander ce que l'on peut attendre d'une simple ponction. M. Gosselin dit que l'anthrax peut guérir spontanément. Pour moi j'en doute. Il y a bien un chirurgien italien qui a combattu, il y a quelques années, la méthode des incisions et qui prétendait guérir les anthrax par des topiques et des cataplasmes. M. Nélaton aussi a cru, dans le temps, qu'une simple application de feuilles de noyer sur la tumeur suffirait pour en amener la guérison; mais il est revenu depuis sur cette opinion, et je tiens de lui-même qu'il a repris l'usage des incisions. Qu'on ait pu se passer des incisions dans les petits anthrax, je l'accorde, mais pour les grands anthrax, je le répète, je maintiens que les grandes incisions, multiples et profondes, sont le meilleur moyen de traitement. Il est bien entendu que ceci ne concerne que le traitement chirurgical et n'exclut en rien l'usage des moyens internes.

M. J. GUÉRIN. J'ai remarqué dans le rapport de M. Gosselin quelques particularités physiologiques et pratiques intéressantes au sujet desquelles je désire présenter quelques considérations. Un premier point est relatif à l'origine de l'érysipèle. Depuis fort longtemps j'ai remarqué que la méthode des incisions qui a, d'ailleurs, l'inconvénient d'être excessivement douloureuse, a surtout pour effet de favoriser le développement des érysipèles, — je n'ose pas dire de la résorption purulente, mais je suis disposé à le croire. — Je crois qu'on peut trouver dans la connaissance de certaines conditions physiologiques tout à la fois la raison du danger de ces incisions et les moyens de le prévenir. Dans le cas où l'on incise directement et à ciel ouvert on divise des vaisseaux dont les orifices restent béants et prêts à absorber tout ce qui se trouve à leur portée. Il y a là, en un mot, une plaie exposée, avec toutes les conditions les plus défavorables. Pour moi, en effet, un anthrax n'est pas une inflammation ordinaire, c'est une inflammation d'une nature spécifique résultant d'un trouble humoral, d'une cause morbide générale. Il y a là une altération morbide spéciale. La plaie exposée à l'air contracte des altérations secondaires qui viennent s'ajouter encore à l'état virulent spécifique de l'économie et le compliquer.

Ce fait ainsi interprété pourra laisser peut-être du doute encore dans quelques esprits. Mais lorsqu'on agrandit le cercle de l'observation, on voit que les mêmes accidents se produisent dans beaucoup d'autres circonstances semblables. Ainsi, par exemple, tout le monde sait combien diffèrent dans leurs résultats l'ablation des loupes par l'instrument tranchant et leur destruction par les caustiques. J'ai traité une cinquantaine de loupes au moins par les caustiques. Je n'ai jamais constaté le moindre accident. Il est donc assez naturel de chercher à faire bénéficier le traitement de l'anthrax de ce rapprochement pour montrer que les grandes incisions peuvent ouvrir la porte à des accidents, tandis qu'on les évite, soit en laissant faire la nature, soit en cautérisant, en un mot, en n'exposant pas une plaie béante à toutes les conséquences de la résorption. Les conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques, sont donc également favorables à cette idée, qu'il vaut mieux substituer aux grandes incisions, les incisions sous-cutanées ou les simples ponctions, ou bien la cautérisation. J'appuie donc les considérations physiologiques contenues dans le rapport de M. Gosselin, et j'ajouterai qu'il y aurait un double avantage à faire bénéficier le traitement de l'anthrax de la méthode sous-cutanée.

M. MICHON joint ses éloges à ceux qui ont été déjà donnés au rapporteur. Je trouve toutefois, dit-il, que M. Gosselin n'a pas suffisamment distingué les divers degrés et les diverses nuances de la maladie. Il a parlé d'anthrax qui guérissent spontanément, et d'autres qui guérissent toujours par l'incision. Il n'y a aucune maladie qui guérisse toujours par le même moyen. Il y a des anthrax essentiellement malins ou d'autres qui envahissent une telle étendue de la peau, qu'ils entraînent toujours la mort des malades quoiqu'on fasse. J'en ai vu un de ce genre qui avait envahi toute la peau du ventre. Je ne veux pas décider, avec M. Velpeau, s'il vaut mieux faire des incisions multiples, cruciales ou en étoiles, si les incisions à ciel ouvert valent mieux que les incisions sous-cutanées. Les unes et les autres sont toujours un débridement; c'est là surtout ce qui importe. L'anthrax est une maladie qui a pour caractère de s'étendre, de gagner de proche en proche. Ce n'est qu'à la faveur de ces débridements qu'on peut en arrêter la marche. Qu'un anthrax de petit volume puisse guérir spontanément, je l'accorde; mais pour les grands anthrax, il n'en est pas ainsi.

J'ai vu, comme M. Velpeau, des anthrax compliqués d'érysipèles. Or, l'érysipèle se développe d'autant plus qu'on n'a pas donné issue au pus que renferme la pustule. Je suis donc disposé à croire, comme notre éminent collègue, que l'incision, loin de favoriser le développement de l'érysipèle, est au contraire le meilleur moyen de le prévenir. Raisonner de l'anthrax en général par un petit anthrax, me paraît un défaut de logique. Il y a des anthrax, mais il il n'y a pas un anthrax.

M. J. CLOQUET présente quelques considérations à l'appui des grandes incisions dont il se déclare partisan comme M. Velpeau; mais dans les énormes anthrax tels que ceux dont a parlé M. Michon et dont il a vu lui-même un exemple récent.

M. LARREY. La question ne me paraît pas résider entre les grandes incisions et les incisions sous-cutanées, mais entre les incisions superficielles et les incisions profondes. Les incisions superficielles ont, entre autres inconvénients, celui de déterminer les érysipèles. C'est aux incisions profondes qu'il faut avoir recours pour les prévenir.

M. VELPEAU ne répondra pas à M. Guérin, parce qu'il ne trouve dans ce qu'il a dit, que des suppositions très-ingénieuses sans doute, mais point de faits précis. On a parlé des caustiques. L'idée qui domine, dans l'emploi de cette pratique, c'est d'éviter l'érysipèle. Mais c'est là une grande erreur. Les caustiques qui passent pour prévenir les érysipèles, ne les font pas éviter du tout, et plus d'une fois les provoquent. Je ne parle pas des guérisseurs, des faiseurs qui ont vanté outre mesure les caustiques, mais des vrais chirurgiens. A Bérard avait fait un mémoire là-dessus. Or, sait-on ce qui lui est arrivé à lui-même. Il avait un petit épithélioma sur la poitrine, il voulut le traiter par les caustiques, la nature comme pour se jouer de lui, développa un érysipèle autour de l'escarre.

M. J. GUÉRIN. Voici la seule réponse que je veux faire à M. Velpeau. L'érysipèle n'arrive que lorsqu'on cautérise superficiellement. Il faut pour le prévenir faire une cautérisation profonde.

M. BRIQUET demande la parole.

Vu l'heure avancée la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 5 février 1866, M. Sévez, médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'Académie des Sciences tiendra sa séance publique annuelle lundi prochain. On y entendra, après la proclamation des prix, l'éloge académique de Dutrochet par M. Coste.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 2 mars 1866.

Ordre du jour: 1° Rapport et vote sur la candidature de M. Leudet; — 2° Rapport, par M. Lunier, sur le travail lu par M. Motet; — 3° Rapport de la commission des finances; — 4° lecture par M. Perrin, candidat au titre de membre résidant, d'un travail sur la rétention mécanique des règles par suite d'imperforation de la membrane hymen; — 5° Lecture par M. Fraigniaud, candidat au titre de membre résidant, d'une étude sur l'antagonisme entre l'opium et la belladone; — 6° Suite de la discussion sur les revaccinations; — 7° Discussion sur l'emploi du bain dans la phthisie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Année médicale et scientifique, ou résumé critique des principales discussions qui ont eu lieu devant les sociétés savantes, et des travaux les plus importants qui ont paru dans les journaux et recueils scientifiques, pendant l'année 1865, par MM. Moutet, Jacquemet, Pécholier et Cavalier, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier. Un volume in-8, grande justification. Prix: 3 fr. — Paris, P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Étude sur les ganglions nerveux périphériques, par le docteur Polaillon, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8° avec planches. Prix: 3 fr. 50. — Paris, P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique, par le docteur Rondeau, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix: 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De la hernie diaphragmatique congénitale, par le docteur Duguet, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° (deux planches). Prix: 3 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Traité complet iconographique et pratique des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur Bonnière. (Cinquième fascicule.) Prix: 1 fr. 25. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Difficultés du diagnostic médical, par le docteur Riant. In-8°. Prix: 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Soued.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 26. — SAMEDI 3 MARS 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 3 MARS 1866. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'éther et le chloroforme.

La question de prééminence entre l'éther et le chloroforme est de nouveau soulevée. Nos lecteurs ont pu voir dans les communications académiques de MM. Pétrequin et Sédillot dans quels termes la question est posée. S'il est vrai, comme nous sommes très-disposés à le croire, qu'il y ait quelque exagération de part et d'autre dans l'énoncé des avantages et des dangers respectifs des deux méthodes, ce qui nous paraît le plus sage est, comme l'a dit M. Velpeau à l'occasion de la communication de M. Pétrequin, de garder les deux méthodes, en s'attachant à les perfectionner l'une et l'autre en vue de leurs applications distinctes. Cette idée, d'ailleurs, n'est pas nouvelle, c'est celle qui a inspiré l'un des meilleurs livres qui aient été écrits sur la méthode anesthésique, le livre de M. le professeur Bouisson. Elle a inspiré aussi, mais à un point de vue un peu différent, une bonne thèse datant de cinq ou six ans, et qui avait pour objet, en mettant en parallèle l'éther et le chloroforme, de faire ressortir leur antagonisme beaucoup plus que leurs analogies. Voici par suite de quelle circonstance cette thèse nous a été remise sous les yeux.

Quelque temps après la publication du mémoire de M. Pétrequin et de la lettre de M. Forget qui l'a suivie, nous avons reçu, de M. le docteur Faliu, une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

« L'appel de M. Pétrequin à la chirurgie, sur la nécessité du retour à l'emploi anesthésique de l'éther, a provoqué, de la part de M. Forget, une réclamation de priorité, qui fait, de la note du professeur de Lyon, un événement encore plus sérieux. Ma modeste position ne donnera pas à l'éther un aussi puissant défenseur; mais j'ai aussi des droits à cette priorité, et même, je puis dire, les premiers droits. Et s'il est vrai, comme le pense M. Pétrequin, qu'il se manifeste des tendances générales à la révision du procès de l'éther, il est du devoir de chacun de coopérer à sa réhabilitation, en apportant le plus possible de pièces justificatives.

« Le chloroforme et l'éther produisent tous les deux l'insensibilité; dire que l'un est plus dangereux que l'autre, ce n'est pas suffisant pour porter la conviction dans les esprits, car on a, pour innocenter le chloroforme, précisément les arguments, qu'avec infiniment plus de raison, j'en conviens, M. Pétrequin emploie en faveur de l'éther. Il faut des preuves, et encore pour qu'elles fassent impression, il faut que les circonstances leur soient favorables : or, si l'on prouve qu'avec une action anesthésique commune, l'éther et le chloroforme ont, non-seulement des propriétés physiologiques différentes, mais même des propriétés antagonistes, il devient évident que leurs applications sont distinctes, et que l'un ne peut remplacer l'autre impunément. »

Suivent des citations et des détails historiques destinés à étayer les prétentions de M. Faliu à la priorité qu'il revendique.

Après avoir donné acte à notre confrère de sa réclamation, nous croyons utile, en présence du débat engagé en ce moment, de mettre, sous les yeux de nos lecteurs, un rapide exposé de l'étude comparative qu'il a faite de l'éther et du chloroforme, étude dont les résultats, consignés dans la thèse précitée, nous ont paru renfermer des faits intéressants et un point de vue nouveau.

A la suite d'un premier parallèle entre les effets physiologiques de ces deux agents, M. Faliu résume en ces termes ces effets :

« Les individus éthérisés conservent, après l'inhalation, de la lourdeur de tête, de la céphalalgie, de l'agitation, l'injection de la conjonctive, une circulation plus active, tous les symptômes d'une excitation générale.

« Les individus chloroformés conservent, après l'inhalation, un affaissement général, de la pâleur dans toutes les parties du corps, une circulation plus lente, une débilitation générale, tous les signes d'un abaissement général.

« En un mot : l'éther incendie la vie, le chloroforme l'éteint. »

De cette différence dans les effets physiologiques des deux corps anesthésiques, résulte, à ses yeux, l'obligation de l'étude des indications pour chacun d'eux.

« En effet, dit-il, puisque l'éther incendie la vie, on se gardera de l'appliquer à tout individu chez qui la vie se fait avec une activité qui se rapproche de la maladie, et qui est toujours une disposition à la congestion, à l'inflammation violente, à l'apoplexie, et à ces sujets, il faudra le chloroforme. »

On appliquera également le chloroforme aux individus qui, par le fait d'une maladie quelconque, sont actuellement sous l'influence d'un état fébrile bien caractérisé et dont la cause aura assez de persistance pour ne point laisser admettre l'idée d'une réaction subite contraire.

On pourra encore soumettre au chloroforme les individus qui jouissent de l'intégrité et de l'équilibre des fonctions organiques qui constituent une santé parfaite.

A ceux-là seuls le chloroforme, dit M. Faliu, et encore, pour ces derniers, sera-ce à la condition qu'ils n'auront jamais subi de traitement antiphlogistique énergique, ni d'absorption quelconque de matières minérales. (Nous reviendrons sur les motifs de cette dernière exclusion.)

Si maintenant, ajoute-t-il, de ces exceptions aux cas qui comportent le chloroforme, on passe à ceux beaucoup plus nombreux qui se présentent sous la main des chirurgiens, malades affaiblis par de longues maladies, des pertes de sang, d'anciennes suppurations, constitutions détériorées par des privations, des chagrins, des excès de toute nature, etc., tous repoussent le chloroforme. Il en est de même pour les tempéraments nerveux, impressionnables, et pour les personnes pusillanimes, pour qui la crainte de l'opération est déjà une cause de dépression très-dangereuse.

En résumé, les indications de l'un et de l'autre anesthésique peuvent être formulés, ainsi que l'a fait M. Bouisson, en ces termes : « Le chloroforme aux sujets de bonne constitution ; l'éther aux sujets débilités et aux opérations de longue durée. »

D'après M. Faliu, on le voit, il ne serait point indifférent et surtout pas sans danger, quoiqu'on ait voulu assimiler ces deux agents, d'employer l'un pour l'autre, leurs propriétés physiologiques étant en opposition tranchée, en véritable antagonisme. Pour lui les circonstances d'exclusion pour le chloroforme sont tellement fréquentes, que c'est à peine s'il admet vingt cas sur cent où il soit applicable sans danger, tandis que l'éther conviendrait dans les quatre-vingt-dix autres cas.

Nous reviendrons dans un autre numéro sur quelques expériences curieuses que contient le travail de M. Faliu et qui confirmeraient suivant lui l'antagonisme qu'il s'est proposé de démontrer entre l'éther et le chloroforme.

—Pendant que nous sommes en train de donner la parole aux adversaires ou aux détracteurs du chloroforme, voici quelques propositions que nous transmet M. le Dr Brun-Séchaud et qui résument le résultat de son expérience en matière d'anesthésie.

« Depuis 1847, j'ai employé l'éther, et je n'eus qu'à me louer des résultats obtenus en tenant compte de quelques accidents physiologiques qui étaient de nature à m'inspirer des craintes; et ces craintes se sont renouvelées en employant depuis le chloroforme.

« Dans le cas où un des deux agents doit être employé pour produire un trouble dans l'innervation, et par suite l'insensibilité des parties qu'on divise, l'éther, selon ma manière de voir, doit obtenir la préférence sur le chloroforme, par une raison toute simple, c'est que le chloroforme a produit plus d'accidents que l'éther.

« Dans les opérations qui doivent durer moins d'un quart d'heure, il me paraît convenable de ne pas employer l'éther ou le chloroforme (à moins toutefois que les malades en demandent l'emploi); mais dans les opérations qui doivent durer une ou plusieurs heures, l'éthérisation devra être employée, et préférée au chloroforme. »

Traitement des plaies par la ventilation et la cicatrisation sous-crustacée.

Le titre que nous reproduisons ici représente une méthode proposée en 1861, par M. Bouisson, et qui a pour but d'abandonner à la nature la guérison des plaies, en précipitant la succession des phénomènes naturels qui se montrent dans les plaies non soignées et qui guérissent.

M. Bérenger-Féraud vient de faire de nouvelles tentatives, et semble vouloir faire passer dans sa pratique ce mode de traitement des plaies.

Voici ce que dit l'auteur dans une communication au *Bulletin de thérapeutique,* le lecteur y trouvera la manière de procéder qui est aujourd'hui vantée.

Il y a quelques années, j'ai eu la pensée de me servir d'un ventilateur particulier, mais c'était dans le but spécial de faire passer divers courants gazeux sur les plaies pour en apprécier l'action comparative. Ce n'est que dans des cas analogues, si on voulait essayer, comme l'ont fait M. Follin, MM. Demarquay et Leconte, l'action de l'acide carbonique ou d'un autre gaz, qu'un ventilateur moins primitif que le soufflet de cheminée pourrait être préféré.

La durée de la ventilation, dit M. Bouisson, varie suivant l'étendue de la surface à dessécher et la quantité de liquide à évaporer. La force et la précipitation des mouvements de projection de l'air influent aussi sur cette durée. Toutes ces raisons se comprennent sans commentaires, mais je suis arrivé à reconnaître dans la pratique que l'humidité, bien plus que l'étendue de la plaie ou l'activité de la ventilation est la condition qui règle la durée de chaque séance, et j'insiste sur ce point, futile en apparence, pour en arriver à dire que lorsqu'on veut hâter la cicatrisation d'une plaie qui fournit une abondante sécrétion, une bonne pratique est de faire précéder la ventilation par un ou deux pansements à l'alcool; on tarit ainsi l'hypersécrétion de leucocytes, qui fait la base de la suppuration, et la méthode de M. Bouisson amène bien plus facilement, et bien plus tôt alors la cicatrice. En combinant ainsi ces deux moyens, je suis arrivé à guérir, dans des limites très-remarquables de temps, des plaies d'étendues diverses, et ce fait de la rapidité de la cicatrisation est loin d'être indifférent dans plus d'une circonstance. Mais revenons au *modus faciendi* de la ventilation.

En général, la séance varie de cinq à vingt minutes; elle n'est cessée que lorsque la surface traumatique est exactement recouverte d'une mince pellicule, brillante comme un vernis, très-légèrement ridée à la périphérie, où elle semble exercer une traction sur les tissus sains et, enfin, sèche au point qu'on peut appliquer sur elle, sans l'y faire adhérer, un morceau de papier de soie.

Tant que la croûte n'a pas acquis une certaine épaisseur, l'humidité tend à la dissoudre et à envahir de nouveau la plaie depuis le moment où la projection d'air est cessée, et le secret d'une bonne cure par la ventilation est de s'y opposer à mesure. Voilà pourquoi, deux, trois, quatre heures après, au plus tard, il faut recommencer l'opération dans les premiers temps.

Le savant professeur de Montpellier cherche à obtenir une croûte dont l'épaisseur ne le préoccupe pas; cette croûte est bientôt assez épaisse lorsque la plaie était profonde, qu'elle suppurait abondamment, et qu'on n'a pas fait précéder la ventilation d'un pansement à l'alcool. M. Bouisson est d'avis de la laisser en place jusqu'à la cicatrisation. Pour ma part, je me suis un peu éloigné de cette manière de faire : ainsi, je cherche à me débarrasser de la croûte dès qu'elle a une épaisseur sensible, et je mène la plaie à cicatrisation en ne la laissant envahir que par une croûte pellucide jaunâtre de lymphe plastique que je fais tomber dès qu'elle acquiert un peu de rigidité.

Cette conduite m'a paru avoir une influence marquée sur la rapidité de la guérison; car, si, fréquemment, quand on a laissé la croûte s'épaissir notablement, on trouve en l'enlevant qu'elle est placée sur une cicatrice solide et louable, trop souvent il s'est creusé au-dessous d'elle de petits clapiers purulents, petits godets dans lesquels la lymphe subit la tranformation pyoïque, et tend à éroder aux alentours, aux points où la cicatrice s'était déjà formée.

Vaccine et revaccinations.

Pendant que les questions de la vaccine et des revaccinations, du vaccin humain et du vaccin animal sont en cause et occupent nos académies et sociétés savantes, il est utile d'enregistrer les faits isolés ou individuels qui peuvent, à un moment donné, fournir des éléments pour l'histoire de la vaccine ou pour l'éclaircissement et la solution des problèmes nombreux qu'elle soulève.

Voici un fait que nous communique M. le docteur A. Barnaud (de Bex en Suisse) et qui nous paraît, à ce titre, digne d'attention.

« Je fus témoin l'an dernier, nous écrit notre confrère, d'un singulier cas de généralisation de l'éruption vaccinale, survenu au sein de circonstances en apparence incompatibles avec la production du phénomène, ce qui ajoute encore à l'intérêt qu'il mérite.

« Ch. D..., âgé de sept mois, est un garçon qui jouit d'une santé parfaite et offre les attributs d'une constitution vigou-

reuse. Le 5 novembre, il est soumis à la vaccination; à cet effet, j'inocule avec la lancette le virus, par trois petites ponctions sous-épidermiques, pratiquées sur le bras droit; il s'écoule à peine une goutte de sang. Bien que dans cette légère opération toutes les précautions eussent été rigoureusement observées, les effets de l'inoculation ne se trahirent par aucun symptôme, soit local, soit général; les piqûres se cicatrisèrent promptement et l'enfant n'accusa pas le moindre malaise. Je résolus de réitérer l'opération, le 11 novembre, exactement dans les mêmes conditions que la précédente et au moyen de vaccin provenant de la même source. Des trois piqûres qui furent pratiquées, deux avortèrent, tandis que la troisième se recouvrit d'une pustule, laquelle suivit son évolution normale. Tout allait pour le mieux, lorsque le 17, apparurent, sur la tête d'abord, de nombreuses pustules ombiliquées et parfaitement identiques à celle qui avait pris naissance sur le bras. A partir de ce moment, tout le corps est envahi par une éruption analogue, presque confluente; les boutons sont circonscrits par une aréole d'un rouge très-vif; la cavité buccale, dans toute son étendue, est parsemée de pustules; il en est de même des muqueuses nasale, palpébrale, ainsi que sur le scrotum et au pourtour de l'anus. En même temps, l'appétit diminue sensiblement; le pouls s'accélère, le sommeil est contrarié par le prurit; cependant, il est à remarquer que les symptômes fébriles sont peu accentués relativement à la confluence de l'éruption. Je me borne à prescrire quotidiennement une à deux cuillerées à café de sirop de chicorée et à oindre les pustules d'huile d'olive que l'on saupoudre d'amidon. Chaque jour surgissent de nouveaux boutons, mais plusieurs d'entre eux suivent une marche irrégulière et n'ont qu'une durée éphémère. Le 21, l'éruption est parvenue à peu près partout à la période de dessiccation et quelques jours plus tard, les croûtes se sont en majeure partie détachées; dès lors, l'enfant recouvre immédiatement la plénitude de sa santé. »

Cette observation suscite deux questions principales, se rattachant à la constitution médicale régnant alors et à la nature du vaccin. Quelques semaines auparavant, il s'était déclaré dans la localité 5 cas de variole, lesquels parcoururent leurs phases avec une grande bénignité; la maladie était donc éminemment sporadique, en sorte que toute présomption d'épidémie doit être exclue. Plusieurs jours déjà avant la première vaccination du sujet en question, les 5 varioleux étaient parfaitement guéris; on ne peut donc admettre la possibilité de la contagion pour expliquer cette éruption anomale; d'ailleurs, le caractère spécial des symptômes milite puissamment contre l'hypothèse de la coïncidence d'une variole. Quant à l'agent même de l'inoculation, il provenait directement d'une vache sur laquelle il avait été recueilli au commencement de l'année; en outre, j'eus maintes fois l'occasion de mettre en œuvre le même cow-pox à des intervalles assez rapprochés de la vaccination dont j'ai exposé le bizarre incident, et chaque cas réussit d'emblée à merveille, sans apparition de boutons surnuméraires.

En résumé, on ne peut attribuer la cause du phénomène, ni à l'influence atmosphérique, ni à la qualité, ni à la quantité du virus inoculé, d'autant plus, je le répète, que sa pénétration dans l'économie ne s'effectua que par une piqûre unique, tandis que d'ordinaire elle s'opère par trois petites plaies à chaque bras. Cette anomalie a sa source dans le sujet lui-même; elle découle évidemment d'une idiosyncrasie.

— A propos des revaccinations et des aptitudes à contracter la variole, voici une expérience que M. le docteur Loncle (de Tourouve) a faite sur lui-même et dont il nous communique en ces termes les résultats :

« Le 12 du mois de novembre de l'année 1865, pendant qu'il y avait dans le pays un bon nombre de varioleux, un enfant de cinq mois (non vacciné) fut pris d'une variole des plus confluentes, dont il mourut au huitième jour de l'éruption; deux jours avant sa mort, lorsque les pustules étaient remplies d'une sérosité transparente, je me suis inoculé de bras à bras avec ce liquide à deux endroits différents de l'avant-bras gauche; j'ai pris toutes les précautions possibles pour que le liquide put être absorbé. (Larges piqûres et fendues avec ma lancette chargée de virus variolique en très-grande quantité, évitant de faire trop saigner.)

« Voici ce qu'il en advint :

« Le lendemain, rougeur et gonflement douloureux des piqûres et sur une circonférence d'une pièce de 5 centimes, éprouvant un malaise comme dans un mouvement fébrile, sans toutefois être obligé de négliger ma clientèle; ceci dura quatre jours, la démangeaison m'annonça l'insuccès de mon essai.

« Je dois ajouter qu'étant en 1851 dans le département de Seine-et-Marne, visitant, vaccinant et revaccinant avec un confrère, je me suis revacciné à un doigt sur une plaie que j'y avais, qu'il y est survenu une énorme tumeur vaccinale; je dis tumeur parce qu'il n'y a pas eu de liquide vaccinal, cette particularité m'étonna; chaque année, depuis ce temps, je me suis revacciné, croyant ne pas l'avoir été par cette épreuve, j'ai toujours échoué, quoique je choisisse le meilleur vaccin possible. »

Voilà donc un exemple d'immunité complète à l'égard de la variole et de la vaccine elle-même, constituée par une revaccination faite quatorze ans auparavant, à l'aide d'un seul point d'infection et qui n'avait produit qu'une pustule dont l'évolution paraît avoir été incomplète. Mais ne peut-on pas se demander si cette immunité n'est pas naturelle et indépendante de cette revaccination, qui paraît elle-même n'avoir qu'un effet incomplet. Il y a assez d'exemples de cette immunité naturelle pour qu'on puisse l'admettre ici.

Inoculabilité de la tuberculose.

Nous avons entendu, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, une communication très-intéressante de M. le docteur Hérard, sur l'inoculabilité de la tuberculose de l'homme à quelques animaux. M. Hérard, avec le concours de M. Cornil, a répété les expériences d'inoculation dont M. le docteur Villemain a entretenu il y a plusieurs mois l'Académie de médecine. Les résultats des expériences de MM. Hérard et Cornil sont pleinement confirmatifs de ceux qu'a obtenus le savant agrégé du Val-de-Grâce.

Nous ferons connaître prochainement les principaux détails de ces expériences.

RÉTRÉCISSEMENT INFRANCHISSABLE DE L'URÈTRE,

Ponction rectale de la vessie, urétrotomie, guérison,

Par le docteur Philippart, de Roubaix.

M. de R... est un homme de 40 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin. A l'âge de vingt-quatre ans, il contracta une blennorrhagie. Deux ans après il prit la même maladie dont il n'a jamais été guéri. En 1859, alors que M. de R... s'apercevait depuis longtemps que le jet de l'urine diminuait considérablement, il fut pris tout à coup d'une rétention d'urine. Il consulta le docteur Cazenave, de Bordeaux, qui employa la dilatation, puis l'urétrotomie. Le malade allait mieux, mais il ne put jamais introduire une sonde d'un gros calibre. Depuis un an le malade voit son jet diminuer d'une manière sensible, et aujourd'hui 2 septembre 1863, le jet est filiforme, la miction s'opère avec grande difficulté, parfois goutte à goutte, et est accompagnée d'épreintes et de pesanteur au périnée. Je tente le cathétérisme avec une bougie filiforme. Je parviens non sans peine à franchir deux rétrécissements; un troisième, situé dans la région profonde de l'urètre, reste infranchissable. Je prescris un grand bain, le repos, en remettant au lendemain une nouvelle séance. Après une demie heure de patience, je parviens à franchir avec une bougie filiforme, le troisième et dernier rétrécissement; on laisse la bougie à demeure pendant vingt minutes; le 4 et le 5 septembre, il est impossible d'introduire la bougie jusque dans la vessie.

Le malade a des épreintes continuelles, l'urine coule goutte à goutte. Le 6, vers deux heures après-midi, je suis appelé en toute hâte, le malade a une rétention complète d'urine depuis quatre heures du matin, les épreintes augmentent d'intensité, les douleurs sont telles que le malade désire la mort si on ne parvient pas à le soulager. On constate par le toucher anal un engorgement considérable de la prostate, la vessie fait en outre une saillie très-prononcée, le ventre devient très-douloureux. Je m'adjoins un confrère, M. le docteur Martin; nous tentons, mais en vain, l'introduction d'une bougie filiforme, le cathétérisme forcé obtient le même résultat. Nous poussons dans l'urètre, d'après le procédé d'Amussat, une forte injection d'eau tiède, qui occasionne une douleur atroce; nous prescrivons quinze sangsues à l'anus, un bain de siége longtemps prolongé.

A huit heures du soir le malade n'a pas encore uriné, le besoin est intolérable. Nous proposons la ponction de la vessie, qui est acceptée avec impatience; nous choisissons la ponction rectale. Le malade placé comme pour l'opération de la taille, un trocart courbe est introduit dans la vessie par le rectum, une grande quantité d'urine s'écoule et le malade est immédiatement soulagé; la canule reste à demeure et le malade remis au lit.

Un accès de fièvre très-intense avec claquement de dents, frisson général se déclare et dure près d'une heure, le pouls est à 120.

On enveloppe le malade dans une couverture de laine, on donne un peu de bouillon et une infusion de tilleul pour boisson.

Le 7, la nuit a été mauvaise, le matin le pouls est à 130, la langue est sèche, soif, le ventre douloureux, les épreintes persistent, la canule est sortie de la vessie, l'urine coule cependant par le rectum.

15 sangsues à l'anus, frictions sur le périnée avec l'onguent mercuriel belladoné, cataplasmes émollients sur cette région et sur le ventre.

Dans la journée, le malade est pris d'un accès d'asthme idiopathique, qu'il n'avait pas eu depuis deux ans.

Le 8, l'urine coule toujours par le rectum. Il y a un peu de délire, langue sèche, pouls à 120. L'accès va en augmentant, pesanteur au périnée, épreintes presque continuelles. Cet état persiste jusqu'au 10, il y a alors une amélioration sensible; l'asthme diminue d'intensité, les épreintes sont moins fréquentes, pas d'urine par la verge, le pouls est toujours à 120.

Bain de siége, cigarettes antiasthmatiques, potion éthérée. Le 11, il y a amélioration dans l'état général du malade. Je procède au cathétérisme; après beaucoup de tâtonnements, je parviens à introduire une petite bougie filiforme que le malade conserve une heure.

Le 12, le mieux continue, les épreintes sont moins fréquentes. Nouvelle introduction de la bougie filiforme.

Dans la prévision d'employer l'uréthrotomie le lendemain, je donne au malade le sulfate de quinine et quelques légers potages.

Le 13, le malade va bien. Nous prenons la résolution, conjointement avec mon confrère Martin, de tenter l'urétrotomie avec l'instrument de Maisonneuve. Le malade placé comme pour l'opération de la taille, j'introduis assez facilement la bougie conductrice, sur laquelle j'arme, après une heure de son introduction, l'uréthrotome qui franchit sans trop de difficulté les trois rétrécissements. La lame de l'instrument est mise en mouvement; l'uréthrotomie pratiquée immédiatement ne laisse après elle aucune hémorrhagie. Le malade perd à peine quelques gouttes de sang, il sort cependant une assez grande quantité de pus.

J'introduis immédiatement et sans difficulté une sonde en caoutchouc vulcanisé de 6 millimètres. La sonde maintenue, le malade est remis au lit.

On continue le sulfate de quinine, infusion de graines de lin pour boisson, diète.

Le 14, le malade a passé une bonne journée. La nuit n'a pas été mauvaise. Léger accès d'asthme, langue saburrale, soif, pouls à 105; plusieurs selles mélangées d'urine. L'urine coule aussi par la sonde laissée à demeure.

M. de R... se plaint de la sonde et demande qu'on la retire; on ne satisfait pas son désir. On l'engage à conserver la sonde encore pendant vingt-quatre heures.

On diminue le sulfate de quinine, potion éthérée, cigarettes, petit lait pour tisane, bouillon.

Le 15, le malade va aussi bien que possible, pas de sommeil, le pouls est à 90, la langue est toujours saburrale, l'urine coule par l'anus et la sonde. Pas de selles, l'asthme diminue.

On retire la sonde; limonade de Roger, petit lait, bouillon léger.

Le 16, mieux sensible; le malade qui urine abondamment et à plein jet par la verge porte l'empreinte du contentement sur la figure. La respiration est bonne, le pouls est à 80, la langue moins saburrale; il a eu plusieurs selles. L'urine coule moins par l'anus, mais, en revanche, il y a un écoulement de pus assez considérable. Peu de sommeil, l'appétit revient.

Bouillon, potages, tisane de chiendent, une pilule de 5 centigrammes d'opium à prendre le soir.

Le 17, le malade a passé une bonne nuit, le pouls est bon, la langue devient fraîche, le malade demande à manger. Sur ma demande, s'il urine bien, M. de R... me répond que c'est sa seule consolation.

L'écoulement de l'urine par l'anus, tout en diminuant, reste toujours accompagné d'un écoulement de pus.

On augmente la nourriture.

Le 18, le malade va bien. A partir de cette époque jusqu'au 26, rien de particulier à noter.

Le 27, l'urine a entièrement cessé de couler par l'anus, le malade perd toujours un peu de pus. Le doigt introduit dans le rectum rencontre la prostate toujours tuméfiée et très-sensible. Je crois reconnaître de la fluctuation. Le malade urine bien et abondamment, seulement la fin de l'émission de l'urine est toujours accompagnée d'épreintes.

Bain de siége, potion opiacée; je mets le malade à l'usage de l'iodure de potassium.

Le 28, je procède au cathétérisme avec les bougies de Béniqué. J'introduis les n°s 12 et 13 qui passent avec facilité, et le 15 octobre, après avoir parcouru la filière, je parviens à introduire le n° 24, soit 8 millimètres. Depuis lors, M. de R... ne porte plus aucune trace de la ponction de la vessie, l'écoulement de pus par l'anus a cessé; il se sonde lui-même, il jouit d'une bonne santé et vaque à ses affaires.

Je n'avais pas vu M. de R... depuis bientôt une année. Je l'ai revu, il y a quelques semaines, et sur ma demande si la sonde que je lui avais laissée et qui mesurait 7 millimètres passait bien, il me répondit qu'il passait régulièrement sa sonde deux fois par mois sans aucune difficulté.

OBSERVATION DE BRULURE AU TROISIÈME DEGRÉ,

Guérison,

Recueillie et rédigée par A. Loffel, ex-élève des hôpitaux.

Le 24 juillet 1864, le nommé V... (Antoine), âgé de cinquante-six ans, employé dans une fabrique de produits chimiques, s'approcha d'une chaudière remplie d'huile bouillante. Tout à coup il se fit une projection du liquide qui prit feu et brûla profondément ce malheureux sur toute la partie latérale gauche du corps. La face fut aussi atteinte, mais à un degré moins prononcé. C'est alors qu'on le fit admettre d'urgence à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 33.

Le malade est d'une haute taille et paraît bien constitué. Sur les parties latérale gauche et postérieure du tronc, et sur les membres du même côté, on trouve des escarres brunes et noirâtres, environnées d'une aréole rouge; çà et là, on trouve des phlyctènes remplies de sérosité, mais c'est surtout sur la face qu'elles sont le plus abondantes. Il semble que l'on y ait placé un vésicatoire. Le malade ne peut ouvrir les yeux, mais, plus tard, on s'aperçut qu'heureusement l'organe visuel n'avait subi aucune atteinte. La douleur, vive à la face, est modérée sur le reste des endroits atteints. C'est que sur ces derniers, le corps papillaire a été détruit.

Le malade est soumis au même traitement que M. Chassaignac applique à ses compagnons d'infortune. On le place sur un lit d'une résistance suffisante pour éviter les déformations et recouvert d'un drap exactement tendu et recouvert de poudre d'amidon. Le malade lui-même en est enduit, et de temps à autre, on renouvelle cette poudre, dont l'application produit un soulagement marqué. Le malade est mis à la diète simple. Mais le délire s'emparant de lui, on est obligé, le 27, de le mettre à la diète absolue. Ce délire continue jusqu'au 4 août, époque de la chute des escarres. Pendant ce temps, l'usage de la poudre d'amidon à l'extérieur avait été continué avec soin. A la chute des escarres, il fallut y renoncer, car loin d'être utile, elle irritait les parties avec lesquelles elle était en contact. On la remplaça par le cérat simple, mais sans grand succès, car un pus mal lié et mêlé de mauvaise lymphe plastique semblait plutôt disposé à affaiblir le malade qu'à hâter sa guérison. C'est à peine si on remarquait quelques rares bourgeons charnus. En présence de cette atonie, je résolus de tenter une épreuve, et autorisé par M. le docteur Tillaux, qui remplaçait M. Chassaignac, je touchai ces bourgeons charnus, non avec le nitrate d'argent, mais avec le perchlorure de fer à 35°, que j'étendis, par précaution, de la moitié de son poids d'eau. Le succès dépassa mes espérances : je n'avais, tout d'abord, touché qu'une petite partie, mais le lendemain même, elle semblait avoir repris une vie nouvelle; je me décidai alors à toucher pareillement le reste, et alors le pus redevint lié, la plaie reprit un bon aspect, et le 11 septembre, le malade, à qui on avait fait suivre un régime analeptique, quittait le service pour aller parfaire sa guérison à l'asile de Vincennes.

Réflexions. Cette observation est intéressante à plusieurs titres: Dans toute brûlure, pourvu qu'elle n'ait pas produit la désorganisation des parties qu'elle affecte, l'emploi de la poudre d'amidon suffit et au delà pour calmer les douleurs: j'ai dit, dans le cours de l'observation, comment il fallait l'employer. C'est d'ailleurs, la seule pratique de M. le docteur Chassaignac. Dans les brûlures au deuxième degré, on en obtient les meilleurs effets. En tout cas, elle est préférable aux bains qui détachent l'épiderme et peuvent avoir de fâcheux effets sur l'état général.

Enfin, dans le cas de brûlure au troisième degré, quand les escarres se détachent et où la nature semble avoir épuisé ses ressources réparatrices, l'emploi du perchlorure de fer semble, par sa combinaison avec les produits versés par la plaie, constituer une sorte de vernis qui servira à préparer la place aux exsudats de bonne nature. Un obstacle à son emploi sera, peut-être, la douleur que ce liquide cause; mais, outre qu'elle ne dépasse pas celle du nitrate d'argent, on peut la calmer par l'application d'une couche de cérat, dont l'action dessiccante secondera puissamment l'emploi de ce topique.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 21 février 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

A propos de la correspondance :

— M. DÉSORMEAUX donne lecture d'une lettre de M. Wecker, relative à un cas de luxation congénitale héréditaire du cristallin.

— M. LARREY présente un cas assez rare de calcul de l'amygdale, qui lui a été adressé par M. Rizet, médecin-major au 2e régiment du génie à Arras, et il en résume l'observation en quelques mots.

Un ancien boulanger, âgé de soixante-quatorze ans, d'une bonne constitution, sans diathèse calculeuse ou arthritique, avait éprouvé, pour la première fois depuis une quinzaine de jours seulement, de la gêne dans la déglutition, avec engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires. L'exploration de l'arrière-bouche fit constater dans l'amygdale gauche un corps étranger qui, au premier aspect, ressemblait à une fausse membrane, mais que la pression du doigt parvint à énucléer, comme un kyste. C'était une concrétion calculeuse, du volume d'un pois, pesant 3 décigrammes et mamelonnée à sa surface. L'analyse chimique n'en a pas été faite, pour lui conserver sa forme.

— M. L. LE FORT présente, au nom de M. Lejeal, chirurgien de l'hôpital de Valenciennes, une pièce anatomique recueillie sur un contrebandier tué d'un coup de feu par un douanier. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que la balle, quoique entrée très-profondément dans le cerveau, comme l'ont montré les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, en était ressorti au moment de la chute du blessé.

Outre cette pièce, accompagnée de l'observation, M. Lejeal adresse à la Société une note sur un cas remarquable d'hérédité de doigts surnuméraires. (Commissaire unique, M. Le Fort.)

A propos du procès-verbal :

— M. DÉSORMEAUX fait remarquer qu'à propos de l'ophthalmie diphthéritique on a cité les travaux allemands, sans tenir compte de ceux faits en France. Il signale la thèse inaugurale de M. Wecker et un important chapitre du traité publié par cet ophthalmologiste.

M. GIRALDÈS répond que ces travaux ne sont que la reproduction de ceux de de Graefe.

M. DÉSORMEAUX signale cependant cette différence en faveur de M. Wecker, c'est que les cas d'ophthalmie purulente, compliqués de fausses membranes et ceux de diphthérie maligne décrits par de Graefe sont soigneusement distingués.

DISCUSSION.

Traitement de l'ophthalmie purulente.

M. GIRALDÈS. Le diagnostic et le traitement de l'ophthalmie purulente sont aujourd'hui très-bien établis, et il me semble qu'il y a de graves inconvénients à laisser compliquer cette question par une série d'enjolivements thérapeutiques, qui loin de la simplifier, la rendent complexe et peuvent avoir pour effet de jeter quelques doutes dans l'esprit des praticiens.

Mais pour bien s'entendre dans un sujet de ce genre, il est nécessaire de suivre le conseil donné par Condillac, de bien déterminer et de bien définir les termes à employer dans une discussion. Afin de mettre de l'ordre et d'analyser avec précision les faits touchant la question en litige, il est bon d'établir quelques divisions, de distinguer l'ophthalmie purulente en trois espèces, à savoir : 1° l'ophthalmie purulente des nouveau-nés; 2° l'ophthalmie purulente des enfants; 3° l'ophthalmie diphthéritique. Au sujet de cette dernière espèce, ce qui a été dit par quelques-uns de nos collègues, démontre de la manière la plus péremptoire la nécessité qu'il y a à établir cette distinction, à séparer l'ophthalmie diphthéritique de l'ophthalmie purulente.

Il y a en effet, entre l'une et l'autre de ces affections, une différence aussi tranchée que celle qui existe entre la maladie décrite en 1765 par le médecin écossais Francis Home, sous le nom de croup, et la diphthérie observée et décrite par Bretonneau; vouloir donc englober sous le même chef l'ophthalmie purulente et l'ophthalmie diphthéritique, c'est établir la plus déplorable confusion et s'exposer aux plus graves mécomptes.

L'ophthalmie purulente des enfants nouveau-nés doit être distinguée en deux variétés : celle qu'on observe généralement en ville, dans la classe aisée, et celle qu'on observe dans les hospices d'enfants trouvés et dans les maternités; celle-ci emprunte, au milieu où elle se développe, une certaine marche, une gravité; elle se complique en effet d'un facteur important avec lequel il faut compter : le milieu, la *malaria nosocomiale.*

Cette fâcheuse complication, non-seulement imprime à la maladie une gravité très-grande, mais encore elle ajoute à une cause puissante, à la mortalité si grande qu'on observe dans les hôpitaux d'enfants trouvés, dans tous les pays. C'est avec raison que notre collègue, M. Blot, a fait remarquer qu'il y avait une grande différence entre l'ophthalmie des enfants trouvés et celle de la ville.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés revêt deux formes bien distinctes qu'il importe de signaler : 1° la forme légère; 2° la forme grave. Cette distinction est toute clinique et elle doit être maintenue, si l'on veut se rendre compte du mode et de l'efficacité du traitement employé. La forme légère s'observe le plus souvent en ville; elle se caractérise par un gonflement plus ou moins marqué de la paupière supérieure, par une rougeur assez vive de la conjonctive palpébrale, par une sécrétion crémeuse plus ou moins épaisse qui s'échappe des paupières par une légère pression. Cette sécrétion recouvre la cornée sans grand danger pour cette membrane.

Si on renverse les paupières et si l'on enlève avec un linge doux et fin la matière sécrétée, on voit peu de temps après qu'une nouvelle sécrétion transparente et comme gélatineuse, s'étend sur la surface de la muqueuse; un filet d'eau, en coulant sur cette paupière, coagule la matière sécrétée et y forme comme une nouvelle membrane; dans cette forme, le globe oculaire est à peine injecté et l'on constate sans peine que tout le travail pathologique se passe dans la muqueuse palpébrale.

L'ophthalmie purulente à forme grave se manifeste par un gonflement œdémateux, quelquefois considérable de la paupière supérieure, par une rougeur vive carminée de la conjonctive palpébrale et oculaire, par un chémosis considérable qui entoure et enchasse la cornée; cette membrane semble perdue au fond de ce bourrelet muqueux. Une sécrétion liquide, floconneuse, irritante, quelquefois d'une teinte jaunâtre ou verdâtre s'écoule par les paupières.

Dans les deux formes d'ophthalmie, les lésions anatomiques sont différentes : dans la première, le globe oculaire n'est le siége d'aucune altération ; la choroïde est presque exsangue; dans la seconde au contraire, on rencontre des altérations de nature à faire comprendre la marche et la gravité de la maladie; la capsule cellulo-vasculaire qui entoure le bulbe oculaire est fortement congestionnée; la choroïde est très-rouge, ses vaisseaux tendus et remplis de sang donnent à cette membrane l'aspect d'une muqueuse injectée; les procès ciliaires, les veines iriennes sont gorgés de sang; les vaisseaux de la rétine sont également injectés; la chambre antérieure de l'œil est remplie de liquide; dans ces lésions tout décèle une forte congestion, un travail inflammatoire qui s'est propagé de l'extérieur à l'intérieur de l'organe; et cette tension extra-oculaire aide à expliquer les dangers dont la cornée est menacée pendant la maladie.

Dans la forme légère de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, la maladie peut durer quinze jours, un mois, sans grand danger pour la cornée; dans la forme grave, au contraire, cette membrane est menacée de ruine complète, vingt-quatre ou quarante-huit heures après son début. Comme on le voit, il y a une différence radicale entre ces deux formes, et sur laquelle il faut bien insister, si on veut se rendre compte du résultat du traitement et des indications à établir. Dans la première forme, chez des enfants en bonne condition, presque tous les moyens réussissent : les soins de propreté, les collyres légèrement astringents, les plus anodins même sont bons, et ainsi que le faisait remarquer M. Follin, la guérison arrive quelquefois spontanément. C'est dans cette forme que le traitement préconisé par M. Depaul fait merveille : des collyres au nitrate d'argent à la dose de 5 centigrammes pour 30 ou 50 grammes d'eau donnent d'excellents résultats, résultats qui seraient encore meilleurs, si au lieu de suivre la pratique conseillée par le professeur de la clinique d'accouchement de la Faculté, d'instiller quelques gouttes du collyre entre les paupières, on avait le soin de renverser ces membranes et de toucher leur surface interne avec un pinceau imbibé de collyre. Dans cette forme d'ophthalmies, les collyres de sulfate de zinc, d'alun, de fer, d'acétate de plomb, etc., peuvent être employés avec succès, mais le moyen, le collyre par excellence est, sans contredit, l'azotate d'argent.

Dans la forme d'ophthalmie grave, la scène change complétement; les moyens anodins, conseillés par M. Depaul, seraient ici le traitement le plus fâcheux et le plus dangereux. Ils ne modifient en rien l'état de la maladie, ils font perdre du temps, et il faut se rappeler que souvent au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures les cornées sont perdues. Dans cette seconde espèce, il faut agir activement et énergiquement. Avant tout, il faut renverser les paupières, nettoyer la conjonctive par des irrigations prolongées, débarrasser cette membrane de toute sécrétion morbide; cela fait, il faut toucher la face interne de la paupière supérieure avec un pinceau imbibé dans une solution de 4 ou 5 grammes d'azotate d'argent par 100 grammes d'eau, ou même avec le nitrate d'argent solide; neutraliser ensuite le collyre avec de l'eau salée, et répéter la cautérisation une seconde fois dans la journée; employer, autant de fois qu'il sera possible, dans le courant de la journée et de la nuit, des irrigations d'eau à la température de la chambre, ou encore des irrigations d'eau laudanisée ou légèrement chlorurée.

Dans les cas où la tension de l'œil est trop forte, que la cornée commence à perdre de sa transparence, il ne faut pas hésiter, il faut ponctionner la chambre antérieure et donner issu au liquide accumulé dans cette cavité.

L'ophthalmie purulente des enfants présente une série de degrés très-variable, qui peuvent réclamer un traitement plus ou moins énergique. Suivant que la phlogose se borne aux paupières ou qu'elle s'étend à la conjonctive oculaire, elle présente des caractères différents et bien connus.

Dans le premier cas où la paupière offre un volume, une tension œdémateuse très-grande, un liquide floconneux, et voulant s'échapper en abondance des fentes palpébrales, l'inflammation s'étend quelquefois à la glande lacrymale, ainsi que j'ai eu occasion de le constater, cette glande est enflammée et ses canaux remplis de pus. Le liquide sécrété, par sa nature irritante, agit sur l'épithélium de la cornée, la ramollit, et la pression du bourrelet muqueux de la paupière aidant, il se forme au centre de la cornée une ulcération circulaire étendue. Dans l'ophthalmie purulente des enfants, une intervention prompte est nécessaire pour arrêter le mal à ses débuts, et éviter surtout le sphacèle de la cornée; avant d'employer les moyens thérapeutiques, il est indispensable de s'assurer de l'état de cette membrane; pour cela, il est nécessaire d'ouvrir largement les paupières au moyen d'élévateurs, et dans le cas où cette petite opération serait difficile ou douloureuse, il ne faut pas hésiter à anesthésier les enfants avec le chloroforme. Il faut éviter d'instiller des collyres irritants entre les paupières, comme on le fait généralement, dans les cas surtout où la cornée est légèrement ramollie; ces collyres agissant directement sur le tissu de la cornée ont pour effet d'activer la destruction, le sphacèle de cette membrane. Afin d'agir d'une manière efficace, il faut retourner complétement la paupière supérieure, enlever par des irrigations toute la matière sécrétée, balayer avec le liquide le cul-de-sac oculo-palpébral; cela fait, la paupière supérieure et le cul-de-sac conjonctival doivent être touchés, en effleurant la muqueuse avec le crayon d'azotate d'argent, ou encore avec une solution d'argent azotique très-concentré; neutraliser ensuite le caustique au moyen d'une solution d'eau salée. On doit avoir soin de ne point cautériser trop profondément la conjonctive, dans la crainte de produire une escarre, qui, plus tard, laisserait sur la paupière un tissu inodulaire dont il faut empêcher la formation. Après la cautérisation, il faut employer, dans la journée, des irrigations aqueuses d'eau laudanisée, ou même avec une décoction de têtes de camomille; ces irrigations doivent être répétées sept, huit ou dix fois dans la journée. On doit favoriser leur action au moyen d'instillations d'un liquide atropiné: 5 centigrammes de sulfate d'atropine pour 200 grammes d'eau. Je rejette d'une manière générale les scarifications sur les paupières et autour des cornées, de même que l'application de sangsues ou de vésicatoires au pourtour des orbites, ainsi que l'emploi des cataplasmes; ces moyens me paraissent compliquer le traitement, et ne favoriser en rien l'amélioration de la maladie. Les scarifications sur les paupières, l'excision d'une portion de muqueuse palpébrale, laissent des cicatrices linéaires, qui, par leur action sur la cornée, favorisent plus tard le développement de kératites vasculaires difficiles à guérir. Dans les cas où le globe oculaire est très-tendu, que la chambre antérieure est remplie d'une trop grande quantité de liquide, il ne faut pas hésiter à la ponctionner, et donner issue à la matière qu'elle contient. Les cautérisations telles que je viens de les indiquer, aidées d'irrigations nombreuses et bien instituées, le mode de traitement enfin que je viens d'indiquer, donnent d'excellents résultats dans le traitement des ophthalmies purulentes des enfants.

Pour me résumer, je dirais :

1° Dans les ophthalmies purulentes des enfants, la première condition à remplir est de s'assurer de l'état de la cornée;

2° Renverser la paupière supérieure et agir sur elle au moyen du nitrate d'argent;

3° Employer des irrigations nombreuses entre les paupières;

4° Chez des enfants s'abstenir d'applications de sangsues ou de faire des scarifications sur la muqueuse palpébrale ou oculaire.

M. MARJOLIN. Dussé-je encourir le reproche de n'avoir, dans cette discussion fait autre chose que de rappeler des faits consignés depuis longtemps dans tous les traités de chirurgie, je ne croirai pas avoir fait quelque chose d'inutile, puisque l'exemple de chaque jour nous prouve que ces vérités sont trop souvent oubliées. Si en effet les précautions dont nous avons parlé, pour prévenir la contagion, étaient bien prises, nous ne verrions pas l'ophthalmie purulente se développer aussi fréquemment soit dans nos hôpitaux, soit dans les autres établissements où sont réunis les enfants de la classe ouvrière. Et si enfin, au lieu de considérer cette affection comme légère et sans conséquences fâcheuses, on voulait bien s'en occuper sérieusement dès le début, tant d'enfants ne seraient pas exposés à perdre la vue.

Je ne veux pas revenir, sur ce que j'ai dit du traitement que je suis depuis plus de dix ans à l'hôpital Sainte-Eugénie, sauf quelques variantes, il est le même que celui qui est adopté par la plupart de nos collègues; c'est celui que j'avais vu en pratique en 1844 à l'hôpital de Prague, c'est également celui qui a été institué à l'hôpital des enfants trouvés par M. Chassaignac, et si les résultats ne m'en avaient pas paru satisfaisants, il y a longtemps que je l'aurais abandonné. J'ajoute seulement que si l'énergie du traitement est en raison de l'intensité de l'ophthalmie, il est toujours proportionné à l'âge et aux forces des malades. Il n'est pas étonnant que la discussion ait un peu dévié de son point de départ, et comme la maladie se transmet des enfants nouveau-nés aux enfants plus âgés et aux adultes, elle a dû nécessairement être étudiée non-seulement à ces divers âges, mais aussi dans ses diverses formes, c'est-à-dire lorsqu'elle est simple ou compliquée de diphthérite. Et à propos de cette dernière complication, sans vouloir rentrer de nouveau dans le débat, je me contenterai de dire, d'après ce que j'ai observé, que l'ophthalmie diphthéritique, qui est heureusement assez rare, me paraît être de la même nature que celle que l'on observe sur la membrane muqueuse des voies digestives ou respiratoires, et c'est ce qui rend son pronostic si grave.

M. L. LEFORT. Je ne crois pas, Messieurs, devoir m'arrêter plus longtemps ni revenir avec quelques détails sur la question agitée entre MM. Giraldès et Marjolin, cette question pourrait presque se ramener à une discussion de mot ou mieux de dénomination. La maladie peinte par M. Giraldès comme ophthalmie diphthéritique existe, celle appelée par M. Marjolin ophthalmie diphthéritique existe également : ce sont deux maladies différentes, auxquelles nos collègues ne pourraient sans confusion attacher la même appellation.

Dans notre langue scientifique française, l'adjectif diphthéritique caractérise l'existence de fausses membranes, conservons donc avec M. Marjolin le nom d'ophthalmie diphthéritique à la conjonctivite purulente pseudo-membraneuse; mais cherchons un autre mot pour caractériser l'ophthalmie appelée par de Graefe, et à son exemple par M. Giraldès, ophthalmie diphthéritique puisque dans cette maladie la fausse membrane n'est pas le fait caractéristique de l'altération, laquelle consiste surtout en un dépôt fibrineux interstitiel, intra-muqueux ou sous-muqueux.

Cela dit, je reviens à la question soulevée au début de la discussion par M. Marjolin, celle de la contagiosité de l'ophthalmie purulente et ses moyens d'en prévenir la propagation et les ravages. Cette question peut en effet intéresser à des titres différents, d'abord au point de vue de la thérapeutique des cas particuliers se présentant dans la clientèle civile ou dans les hôpitaux généraux, mais ensuite au point de vue important pour beaucoup d'entre nous de son apparition et de son extension dans les salles des Maternités ou des hospices d'enfants assistés ou malades.

Permettez-moi donc, Messieurs, à l'exemple de M. Marjolin, d'appuyer mon opinion sur les faits observés dans mon service hospitalier; ils vous montreront, je l'espère, quel rôle important joue la contagion dans la création des épidémies d'ophthalmie purulente.

Cette question était celle qui me préoccupait le plus à mon arrivée à l'hospice des Enfants assistés au 1er janvier 1865, car la conjonctivite purulente était depuis longues années à l'état d'épidémie permanente dans cet établissement. Profondément convaincu que la plupart des épidémies nosocomiales tiennent à la contagion, persuadé que réduite aux cas spontanés l'ophthalmie serait beaucoup moins fréquente, j'ai cherché à supprimer autant que possible les chances de contagion.

Au 1er janvier 1865 il y avait en traitement dans le service, vingt-quatre malades dont quatorze étaient atteints d'ophthalmie purulente. Or la propagation de la maladie pouvant se faire : 1° par la réunion dans les mêmes salles d'enfants sains (sous le rapport de l'ophthalmie) et d'enfants malades; 2° par la contamination directe d'un malade sur un non malade; 3° par la contamination, par l'intermédiaire des objets de pansements et même du personnel médical y compris les médecins, j'ai pu exceptionnellement apporter à l'organisation du

dernier quelques modifications concertées avec le directeur de l'hôpital.

Les ophthalmiques étaient mêlés aux autres malades, je les ai soigneusement isolés dans deux salles; l'une affectée aux enfants à la mamelle, l'autre aux enfants plus âgés. Toute communication entre cette partie du service et celle consacrée au traitement des maladies chirurgicales ordinaires, a été interdite aussi complétement que possible.

Des infirmières ont été spécialement attachées au service des ophthalmies, une seconde religieuse m'a été accordée pour la direction de ces deux salles.

Les linges avec lesquels on essuie les yeux des enfants, les éponges avec lesquelles on les lave sont encore un moyen de transmission. Je demandai et j'obtins de suite que chaque enfant eût sa petite éponge, et une serviette attachée au chevet de son berceau.

Les médicaments eux-mêmes, ou du moins le mode d'application attira mon attention. La meilleure manière d'appliquer les collyres est de les porter sur la conjonctive au moyen d'un pinceau à aquarelle; mais, si après s'être servi d'un pinceau pour toucher la conjonctive d'un enfant gravement atteint, on le porte, même après l'avoir lavé sur la conjonctive d'un enfant déjà en convalescence, on amène des recrudescences dont la cause échappe quelquefois. Pour y remédier, chaque enfant eut son pinceau et son flacon de collyre.

Le médecin est trop souvent lui-même le principal agent qui fait, d'une maladie contagieuse, une maladie épidémique. Lorsque dans l'ophthamie purulente par exemple, on écarte avec les doigts la paupière d'un malade, on risque fort de contaminer le malade suivant, si on renouvelle cette opération, innocente par elle-même, sans s'être lavé les doigts. Je me fis donc une loi de ne jamais passer d'un enfant à un autre sans me laver les doigts, ou du moins sans les nettoyer avec soin à une serviette mouillée, constamment tenue à ma portée. Je n'eus besoin que de demander à toutes les personnes du service l'observation des mêmes précautions. pour l'obtenir.

Il ne suffisait pas d'empêcher la transmission à l'intérieur de l'infirmerie, il fallait l'empêcher au dehors. Lorsque j'eus obtenu des nourrices, elles allèrent d'abord coucher dans le dortoir commun; il y avait danger de contamination pour les enfants des autres nourrices, j'obtins également un petit dortoir spécial pour les nourrices allaitant des ophthalmiques.

Dès mon arrivée dans le service il me fut facile de voir, en m'informant avec soin de la provenance de chaque nouveau malade, que bon nombre de cas s'étaient développés dans la maison même, en dehors de l'infirmerie, c'est-à-dire dans la crèche ou dans l'institution. En effet, sur 49 enfants atteint de conjonctivite purulente, entrés dans le service pendant le premier trimestre, 23 étaient devenus malades dans la maison. Il y avait évidemment quelque chose à faire. Après avoir pris l'avis du directeur, dans lequel je trouvais, je suis heureux de le dire, un collaborateur bienveillant et dévoué, je fis tous les samedis, pendant les mois de janvier et de février, et irrégulièrement plus tard, la visite de la crèche et de l'institution en compagnie de mon collègue M. Vidal. J'appelai sur le point de vue spécial de la contagion l'attention des religieuses, je les priai de m'envoyer de suite à l'infirmerie, et au moindre soupçon, tous les enfants atteints à un degré quelconque de rougeur de la conjonctive. En même temps et vers le mois de février, l'administration prit spontanément une excellente mesure, ce fut d'envoyer à la campagne tous les enfants à la mamelle, placés en dépôt. C'était diminuer l'encombrement, les chances de contagion, et donner des nourrices à de pauvres petits êtres qui en manquaient. Grâce à toutes ces mesures, le nombre des cas développés dans la maison, après avoir été de 23 dans le premier trimestre, ne fut plus que de 11 dans le second, remonta à 15 dans le troisième, mais tomba à 3 dans le dernier trimestre.

Le nombre des malades en traitement suivit une décroissance constante: 14 enfants atteints d'ophthalmie purulente se trouvaient dans le service au 1er janvier 1865; 49 furent traités pendant le premier trimestre, 39 dans le second, 20 pendant le troisième, 13 pendant lo quatrième. Enfin au 31 décembre, l'hospice des enfants assistés ne renfermait *aucun* enfant atteint d'ophthalmie purulente. Sur ce point, mon but était complétement atteint.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit à propos de la fonte purulente de l'œil, excepté pour me ranger de l'avis de M. Giraldès pour ce qui regarde l'ophthalmie des nouveau-nés.

Il est rare que dans ce cas on observe des perforations, la maladie est incomparablement moins grave que chez l'enfant de deux ans et au-dessus; je n'ai pas vu un seul cas de perte de l'œil chez les tout petits enfants; mais, quoi que j'aie pu faire, je n'ai pu empêcher ce triste résultat chez 7 malades. Quatre perdirent un œil, trois perdirent les deux yeux, total: dix cas de perte de l'œil. Mon prédécesseur M. Dolbeau ne paraît pas avoir été plus heureux, puisque je trouvai dans le service, au 1er janvier 1865, restant de l'année précédente, trois enfants borgnes et quatre aveugles, total: onze yeux de perdus, et il est probable, pour ne pas dire certain, qu'il y en avait eu d'autres dans l'année.

L'ophthalmie purulente, a dit M. Marjolin, n'est pas par elle-même une cause de mort, et il a regretté la manière dont la statistique administrative avait été faite pour les enfants assistés en 1862, 1863 et 1864. Je prends part à ses regrets et je les partage; il ne suffit point, en effet, de connaître le chiffre des décès d'enfants atteints d'ophthalmies purulentes. Ainsi pendant l'année 1865, sur 104 enfants atteints d'opthalmie purulente, j'ai eu 55 décès, plus de la moitié! Mais ces décès, ce n'est pas la conjonctivite qui les cause, et comme l'a dit M. Giraldès, et quoique le mot soit terrible, c'est de faim que mouraient les enfants assistés, c'est de faim que beaucoup sont morts sous mes yeux en 1865, de faim ou d'autres complications que l'observation des règles, ou mieux les lois de l'hygiène hospitalière eussent pu empêcher. Ainsi, dans le premier trimestre de 1865, sur 25 décès survenus pendant le cours d'une ophthalmie purulente, 6 ont été causés par broncho-pneumonie, 2 par syphilis, 1 par tuberculisation pulmonaire, 16 par inanition.

Lorsque je pris le service au 1er janvier 1865, il y avait dans les salles 11 enfants âgés de moins de quatre mois et..... pas une seule nourrice.

J'ai énergiquement réclamé, mais on m'opposait l'impossibilité de trouver des nourrices en nombre suffisant. J'en ai cherché moi-même et j'ai trouvé immédiatement dans les divers services d'accouchement de la Charité, de l'Hôtel-Dieu, etc., des filles-mères qui demandaient comme une faveur d'être reçues comme nourrices aux enfants assistés. C'est à cette époque et vers la fin de février que l'administration prit spontanément la mesure d'envoyer à la campagne les nouveau-nés placés au dépôt, et cette mesure nous donna de suite un nombre de nourrices en rapport avec les besoins.

L'ophthalmie purulente présente, au point de vue du traitement, des conditions bien différentes suivant l'époque où l'on est appelé à la soigner. Au début, je suis partisan des cautérisations énergiques; mais pour qu'elles soient efficaces il faut, comme l'a dit M. Giraldès, que toute la conjonctive soit atteinte par le caustique. Je me suis servi des élévateurs souvent, parce que souvent, malgré l'avis de M. Marjolin, on ne peut autrement découvrir toute la conjonctive oculaire. J'ai employé le crayon de nitrate d'argent, parce qu'on limite mieux son action, mais en faisant immédiatement ou même simultanément couler sur l'œil un courant d'eau salée. Je suis peu partisan des collyres forts; car ils attaquent la cornée qu'il faut respecter, aussi bien que la conjonctive qu'il faut cautériser.

Dans les ophthalmies déjà à la période d'état, je me suis bien trouvé d'un collyre composé de quelques gouttes de teinture d'iode, d'un alcoolat de glycérine dans une certaine quantité d'eau distillée; collyre instillé dans l'œil toutes les demi-heures, ou mieux, appliqué avec le pinceau à aquarelle.

J'ai employé, comme je l'ai dit il y a quelques jours, et avec succès, dans l'ophthalmie purulente de l'enfant de deux ans et plus, un badigeonnage de la face tégumentaire de la paupière avec la teinture d'iode ou le collodion.

Quant aux scarifications, je les repousse énergiquement; elles peuvent être bonnes, elles sont bonnes dans la conjonctivite aiguë, inflammatoire simple et non spécifique; elles m'ont paru détestables dans l'ophthalmie purulente. Cautérisation énergique au début, faite sur toute la conjonctive palpébrale; collyres astringents plutôt que caustiques, faibles plutôt que forts, répétés toutes les demi-heures dans les ophthalmies arrivées à la période d'état, tel est le mode de traitement qui m'a paru préférable à tous les autres.

M. DEPAUL. Cette discussion aura sans doute le sort commun à toutes les discussions. Nous garderons tous nos croyances et notre manière de faire; je demande à dire encore une fois pourquoi je tiens à la méthode de traitement que j'ai adoptée.

Elle ne s'applique qu'aux ophthalmies des nouveau-nés et non à celles des enfants, il faut que ceci reste bien entendu. M. Giraldès ne peut supposer que je n'aie vu que des ophthalmies légères. Quand je parle d'ophthalmies purulentes guéries par le traitement simple que je préconise, il s'agit bien de ceux où la paupière est tuméfiée, où la conjonctive boursoufflée et rouge sécrète un liquide purulent. Ce n'est pas une affection insignifiante, la perte de l'œil peut en être la triste conséquence. Eh bien, dans ces cas, comme dans les cas légers la méthode de M. Dubois réussit complétement. Je peux faire appel à tous ceux qui ont vu notre ancien maître, qui m'ont vu mettre en usage le traitement dont il s'agit. Je me crois donc autorisé à le croire efficace et à le recommander.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-plastique de la jambe.

M. LABORIE présente la pièce pathologique et remet l'observation suivante, recueillie par M. Dionis du Séjour, interne de son service: (Voir notre prochain numéro).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

La commune de Fresnoy-le-Grand, canton de Bohain (Aisne), qui compte près de 5,000 habitants, demande, tant pour elle-même que pour les localités voisines, un docteur en médecine d'un âge mûr, ayant déjà exercé plusieurs années. Succès assuré.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Nº 27. — MARDI 6 MARS 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 6 MARS 1866. — Nº 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

ASILE IMPÉRIAL DE VINCENNES. — M. LABORIE.

Tumeurs fibro-plastiques ayant envahi l'articulation fémoro-tibiale et la partie supérieure de la jambe. — Amputation de la cuisse.

(Observation recueillie par M. DIONIS DU SÉJOUR, interne du service.)

L... (Emile) est âgé de vingt-trois ans. Il exerce la profession d'emballeur.

Il n'y a point eu dans sa famille de maladies héréditaires, et chez lui, malgré nos recherches, nous n'avons pu découvrir la trace d'aucune diathèse.

Jusqu'au mois de septembre dernier, ce jeune homme avait joui d'une santé excellente.

Dans le courant de ce mois, un matin, sans cause appréciable, il sentit en se levant, dans le genou et l'épaule droite, une douleur aiguë, il se rendit malgré cela à son atelier. Dans la journée la douleur d'épaule disparut. Mais celle du genou augmenta peu à peu et le soir elle était devenue assez forte pour déterminer un violent accès de fièvre. Pendant quatre jours, le malade resta avec sa douleur qu'exaspéraient les moindres mouvements; la fièvre ne l'avait plus quitté. Le genou avait grossi, sa forme primitive avait disparu. Il formait une masse arrondie sans saillie ni méplats, chaude, tendue et où par des pressions convenables on sentait un flot de liquide.

L... entra à l'hôpital; il y fut traité pour une hydarthrose du genou gauche.

On appliqua sur la partie malade des ventouses qui n'apportèrent aucun changement; des vésicatoires ne firent rien non plus. On recourut alors aux frictions avec la teinture d'iode. Deux jours après la première, sans que du reste la tumeur diminuât, la douleur sembla céder.

Petit à petit elle continua à décroître. Au bout d'une semaine, pendant laquelle chaque jour le genou devenait moins sensible, les mouvements furent rendus possibles; la marche put être reprise, mais en boitant, car il y avait une demi flexion de la jambe sur la cuisse et l'extension ne pouvait être complète. Le malade quitta cependant l'hôpital, mais en conservant le genou à peu près aussi gros et toujours aussi chaud qu'à son entrée.

Pendant un séjour d'une semaine à la campagne, cet homme ne se ménagea point. Il marcha beaucoup, et la semaine écoulée, vint reprendre son service à Paris.

Une rechute ne se fit pas attendre. A son réveil, un matin, le malade constata que les douleurs avaient reparu; en quelques heures elles avaient atteint leur maximum d'intensité; la fièvre survint et L... rentrait à l'hôpital dant l'état où il en était sorti.

L'usage de l'iode en frictions sur le genou, prolongé pendant six semaines, fit encore disparaître la douleur articulaire; la fièvre céda; mais les dimensions du genou, sa consistance ne changèrent point et le malade quitta l'hôpital, non guéri, pour venir à l'asile impérial de Vincennes, dans le service de M. le docteur Laborie. Il y arriva le 8 décembre 1865.

Les trois premiers jours se passèrent bien. Cet homme se promena dans les jardins, en boitant, car la jambe était toujours demi fléchie sur la cuisse.

Le quatrième jour, la douleur articulaire reparut plus violente que jamais, offrant un type continu, avec des exacerbations. Le poids des couvertures, un attouchement léger, le moindre mouvement exaspéraient cette douleur au point de faire craindre une syncope. La fièvre s'empara du malade. M. Laborie jugea prudent de faire monter cet homme à l'infirmerie. Il vint y occuper un lit le 15 décembre 1865.

A ce moment le genou formait une tumeur grosse comme un œuf d'autruche, envahissant spécialement la partie antérieure et inférieure de la région, sans changement de couleur à la peau, chaude, tendue par places, souple et fluctuante dans d'autres. La jambe était renversée sur le côté externe, dans une demi flexion permanente; l'extension était presque impossible. La moindre excitation développait dans la tumeur un surcroît de douleurs; à l'approche de la nuit celles-ci redoublaient le plus souvent et leur exacerbation coïncidait avec le développement d'une fièvre qui ne quittait le malade que le matin.

On diagnostiqua une tumeur blanche avec altération du tibia.

Tous les moyens de traitement employés furent impuissants; les sangsues et les cataplasmes furent inutiles. Les onctions avec la pommade au nitrate d'argent parurent seules modifier l'élément douloureux de l'articulation; mais les modifications furent bornées à la diminution de ce symptôme seul, et M. Laborie ne put conserver aucun doute sur la marche ascendante de la maladie.

En effet, le genou continuait à grossir. Vers le milieu du mois de janvier, il était très-considérable déjà et la tumeur se dessinait d'une façon toute nouvelle.

Après être restée longtemps arrondie, elle parut vouloir se lobuler. En même temps sa consistance changeait notablement. Dure, résistante dans ses parties supérieures, elle devenait molle à sa partie inférieure. Il fut bientôt impossible de ne point reconnaître en cet endroit une vaste collection de liquide. Les douleurs se localisèrent au niveau de cette bosse fluctuante; les phénomènes généraux devinrent de plus en plus marqués; la fièvre redoubla et le malade commença à s'inquiéter.

Pendant une quinzaine, la persistance et l'intensité des symptômes généraux annoncèrent un travail d'accroissement dans la tumeur. Aux premiers jours de février elle avait atteint de grandes proportions. A cette époque on la trouvait nettement trilobée, la bosse fluctuante augmentait chaque jour; la douleur s'y localisait et devenait plus exquise.

La fluctuation, semblant indiquer qu'il n'y avait aucune communication entre le foyer fluctuant et la jointure, M. Laborie fit, au point le plus déclive, une ponction avec un bistouri aigu. Il sortit avec force une cuillerée de sérosité opaque jaunâtre et immédiatement après, un jet de sang d'apparence artérielle mais non saccadé. Le malade, éprouvant un très-grand soulagement, on laissa couler une certaine quantité de ce sang. Pour l'arrêter, il suffit d'appliquer un morceau de diachylon sur la petite piqûre.

L'issue de ce sang fit songer à un fongus hématode de l'os. Du reste, quelle que fut la nature de la tumeur, l'amputation restait l'unique chance de salut du malade.

En effet, après la ponction, la tumeur fluctuante, qui s'était vidée en partie, se remit à grossir avec rapidité. La reste de la tumeur articulaire continue à augmenter. Les douleurs devinrent intolérables et ne permirent plus le moindre repos; la fièvre redoubla. L'appétit diminua et le jeune homme commença à maigrir.

Devant cet appareil toujours croissant de symptômes locaux et généraux, M. Laborie, sans attendre une altération plus prononcée de la santé générale, proposa au malade l'amputation de la cuisse, qui fut acceptée et fixée au 12 février.

Quelques heures avant l'opération, nous allâmes examiner une dernière fois le membre qu'on allait enlever. La cuisse était parfaitement saine; le fémur, senti à travers les parties molles, avait son volume normal. Le genou formait une vaste tumeur, ayant les dimensions du corps du fœtus à terme. Mesurée comparativement avec le genou droit resté sain, cette tumeur présentait en trois points différents de son diamètre transversal les dimensions suivantes : à sa partie la plus élevée 33 centimètres; en son milieu 43; en son point le plus déclive 41. Les mesures prises sur le genou droit en des points symétriques, donnèrent seulement 30, 32, 33 centimètres. L'axe de la tumeur, comme appendue à la partie antérieure du genou, était fortement déjeté de dedans en dehors; quant à elle, elle était nettement trilobée. Il y avait deux lobes latéraux; l'un interne plus petit, l'autre externe plus gros. Le troisième était antérieur et siégeait au-dessous de la place présumée de la rotule; ce dernier lobe seul était fluctuant; le reste de la tumeur était dur; la pression n'exaspérait la douleur qu'au niveau du troisième lobe. Le reste de la jambe était sain.

L'opération fut pratiquée par M. Laborie. Deux grands lambeaux taillés en avant et en arrière du membre, à partir de la jonction du tiers supérieur avec la partie moyenne de la cuisse jusqu'à une longueur de 6 centimètres au-dessus de la tête inférieure du fémur, assurèrent à l'amputé un moignon épais et capable de supporter dans la suite le poids du corps. Les bords du lambeau furent réunis au moyen de neuf épingles et treize serres-fines. Le membre fut maintenu pendant quatre jours sous l'irrigation continue,

Au moment où nous écrivons cet article, dix jours révolus se sont écoulés depuis l'opération. Les lambeaux sont parfaitement réunis dans leur partie moyenne. Aux deux extrémités de leur interligne, il reste deux petites ouvertures par où s'écoule très-peu d'un liquide sanio-purulent de bonne nature. Malgré une légère hémorrhagie, qui va retarder nécessairement la cicatrisation, rien n'est changé aux chances de guérison. La santé générale reste bonne, l'appétit est excellent, la digestion facile, le sommeil réparateur. Le moral du malade ne laisse rien à désirer et tout fait espérer une heureuse issue. Il nous reste maintenant à faire connaître les lésions qui ont nécessité l'amputation toujours si redoutable de la cuisse.

Le membre, préalablement injecté par l'artère poplitée, fut disséqué couche par couche. Au niveau de la tumeur, la peau n'était amincie nulle part. Elle était doublée d'une couche de graisse épaisse, infiltrée notamment à la partie externe d'une matière visqueuse qui la rendait fongueuse.

Nous arrivâmes ainsi à l'aponévrose; sous-celle-ci, le genou se présentait avec l'aspect suivant : à sa partie antérieure était appendue une vaste tumeur; la face postérieure conservait la forme cylindrique.

L'axe de la tumeur était oblique et celle-ci fortement déjetée en dehors. Il y avait deux grosses saillies latérales, solides, répondant aux faces externe et interne des condyles fémoraux et de la tête du tibia. En avant et assez bas au-dessous de la rotule qui ne formait plus de saillie, au-dessous même de l'attache du ligament rotulien, sur la crête du tibia, l'aponévrose soulevée laissait voir une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, très-fluctuante et recouverte d'une paroi très-mince sur laquelle on voyait la cicatrice mal formée du coup de bistouri. Par là, à la moindre pression, il sortait du sang parfaitement liquide.

La couche aponévrotique enlevée, on vit que toute l'articulation fémoro-tibiale était par-dessous les muscles envahie par une matière fibro-cartilagineuse, ne criant pas sous le couteau, facile à couper et à énucléer. Cette matière formait des masses situées :

1° En avant, entre le triceps, la rotule, le ligament rotulien et les faces antérieures du tibia et des condyles du fémur.

FEUILLETON.

DU MICROSCOPE.

La science marche et chaque jour l'homme agrandit son domaine; ici il franchit l'espace et rapproche les infiniment éloignés; là, il multiplie l'étendue et grossit les infiniment petits. Un miroir et quelques verres diversement agencés ont donné deux instruments qui conduisent dans des pays immenses comme l'infini, où chaque pas est marqué par une découverte. Nous venons entretenir nos lecteurs de l'un de ces deux instruments : du microscope. Deux livres viennent d'être publiés sur ce sujet, l'un par M. Arthur Chevalier, l'autre par MM. Dalimier. Le premier se recommande de la collaboration de MM. Brébisson, Henri Van Heurck et Georges Pouchet; le second est la traduction d'un livre publié en Allemagne par un homme connu de tous par ses travaux sur l'anatomie végétale, par le docteur Hermann Schacht.

I. L'*Étudiant micrographe* (1) publié par M. A. Chevalier, est divisé en trois parties. La première s'occupe de l'instrument en lui-même, la seconde traite de la préparation des objets, enfin la troisième, des applications du microscope.

La première partie doit être lue avec grand soin, mais elle se prête difficilement à l'analyse. L'auteur y donne des notions d'optique indispensables pour quiconque veut se mêler de manier un microscope; il passe ensuite à la description de toutes les pièces constituantes et accessoires qui composent un microscope simple ou composé.

Le livre deuxième traite de la préparation des objets. C'est pratiquement qu'on devrait retracer ce chapitre, car c'est là ce qu'il y a de plus difficile dans l'étude microscopique. Certes, il est utile de savoir mettre son instrument *au point*, de savoir bien éclairer l'objet, de savoir regarder sous telle ou telle incidence du rayon, de faire varier convenablement les grossissements, mais ce qu'il y a de difficile, c'est de préparer les objets de manière qu'ils puissent être examinés au microscope, de façon qu'ils montrent ce que l'on cherche, il faut qu'ils soient coupés également et délicatement, etc. Un autre point important c'est la conservation des préparations. Quand, après bien des peines, on est enfin arrivé à faire une bonne préparation, il est indispensable de la conserver, car il serait peut-être impossible de retrouver exactement ce que la première avait montré. Pour cela, il faut un ensemble d'ustensiles, de réactifs, de liquides, qu'on doit savoir employer et qu'on doit avoir l'habitude de manier.

Le troisième livre est consacré à l'étude des applications du microscope. Cet instrument est appliqué à l'histologie, à la botanique, à la chimie, à la médecine légale, etc. M. Chevalier s'est, pour ce chapitre, aidé de la collaboration des hommes les plus compétents et les plus connus dans la science.

M. Georges Pouchet s'est chargé de ce qui regarde les applications du microscope à l'histologie normale et pathologique. Il guide l'étudiant dans les travaux qu'il peut avoir à faire pour trouver les calculs des oreilles, de l'urine, etc., pour voir les globules du sang, les corps amyloïdes, les cellules nerveuses, les tubes nerveux, les fibres musculaires, l'épithélium, la peau, l'acarus de la gale, les ongles, les cheveux, les follicules pileux, les végétaux épizoaires, les glandes, etc. etc. M. le professeur Van Heurck s'est chargé de la partie botanique. On connaît trop la valeur de M. Van Heurck en anatomie et physiologie végétales, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur la perfection avec laquelle cette partie de l'ouvrage a été traitée. L'auteur se contente d'abord d'énumérer les différents éléments végétaux qu'on peut rencontrer en indiquant les plantes à choisir, les grossissements à employer, les réactifs à utiliser. Il passe ensuite à l'étude de la botanique générale, et sous le microscope, montre les différentes fonctions, circulation, transpiration, germination. La partie des applications botanique est complétée par une étude de M. Brébisson sur les algues inférieures.

L'ouvrage de M. Chevalier se termine par un chapitre importan sur l'application du microscope à l'étude des infusoires, larves d'insectes, crustacés, etc. A ce chapitre sont annexées sept planches gravées représentant plus de trois cents de ces êtres curieux et trop peu connus.

Nous ajouterons qu'outre ces planches, l'ouvrage est rempli de gravures intercalées dans le texte, gravures qui aident à comprendre le jeu et le fonctionnement des divers appareils dont on peut avoir à se servir.

II. En 1862, M. Schacht, professeur de botanique à l'Université de Bonn, donnait une troisième édition de son ouvrage intitulé : *le Microscope et son emploi en particulier pour l'étude de l'anatomie végétale* (1). M. Paul Dalimier, qui, quoique géologue, avait été chargé des conférences de botanique à lÉcole normale, trouvait dans

(1) In-8°. Chez Ad. Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-médecine.

(1) In-8°. Savy, éditeur.

2° A la partie externe du genou entre les faces externes du condyle externe du fémur, la face externe de la tête du tibia et le biceps.

3° A la partie interne entre les faces internes du condyle fémoral interne, la face interne du tibia et le couturier.

Cette matière solide remplissait l'articulation dont elle avait fait complètement disparaître la graisse. Elle était formée d'une substance solide, blanche, ne criant pas sous le couteau, à trame serrée, brillante, se laissant couper, déchirer ou énucléer, mais point écraser.

Elle n'avait point adhéré aux ligaments bien qu'elle les englobât. L'on retrouva intacts les ménisques interarticulaires, les ligaments croisés, les ligaments interne et externe et le ligament rotulien de l'articulation fémoro-tibiale. Les cartilages d'encroûtement des condyles du fémur, comme celui de la face horizontale de la tête du tibia étaient sains.

Dans l'article lui-même cette masse n'adhérait pas non plus au fémur, ni même à la face horizontale de la tête du tibia. Mais la face antérieure de cet os était envahie et pénétrée par cette production. En ce point, elle s'était identifiée à l'os lui-même qui, participant à l'état lardacé de cette matière, se laissait couper comme elle par copeaux.

En enlevant le plus possible de cette substance placée entre la face interne de la crête du tibia et le ligament rotulien, puis en pressant avec le doigt dans la direction du jambier antérieur nous pénétrâmes dans une cavité creusée entre l'os et ce muscle et remplie de liquide. Elle répondait à la saillie signalée par nous à la partie antérieure du genou. D'autre part, nous ouvrîmes crucialement le jambier antérieur à ce niveau, et cela nous donna accès dans une vaste cavité remplie de sang. Celui-ci écoulé, on vit sur l'os une masse lobulée, d'un blanc jaunâtre, fongueuse d'aspect, et cependant solide et présentant les caractères de celle observée dans l'article.

Elle paraissait implantée sur le tibia qu'on sentait couvert de rugosités en cet endroit. En outre, la tête de l'os était creusée aux dépens du tissu spongieux d'une cavité à parois irrégulières formées par les trabécules du tissu spongieux.

D'où venait ce sang ? M. Laborie avait pensé, nous l'avons dit, à un fongus hématode, et c'est pour en avoir le cœur net que nous avons pratiqué l'injection des artères. Or celles-ci s'injectèrent jusqu'à l'extrémité du membre.

Très-vraisemblablement le sang provenait d'une des artères qui animait cette masse, artère qui avait subi une altération ulcérative.

Il nous restait à examiner la partie postérieure de la région malade. Là le genou se continuait avec la jambe par un plan cylindrique non interrompu. Après avoir enlevé les jumeaux et le soléaire, nous découvrîmes, reposant sur la face postérieure du tibia, une tumeur qui était restée cachée sous les masses musculaires du mollet, et ne s'annonçait pas à l'extérieur. Cette tumeur bridée par le poplité était grosse comme un œuf de poule et de même nature que celles précédemment décrites.

Rien n'aura été passé sous silence dans la description des désordres observés, quand nous aurons mentionné que tous les os sans exception étaient malades et atteints d'ostéite. Déjà au moment de l'opération M. Laborie nous avait fait remarquer que l'action de la scie était entravé par une éburnation du fémur qui était le résultat d'une ostéite condensante.

Au contraire, tous les autres os, ceux de la jambe et ceux du pied, étaient atteints d'une ostéite raréfiante permettant d'en enlever des copeaux.

Mais à quelle nature de tumeur rapporter cette masse que nous venons de décrire. On pouvait penser également au cancer, à l'enchondrôme ou bien à une tumeur fibro-plastique. Sans vouloir préjuger la question et en réservant le microscope. M. Laborie se fondant sur l'étude des symptômes, la marche de la maladie lente d'abord puis si rapide, l'absence d'hérédité et d'infection ganglionnaire, la conservation de la santé générale, l'aspect de la tumeur nous dit qu'il croyait volontiers à une tumeur fibro-plastique.

L'étude microscopique confiée à M. Charles Renault, confirmèrent le diagnostic de M. Laborie.

On examina des fragments de cette substance recueillis sur trois points différents.

Cette matière provenant de l'article lui-même montra de nombreux corps fusiformes pourvus d'un nucléole, et les cellules ovoïdes à noyaux types du tissu fibro-plastique. Ces deux sortes d'éléments étaient plongés au sein de fines granulations moléculaires.

Une portion de la masse solide implantée sur l'os dans la cavité remplie de sang donna, mais en moins grand nombre, les mêmes éléments auxquels s'ajoutèrent des globules sanguins altérés, dont on devine la provenance.

Enfin, un troisième fragment détaché de la tumeur dans le point où elle avait pénétré l'os, montra que les éléments fibro-plastiques s'étaient glissés dans les canalicules de Havers qu'ils avaient comblés après les avoir agrandis, et s'étaient substitués à la trame homogène qui réunit entre eux les différents systèmes de canaux.

Ces expériences microscopiques parurent concluantes; elles corroborèrent le diagnostic, et permirent à M. Laborie d'apporter à la Société de chirurgie, cette observation à titre de contribution à l'histoire des tumeurs fibro-plastiques.

SUR L'OPÉRATION DE L'ANTHRAX

A M. le Professeur Nélaton.

Mon cher maître,

Je vous ai souvent parlé et chaleureusement du traitement de l'anthrax, et puisqu'il en est en ce moment question, je voudrais remettre sous vos yeux ce que je vous disais encore ce matin, et avec la précision qu'exige et qu'a le droit d'exiger votre esprit si juste et si net.

Quel que soit le siége, le volume, la période de l'anthrax, dès qu'on est appelé il faut faire l'opération ; et elle est la suivante.

Du centre de la tumeur jusqu'aux limites extrêmes de la rougeur, on fait partir de trois à six rayons, larges de trois millimètres, limités par des bandelettes de diachylon, ils sont couverts pendant douze minutes de poudre de Vienne bien fraîchement préparée, bien porphyrisée et délayée dans de l'alcool.

Après douze minutes, les bandelettes sont enlevées, le caustique s'éteint par un peu d'eau vinaigrée; on absterge, et chaque traînée noirâtre est couverte d'une lanière de pâte de zinc. Des bandelettes de diachylon imbriquées couvertes d'un large feuillet d'ouate forment l'appareil.

Sept ou huit heures après, avant la nuit par exemple, on lève le pansement, on incise et on excise même partiellement avec un bistouri, des ciseaux et une bonne pince à griffe les escharres qui comprennent maintenant tout le derme. On couche dans les rigoles ainsi préparées de nouvelles lanières de zinc, qu'on déprime dans le fond avec un peu d'amadou.

Troisième et dernier pansement, le lendemain matin : on est dans le tissu cellulaire sous-cutané; on incise les escarres et on dépose de nouveaux fragments de pâte caustique, cette fois plus épais; et l'opération est terminée, car on est au centre du mal, on touche directement le bourbillon, et cela s'est fait en quinze ou vingt heures.

Sur ces téguments en partie condamnés, la douleur n'est pas celle que provoque d'habitude la pâte au chlorure de zinc ; souvent même le malade souffre moins qu'auparavant. Et cela est naturel; car, dès après la première application, la rougeur commence à diminuer; et quand le tissu cellulaire sous-cutané est atteint, non-seulement on n'a plus à craindre cette formidable extension qui signale l'anthrax, mais on peut être assuré que désormais la réparation commence. Toute l'activité se concentre dans l'élimination. Le pus inonde l'appareil dès la fin du deuxième jour; le quatrième, les escarres se détachent entraînant une partie du bourbillon. Et la cicatrisation de la vaste plaie dentelée se fait avec cette promptitude propre aux surfaces abandonnées par les escarres des caustiques.

Je sais que le fer rouge, et je pense bien aussi qu'un grand nombre de caustiques ont dû être appliqués à l'anthrax. Je n'ai aucun mérite d'invention, car je ne fais qu'appliquer ici les caustiques à la manière des Lyonnais, de Bonnet en particulier; et je serais bien surpris, si à Lyon ou à Chartres plusieurs de nos collègues ne traitaient les anthrax de cette façon. Mais je ne connais personne à Paris qui suive cette pratique, et si elle doit être imitée parmi nous, il est indispensable, ainsi que j'y insistais dernièrement près de vous, qu'elle soit exécutée dans toute sa rigueur.

Il faut un nombre de traînées caustiques rayonnantes en rapport avec le volume de la tumeur.

Il faut qu'elles aillent jusqu'aux limites de la rougeur.

Il faut qu'en vingt-quatre heures on ait pénétré dans la couche profonde du tissu cellulaire sous-cutané.

A vous, cher maître, la principale recommandation que je donnerai d'un moyen chirurgical, c'est l'expérience. La mienne se résume ainsi : après deux désastres consécutifs que m'avaient procurés la méthode des grandes incisions, je pensai naturellement aux caustiques et à cette merveilleuse pâte au chlorure de zinc aussi utile pour nous que le bistouri, et plus innocente. Depuis huit années, à la Clinique, à Cochin, à Lariboisière, à Beaujon et aussi en ville, j'ai traité tous mes anthrax de cette façon et toujours avec succès. Aucun de mes internes, aucun de mes confrères ne pourraient citer un cas où je n'aie réussi du premier coup.

Et cela, quelles que fussent la cause et la nature du mal : anthrax diabétique de la face et du cou (avec M. le docteur Cabanellas) ; un autre à la nuque chez un homme depuis longtemps malingre et affaibli (M. le docteur Frère); putride et qu'il fut étendue, un anthrax chez un vieillard de soixante-quatorze ans ayant disséqué la plus grande partie du dos et des lombes (docteur Rigodin).

Ainsi, je vous le répète, cher maître, je vous vante le moyen, parce que je l'ai trouvé constamment infaillible.

Mais j'ajouterai que je le trouve également approprié au génie du mal auquel je l'oppose.

Au nombre des vues nouvelles dont vous avez semé tout le champ de la chirurgie, je place au premier rang l'interprétation que vous avez donnée du phlegmon diffus. Vous avez montré que le sphacèle précède et entraîne la suppuration, au lieu d'en être la conséquence. Outre cette donnée capitale, je complète l'idée qu'il faut se faire du phlegmon diffus, en le comparant à l'infiltration d'urine, à l'infiltration des matières intestinales, ou à la propulsion dans le tissu cellulaire d'un liquide tel que le vin à la suite d'une opération maladroite. Dans ces exemples, nous connaissons le liquide gangrenant : nous n'avons pas analysé celui du phlegmon diffus. Il n'en est pas moins évident. Phlegmon diffus et infiltrations ont les mêmes symptômes, la même marche et surtout guérissent de la même manière, par les grandes et nombreuses incisions. Il s'agit d'ouvrir la voie au liquide qui tue, et si on agit de bonne heure, le sphacèle qui commence s'arrête et la vie revient, et il n'est rien en chirurgie de comparable au résultat des grandes incisions dans le phlegmon diffus et les infiltrations gangréneuses.

L'anthrax se rapproche sans doute de ces affections, mais avec de notables différences. Chez lui le sphacèle n'est pas imminent, n'est pas en puissance pour ainsi dire : il est accompli. Il n'y a pas d'anthrax, il n'y a pas même de furoncle sans bourbillon, et le bourbillon est une gangrène du tissu cellulaire sous-cutané.

Dans l'anthrax, la gangrène gagne et s'étend, mais il n'y a pas là de liquide septique qui s'infiltre. Sans doute, dans une période avancée, l'anthrax peut se compliquer de phlegmon diffus, comme aussi d'érysipèle, d'infection putride et purulente. Mais à leur marche on les différencie facilement. Il suit de là que la grande indication n'est pas dans l'anthrax d'ouvrir la voie à un liquide qui demande à sortir, mais de dégager le bourbillon. Et les tranchées caustiques que l'on établit jusqu'à lui, non-seulement le mettent à nu, mais surtout impriment cette activité et cette franchise d'élimination propre aux escarres artificielles.

Je ne dis pas qu'à défaut de la méthode que je vante, les incisions ne puissent rendre service ; mais elles ne font qu'une très-petite partie de la besogne, et en créant naturellement de nouveaux dangers. A quel chirurgien peut-on sérieusement dire que ces immenses balafres, baignant dans un foyer putride, n'exposent à aucun accident? Est-ce qu'une plaie faite par le bistouri est jamais innocente?

Au contraire, les tranchées caustiques répondent à toutes les indications, et suppriment les chances d'infection putride et purulente.

---

ce livre des ressources précieuses pour son enseignement, en avait commencé la traduction pour son usage particulier. Il comprit, chemin faisant, qu'en publiant cette traduction il rendrait un service signalé aux botanistes français; peu familier avec la lecture des livres allemands, il avait commencé, mais une mort prématurée vint l'enlever avant qu'il ait pu terminer son œuvre. C'est M. Jules Dalimier, professeur de physique au lycée du Mans, qui y mit la dernière main, y ajoutant quelques notes.

L'ouvrage de M. Hermann Schacht se divise en sept parties.

Dans la première qui sert d'introduction, l'auteur s'occupe de l'art d'observer au microscope, du bon usage de cet instrument et de sa méthode. Il insiste surtout sur la nécessité qu'il y a de suivre une méthode rigoureuse pour ne pas s'exposer à mal interpréter ce que l'on voit. On sent que l'auteur a une profonde habitude du maniement de l'instrument, qu'il connaît toutes les illusions qu'il peut donner à ceux qui ne sont pas familiarisés avec lui, et qu'il veut les tenir en garde contre les erreurs qu'ils ne manqueraient pas de commettre.

La seconde partie traite du microscope, du choix que l'on doit faire dans les instruments nécessaires aux recherches que l'on tente: il guide le botaniste dans l'acquisition de l'instrument. Enfin il passe en revue les différents *objets test* qui peuvent servir à apprécier ses qualités. Enfin il insiste sur les perfectionnements apportés dans la confection du microscope et de ses accessoires, par les différents opticiens anciens et modernes.

Dans la troisième partie, M. Schacht donne les règles générales à suivre pour l'usage du microscope et la préparation des objets. Tous les soins à prendre, toutes les précautions à garder, sont minutieusement indiqués. Il traite successivement de la lumière qui sert à éclairer l'objet, de la table de travail, des choix du grossissement, de la manière d'éviter les bulles d'air, de la méthode à suivre pour faire les coupes, de l'estimation de la valeur réelle des objets, etc., etc.

La quatrième partie peut être définie : cours complet d'histologie végétale. L'auteur étudie, en effet, successivement les cellules, leur mode de formation, la matière intercellulaire, les faisceaux fibro-vasculaires; il s'élève bientôt à l'examen des organes, des tiges, des racines, des feuilles; il donne l'analyse des tissus des cryptogames et termine par celle de la fleur, du fruit, et l'examen des phénomènes qui se passent dans le développement de l'embryon.

Dans la cinquième partie, M. Schacht fait de l'organogénie végétale. Nous préférerions ne pas voir ce chapitre. Nous ne voulons pas dire que les observations soient fausses, mais elles ne sont pas faites avec la méthode qu'il convient. L'organogénie végétale, c'est-à-dire l'étude du développement successif des organes ne peut être faite à l'aide de loupes et sous le microscope composé, c'est avec la loupe montée ou microscope simple et avec des aiguilles qu'on peut arriver à se rendre compte de ce qui se passe. Cette méthode est plus difficile, mais elle est plus exacte. C'est elle qui fait en grande partie la supériorité de l'école de Payer sur les autres écoles botaniques françaises et étrangères.

Il ne suffit pas de voir : il faut d'un côté, conserver la préparation, d'un autre côté, la reproduire par le dessin ; c'est ce qui fait le sujet des deux derniers livres. L'auteur, maître en fait de reproduction par le dessin, donne à l'élève les conseils les plus précieux, il guide l'étudiant dans le choix des crayons, du papier, des couleurs, en un mot de tout ce qui est nécessaire pour arriver à la reproduction fidèle des objets. Ces conseils qui, au premier abord, et pour les personnes qui n'ont pas pratiqué, semblent peut-être futiles, sont d'une utilité incontestable, et doivent être soigneusement médités. Aucun de ces détails, quelques superflus qu'ils puissent paraître, n'est inutile; chacun le sentira quand il se trouvera aux prises avec la nécessité de reproduire ce qu'il voit.

Si nous nous fussions contenté de donner le titre des deux ouvrages que nous venons de passer en revue, on eût pu nous demander auquel nous donnerions la préférence. L'analyse détaillée que nous en avons faite, nous dispense de répondre à cette question. Pour qui veut se livrer sérieusement aux études microcospiques, les deux sont indispensables, l'un complète l'autre, mais ne le remplace pas. L'ouvrage de M. Chevalier traite du microscope à un point de vue plus général; celui de M. Schacht ne s'occupe que d'un point circonscrit de l'histologie végétale. Nous dirons plus, quoique M. Schacht ait consacré à cette étude près de 300 pages, celui qui voudra faire de la microscopie végétale, ne pourra se dispenser de consulter les travaux de MM. Van Heurck et Brébisson que l'on trouve dans l'ouvrage de M. Chevalier. Les deux livres se complètent donc, mais, nous le répétons, ne s'excluent pas.

Au point de vue tout médical auquel nous devons nous placer ici, nous croyons donc pouvoir encourager l'apparition des livres de MM. Chevalier et Dalimier. Nous espérons que, dans un avenir prochain, chaque élève, après s'être pénétré de la connaissance des pièces sèches et de la nature morte, verra que tout n'est pas là; il voudra approfondir les mystères de la nature vivante. C'est alors que, dans ces livres, il trouvera un guide sûr pour ses recherches zoologiques ou botaniques.

Docteur Léon Marchand.

Un avantage considérable de la méthode est aussi qu'elle est applicable à tous les cas. Les personnes qui vantent les incisions sont souvent bien embarrassées. Le moment est-il venu de les pratiquer? Ne peut-on attendre? Au contraire, les tranchées caustiques doivent être appliquées à tous les anthrax, parce qu'elles ne font courir aucun risque, qu'elles écartent tout ce qu'on peut redouter, et qu'avec elles la guérison définitive est beaucoup plus rapide. Les caustiques conviennent encore dans cette période avancée où le bourbillon commence à se détacher, mais où les accidents de l'infection putride menacent le malade. Il faut alors, ainsi que je le faisais dernièrement chez une malade de M. le docteur Vivier, larder tout le pourtour du bourbillon de lamelles de zinc.

J'ai donc, mon cher maître, la foi la plus robuste dans cette opération de l'anthrax, et, comme les vrais croyants, je voudrais vous convertir. Je vous avoue que je l'espère, parce que, malgré la position hors ligne que vous occupez dans notre profession, vous êtes toujours disposé à accepter ce qui semble être un perfectionnement.

ADOLPHE RICHARD.

QUELQUES REMARQUES SUR LA VARICELLE

à propos des revaccinations.

Dans une récente séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Bergeron parlait à propos de questions de variole et de revaccination, de la confusion que faisait le public en comprenant sous le nom de petite vérole, des maladies essentiellement distinctes à savoir : la varioloïde ou variole modifiée par la vaccine et la varicelle, affection qui, selon M. Bergeron, selon M. Trousseau et beaucoup d'autres cliniciens, n'a aucun rapport avec la variole, et ne saurait en aucun cas garantir des atteintes de celle-ci.

Pour notre compte, nous partageons cette opinion, mais une opinion qui semble contraire, ayant été professée l'année dernière à l'hôpital Saint-Louis par M. Bazin, nous ne croyons pas intempestif de mettre sous les yeux de nos lecteurs, quelques notes prises sur ce sujet aux conférences cliniques de ce médecin éminent.

M. Bazin considère la varicelle comme une affection générique de la peau, caractérisée dans sa période d'état par des vésicules ordinairement discrètes, d'abord transparentes, puis opaques et dont la dessiccation survient du cinquième au neuvième jour. Si la varicelle est précédée et accompagnée de symptômes très-analogues à ceux de la variole et de la varioloïde, elle diffère de ces éruptions par la forme même de sa lésion primitive qui est une vésicule transparente, uniloculaire, non ombiliquée et d'une durée relativement courte.

Cependant au point de vue de l'identité ou de la non-identité de la varicelle, de la varioloïde et de la variole, question si longtemps débattue, voici comment s'exprimait M. Bazin :

Je ne veux point entrer dans une discussion qui pourrait être longue ; ce que je tiens seulement à dire, c'est que mon expérience personnelle m'autorise à considérer la varicelle éruptive comme une des expressions les plus bénignes du principe morbifique qui engendre la variole et la varioloïde.

M. Bazin ajoutait que cette éruption se montrait dans les mêmes circonstances que la variole et pouvait revêtir également le caractère épidémique. De plus, disait-il, la varicelle éruptive (qualification dont se sert M. Bazin, pour distinguer cette espèce de la variole syphilitique) est une maladie contagieuse et communique à ceux qu'elle a atteints, une immunité temporaire ou indéfinie.

Toutefois le médecin de Saint-Louis ne conclut pas de ce fait que l'individu qui a eu la varicelle, peut, à la rigueur, se dispenser de la revaccination ; et en effet, puisqu'il est acquis à la science qu'une première atteinte de variole ne met pas complétement et à tout jamais à l'abri d'une seconde atteinte, il est peu probable que la varioloïde, et à plus forte raison la varicelle, qui, dans la théorie de M. Bazin, ne serait qu'une expression encore plus affaiblie de la variole, puisse donner une protection suffisante contre une atteinte éventuelle de celle-ci. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

ASCITE GUÉRIE PAR INJECTION IODÉE.

(Observation recueillie par M. de DARVIEU.)

Au mois de mars dernier, J. C..., poêlier, à la suite d'une dyssenterie de moyenne intensité, vit tout à coup son ventre considérablement augmenter. Dès cette époque, l'hydropisie fut reconnue et diversement traitée jusqu'au 6 octobre, date de l'entrée du malade à l'hôpital de Lyon, salle Sainte-Marie, service de M. Guyénot.

Doué d'une bonne constitution, ce malade âgé de quarante-six ans, présentait alors des parois abdominales fortement distendues, luisantes, avec saillie de l'ombilic, mates et donnant la sensation du flot. — La transpiration cutanée avait disparu depuis longtemps; l'urine, sans albumine, était rare et limpide. La respiration, la circulation ne présentaient rien d'anormal, sauf un peu d'œdème des extrémités survenu deux mois après le début, et quelques râles muqueux sans importance.

Il n'y avait ni obstacle à la circulation, ni altération rénale; on ne pouvait invoquer l'anémie ou la tuberculisation. Restait la cirrhose, les troubles des fonctions de la peau ou la péritonite sub-aiguë : c'est à cette dernière hypothèse qu'un examen réitéré nous conduisit.

Les émétiques, les drastiques, les purgatifs salins furent tour à tour employés sans succès ; enfin, le 26 octobre, la tension et le volume du ventre augmentant, la ponction fut pratiquée; l'examen de l'abdomen, fait alors dans de meilleures conditions, donna un résultat négatif. — Il s'écoula un liquide citrin contenant quelques grumeaux albumineux, traces tangibles d'une inflammation de la séreuse confirmant le diagnostic. — Le liquide fut évacué autant que possible, et l'injection suivante fut pratiquée :

Teinture d'iode.	30 grammes.
Iodure de potassium.	5 —
Eau.	160 —

Tout le liquide fut laissé dans la cavité séreuse. — Des douleurs abdominales très-vives persistèrent pendant quatre à cinq heures. Le pouls monta de 80 à 120. — Cependant le ventre avait conservé sa souplesse; sa température était modérée, bien que la palpitation réveillât la douleur. — La langue était humide; il n'y avait ni faim, ni soif anormale, ni chaleur au gosier, ni troubles nerveux; en un mot, aucun phénomène d'iodisme. — Le 30, le ventre était indolent, et le pouls battait 80. — Le malade, revu le 25 décembre, se livre depuis deux mois à l'exercice de sa profession, et l'examen confirme l'idée d'une cure radicale.

Pour assurer l'action de l'iode, toute l'injection a été laissée dans la séreuse.

Cette manière de faire est justifiée par ce fait assez généralement admis aujourd'hui que les accidents d'iodisme sont beaucoup moins à redouter qu'on n'avait pu le croire.

Quant aux accident locaux, toute la question est de les empêcher de dépasser certaines limites, puisqu'ils sont nécessaires à la guérison.

Pour déterminer ces limites, il faut s'enquérir du mode d'action de l'iode.

Si l'on admet que l'iode des injections n'agit localement que précipité de sa dissolution, c'est-à-dire à l'état métallique, on sera forcé de conclure :

1° Que l'action locale étant la seule à rechercher, on devra éviter tout ce qui la diminue ;

2° Que l'alcool ajouté à l'injection ou à l'iodure de potassium, en rendant plus soluble le mélange, c'est-à-dire en divisant davantage l'iode métallique, favorise l'absorption et diminue l'action locale ; il serait préférable d'adopter un liquide uniquement composé d'eau et de teinture d'iode, dont les proportions varieraient suivant la modification locale à opérer. (*Gazette médicale de Lyon.*)

TRAITEMENT DE LA BALANO-POSTHITE,

Par M. le Dr KUBORN.

Le traitement de la balano-posthite chez un individu sans phimosis est des plus simples. Il suffit d'user d'un régime doux, de soins de propreté, de lotions d'eau fraîche, de l'interposition d'un linge fin entre le gland et le prépuce, pour obtenir la guérison en trois ou quatre jours. Bien que l'affection soit plus intense, on arrive au même résultat en badigeonnant la surface du gland à l'aide du crayon de nitrate d'argent ou en lotionnant la partie avec des solutions de 0 gr. 30 c. de nitrate d'argent cristallisé pour 100 grammes d'eau distillée. La durée de la maladie est plus longue lorsqu'il y a phimosis, et qu'on ne peut séparer les surfaces. On pratique alors cinq ou six injections au nitrate d'argent, ensuite on enveloppe la verge d'un linge fin, légèrement compressif, humecté d'eau de Goulard. Si l'inflammation du prépuce est telle qu'il y ait menace d'érysipèle ou de gangrène, il ne faut pas craindre d'user largement d'un traitement anti-phlogistique : Quinze à vingt sangsues au périnée, de préférence à l'aine. Si le mal n'est pas enrayé, on emploie le traitement anti-gangréneux suivant :

Pr. : Camphre.	1 gramme.
Extrait de quinquina.	2 grammes.
Extrait thébaïque.	50 centig.

F. S. A. 20 pilules, à prendre de trois à six par jours.

A l'extérieur, en injections entre le gland et le prépuce :

Décoction concentrée d'écorce de quinquina jaune.	150 grammes.
Extrait thébaïque.	1 gramme.

Cinq à six injections; applications continuelles de compresses imbibées du même liquide.

Éviter la chaleur du lit.

Dans tous les cas, les cataplasmes, les bains tièdes, les lotions d'eau de guimauve, de lin, seront des moyens nuisibles plutôt qu'utiles, en ce qu'ils favorisent l'œdème du prépuce.

Un régime doux ou approprié, l'administration de quelques purgatifs salins en cas de constipation, complètent le traitement. (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liége.*)

DE LA HERNIE DIAPHRAGMATIQUE CONGÉNITALE

par M. le docteur DUGUET, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Nous reproduisons les conclusions dans lesquelles l'auteur résume sa thèse inaugurale (1).

I. Il est essentiel de distinguer dans la hernie diaphragmatique en général, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, la hernie d'origine congénitale et la hernie d'origine non congénitale.

II. Leur forme habituelle à toutes deux consiste dans une ouverture au diaphragme, sans sac.

III. Contrairement à la hernie non congénitale, la hernie congénitale est sensiblement aussi fréquente à droite qu'à gauche ; et s'il reste encore pour cette dernière une fréquence un peu plus grande à gauche qu'à droite, il faut l'attribuer à la présence du grand cul-de-sac de l'estomac chez le fœtus, et non à la présence du lobe gauche du foie.

IV. Contrairement à la hernie non congénitale, la hernie congénitale a un siége fixe dans la partie postérieure de chaque moitié du diaphragme, et son existence sur le milieu du muscle, conformément à l'opinion de certains embryologistes, est formellement démentie par l'examen des faits.

V. L'orifice du diaphragme résulte, dans la hernie congénitale, de l'absence d'une portion du muscle ; dans la hernie non congénitale, d'une ouverture placée au sein même du muscle. D'où, dans le premier cas, la forme du diaphragme en *croissant*, autour de l'ouverture, et dans le second, la forme en *boutonnière*.

VI. Cette absence d'une portion du diaphragme tient, selon toute vraisemblance, à un arrêt de développement du muscle.

VII. Il serait possible dans quelques cas, en raison de l'absence habituelle d'autres vices de conformation chez les sujets porteurs d'une hernie diaphragmatique congénitale, que cet orifice résultât d'une aberration de lieu des fibres destinées à le combler normalement.

VIII. Les organes introduits dans la poitrine sont, par ordre de fréquence : l'estomac et la rate qui le suit presque toujours; l'intestin grêle, le gros intestin, le foie, l'épiploon; très-rarement le duodénum, le pancréas et le cæcum. Tous ces organes, sauf le foie, sont ordinairement réductibles.

IX. Les symptômes, la marche, le diagnostic de cette affection, sont encore à préciser.

X. La durée est ordinairement très-courte; le pronostic, de la plus haute gravité; la terminaison fatale.

XI. Dans ce cas, la mort arrive par asphyxie comme dans la submersion, et peut constituer en médecine légale un cas de non-viabilité. Elle reconnaît pour cause l'état rudimentaire des poumons.

XII. Enfin il est à craindre que médecine et chirurgie soient à jamais impuissantes pour remédier à un tel vice de conformation.

(1) Paris, 1866. Adrien Delahaye.

DE L'ACÉTONOMIE

par le docteur A. CANTANI.

L'acétonomie, ou maladie infectieuse engendrée par le développement spontané d'acétone dans l'organisme, est de découverte récente.

L'acétone est un corps volatil, que l'on extrait de diverses substances organiques, sous la forme d'un liquide incolore d'une odeur particulière, assez semblable à celle du chloroforme. Sa composition chimique est la suivante : six équivalents de carbone, six d'hydrogène et deux d'oxygène.

L'acétone se développe dans l'économie par la fermentation des matières organiques et surtout du sucre de raisin. L'observation clinique démontre que l'acétone se forme facilement chez les individus qui sont atteints de catarrhe de l'estomac; en effet il y a sécrétion abondante du mucus, qui s'altère et donne lieu à une fermentation spéciale. L'acétone provient des organes dont les veines vont se jeter dans la veine cave ascendante, et spécialement du foie et du canal gastro-intestinal.

L'acétonomie se développe principalement sous l'influence des causes suivantes :

1° Les écarts de régime, l'abus des boissons alcooliques;

2° La constipation opiniâtre qui détermine consécutivement une décomposition des matières fécales dans l'intestin ;

3° Quelques affections fébriles et surtout la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde ;

4° Le diabète, les maladies organiques de l'estomac (cancer du pylore, du cardia, cancer diffus des parois) ;

5° L'inanition.

L'examen cadavérique n'a jamais rien révélé de particulier ; mais le sang, les muscles et surtout les viscères exhalent une forte odeur d'acétone.

L'acétone agit comme l'éther et le chloroforme. Quand il ne se trouve que dans le sang veineux, en petite quantité seulement, il ne détermine aucun accident grave ; mais on peut le reconnaître par l'odeur spéciale de l'haleine du malade. Au contraire, sa présence dans le sang artériel constitue une véritable maladie. Un des premiers symptômes est un certain degré d'excitation, et une fois que l'acétone est arrivé au centre nerveux, on voit aussitôt apparaître la dépression des forces qui augmente sans cesse jusqu'à la mort. Cependant l'intensité de cette excitation et de cette dépression est subordonnée à la constitution individuelle. Non-seulement la contractilité et la sensibilité électro-musculaires sont diminuées ou suspendues, mais encore la sensibilité cutanée. L'auteur cherche à démontrer ici que ces divers phénomènes tiennent à une action toxique qui s'exerce à la fois sur les centres nerveux et sur les nerfs périphériques. Une chose très-digne de remarque, c'est que si l'on applique sur la peau anesthésiée des sinapismes, des vésicatoires, les effets inflammatoires de ces révulsifs ne se produisent que très-lentement. Parmi les autres symptômes, signalons encore la faiblesse de la respiration, une aphonie presque complète, le resserrement et l'immobilité des pupilles, la rétention d'urine, la suspension presque complète de toutes les sécrétions, le ballonnement du ventre, et une odeur très-pénétrante de la transpiration cutanée qui est exagérée et de l'haleine. Enfin les mouvements du cœur et les pulsations artérielles sont très-ralentis, mais dans les derniers moments de la vie, le nombre des pulsations artérielles ainsi que la chaleur

augmentent considérablement par suite de la paralysie complète des nerfs vaso-moteurs.

La maladie peut durer quelques jours ; dans certains cas elle dure quelques heures seulement.

L'auteur cherche ensuite à distinguer l'acétonomie de la fièvre typhoïde, de l'hydrocéphale et de la méningite aiguë.

L'acétonomie peut se terminer par la mort; mais le plus souvent la guérison a lieu.

Quant au traitement, il consiste à prévenir les fermentations organiques en activant les sécrétions et à combattre les causes que nous avons énumérées. Lorsque l'acétone s'est développé dans l'organisme, il faut favoriser son élimination, soit par les excitants, soit par les purgatifs. Enfin on ne doit pas perdre de vue les diverses indications symptomatiques et surtout ne pas oublier de vider la vessie.

L'auteur termine son mémoire en indiquant le moyen de rechercher la présence de l'acétone dans les urines.

Voici ce moyen indiqué par Petters. Il consiste à distiller une certaine quantité d'urine ; on obtient ainsi un liquide alcalin limpide comme de l'eau, et dont l'odeur rappelle à la fois celle de l'ammoniaque, de l'acide carbonique et des substances bitumeuses. On neutralise ce liquide au moyen de l'acide sulfurique, puis on le distille de nouveau et à plusieurs reprises au-dessus du chlorure de sodium ; enfin on le met au bain-marie. Le liquide ainsi obtenu est incolore, clair et de réaction neutre : c'est l'acétone. Petters dit avoir retrouvé aussi, par ce moyen, de l'acétone dans le sang. (*Il Morgagni et Gazette médicale.*)

SUR L'OPINION

que les vapeurs sulfureuses pourraient neutraliser les causes du choléra,

par M. GUYON.

L'immunité à l'endroit du choléra, dont a joui jusqu'à présent Fahlun en Dalécarlie (Suède), pouvait être attribuée aux vapeurs sulfureuses qui s'y dégagent de la grande exploitation de cuivre pyriteux qui s'y fait (1) ; mais nous apprenons que, lors du choléra qui, en 1854, a régné à Sainte-Lucie, l'une des Antilles anglaises, le bourg de la Soufrière en a été plus affligé que les autres parties de l'île. On y a compté, en effet, jusqu'à vingt-deux décès en un seul jour, ce qui est beaucoup pour sa faible population. Or, le bourg de la Soufrière, que j'ai visité dans le temps (1815), est situé au-dessus, et à moins de 2 kilomètres, des chaudières en ébullition de l'ancien cratère de l'île, chaudières d'où se dégage incessamment une colonne de vapeurs sulfureuses dont l'atmosphère du bourg est toujours plus ou moins imprégnée ; elle en est même, on pourrait dire, saturée, alors que la population se trouve sous le vent des chaudières.

(1) On peut évaluer de 3,000 à 4,000 âmes la population de Fahlun, et de 200 à 300 le nombre des ouvriers attachés à son exploitation.

D'où résulte que si le choléra a respecté des lieux d'où se dégagent des vapeurs sulfureuses (1), tels que la grande exploitation suédoise mentionnée plus haut, c'est vraisemblablement parce qu'il ne s'y est pas encore présenté ou, en d'autres termes, parce que les causes en puissance de le produire ne s'y sont pas encore introduites.

Sans doute, on peut en dire autant de certaines contrées marécageuses et de certaines localités évidemment insalubres, telles que celles où existent des tanneries, des abattoirs, des matières excrémentielles en putréfaction (2), etc., et qui pourtant ont été respectées par le choléra, alors qu'il frappait plus ou moins fort dans le voisinage, sur d'autres contrées ou sur d'autres localités ne laissant rien à désirer sous le rapport de la salubrité. C'est une bizarrerie de la maladie dans sa marche, bizarrerie qui, hâtons-nous de le dire, n'est sans doute qu'apparente : elle doit se ratacher à l'inconnu des causes qui la produisent. Elle rappelle en tous points celle de la marche du fléau cosmopolite du VIe siècle fléau qui de plus, comme le choléra, s'accommodait également bien de tous les climats, climats déterminés soit par la latitude, soit par l'altitude, comme également bien aussi, par conséquent, de toutes les températures. D'où, pour le dire en passant, ne serait-il pas déraisonnable de voir, dans la maladie du VIe siècle, le choléra lui-même, admettant toutefois que, dans certaines contrées, elle s'accompagnait de la peste orientale ; car, dans la description qu'en ont donnée deux auteurs contemporains, Agathias (*Histoire de l'Église*) et Évagre (*Histoire de Justinien*), le premier parle de *charbons*, et le second de *boutons*, de *charbons* et de *tumeurs* ou *abcès* dans les aines. Du reste, dans ces temps reculés, la peste orientale, comme on sait, était presque en permanence en Europe, mais surtout en Orient.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi, 7 mars.

Voici son ordre du jour : — 1° Nouvelles considérations sur le phénomène de la respiration, par M. le docteur Kauffmann ; — 2° De l'inflammation de la tunique vaginale, par M. le docteur Dupré; — 3° Des maladies régnantes, par les membres de la Société; — 4° Dissertation philosophique sur les grands phénomènes de la végétation, par M. F. Plée, naturaliste; — 5° Compte rendu analytique d'ouvrages, par MM. Girault et Moretin.

(1) On nous écrit de Naples qu'il n'a point pénétré dans les fabriques d'allumettes chimiques de cette ville.

(2) Un Membre de l'Académie des sciences faisait observer, à l'occasion du fait offert par la population de Fahlun, que lorsque le choléra, peu après son invasion en France, régnait à Montpellier, ville assez connue pour sa salubrité, la caserne du génie, qui en est peu distante, n'en fut pas touchée, bien que cette caserne fût alors infectée par les immondices de la troupe, par suite du mauvais état des lieux d'aisances et des fortes chaleurs de l'époque (Comité du 24 juillet 1865.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebord, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Science et nature, essais de philosophie et de science naturelle, par le docteur Louis Buchner (traduction de l'allemand par M. Aug. Delandre.) Deux vol. in-18, faisant partie de *la Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Prix : 5 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière, éditeur.

La science et les savants en 1865 (deuxième semestre), par M. Victor Meunier. Un vol. in-18 de 360 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Germer Baillière, éditeur.

Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie, par le docteur E. Bouchut, médecin de l'hôpital des enfants malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8°, avec atlas de planches chromo-lithographiées. Prix : 9 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière, éditeur.

Hygiène et thérapeutique, au point de vue de l'hydrothérapie de l'eau de mer et des eaux minérales, par M. le docteur Bottentuit, directeur de l'établissement de Rouen. Un vol. in-8° de 400 pages. Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1866, Germer Baillière, éditeur.

Enseignement libre. Discours d'adieu de M. le docteur Dupré à ses élèves à l'ouverture de son cours (13 novembre 1865). Une broch. in-8°. Prix : 75 cent. — Paris, 1866, Germer Baillière, éditeur.

De l'étranglement intestinal, par le docteur Anger. In-4°, avec figures dans le texte. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière, éditeur.

Iconographie des maladies chirurgicales, par le docteur Anger. 5e livraison in-4°, composée de huit planches coloriées et figures dans le texte. Prix : 12 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière, éditeur.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et Armand Després, chirurgien des hôpitaux. 1re partie, avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le vingt-huitième fascicule du **Grand dictionnaire universel du XIXe siècle**, de M. Pierre Larousse, est en vente. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales; le *Grand dictionnaire universel* paraît avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Vingt-huit fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 volumes in-8°, sont en vente. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 28. — JEUDI 8 MARS 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 8 MARS 1866. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 MARS 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Il n'est plus de séance où ne figurent la vaccine animale et la trichinose, ces deux sujets intarrissables de la préoccupation publique, qui ont fait presque oublier et le choléra et le typhus. M. Robin a mis sous les yeux de ses collègues quelques échantillons de trichines qui lui ont été très-précieusement expédiés de Berlin. Il se propose d'en faire l'objet d'une série d'expériences, dont il fera connaître ensuite les résultats à l'Académie. Puisse le zèle scientifique n'aller pas trop loin, et, sous le prétexte d'étendre nos connaissances et de satisfaire notre curiosité, ne pas acclimater chez nous ce dangereux parasite !

Quant à la vaccine animale, elle ne s'est présentée que sous la forme de quelques rectifications. La discussion est toujours imminente, mais en suspens.

La séance presque entière a été consacrée à la suite de la discussion sur le rapport de M. Gosselin et sur la méthode des incisions sous-cutanées des anthrax de M. A. Guérin. Nous résumerons les faits et les points principaux de doctrine qui ressortiront de cette discussion lorsqu'elle sera terminée.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. BARTH.

Phlébite rhumatismale.

(Observation lue à la Société médicale d'observation, par M. PELVET, interne du service.)

Une phlébite se déclarant dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, n'est pas un accident extrêmement rare. M. Bouillaud en cite plusieurs exemples, et il serait facile d'en recueillir un certain nombre. Il peut n'y avoir là rien de spécial au rhumatisme; c'est une complication qui se rencontre dans beaucoup d'autres maladies, quand une cause locale vient lui servir de point de départ.

Le nom de rhumatismale ne saurait convenir à toute inflammation, par cela seul qu'elle s'est développée dans le cours d'un rhumatisme; souvent celle-ci survient à titre de simple complication et reconnaît une cause tout accidentelle.

C'est ce qui a lieu pour la plupart des phlébites dites rhumatismales.

Mais il en est qui, se développant sans cause locale manifeste, et s'accompagnant de tous les symptômes propres au rhumatisme et surtout du phénomène le plus fréquent, l'arthrite, méritent véritablement le nom de phlébites rhumatismales.

Celles-ci sont rares, entourées de symptômes inusités et d'un diagnostic souvent obscur. Aussi n'aurais-je pas osé donner à cette observation le nom qu'elle porte, si je n'avais pour exemple un fait rapporté par M. Trousseau, le seul, je crois, qui ait paru avec ce titre et l'ait justifié.

Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, d'une constitution robuste, entre le 13 avril 1865, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, numéro 5.

Jusqu'à ce jour, il avait joui d'une santé parfaite et n'avait eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde légère, il y a dix-huit mois.

Il n'a dans ses antécédents aucune trace de scrofule, de phthisie, ni de syphilis. Ses parents n'étaient pas rhumatisants et lui-même n'a eu jusqu'ici aucune attaque de rhumatisme.

Il y a cinq mois, il est venu habiter Paris, et s'est placé comme valet de chambre. Bien logé, bien nourri, il n'a point eu à subir de fatigues exagérées et n'a fait d'excès d'aucun genre.

Dans la journée du 8 avril, il ressentit un malaise général, une courbature dans tous les membres. Le soir, cet état se prononça davantage; il survint de violentes douleurs de tête et des douleurs contusives dans les mollets. La nuit se passa sans sommeil; il avait la peau brûlante et couverte de sueur. Il ressentit même quelques frissons en se mettant au lit.

Le lendemain, il eut un accès de fièvre à trois heures du soir. Les mollets enflèrent et devinrent très-douloureux. La courbature continuait et allait en augmentant.

Le 11, un nouvel accès de fièvre parut vers le soir.

A partir de ce jour, les douleurs des mollets n'ont pas augmenté; mais il en a ressenti depuis dans les bras. Il entre le 13 avril à l'Hôtel-Dieu.

Ce qui frappe tout d'abord en lui, c'est l'extrême prostration dans laquelle il est plongé. Ses membres sont dans une immobilité absolue, et lorsqu'il veut les soulever ou même les changer de place, on voit qu'il éprouve de vives douleurs et qu'il est obligé de faire un effort, comme s'ils étaient devenus pesants au-dessus de ses forces.

Cependant sa face est rouge et injectée, ses yeux brillants; la peau chaude et moite; le pouls à 100.

L'examen de la surface cutanée montre une éruption assez irrégulière peu abondante et dont l'élément n'est pas nettement caractérisée dans tous les points.

Sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, se voit une petite ulcération à fond jaunâtre, peu déprimée. Une pareille se remarque sur le pharynx du même côté.

Sur la poitrine, au niveau de la clavicule gauche, est un bouton rouge, induré, de forme allongée. Il est entouré de quelques petites taches rouges disséminées pareilles à des piqûres de puce. Pas d'autre éruption sur le thorax et l'abdomen, si ce n'est quelques boutons d'acné qui semblent assez récents.

Sur le bras gauche, au niveau de la saignée, se remarque une petite plaque saillante, du diamètre d'une pièce de deux francs. Elle est arrondie, rouge, un peu indurée, et surmontée d'un groupe de vésicules herpétiques disposées en couronne et entourant un espace rouge foncé que recouvre une mince squame blanchâtre.

Sur le bras droit, l'éruption a un autre aspect. Elle est formée d'une dizaine de papules rouges disséminées, entourées d'une aréole foncée.

Les masses musculaires des deltoïdes et de l'avant-bras sont très-douloureuses à la pression ou lorsque le malade les contracte.

Aux membres inférieurs, la face interne de la cuisse droite présente plusieurs petits groupes de vésico-pustules réunies ensemble et entourées d'une aréole rouge très-foncé.

A la cuisse gauche, il n'y a qu'une grosse vésicule isolée avec un cercle rouge autour d'elle.

Sur le tiers inférieur des deux jambes, la peau offre des plaques rouges irrégulières, au niveau desquelles on sent un épaississement diffus du tissu sous-cutané et où la pression est douloureuse. Ces rougeurs remontent en suivant le trajet de la saphène depuis le cou-de-pied jusqu'aux mollets. Ceux-ci sont très-gonflés, durs, rénitents; leur température est élevée.

La moindre pression exercée sur eux, surtout lorsqu'on les prend à pleine main, détermine immédiatement une douleur si vive que le malade pousse des cris et essaye de retirer sa jambe, malgré sa crainte extrême pour tout mouvement.

Le creux du jarret est également très-douloureux à la pression, et on y sent une tuméfaction qui paraît suivre le trajet de la veine poplitée.

Ces phénomènes sont également prononcés des deux côtés.

La cuisse droite est douloureuse à sa partie antérieure; mais on n'y sent pas d'empâtement. Les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume.

Les articulations ne présentent aucun gonflement, aucune rougeur.

Les genoux seulement sont le siége de douleurs vagues spontanées et déterminées par la pression.

A l'auscultation et à la percussion de la poitrine, on ne trouve rien d'anomal dans les poumons.

Les bruits du cœur semblent un peu sourds; mais il n'y a pas de bruit de souffle.

Le ventre est douloureux au niveau du flanc gauche; il ne présente aucune espèce de tache.

Le foie et la rate ont leur volume habituel.

La langue est couverte d'un enduit blanchâtre un peu jaune. Pas de nausées ni de vomissements. Soif vive. Un peu de diarrhée.

Les urines ne donnent pas de précipité par la chaleur et l'acide nitrique.

Traitement. — Sulfate de quinine, 50 centigrammes ; Limonade, 2 pots.

Le 15, les mollets sont encore plus sensibles et plus gonflés; la peau y est rouge et tendue. On dirait qu'un abcès profond existe au milieu des muscles; mais il n'y a pas apparence de fluctuation. Le mollet droit est le plus fortement pris; la moindre pression cause des douleurs atroces.

Le soir du même jour, le malade accuse une douleur dans le bras gauche. En l'examinant, on trouve à sa partie interne et supérieure, sur le bord du biceps, une plaque saillante, allongée de 8 centimètres environ, au niveau de laquelle la peau a une teinte violacée et présente un empâtement profond, bien limité. Cette plaque suit le trajet de la veine basilique et s'étend jusqu'à l'axillaire.

La fièvre est moins forte. Pouls 90.

Les accès n'ont pas reparu depuis qu'il prend du sulfate de quinine, mais la prostration et la courbature sont les mêmes. Plus de diarrhée.

Le 17, sur le bras droit paraît un petit groupe d'herpès analogue aux précédents. L'éruption dans les autres points est stationnaire ou tend à disparaître. L'avant-bras droit présente le long de son bord cubital et sur le trajet de la veine de ce nom un empâtement douloureux formant une plaque allongée nettement circonscrite. Le bras gauche continue à faire éprouver de vives douleurs. Quelques soubresauts dans les muscles des bras et surtout dans les jambes. Les gencives sont tuméfiées et présentent un enduit blanchâtre. Elles n'ont pas fourni d'écoulement sanguin.

Le 18, la prostration est la même. Peau chaude; pouls fréquent. Le mollet droit est désenflé; il est moins rouge et moins douloureux à la pression. Le gauche est presque revenu à son volume normal et n'est plus douloureux. Il y a aussi de l'amélioration du côté des membres supérieurs.

Le 20, sur le mollet droit qui est désenflé paraissent deux petits groupes d'herpès. Le malade se plaint encore de vives douleurs dans le bras gauche, au niveau de la veine basilique. L'état général est meilleur.

Le 25, l'amélioration s'est continuée. Le malade s'est un peu relevé de son état déprimé; il exécute quelques mouvements. Les masses musculaires des mollets n'ont conservé qu'une sensibilité un peu plus vive à la pression et une certaine faiblesse. La fièvre est tombée et la chaleur plns uniforme.

Mais un nouveau symptôme est apparu du côté du cœur, c'est un bruit de souffle au premier temps, à la base.

Les battements sont toujours éloignés et les bruits plus sourds que d'habitude. Cependant la percussion ne fait pas constater une matité plus grande.

Hier dans la journée, l'avant-bras gauche est devenu douloureux au niveau de la saignée. Le soir, on sentait le long de son bord externe une tuméfaction ayant la forme d'un cordon dur, arrondi et dessinant en relief le trajet de la veine radiale; la peau, à ce niveau, est rouge et chaude.

Le 28, l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le vaisseau s'est dissipée; mais la veine radiale forme un cordon dur qui se prolonge le long du bord externe de l'avant-bras jusqu'à trois doigts environ du pli du coude, et là, elle se termine par une petite tumeur noueuse, saillante et dure, du volume d'un gros haricot.

L'induration des autres veines tend à disparaître.

Le malade se plaint d'une vive douleur à la région du foie, qui est très-sensible à la pression. Vésicatoire.

Le 30, la douleur est moindre. L'induration de la veine radiale ne s'est pas modifiée.

Le 3 mai, le malade se rétablit, quoique assez lentement. Le cordon de l'avant-bras gauche persiste; celui du bras droit a disparu. Douleur dans le genou droit, qu'il remue plus difficilement.

Les jours suivants, le genou est douloureux et gonflé; la peau y est rouge et chaude.

Le malade est agité le soir, il ressent un malaise général.

Le 7, le genou droit est moins sensible et moins enflé. Les mollets sont revenus à leur volume ordinaire; ils ne sont plus douloureux, mais encore un peu faibles. Plus d'empâtement à la partie inférieure des jambes, dans les jarrets ni dans le bras droit. Le bras gauche seul présente de l'induration sur le trajet de la veine radiale.

Les bruits du cœur sont soufflants et peu distincts; cependant, le malade n'a ni oppression ni palpitations.

Il a conservé un peu de sensibilité au niveau du foie.

L'appétit est revenu ainsi que les forces.

Il part, le 12 mai, en convalescence à Vincennes.

En résumé, un homme de vingt-deux ans est pris, en pleine santé, sans cause connue, de malaise, de courbature générale qui arrive en peu de temps à une prostration complète des forces.

Les mollets enflent, deviennent durs et douloureux, les masses musculaires des bras sont également très-sensibles. Cet état s'accompagne au début d'une réaction fébrile et d'accès revenant tous les deux jours, vers le soir, mais cédant rapidement au sulfate de quinine.

La peau devient le siége d'une éruption irrégulière, peu nombreuse, occupant surtout les bras et les cuisses, formée ici de vésicules réunies en groupes d'herpès, là, de papules disséminées et dans les deux formes, entourées d'une rougeur très-foncée.

Bientôt apparaissent successivement sur le trajet des veines saphène et poplitée, de la cubitale droite et de la radiale du même côté, des cordons durs ou des plaques rouges et indurées, annonçant que ces veines et le tissu qui les entoure sont le siége d'une inflammation.

En même temps le cœur se prend et on entend un bruit de souffle au premier temps.

Au bout de six jours les mollets, après avoir présenté les symptômes d'une inflammation aiguë tendant à la suppuration, reviennent à leur état normal.

La douleur et l'induration des veines persistent pendant douze à quinze jours et s'éteignent graduellement.

L'état général se relève assez vite, et le malade entrait en convalescence, lorsque le genou droit, qui était rouge et un peu douloureux au début est pris d'une inflammation plus vive. Mais en quatre ou cinq jours, cette inflammation se calme, et ne vient retarder la guérison définitive que pour donner en quelque sorte sa caractéristique à la maladie.

En présence des symptômes si étranges du début, de la dépression profonde des forces, de l'éruption, du gonflement douloureux des mollets et des bras, le diagnostic demeura d'abord fort incertain.

On pensa à la morve aiguë. Il y avait en effet sous certains rapports les plus grandes ressemblances entre ces deux affections. Mais le malade, interrogé soigneusement, affirma n'avoir eu aucun contact depuis longtemps avec des chevaux soit sains, soit malades, ni avec des gens chargés de les soigner.

Cette idée de la morve, par un singulier hasard, s'est présentée également à l'esprit de M. Bouillaud, en face d'un cas pareil, qu'il n'est peut-être pas inutile de rapprocher de l'observation précédente.

En voici le titre, qui résume les particularités les plus importantes : « Fièvre avec phénomènes typhoïdes très-prononcés, et dans le cours de laquelle il survint des douleurs avec gonflement de l'articulation tibio-tarsienne gauche et au bras, depuis l'épaule jusqu'au coude, en même temps que des pustules avec phlyctènes sur diverses régions du corps. » A l'autopsie, pas d'altération des plaques de Peyer; il y avait du pus dans l'articulation du pied et une phlébite de la veine axillaire. Ici, il est bon de dire que cette phlébite n'était pas, comme dans plusieurs autres cas signalés par M. Bouillaud, seulement caractérisée par la rougeur. « Mais les parois des veines étaient, dit-il, épaissies et comme artérialisées, et contenaient des caillots fibrineux assez denses. »

Le sujet de cette observation n'avait point été non plus en rapport avec des chevaux ni exposé à contracter la morve.

L'absence d'altération des plaques de Peyer exclut l'idée d'une fièvre typhoïde. Bien des rapports existent entre l'histoire de ce malade et les autres observations de phlébite ; aussi, peut-on croire qu'il s'agissait là d'un fait analogue.

Dans ces cas, deux symptômes pouvaient surtout faire penser à la morve, l'éruption et le gonflement des mollets ; et comme ils semblent avoir été sous la dépendance de la phlébite, il est bon de s'y arrêter un instant.

L'éruption occupait surtout les membres affectés et semblait liée à l'apparition des indurations de la phlébite. Quant à sa forme, elle a été très-variable.

Une éruption pustuleuse, mêlée de phlyctènes, se remarquait dans le cas de M. Bouillaud. Dans celui de M. Trousseau, il y avait des phlyctènes et des pétéchies. Quelle que soit la forme de l'éruption, varioliforme, ecchymotique, vésiculeuse, elle semble liée dans tous les cas à l'oblitération vasculaire. Ce serait même là, d'après M. Trousseau, sa cause directe.

Il est peut-être à propos de faire remarquer qu'on trouve quelquefois également dans l'endocardite des éruptions varioliformes qui peuvent en imposer quelques instants et faire croire à une fièvre éruptive anomale.

Peut-être dans les deux cas, l'éruption cutanée se relie-t-elle à un trouble de la circulation.

Le gonflement des mollets, leur rénitence, leur extrême sensibilité, pouvaient faire croire à un abcès profond, et cependant la résolution s'opéra avec facilité et sans la moindre tendance à la suppuration. On pouvait penser aussi à un rhumatisme musculaire. Dans tous les cas, cette tuméfaction n'était pas facile à expliquer.

Cependant, si on réfléchit que les veines saphène et poplitée étaient enflammées, que plusieurs autres veines furent prises successivement aux membres supérieurs, on pourra bien émettre l'idée que cette tuméfaction des mollets était due à une inflammation des veines profondes. Elle suivit, en effet, la même marche que l'induration des autres veines. On peut encore appuyer cette supposition sur ce qui a lieu dans la *plegmatia alba dolens*. La douleur est souvent fort vive à la partie postérieure des mollets et alors que les veines superficielles ne sont pas prises, on trouve à l'autopsie, pour expliquer ces vives douleurs, cette sensibilité exagérée, une phlébite des veines profondes.

J'ai dit qu'on aurait pu penser à un rhumatisme musculaire. L'affection décrite sous ce nom présente, en effet, quelquefois ces symptômes. C'est surtout dans les prétendus cas où il se termine par suppuration. Malheureusement beaucoup de ces rhumatismes musculaires suppurés ne sont que des erreurs de diagnostic. Il serait possible cependant, que ces collections purulentes intermusculaires qu'on rencontre quelquefois dans le cours d'un rhumatisme, fussent le résultat d'une phlébite profonde suppurée.

Mais il faut maintenant parler de la phlébite elle-même et des caractères qui en font une phlébite rhumatismale.

Ce nom a été donné par M. Bouillaud à un certain nombre des phlébites survenues dans le cours d'un rhumatisme; mais ces phlébites ne peuvent être ainsi dénommées, car la plupart reconnaissent pour origine une cause étrangère au rhumatisme. Dans les cas signalés par lui, on reconnaît, en effet, que les uns n'étaient pas suffisamment caractérisés par les altérations anatomiques. D'autres sont survenues dans l'état puerpéral, et malgré le nom de rhumatisme puerpéral qu'il leur donne, paraissent complétement étrangers au rhumatisme. Un certain nombre sont survenues à la suite d'une violente inflammation d'une articulation, et ont été produites probablement par contiguité. Enfin, l'une d'elles est consécutive à un érisypèle.

La phlébite, dont l'origine est véritablement rhumatismale, est une manifestation qui survient spontanément, d'emblée, comme l'endocardite, dont le siége la rapproche, au point de vue anatomique, comme l'arthrite elle-même.

Si elle ne commence pas la série des phénomènes, comme dans l'observation précédente, du moins elle paraît avec les premiers, et le rhumatisme frappe à la fois les veines et les articulations. C'est elle qui domine les autres symptômes et qui imprime à la marche générale de la maladie une physionomie spéciale. Si on compare la marche de cette phlébite avec celle de l'arthrite rhumatismale, on y trouve certaines analogies. Quelques veines seulement peuvent être prises ou bien la plupart sont envahies. L'affection a une grande mobilité, se déplace d'une veine à l'autre, comme cela a lieu pour les articulations.

Enfin ce n'est pas une inflammation indolente des veines qui s'accomplit silencieusement comme dans beaucoup de cas. Ici, les douleurs sont violentes, la sensibilité extrême, le mouvement impossible. Il y a rougeur, chaleur, gonflement, comme dans toute inflammation franche.

Mais y a-t-il des signes caractéristiques de la phlébite rhumatismale? Elle ne diffère pas plus anatomiquement d'une autre phlébite, que l'arthrite rhumatismale d'une arthrite simple. La marche seule pourrait peut-être, si elle était mieux connue, donner les indications nécessaires au diagnostic. Cependant des phlébites multiples se développant avec un appareil analogue à celui que nous avons décrit, ne reconnaissant aucune cause spéciale, pourraient être rapportées par exclusion au rhumatisme.

Mais la meilleure preuve de la nature rhumatismale, c'est la coïncidence d'un rhumatisme articulaire ou d'une inflammation des séreuses du cœur. Non pas que l'arthrite ou la lésion cardiaque caractérise le rhumatisme ; mais étant les plus fréquentes et les mieux connues des manifestations rhumatismales, ce sont elles qui servent de critérium pour reconnaître la nature d'affections plus rares, mais qui n'en sont pas moins et au même titre, sous la dépendance directe de la diathèse.

APHASIE INCOMPLÈTE

par absence de la formation des idées,

par le docteur Augier.

Le 12 juin dernier, je fus appelé auprès de M. X..., âgé de soixante ans, de taille élevée, fortement constitué, mais très-éprouvé par la profession de marin au long cours, et surtout par des maladies graves et nombreuses : une fièvre typhoïde intense, la fièvre jaune qui fit désespérer de ses jours; la variole contractée dans une épidémie grave qui régnait à bord d'un navire de guerre et moissonna la plupart de l'équipage.

Dans sa jeunesse, M. X..., trop pénétré du sentiment de sa force a singulièrement abusé des boissons alcooliques. Un jour pour me donner une idée de sa vigueur d'autrefois, il me racontait que « pour se mettre en joyeuse humeur » il lui arrivait assez souvent de boire un demi-litre d'eau-de-vie et même davantage. Quand on était à terre, l'absinthe était aussi fort en honneur. Longtemps, sans aller jusqu'à l'ivresse, il a été soumis à ce poison du petit verre, qui peu à peu, a ruiné son athlétique constitution.

Après quinze ans de navigation, M. X..., eût une position sédentaire qui lui permit d'habiter la Normandie, son pays natal, où le cidre auquel il s'adonna avec excès, remplaça progressivement ses anciennes liqueurs favorites.

Depuis deux ans, il est sujet à un asthme qu'accompagne un rétrécissement modéré de l'orifice aortique. A part quelques râles souscrépitants à la base, les poumons sont sains.

L'appétit est très-vif et les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement.

Depuis le 17 avril, je donne à M. X..., des soins pour un épithélioma du prépuce que j'ai dû détruire à l'aide du caustique Filhos. La cicatrisation de la plaie se fait avec une extrême lenteur qui tient en partie à l'aglobulie du malade.

Madame X... me raconte que la veille, dans l'après-midi, son mari qu'elle accompagne aux Champs-Élysées, est rentré se portant comme de coutume, sauf une légère céphalalgie. Tout à coup en dînant, il a prononcé quelques mots presque inintelligibles, puis au dessert, sans que sa main fut mal assurée, l'expression de son visage restant naturelle, il s'est mis à semer au hasard les fraises qu'il avait devant lui, comme quelqu'un qui n'a plus conscience de ses actes ou un enfant qui se plairait à un puéril désordre. La nuit qui a suivi a été légèrement agitée, la face plus colorée que d'ordinaire et la peau d'une chaleur insolite. A ma visite, il est calme, m'accueille avec un sourire et me dit : « bonjour docteur » mais avec un certain effort, comme pour aller chercher bien loin sa pensée, puis arrivent des mots vides de sens, qui ne font probablement partie d'aucun dictionnaire, c'est: *mesin, mesin* répété plusieurs fois. Il les dit avec des intonations variées, comme s'il voulait adapter sa voix à des nuances d'expression diverses qui seraient dans son esprit.

L'appareil vocal est d'une intégrité parfaite.

Lorsque je promène un crayon sur plusieurs points de la peau, et lui demande d'exécuter des mouvements, je m'aperçois que la sensibilité et la motilité ne sont point altérées. Il me dit en remuant le bras : « ça ne me fait point de mal » ; puis, comme je le presse de me rendre compte de ses sensations, il fait effort pour répondre, mais ne peut plus rencontrer un mot usuel, intelligible; il retombe encore avec une certaine animation dans son éternel : « mesin, mesin. » Je lui mets un crayon à la main, et, puisqu'il ne peut s'exprimer à l'aide de la parole, je le prie d'écrire ce qu'il ressent ou une idée quelconque. Comme précédemment, c'est toujours le même mot qui apparaît, il l'écrit dix-huit ou vingt fois de suite, d'une main assurée. Je lui demande des chiffres, il n'en peut former un seul. Il a refusé le pansement de sa plaie.

Le 13, M. X... est dans le même état. Le 14, l'amélioration est sensible, il s'informe de ma santé. Le 18, il est à peu près dans son état normal, sauf quelques temps d'arrêt dans le discours, pour chercher l'idée absente.

En présence de ce fait, je me suis demandé s'il n'existerait pas des aphasies dues à l'absence de la formation des idées, dont M. X aurait offert un exemple.

Au début, incomplétement aphasique, il me reconnaît, m'adresse quelques mots qui se lient avec ordre; mais quelle lueur passagère ! encore pour l'obtenir faut-il être pressant et faire que mes paroles soient une cause d'excitation qui ne tarde pas à devenir insuffisante. Il n'a plus le pouvoir de penser sa parole pour parler sa pensée. Ses sens ne sont point troublés, l'appareil vocal est intact, mais l'artiste est inhabile à s'en servir, la plupart des sons qu'il articule sont automatiques. Il ne sait plus vouloir, parce qu'il est inapte à juger.

N'y aurait-il qu'une simple amnésie des mots avec persistance des idées? Mais ces idées ne peuvent être sans les objets représentatifs qui les constituent. J'ai une idée de couleur, de forme, mon esprit voit en lui ces attributs, et dès qu'il les a en sa possession, il ne faut que la volonté pour les parler ou les écrire, si l'appareil vocal et la motilité ne sont pas lésés.

Le fou a encore des idées par cela seul qu'il les possède, il les exprime sous une forme quelconque. Le signe, parole, écriture ou geste suit l'idée comme l'effet suit la cause, tandis que chez notre aphasique il n'y a pas de langage parce qu'il n'en a pas le verbe, le principe.

Pour expliquer l'aphasie, entr'autres théories, on a invoqué l'amnésie des mots, mais ayant pour ainsi dire, derrière elle, les idées toutes prêtes, ne demandant pour sortir qu'un moyen de transport : la parole ou l'écriture.

Et comment affirmerait-on qu'il existe des idées, quand rien ne les manifeste, qu'il n'y a plus de signe représentatif de leur existence. Les admettre dans ce cas, ce n'est pas croire simplement, affirmer comme on affirme un mysticisme ! Il n'y a pas plus de mysticisme en psychologie que dans les autres sciences. On affirme parce qu'on sait et qu'on prouve ; on doute parce qu'on ignore. Quand je pense, je vois en moi, mon idée seule prouve que mes facultés intellectuelles sont en action. La parole, le geste, l'écriture n'y ajoutent que la forme sensible, le moyen de relation. L'être intelligent et conscient ne peut avoir en lui une idée sans que sa manifestation, s'il en a la libre volonté, ne soit comme la conséquence de son existence même. Quand la pile est au complet, il ne faut que la volonté pour en tirer l'étincelle.

Le sens moral, toujours par la même cause, a été un peu oblitéré. Les convenances tiennent de si près à la morale, qu'elles en sont comme partie intégrante, à ce point que la synonymie en est passée dans le langage. Être moral, c'est au suprême degré être convenable. Eh bien, il n'est plus convenable, semble un moment indifférent à lui-même. Ses plaies, il ne veut plus qu'on les panse ; les bienséances, il n'en a nul souci, bien qu'il y tienne infiniment en état de santé. Au début de son aphasie, il sème çà et là les fraises qu'il a devant lui ou les mange comme un enfant qui a tout à apprendre.

En résumé :

1° Chez M. X, il y a intégrité de l'appareil vocal et des mouvements nécessaires à la parole.

2° Il a existé un trouble profond dans les idées et parfois leur absence a paru complète.

ÉTUDE SUR LES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr Clermont, de Lyon.

Source de la Magdeleine,

Son action dans le diabète, la gravelle, la goutte et d'autres maladies diathésiques.

L'eau de la source *Magdeleine* est la plus riche en bicarbonate de soude, de toutes les eaux minérales connues. Elle en contient 7 grammes 28 par litre, elle en reçoit, on le comprend aisément, au plus haut degré, les propriétés dissolvantes, désagrégeantes et antiplastiques si précieuses en médecine. C'est donc cette source qui devra être choisie, toutes les fois qu'on aura besoin, pour base d'un traitement, d'une eau très-alcaline. Entre les mains des médecins de Vals, elle a déjà produit des cures si remarquables, que nous n'avons pas été étonnés de voir un grand nombre de nos confrères, les employer souvent heureusement, contre les plus graves perturbations fonctionnelles.

Nous ne chercherons pas à percer, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, le voile mystérieux qui nous cache les causes, sous l'influence desquelles apparaissent les manifestations de la gravelle, du diabète, de la polysarcie, de la goutte et d'autres maladies diathésiques. Les causes étudiées depuis longtemps et avec soin par de sagaces et très-savants médecins, se sont à peu près dérobées à leurs plus minutieuses investigations ; seulement, à quelques exceptions près, on est généralement disposé à admettre que l'altération des humeurs préexiste aux symptômes appréciables des lésions dans les appareils organiques, et qu'il n'y a le plus souvent, entre les premières et les secondes, qu'une relation de cause à effet.

Or, ramener les humeurs, et particulièrement le sang, à leur état normal, doit être, en conséquence, la première condition de traitement ; et pour la remplir, c'est à rectifier les fonctions digestives qu'on devra s'appliquer. L'eau de la *Magdeleine* est un des moyens les plus aptes à aider le médecin à atteindre ce but, par sa minéralisation alcaline exceptionnelle.

En effet, d'après MM. C. Bernard et Blondlot, selon d'excellents observateurs, le bicarbonate de soude dilué sature les acides libres de l'estomac et détermine une sécrétion gastrique très-abondante, qui active et rend plus complète la digestion, facilite la résolution des hyperhémies, et donne au sang une qualité plus réparatrice, dont le système nerveux ne tarde pas à profiter. Ce dernier point est de la plus haute importance en pathogénie, car toutes les fonctions sont sous la dépendance

des centres nerveux, qui, lorsqu'ils sont peu nourris, appauvris, font naître les névroses les plus diverses, et ne commandent plus, ou très-mal, les actes vitaux de l'organisme.

Cette double et réciproque action de la nutrition sur les nerfs, et de ceux-ci sur les autres fonctions, explique un peu la grande et salutaire influence des eaux alcalines et notamment de celle de la source *Magdeleine*, dans les affections diathésiques citées plus haut. Elles ne guérissent pas tant que le sang n'a pas été ramené à sa constitution régulière par de bonnes digestions; bien plus, les désordres ne font qu'augmenter chaque jour, et l'on tourne dans une sorte de cercle vicieux, que le bicarbonate de soude peut souvent aider à franchir.

Prenons pour exemple le diabète sucré, cette maladie entrevue des anciens, mais sérieusement étudiée depuis quelques années seulement, et voyons comment l'eau de la *Magdeleine* peut être placée à la tête des moyens thérapeutiques qui peuvent ici obtenir une solution favorable, en rétablissant la digestion, en relevant la vigueur de l'innervation, et en dernière analyse, en facilitant la résolution du foie hyperémié, et par là, faisant disparaître son hypersécrétion glucosurique, puisque tels sont les derniers termes où l'on soit parvenu dans l'explication de cette maladie, comme nous allons le rappeler en quelques mots.

L'anatomie pathologique, n'ayant rien montré, sinon des effets de la maladie dans le rein, on a conclu que le sang contenait trop de sucre, et laissant de côté les ingénieuses hypothèses qui, un moment, ont eu force de loi, dans les théories sur la glucosurie, on a montré, par des expériences récentes, que le foie est l'agent de cet excès de production du sucre, aussi abondant dans les urines des carnivores, que dans celles des animaux se nourrissant de substances sucrées ou féculentes.

D'autre part, le foie des animaux sacrifiés par M. C. Bernard, contenait du sucre, et on sait que toute glande est imprégnée du liquide qu'elle sécrète. Le sang de la veine porte ne contient jamais de glucose et on en trouve toujours dans les vaisseaux sus-hépatiques. Enfin M. Schiff arrive à la même démonstration par l'ablation du foie dans des grenouilles dont le sang cesse de contenir du sucre; par ces faits on est en droit d'établir cette première proposition: « *c'est le foie qui sécrète le sucre.* »

L'excès de cette production, ou l'état diabétique, est ensuite expliqué par d'autres expériences non moins intéressantes; elles montrent qu'il est dû, non à un ferment particulier contenu dans le sang, ni à la nature de l'alimentation, mais bien à une hypersécrétion du foie dépendant d'une hyperémie de cet organe. A ce sujet, les faits observés par M. C. Bernard, sur la circulation du foie et indirectement sur les nerfs vasomoteurs, dont la section ou la paralysie fait cesser l'action modératrice sur la circulation, laisse se produire l'hyperémie du foie et immédiatement après le diabète; les autopsies de M. Andral et quelques autres travaux de physiologie comparée (Schiff), permettent d'établir cette seconde proposition : « *la glycosurie est le résulat d'une altération hyperémique du foie.* »

De l'ensemble de ce que nous venons de dire, l'esprit clairvoyant du lecteur a déjà tiré la vraie conclusion : c'est que le médecin le plus rationnel devra s'attacher à combattre l'hyperémie morbide du foie, et par là, ramener ces fonctions à leur simple expression. Le peut-il toujours? Malheureusement non, car la cause du mal peut être durable, permanente, irrémédiable, comme dans la paralysie des nerfs antérieurs de la moelle, la gêne dans la respiration ou la circulation par la présence d'obstacles incoercibles, ou l'altération des centres nerveux, tel est le cas de la tumeur colloïde dans le quatrième ventricule du cerveau, observé par M. Levrat-Perotton, de Lyon. (Thèse inaugurale.)

Alors, disons-le tout de suite, les grands modificateurs, les puissants excitateurs de l'organisme, fer, arsenic, strychnine, action électrique, etc., seront plus logiquement employés, malgré leur insuccès probable, que tous les alcalins possibles; ceux-ci pourront être donnés comme d'excellents adjuvants, propres à maintenir la vie en régularisant les fonctions nutritives, et même à entretenir un état relatif de santé pour un temps quelquefois très-long.

Heureusement aussi, toutes les hyperémies du foie ne sont pas liées à une cause fixe et incurable. M. Schiff dit lui-même que la piqûre du quatrième ventricule ne produit qu'un diabète irritatif et passager. Il en est de même de ceux que font naître la colère ou une autre émotion morale vive, les fatigues physiques, les concrétions du foie et l'injection de matières irritantes dans les veines sus-hépatiques. (C. Bernard.)

Dans de telles conditions, le glycosurique trouvera un remède dans les alcalins, et surtout dans l'eau de la *Magdeleine*, dont il pourra boire 1 litre 1/2 par jour, car on sait que la tolérance du diabétique pour le bicarbonate de soude lui permet d'en prendre jusqu'à 10 et 12 grammes en vingt-quatre heures. Il peut le faire d'autant mieux avec cette eau minérale qu'elle est bien chargée d'acide carbonique et d'un peu de chlorure de sodium, sans arrière-goût désagréable, légère à l'estomac, enfin ne produisant jamais la cachexie alcaline, au dire des médecins de Vals, qui l'ont expérimentée depuis plusieurs années; et on admettra aisément ce fait, quand on se rappellera la propriété reconstitutive de presque toutes les sources de cette station thermale.

La goutte, le rhumatisme articulaire, la gravelle, la polysarcie, autant de maladies diathésiques sont souvent combattues avec succès par l'eau alcaline, dont l'action purement chimique est encore inconnue, mais dont les résultats thérapeutiques ne peuvent être niés et surtout par l'eau de la *Magdeleine*.

Pour abréger et ne parler ici que des affections graveleuses, on voit déjà les anciens médecins les traiter par des substances alcalines ou neutres, et aujourd'hui on reconnaît que les eaux chargées de bicarbonate de soude alcalinisent les urines, aident à entraîner les produits de la gravelle et s'opposent à leur formation. Comme telle, l'eau de la *Magdeleine* a une action directe sur le sang et sur la diathèse urique; elle dissout aussi les parties salines des graviers, et, en définitive, a un succès réel et durable dans les maladies graveleuses.

L'eau de la *Magdeleine*, comme celle des sources fortement sodiques de Vals, a aussi une heureuse influence sur les produits phosphatés de la gravelle alcaline provenant du catarrhe de la vessie. Elle augmente la sécrétion urinaire, dissout les mucosités purulentes et s'oppose à la formation de nouveaux dépôts. Mais ce qui la rend encore bien précieuse dans ce genre de maladies, c'est qu'elle redonne au sang, nous ne saurions le répéter assez, ses qualités nutritives et qu'elle fait disparaître les chances d'une récidive prochaine, en modifiant profondément la constitution du sujet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémies par MM. Denis Dumont (de Caen) et Desfossés-Lagravière (de Boussac);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Creuse en 1865 (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Félix Voisin et Roux (de Brignolles) qui se présentent comme candidats pour la place vacante d'associé national;

2° Une note de MM. Hérard et Cornil sur l'inoculation aux lapins de la substance tuberculeuse du poumon (Commissaires : MM. Louis Grisolle et Bouley);

3° Quelques considérations sur les revaccinations, par M. le docteur Gustave Goupil, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Metz (Commission de vaccine);

4° Une note sur les propriétés thérapeutiques du *calyptus globulus*, par M. Ramel (Commission des remèdes secrets et nouveaux);

5° Une lettre de M. le docteur Marchal (de Calvi) sur le traitement du cancer par le suc gastrique;

6° Des considérations sur le procédé de vaccination dit procédé napolitain, par M. le docteur Bouteillier (de Rouen).

— M. DE KERGARADEC dépose sur le bureau au nom de l'auteur, M. le docteur Druhen aîné, de Besançon, un ouvrage intitulé : *Du tabac; son influence sur la santé et sur les facultés intellectuelles et morales.*

— M. VERNOIS présente au nom de M. le docteur Gallard une brochure sur l'aération, la ventilation et le chauffage.

— M. BARTH soumet à l'examen de l'Académie, au nom de M. le docteur Mattei, un nouveau stéthoscope.

— M. J. GUÉRIN donne lecture d'une lettre de M. le docteur Carensi en réponse aux observations critiques dont sa première communication sur la vaccination animale a été l'objet de la part de M. Depaul.

M. J. Guérin dépose ensuite sur le bureau une brochure sur le même sujet de M. Vleminckx, également en réponse à des objections de M. Depaul au sujet d'un précédent travail du même auteur.

— M. DEPAUL répond qu'il n'a pas mis en doute la loyauté et la bonne foi de M. Carensi, il a seulement contesté la valeur de ses observations.

Quant à M. Vleminckx, c'est une note complémentaire qu'il envoie, dit-il, et dont je ne connais pas le contenu, je n'en puis donc rien dire.

— M. LARREY présente : 1° au nom de M. Fort, un manuel d'anatomie descriptive, de dissection et d'embryologie;

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Daga sur les varioles et les varioloïdes observées à l'hôpital militaire de Lille;

3° Deux photographies représentant le crâne qu'il a mis sous les yeux de l'Académie dans la dernière séance.

M. BARTH dit, à ce sujet, qu'il est mort il y a trois jours dans son service à l'Hôtel-Dieu, un phthisique portant une loupe sur la tête. A l'examen cadavérique on a trouvé au niveau de cette loupe, une perforation des os du crâne, semblable à celles qui existaient sur la tête que M. Larrey a présentée à ses collègues.

Sur la demande de M. Larrey, M. le président nomme une commission chargée d'examiner les faits analogues à ceux dont il vient d'être question.

Cette commission est composée de MM. Larrey et Barth.

— M. ROBIN met sous les yeux de l'Académie des fragments de muscles qui lui ont été envoyés par M. le professeur Virchow de Berlin. L'un de ces fragments a appartenu à un homme mort à la suite d'infection trichineuse. On y remarque, dit-il, dans les interstices des fibres musculaires des petits points blanchâtres qui sont des kystes contenant les trichines. Le deuxième fragment de muscle provient d'un porc trichineux. Dans ce fragment les trichines ne sont pas renfermées dans des kystes, elles sont disséminées dans le tissu musculaire et visibles seulement à la loupe.

M. Robin annonce que des expériences d'inoculation seront faites et il en sera rendu compte à l'Académie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Gosselin. La parole est à M. Briquet.

Traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées.

M. BRIQUET rappelle qu'il a suivi pendant plusieurs années la pratique de Dupuytren. Cet illustre chirurgien insistait sur la nécessité de comprimer énergiquement les anthrax, après les avoir incisés, de manière à les vider du pus et des bourbillons que renferme le foyer. Ces pressions devaient être répétées tous les jours jusqu'à l'évacuation complète des matières de sécrétion morbide.

M. GOSSELIN. Avant de répondre aux observations qui ont été présentées dans la dernière séance par MM. Velpeau, J. Cloquet, et Michon, j'ai besoin de rappeler à l'Académie à quel point j'en étais de mes études sur ce point de thérapeutique chirurgicale, lorsqu'est arrivé le travail de M. A. Guérin.

J'ai été élevé dans cette idée que l'érysipèle et l'infection purulente arrivent en quelque sorte d'une manière fatale et sans que nous sachions rien des conditions de leur manifestation. Depuis quelques années les chirurgiens se sont mis à rechercher si dans quelques cas on ne pourrait pas se mettre à l'abri de ces accidents. Pour moi, je suis convaincu qu'il y aura toujours des érysipèles et des infections purulentes qu'on ne pourra pas éviter, quoi qu'on fasse ; mais je crois que nous arriverons pour certains cas à la connaissance des conditions qui en favorisent le développement et par conséquent au moyen de l'empêcher.

Déjà quelques-unes de ces conditions nous sont connues pour quelques maladies chirurgicales. Telles sont, en particulier, les grandes incisions, les émotions morales produites par la crainte de la douleur de l'opération ou par cette douleur elle-même, et la contagion.

Appliquant ces résultats de l'observation à l'anthrax, je suis arrivé à voir comment les choses se passaient à la suite des grandes incisions, et j'ai vu survenir souvent des érysipèles à leur suite. Pour l'infection purulente, je n'ai pas encore eu l'occasion de l'observer dans ces circonstances.

J'ai voulu savoir si l'anthrax non incisé ou incisé à la manière de M. Guérin, amènerait le même résultat. Je n'ai jamais vu, dans ce cas, ni l'érysipèle ni l'infection purulente. J'ai fait la même observation à la suite de la cautérisation; je n'ai jamais vu non plus ces accidents se produire à la suite de l'ouverture pratiquée sur l'escarre.

J'en étais là de mes études lorsque M. A. Guérin nous a communiqué son travail. M. A. Guérin a été conduit à la méthode qu'il propose par l'observation des accidents produits par les grandes incisions de la peau. Seulement comme la simple ponction lui a paru insuffisante pour atteindre le but qu'on se propose, il a eu l'idée d'introduire l'instrument par une simple piqûre au centre de la tumeur et de pratiquer ainsi des incisions profondes au-dessous de la peau. Cette opération est d'une exécution facile, peu douloureuse et elle met à l'abri de l'érysipèle et dans une certaine mesure à l'abri de l'infection purulente. J'ajoute que l'opération de M. A. Guérin n'a pas été appliquée seulement aux petits anthrax, mais encore et avec le même avantage aux gros anthrax.

J'arrive aux objections que nos collègues, MM. Velpeau, J. Cloquet et Michon ont faites à cette méthode. Ils se sont déclarés tous trois partisans de l'incision à ciel ouvert à laquelle ils attribuent de grands avantages et en particulier celui d'arrêter les progrès de la maladie. MM. Velpeau et Michon ont cité des exemples d'anthrax non incisés et qui ne s'en sont pas moins compliqués d'érysipèle. Je n'ai pas à contester la vérité de leurs assertions. Mais tout ce que je puis dire, c'est que si l'érysipèle peut en effet survenir sans incision, c'est le cas le plus rare, et qu'il est beaucoup plus ordinaire de le voir survenir après l'incision; je m'appuie à cet égard sur les résultats de ma propre pratique. C'est donc là une question de proportion. Pour moi, il y a plus de chances d'érysipèle et d'infection purulente quand on incise, que quand on n'incise pas. Voilà ce que m'a appris l'expérience.

Il faut bien que je ne sois pas le seul à voir ainsi, puisque voilà plusieurs chirurgiens qui sont frappés du même fait et qui sont pénétrés de l'idée qu'il faut chercher pour prévenir la production de ces accidents à substituer aux incisions à ciel ouvert un autre mode de traitement des anthrax. C'est ce qu'a fait M. A. Guérin. C'est ce qu'a fait aussi de son côté M. Follin, qui propose, une fois l'incision faite, de porter un caustique jusqu'au fond de l'incision. C'est enfin la même idée qui est exprimée dans la lettre que M. A. Richard vient d'adresser à M. Nélaton dans le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux.*

Je ne veux pas juger ici la question de la cautérisation. Je signale seulement cette tendance qu'ont aujourd'hui un grand nombre de chirurgiens à substituer aux incisions en général quelque chose qui expose moins à l'érysipèle et à l'infection purulente. Je regrette le désaccord qui me sépare en ce moment de M. Velpeau, mais il est incontestable, pour moi, d'après tout ce que j'ai vu jusqu'ici, que les érysipèles sont beaucoup plus fréquents après les incisions à l'air libre, qu'après les incisions sous-cutanées ou les cautérisations. Voilà les réponses que j'avais à faire à mes collègues.

Quant à la méthode proposée par M. A. Guérin, c'est une innovation qui place en quelque sorte la question sur un terrain de conciliation. D'après ce que j'ai vu, cette méthode remplit bien l'indication que tous les chirurgiens se sont proposée par les incisions; je maintiens qu'elle a, en outre, l'avantage de préserver dans une certaine mesure des complications que produisent souvent les grandes incisions. Je m'en tiens donc aux conclusions de mon rapport.

M. VELPEAU. Je n'ai nullement l'intention de combattre le travail de M. A. Guérin, ni de m'opposer à ce qu'on lui donne de justes éloges et des encouragements mérités; mais je me vois dans la nécessité de prendre de nouveau la défense des grandes incisions. On les accuse de produire des accidents, de donner lieu aux érysipèles et à l'infection purulente. Mais est-ce bien vrai, est-ce bien démontré? Il ne faut pas se faire illusion. En chirurgie comme en médecine il est très-difficile de bien établir un fait. Je pourrais citer un grand nombre de propositions que l'on a crues vraies pendant des siècles et dont on a fini par reconnaître la fausseté, quand on y a regardé de plus près.

Depuis 1835, c'est-à-dire depuis trente ans, j'ai fait recueillir exactement toutes les observations d'anthrax qui se sont présentées dans mon service. Le nombre s'en élève à 184. Or, voulez-vous savoir combien sur ces 184 cas d'anthrax il y a eu d'érysipèles? trois. Et encore sur ces trois érysipèles, un s'est déclaré sur un malade qui n'avait pas subi l'incision. De ces 184 malades, 14 seulement son morts, dont un d'érysipèle et un autre à la suite d'une infection purulente. Or, oseriez-vous affirmer d'avance que sur un nombre égal de simples écorchures, vous ne verriez pas survenir deux ou trois fois la complication d'un érysipèle? Je ne suis pas convaincu, en effet, que les grandes plaies, que les grands délabrements engendrent plus souvent l'érysipèle que les petites plaies. Comment voulez-vous donc que j'accepte que se sont les grandes incisions qui donnent lieu à l'érysipèle? Comment pouvez-vous sup-

poser que les incisions pratiquées sous la peau, que les simples ponctions puissent mettre sûrement à l'abri de l'érysipèle ? Pourquoi voulez-vous aussi que les cautérisations aient le même avantage, lorsque j'ai vu l'érysipèle survenir à la suite des petites ponctions ou des cautérisations ? Tout récemment encore, un de nos confrères appelé hors de Paris pour un cas d'anthrax, a vu survenir l'érysipèle à la suite d'une cautérisation. M. Gosselin et M. A. Guérin disent ne l'avoir jamais vu ni l'un ni l'autre. Mais qu'est-ce que cela prouve ? Puisque sur une série de près de 200 cas, je n'ai vu l'érysipèle que deux ou trois fois, que conclure de ce que ces chirurgiens ne l'ont pas rencontré sur un nombre de cas beaucoup plus restreint ? Ne connaît-on pas d'ailleurs les effets si singuliers souvent du hasard, qui produit tantôt des séries heureuses tantôt des séries malheureuses de faits ? Dira-t-on que je suis tombé sur une de ces séries heureuses ?

Il n'est pas possible, on le voit, de tirer des faits des conclusions absolues.

Rien n'est démontré à cet égard.

On dit : la théorie indique que les choses doivent se passer ainsi. Mais que savons-nous là-dessus ? Est-ce le débridement qui amène la guérison de l'anthrax, est-ce l'issue de la matière morbide qu'il renferme ? Nous n'en savons rien. J'ai voulu essayer de pratiquer des incisions rayonnées, non pas du centre à la circonférence, mais de la circonférence vers le centre et sans arriver jusqu'à celui-ci, et par suite sans donner issue aux liquides morbides, et j'ai obtenu le même résultat. Je ne saurais donc dire comment agissent les incisions, mais à coup sûr ce n'est pas en donnant issue aux matières purulentes et putrides.

On a beaucoup parlé de la douleur. On a dit : les grandes incisions sont très-douloureuses, et c'est là une des causes des accidents qui surviennent à leur suite. C'est là une exagération, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer. En moins d'une minute on peut faire douze ou quinze débridements. J'en ai pratiqué dernièrement dix-neuf sur un malade, qui m'a dit ensuite : Vous m'avez fait au moins cinq ou six incisions ! D'ailleurs, si l'on craint tant les effets de la douleur, n'a-t-on pas la ressource des anesthésiques ? Je n'admets pas que la douleur soit une raison suffisante pour faire repousser les incisions si l'expérience démontre d'ailleurs que c'est le meilleur moyen de traitement.

Maintenant il est une chose qui peut tromper dans l'appréciation des divers moyens de traitement mis en usage, c'est que l'antrax n'est pas une maladie mortelle, et qu'elle guérit très-souvent sans qu'on y fasse rien. Je n'incise pas toujours ; et c'est ce qui m'est arrivé pour un malade que j'ai vu avec M. Ladreit de la Charrière. Je me suis également abstenu l'année dernière pour un anthrax du cou chez une femme très-affaiblie et très-énervée. Ces deux malades n'en ont pas moins guéri. Mais, en revanche, je n'hésite pas, quand les incisions me paraissent indiquées, à les pratiquer largement et en grand nombre, quelle que puisse être d'ailleurs l'appréhension des malades pour la douleur, tant je suis convaincu de leur efficacité et du bien-être que les malades en éprouveront aussitôt après. C'est ce qui est arrivé chez un homme célèbre que nous connaissons tous ; il avait un large anthrax dans le dos qui se compliquait de douleurs excessivement vives et de symptômes généraux ; il était très-ému et très-inquiet de son état. Malgré l'appréhension considérable que lui causait l'idée des débridements, je pratiquai quatorze incisions rayonnées. Les douleurs si vives qu'il éprouvait auparavant furent presque aussitôt calmées ; dès le lendemain il allait beaucoup mieux, et il a fini par guérir.

Ce qui me rend si partisan de ces grandes incisions, c'est que j'ai toujours remarqué qu'elles étaient suivies d'un soulagement instantané.

Je veux dire un mot maintenant des incisions sous-cutanées qui paraissent avoir la préférence de M. Gosselin. Je comprends bien l'effet de ces sortes d'incisions pour un anthrax gros comme un œuf de poule ; mais M. Gosselin n'ignore pas qu'il y a des anthrax larges comme le fond d'un chapeau. Sont-elles applicables dans ces cas-là ? Savez-vous tout ce que vous allez avoir à traverser sous la peau pour inciser ainsi à couvert une aussi grande étendue de tissus ? Avec l'incision à ciel ouvert, on sait du moins ce que l'on fait. Si bien que je ne crois pas que l'on puisse faire aussi sûrement par les incisions sous-cutanées ce que l'on fait par les incisions à ciel ouvert.

En résumé, comme jusqu'à présent les grandes incisions m'ont toujours paru utiles et qu'il ne m'est pas démontré qu'elles aient les inconvénients qu'on leur attribue, je ne vois pas pourquoi nous les abandonnerions pour leur préférer un autre moyen.

Quant aux caustiques, je n'ai pas prétendu dire qu'ils donnassent plus souvent lieu que l'incision au développement de l'érysipèle, mais j'ai dit seulement, et je maintiens qu'il n'est pas vrai, que l'érysipèle ne se montre jamais à leur suite. Dans quelles proportions sont les érysipèles qui surviennent après la cautérisation par rapport à ceux qui se manifestent à la suite de l'incicion ? C'est ce que j'ignore.

D'après une expérience de quarante ans, les incisions à ciel onvert sont le plus puissant résolutif des anthrax. Voilà tout ce que je soutiens. Qu'elles puissent donner lieu quelquefois à des accidents, je ne le nie pas. Mais il s'agit ici de la recherche du mieux et non de l'absolu.

M. GOSSELIN. Je ne voudrais pas laisser passer ce que M. Velpeau a dit des tendances nouvelles de la chirurgie, sans un mot de réponse. Il y a beaucoup à faire aujourd'hui pour prévenir l'érysipèle et l'infection purulente ; c'est ce qui a déterminé tous les essais récents. Je serais de l'avis de M. Velpeau si tous les chirurgiens avaient eu dans leur pratique les mêmes résultats que lui. Mais comment se fait-il que dans une pratique beaucoup moins étendue j'ai vu plus d'accidents que lui à la suite des grandes incisions ? M. Velpeau, d'ailleurs, est-il bien sûr de l'exactitude de ses observations, en a-t-il bien connu les faits ? Personne n'ignore qu'il nous arrive tous les jours de faire ajouter aux observations recueillies par nos élèves des circonstances importantes qui avaient échappé à leur attention. Cela a pu arriver à notre collègue. Je crois donc qu'il faut faire un appel nouveau à l'observation ultérieure, et que la question qui fait l'objet de ce débat ne pourra être résolue qu'après que l'on aura réuni de nouvelles séries d'observations comparatives bien exactement recueillies.

M. VELPEAU affirme l'exactitude de ses observations.

Plusieurs membres demandant encore la parole. Vu l'heure avancée la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

Galvano-caustique. — **M. DE SÉRÉ** présente à l'Académie une planche gravée où il a représenté, groupés par ordre, toutes les modifications qu'a subies le platine chauffé par la pile de Volta, pour eu faire des instruments destinés à la pratique chirurgicale.

J'ai représenté, dit-il, en regard de chacune des formes adoptées, l'instrument type dont on s'est servi, et de grandeur naturelle, autant que possible, avec le dessin de la pile ou générateur employé par chacun des expérimentateurs.

L'origine de la galvano-caustique est si près de nous, qu'il sera possible de porter en regard de chaque forme d'instrument non-seulement le nom de l'inventeur et de l'expérimentateur, celui des fabricants, leur nationalité, leur ville et aussi la publication où il en a été rendu compte ; mais encore arriver à connaître comment l'idée première a surgi et comment elle s'est fait jour, en s'aidant des souvenirs et des assertions des contemporains dont l'âge et la position scientifique donnent un grand poids à leur assertion.

La première opération par le galvano-caustique date de 1825 ; elle fut pratiquée par Fabré-Palaprat, qui s'appliqua lui-même un moxa à la nuque pour se guérir d'une affection des plus singulières dont il était atteint depuis plus de vingt ans.

Je dépose aussi une note relative à une baignoire, munie d'un appareil électrique gradué par l'eau au moyen d'un courant dérivé, qui a été présentée, fonctionnant, pendant la dernière séance, pour renvoyer à la commission chargée d'examiner son couteau galvano-caustique gradué. (Commissaires : MM. Nélaton, Gavarret, Gosselin.)

La séance est levée à 5 heures.

Nous avons reçu *deux observations de rhumatisme aigu, débutant d'emblée par l'endo-cardite.*

Nous prions notre correspondant de vouloir bien se faire connaître. Sa lettre d'envoi s'étant égarée, le manuscrit de ses observations ne porte plus sa signature.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches cliniques relatives à l'influence de la grossesse sur la phthisie pulmonaire, par le docteur Caresme, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Mémoire grand in-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De la cicatrisation dans les différents tissus, par le docteur Masse, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Montpellier, etc. In-8° de 78 pages et une planche coloriée. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Vade-mecum des herborisations parisiennes, conduisant sans maître, aux noms d'ordre, de genre et d'espèce des plantes spontanées ou cultivées en grand dans un rayon de vingt-cinq lieues autour de Paris, par Eugène de Fourcy, ingénieur en chef au corps des mines ; deuxième édition. Un vol. in-18. Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Traité complet d'accouchements, par M. le docteur Joulin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Première partie, grand in-8° de 750 pages avec 120 figures dans le texte. La deuxième partie sera publiée en trois fascicules qui paraîtront de trois en trois mois. Prix de l'ouvrage complet : 16 fr.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 29. — SAMEDI 10 MARS 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 10 MARS 1866. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des épidémies puerpérales.

Depuis les deux grandes discussions de l'Académie de médecine sur la fièvre puerpérale et sur l'hygiène des hôpitaux, un grand problème s'est trouvé posé, qui était bien digne d'exciter le zèle et de provoquer les recherches des médecins que leur position mettait plus particulièrement à même d'en connaître les éléments. Ce problème c'est la recherche, non des moyens de guérir la fièvre puerpérale, espérance si souvent déçue, mais de la prévenir, de la supprimer en quelque sorte. De cette étude d'un si puissant intérêt sont sortis des travaux d'une très-sérieuse portée. Nous citerons parmi les plus récents, comme parmi les plus importants, le beau rapport de M. Le Fort sur les Maternités qui vient d'être livré ces jours-ci à la publicité, et l'excellent mémoire que M. Hervieux a lu vers la fin de l'année dernière à la Société médicale des hôpitaux sur l'étiologie et la prophylaxie des épidémies puerpérales. Nous consacrerons un examen particulier au travail de M. Le Fort qui embrasse la question dans toute sa généralité. Pour le moment nous allons emprunter au travail de M. Hervieux, qui comprend plus particulièrement les éléments cliniques de la question, quelques données qui trouveront plus naturellement leur place ici, et qui seront d'ailleurs une bonne préparation à l'étude plus générale du sujet.

Sur le chiffre de 12,906, on relève 11,698 sorties et 1,208 décès, ce qui donne une mortalité de 6,82 pour 100 pour les femmes accouchées le jour de leur entrée, et de 9,35 pour 100 pour celles qui avaient probablement séjourné dans la maison. En considérant isolément chacune des années de cette période décennale, on trouve toujours une différence analogue à celle du chiffre total dans la mortalité sur cent des deux catégories d'accouchées.

Toutefois M. Hervieux ne s'est pas hâté de conclure encore, et il a très-sagement ajourné jusqu'à de plus amples renseignements toute conclusion définitive à cet égard. Pour conclure il aurait fallu, d'ailleurs, comme le fait remarquer M. Hervieux, pouvoir établir plusieurs catégories parmi les femmes qui ont séjourné à l'hôpital avant leur accouchement. Voici, par exemple, un document statistique d'où il faut distinguer, en ce qui concerne l'acclimatement, les années épidémiques des années exemptes d'épidémies. Pour les premières, les relevés résoudraient la question dans un sens contraire à l'acclimatement ; pour les secondes, dans un sens moins défavorable. En d'autres termes, le séjour préalable à l'hôpital aggrave la mortalité dans les années épidémiques, et exerce une influence beaucoup moins funeste dans les années exemptes d'épidémie.

Un fait pratique très-important résulterait de cette comparaison, à savoir : que dans les années épidémiques plus une femme séjournerait à l'hôpital avant son accouchement, plus elle aurait de chances d'y contracter des affections puerpérales mortelles.

C'est, du reste, un point à vérifier encore ou à sanctionner par des relevés faits sur une plus grande échelle.

Quelle est l'influence de la constitution et des antécédents morbides? M. Hervieux, pour étudier cette question, a interrogé les observations de 190 femmes en couche ayant succombé à des affections puerpérales. Voici ce qui est résulté de cet examen.

Sur ces 190 malades, 149 jouissaient d'une excellente constitution ; 41 seulement présentaient une constitution faible ou détériorée par les privations, la misère, les maladies.

Eu égard aux antécédents morbides, M. Hervieux fait remarquer que 122 malades sur 190 avaient toujours joui jusque-là d'une bonne santé. Les 48 autres femmes signalaient dans le passé des affections diverses survenues à une époque plus ou moins éloignée.

Ces chiffres prouvent que les femmes qui viennent accoucher dans les hôpitaux, sont loin d'être toutes maladives ou dans de mauvaises conditions de santé. Il est frappé, au contraire, de la fraîcheur, de l'embonpoint, de la constitution robuste de la plupart des femmes qui sont emportées par le fléau puerpéral, tandis que les plus grêles, les plus débiles sont respectées ou résistent aux accidents dont elles sont atteintes.

La primiparité. Sur les 190 malades mortes d'affections puerpérales, dont l'observation a été recueillie, 119 étaient primipares, 71 multipares.

La concordance de ces chiffres avec ceux des relevés antérieurement publiés ne laisse aucun doute sur l'influence prédisposante de la primiparité.

Des documents réunis par M. Hervieux sur l'influence des circonstances relatives à l'accouchement, il ressort clairement un premier fait, c'est que la longue durée du travail est une cause prédisposante par excellence des affections puerpérales.

Il en est de même des manœuvres obstétricales, quelles qu'en soient, application de forceps, céphalotripsie, version, délivrance artificielle, etc.

M. Hervieux rapproche également de ces diverses circonstances prédisposantes, la rétention du placenta.

Mais une remarque s'applique également à toutes ces circonstances, c'est que, en dehors de tout foyer épidémique, chacune d'elles individuellement est impuissante à développer les affections puerpérales.

Pour découvrir la loi qui préside à la génération des épidémies puerpérales, M. Hervieux est d'avis qu'il faut la chercher, non pas dans la femme en couche considérée individuellement, mais en dehors d'elle, dans le milieu où elle est placée, dans ses rapports avec les choses ou les personnes qui l'entourent.

De l'étude détaillée de ces conditions étiologiques générales, dans laquelle il serait trop long de suivre ici l'auteur, il résulte que l'agglomération des femmes en couches dans une localité déterminée, l'occupation permanente de cette localité, sont les causes génératrices par excellence du principe miasmatique dont la propagation par voie d'infection ou de contagion produit les épidémies puerpérales.

D'où cette première conséquence pratique, que de tous les moyens préventifs à opposer au développement des épidémies puerpérales, il n'en serait pas de plus infaillible que l'accouchement à domicile. Mais en supposant que l'on fasse à domicile autant d'accouchements que cela est matériellement possible, la question de la recherche des moyens prophylactiques de la fièvre puerpérale reste entière.

Voici ceux que propose M. Hervieux : l'évacuation complète des salles ou de la maison d'accouchements où cette épidémie se déclare ; l'occupation alterne des salles et des lits ; l'espacement suffisant de ces derniers ; l'emploi de la ventilation naturelle et artificielle ; la suppression des rideaux ; le renouvellement des literies ; le lessivage des murs à l'eau chlorurée, etc.

Kyste hydatique développé dans le tissu musculaire de la cuisse gauche.

Voici un fait de kyste hydatique des muscles, qui a été présenté à la Société anatomique. La rareté de cette lésion, les difficultés toujours sérieuses de leur diagnostic, rendent l'observation suivante intéressante à plusieurs titres.

L'observation a été recueillie par M. Sanné, interne des hôpitaux.

La nommée R..., âgée de vingt-six ans, entre, le 29 février 1865, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Woillemier, remplacé alors par M. Liégeois.

Elle porte à la partie interne supérieure et un peu postérieure de la cuisse gauche, au-dessous du pli fessier, une tumeur qui paraît siéger au milieu du tissu cellulaire de la région.

La malade fait remonter l'origine de la tumeur à sept ou huit ans. Le volume de la tumeur était alors celui d'une noisette. L'accroissement s'est fait peu à peu et sans douleur, si bien que la malade, au moment de son entrée dans les salles, déclara que la tumeur ne lui causait aucune douleur, mais seulement une gêne notable, en raison de son volume et de son poids.

L'examen de la malade fit constater l'existence d'une tumeur un peu dure, résistante, sans fluctuation, mobile, sans adhérences à la peau, et un peu irrégulière à sa surface. M. Liégeois diagnostiqua un lipôme. Cependant, avant d'extirper la tumeur, il crut devoir pratiquer une ponction exploratrice. Cette opération donna lieu à un résultat tout à fait inattendu. En effet, on vit sortir de la canule une très-petite quantité, environ une cuillerée à café, d'un liquide très-limpide et très-transparent. Étonné de la petite quantité du liquide obtenu par la ponction d'une tumeur aussi volumineuse, M. Liégeois fit mouvoir la canule dans tous les sens, mais sans succès. La canule fut alors retirée, et entraîna avec elle une pellicule blanchâtre, dont l'aspect était celui d'une enveloppe d'hydatide, et qui coiffait l'extrémité de la canule.

Je dois ajouter que le trocart, en se mouvant dans la tumeur, paraissait rencontrer des parois résistantes, et offrant, dans certains endroits, une dureté pierreuse.

En présence de ces faits, malgré la petite quantité du liquide retiré, — circonstance qui pouvait, d'ailleurs, être expliquée par la présence de la pellicule blanchâtre sur l'extrémité du trocart, — et malgré l'absence du frémissement hydatique qui avait été recherché en vain, il était évident que l'on avait affaire à un kyste hydatique.

M. Liégeois se décide à pratiquer l'ablation complète de la tumeur. L'opération eut lieu le 20 mars par incision et énucléation, et fit reconnaître que la tumeur était sous-aponévrotique et développée dans l'épaisseur de la masse musculaire de la partie interne de la cuisse. Il a été impossible de voir exactement dans quel muscle siégeait la tumeur ; on peut dire seulement que c'était dans l'un des adducteurs de la cuisse. La tumeur ayant été énucléée, on constate qu'elle est ovoïde, transparente, et qu'elle présente le volume du poing. Sa face externe est lisse, et l'on ne trouve rien dans l'épaisseur des parois qui explique la sensation de dureté pierreuse qui avait été perçue pendant la ponction.

La paroi se compose de deux membranes : l'une, externe, de nature fibreuse, résistante, présente, sur sa face externe de nombreuses insertions musculaires qui résultent des fibres musculaires auxquelles elle adhérait, et qui ont été sectionnées. Cette membrane est doublée d'une autre plus mince et peu résistante, dont la face interne est tapissée d'un grand nombre de bourgeons.

La paroi étant incisée, on voit sortir de l'intérieur du kyste de nombreuses hydatides de toutes les grandeurs et appartenant à plusieurs générations, ainsi que des débris d'hydatides. Le tout est plongé dans un liquide blanchâtre, de consistance gommeuse et peu abondant. Les hydatides contiennent un liquide très-limpide. On n'a pas constaté d'échinocoques dans aucune d'elles.

L'histoire de cette tumeur est intéressante, d'abord au point de vue de son siége dans les muscles de la cuisse, circonstance qui, bien que déjà observée, ne s'est pas présentée fréquemment.

La difficulté qu'a présentée le diagnostic n'offre pas moins d'intérêt. En effet, la consistance de la tumeur, sa résistance, l'absence de fluctuation et de frémissement hydatique, l'irrégularité de sa surface et son siége au milieu du tissu cellulaire abondant qui occupe la partie interne de la cuisse, faisaient penser à un lipôme. La ponction exploratrice pouvait seule éclairer le diagnostic. C'est, en effet, ce qui arriva.

De l'inoculabilité de la tuberculose.

Nous avons annoncé dans notre dernière revue une communication très-intéressante de M. le docteur Hérard, sur l'inoculabilité de la tuberculose, confirmant les faits annoncés par M. Villemin. On se rappelle que dans une communication faite à l'Académie de médecine en décembre dernier, M. Villemin énonça les résultats d'expériences conçues en vue de vérifier certaines données de l'induction qui l'avaient conduit à présumer la nature virulente de la tuberculose ; résultats tels, qu'il put se croire fondé à conclure que la cause de la tuberculose réside effectivement dans un agent inoculable. Il était parvenu, en effet, à développer artificiellement cette affection chez les lapins par inoculation.

Cette conclusion fut accueillie avec surprise. Mais la précision avec laquelle les expériences avaient été faites et la confiance qu'inspirait d'ailleurs l'expérimentateur, ne permettaient pas de passer outre. Elle devait être prise en considération, mais sous le bénéfice du contrôle. MM. Hérard et Cornil se sont chargés spontanément de cette vérification. Voici en quels termes ils ont exposé les résultats de leurs expériences dans la note lue par M. Hérard à la Société médicale des hôpitaux, et communiquée depuis à l'Académie de médecine.

MM. Hérard et Cornil ont soumis à l'expérimentation sept lapins âgés d'environ six semaines ; six d'entre eux ont été placés dans une grande caisse rectangulaire où ils pouvaient se mouvoir et respirer à l'aise ; le septième a été laissé en liberté. Sur celui-ci ainsi que sur un des six autres, aucune inoculation n'a été pratiquée. Des cinq restants, trois ont été inoculés exclusivement avec la matière des granulations tuberculeuses grises demi-transparentes ou opaques, jaunâtres, recueillie sur le péritoine et les plèvres d'un phthisique. Pour les deux derniers, ils se sont exclusivement servis de la matière caséeuse, extraite avec précaution des poumons, comme le type du tubercule, mais qui, pour eux, n'est en réalité qu'une pneumonie catarrhale arrivée à la période granulo-

graisseuse (pneumonie caséeuse). L'inoculation a été pratiquée deux fois, le 12 décembre et le 1er janvier, suivant le procédé opératoire indiqué par M. Villemin. Avec un bistouri à lame étroite on a fait une ponction sous-cutanée vers la base de l'oreille, et dans la plaie ainsi produite on a insinué de petits fragments des substances indiquées plus haut, fragments qui étaient désagrégés préalablement en les triturant avec la pointe de l'instrument.

Ces sept lapins placés dans une vaste cave suffisamment aérée et très-convenablement nourris, ont été sacrifiés il y a une quinzaine de jours, environ deux mois après la première inoculation.

Or, voici les résultats qu'a fournis l'examen des organes: 1° les deux lapins auxquels aucune inoculation n'avait été pratiquée n'ont présenté aucune lésion des poumons et des autres viscères que l'on pût rapporter à la tuberculose; 2° le résultat a été également négatif pour les deux lapins auxquels avait été inoculée la matière caséeuse pulmonaire; 3° quant aux lapins inoculés exclusivement avec la matière des granulations, deux d'entre eux (le troisième était réservé pour une expérimentation plus prolongée), ont offert dans les poumons des lésions manifestement tuberculeuses, quoique encore peu avancées. Ces lésions consistaient en un groupe de plusieurs petites granulations semi-transparentes, dures, grises, se coupant facilement, donnant une section plane avec des parties un peu opaques au centre. Leur tissu assez résistant était composé de très-petits noyaux sphériques agglomérés, réunis par une matière granuleuse ou par des fibres.

Ces granulations ressemblaient exactement à celles de l'homme, et en même temps les expérimentateurs ont pu s'assurer qu'elles étaient identiques pour l'aspect extérieur et pour la composition histologique à celles que contenaient les poumons des lapins inoculés par M. Villemin.

Le lobe inférieur du poumon chez l'un des deux lapins était fortement congestionné dans une assez grande étendue, et les parties voisines des granulations renfermaient de grandes cellules épithéliales en multiplication endogène et des leucocytes. En outre, sur ce même lapin on apercevait sous la peau au côté droit du cou (côté de l'inoculation), comme un chapelet de gros ganglions ramollis et jaunâtres; l'un de ces ganglions mesurait un centimètre et demi en longueur; leur tissu pulpeux, opaque, s'écrasait en une bouillie caséeuse épaisse, et au microscope on y reconnaissait avec la substance fibroïde qui forme la trame du ganglion, des éléments lymphatiques (noyaux ou petites cellules) plus gros en général qu'à l'état normal, et infiltrés de fines granulations protéiques et graisseuses.

Ces lésions étaient trop peu étendues et trop peu avancées pour produire des troubles fonctionnels bien caractérisés, et d'ailleurs on connaît peu l'histoire des maladies du lapin et en particulier celle de la tuberculose pulmonaire. Ce qui paraît à peu près démontré, c'est que le lapin peut devenir tuberculeux comme la plupart des animaux domestiques et que dans certaines irritations de la muqueuse des voies respiratoires, plus encore que dans la tuberculisation, il tousse en produisant une sorte d'éternûment.

Les lapins soumis aux expériences de MM. Hérard et Cornil ne toussaient pas; l'un d'eux, celui chez lequel les lésions étaient le plus prononcées, leur a semblé avoir la respiration gênée, tous deux avaient notablement maigri et tous deux présentaient une eschare assez profonde au niveau de la partie supérieure de la cuisse.

Ces faits, disent MM. Hérard et Cornil, nous paraissent démontrer, comme l'a signalé M. Villemin, que le tubercule est inoculable de l'homme au lapin. Mais en même temps ils nous permettent d'établir une distinction que nous croyons capitale dans l'histoire de la tuberculisation, entre la granulation, lésion spécifique caractéristique de la tuberculose, et les produits inflammatoires caséeux qui se développent autour d'elle. L'une est inoculable, les autres ne le sont pas. Nous pensons que cette distinction, fondée sur beaucoup d'autres rapports, a une importance réelle, et que dans le cas particulier elle pourra servir à expliquer les faits contradictoires qu'on ne manquera pas d'opposer aux expériences de M. Villemin.

— MM. Hérard et Cornil n'ont pas poussé plus loin les déductions des résultats de leurs expériences et n'en ont rien conclu par rapport à la manière dont se comporte la tuberculose chez l'homme; en quoi ils ont très-prudemment agi. Nous ne saurions mieux faire que d'imiter leur sage réserve à cet égard. Mais nous joindrons nos vœux et nos encouragements à ceux qui ont été exprimés déjà au sein de la Société médicale des hôpitaux, pour que ces expériences soient continuées et variées sur des animaux de diverses espèces, afin qu'on n'arrive à l'étude sérieuse de la question de la transmissibilité de la tuberculose chez l'homme, qu'après avoir acquis des données nombreuses et certaines par la voie de l'expérimentation.

De la Trichinose.

L'opinion est toujours vivement préoccupée de la trichinose. En attendant les renseignements qui ne tarderont pas à nous être transmis par les commissaires envoyés en Allemagne, on lira avec intérêt la note que M. Bouley, inspecteur général des écoles vétérinaires, a rédigé sur cette importante question:

La maladie dite des trichines ou la trichinose, sur laquelle l'attention publique est actuellement fixée, n'est pas une maladie nouvelle. Il y a longtemps que des médecins de différents États de l'Allemagne ont rattaché à l'usage alimentaire de la viande de porc, dans de certaines conditions, des accidents souvent très-graves, dont la nature est restée inconnue jusqu'à ce que les investigations micrographiques l'aient révélée. On sait aujourd'hui que cette affection est causée par la présence accidentelle dans la chair de porc de vers parasitaires d'une extrême ténuité auxquels les savants qui les ont découverts ont donné le nom de *trichines*.

Cependant, quoique la viande de porc entre pour une très-grande part dans l'alimentation de tous les pays de l'Europe, ce n'est guère que dans quelques contrées de l'Allemagne que les accidents déterminés par les trichines ont été signalés.

En France, bien que l'attention des médecins soit partout mise en éveil, aucun cas de trichinose n'a encore été rencontré, ni dans les villes, ni sur les populations rurales, ni dans l'armée, ni dans la marine, où l'usage de la viande de porc salé est si répandue.

Il en est de même en Belgique; car le fait de trichinose qui avait été signalé dans la province de Liége a été reconnu complétement erroné par les deux savants professeurs qui ont reçu du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, la mission d'aller étudier la trichinose en Allemagne.

La viande de porc de provenance d'outre-Rhin entre cependant pour une part assez importante dans la consommation de notre pays.

Comment se fait-il que, malgré cette importation, nos populations soient restées exemptes de l'infection trichineuse?

L'explication de cette heureuse immunité se trouve, sans aucun doute, dans les habitudes respectives des populations qui font usage de la viande de porc au delà et en deçà du Rhin.

« En Allemagne, dit la *Gazette de Vienne* (N° 28; 1866), l'élevage du porc, principalement des races anglaises, se fait aujourd'hui très en grand, parce que la consommation de la viande de cet aninal est devenue d'une nécessité indispensable pour les classes ouvrières, qui, généralement, la mangent crue.

« L'activité industrielle est aujourd'hui très-grande dans les provinces prussiennes, dans la Saxe, les Etats de Meursbourg et d'Anhalt et le Brunswick. Une masse d'ouvriers émigrent des parties pauvres de l'Allemagne pour aller travailler dans les fabriques de sucre de ces dernières contrées, où ils vivent en commun dans des établissements particuliers et consomment de la viande de porc crue. Ce n'est point seulement à l'état de viande hachée qu'on la consomme, on en fait encore des saucisses qu'on mange sans être rôties, et qu'on se contente de dessécher à l'air et de fumer seulement pendant vingt-quatre heures.

« Toutes les préparations de porc ne sont cuites qu'incomplétement. A Noël surtout on fait un grand débit de viande de porc, et il est d'usage, à cette occasion, de manger un grand nombre de saucissons qui sont presque complétement crus. »

En France, au contraire, surtout dans les départements du Nord, ce n'est que par très-rare exception que quelques préparations alimentaires ayant pour base la viande de porc sont consommées crues. Dans l'immense majorité des circonstances, cette viande n'est mangée que cuite, et bien cuite, et là se trouve, à n'en pas douter, l'explication de l'immunité dont nous jouissons relativement à l'infection trichineuse, qui, du reste, est beaucoup plus rare, même en Allemagne, qu'on ne serait porté à le croire, d'après les récits qu'on en a faits dans ces derniers temps, puisqu'il résulte d'une statistique officielle publiée à Brunswick que, sur près de 30,000 porcs soumis pendant vingt et un mois à l'inspection micrographique dans la capitale du duché, 11 seulement ont été reconnus trichinés.

Il n'y a donc pas à s'inquiéter, quant à présent, des dangers de la trichinose en France. La seule précaution qu'il y ait à prendre pour rester exempt de cette maladie, c'est de ne manger la viande de porc, comme c'est du reste l'habitude en France, qu'après l'avoir soumise à une cuisson bien complète.

DES AFFECTIONS OCULAIRES RÉFLEXES

et de l'ophthalmie sympathique

Par le Dr RONDEAU, ancien interne des hôpitaux.

L'auteur résume son travail de la manière suivante (1):

I. Les troubles de la vision (amblyopie, hémiopie, amaurose...) qui surviennent dans les affections du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire, à la suite d'impressions brusques de la peau, de blessures de nerfs, de névralgie faciale, sont dus à l'irritation des nerfs sensitifs, à la réaction de ceux-ci sur les nerfs vaso-moteurs.

II. Les altérations de l'œil sont passagères, et laissent d'autant moins de traces, que l'irritation siége dans un point éloigné de l'appareil de la vue;

III. Les altérations dues à la névralgie de la cinquième paire, au traumatisme de l'une de ses branches, sont plus graves et donnent souvent lieu à des lésions organiques du globe oculaire.

IV. L'influence exercée par un œil blessé sur son congénère se produit d'après le même mécanisme: perturbation du système vasculaire par action réflexe, d'où les troubles circulatoires consécutifs déterminant tous les processus morbides que l'on rencontre dans un œil affecté sympathiquement. Les altérations des milieux et des membranes de l'œil présentent ici leur plus haut degré de gravité, et persistent dans la généralité des cas.

V. En présence d'une ophthalmie dite sympathique, le chirurgien devra pratiquer immédiatement soit la section du nerf optique qui entraîne celle des nerfs ciliaires, soit l'énucléation de l'œil blessé avant que des lésions organiques aient altéré l'œil opposé.

VI. Si l'œil atteint sympathiquement est déjà le siége d'altérations variables, et s'il jouit encore de la perception de la lumière, il faut, avant de pratiquer la moindre opération sur lui, attendre que tout phénomène douloureux et inflammatoire soit calmé, et commencer par enlever la cause première de toute irritation, le globe oculaire lésé.

VII. L'iridectomie ne suffit pas toujours à cause des fausses membranes qui oblitèrent le champ pupillaire, et comme la capsule du cristallin est souvent couverte de dépôts d'uvée ou de produits plastiques, il faut enlever en même temps la capsule en suivant le procédé de Bowman. Si le cristallin est opaque, on en pratique en même temps l'extraction.

(1) Paris, 1866, Adrien Delahaye.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 28 février 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— M. Clot-Bey, membre correspondant, adresse à la Société une brochure intitulée: *Quelques mots sur le choléra.*

— M. Letenneur, de Nantes, membre correspondant, adresse à la Société une brochure intitulée: *Observations de blépharoplastie.*

— M. le docteur Rondeau présente à la Société, pour le concours du prix Duval, sa thèse inaugurale: « Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique. »

A propos du procès-verbal:

M. MARJOLIN. Puisque l'opinion de M. J. Gibert, de Genève, a été invoquée par M. Giraldès, je demande, à mon tour, à citer textuellement plusieurs passages de son mémoire imprimé en septembre 1857 dans les Archives de médecine. M. le docteur Gibert a été un des internes les plus distingués de l'hôpital Sainte-Eugénie, et comme ses observations ont été recueillies avec beaucoup de soin, elles ont une véritable valeur. Suivant lui, et c'est aussi je crois un peu l'opinion du docteur Graefe, la diphthérite de l'œil est une maladie générale au même titre que la diphthérite pharyngée ou laryngée. Les causes qui lui donnent naissance nous sont inconnues; elle semble épidémique, et dans beaucoup de cas, il a semblé que la contagion était certaine, depuis l'instant de l'apparition de la maladie jusqu'à la disparition de tout produit morbide; cependant la matière sécrétée, transportée sur un œil sain, n'y reproduit pas nécessairement l'inflammation diphthéritique, elle agirait avant tout comme un irritant local. Enfin, comme établissant une nouvelle preuve d'analogie entre la diphthérite de l'œil et la diphthérite proprement dite, M. Gibert cite de nouveau l'opinion de Graefe, qui dit que chez les enfants nouveau-nés la diphthérite de l'œil est aussi rare que le croup, et qu'il ne l'a guère observée qu'à partir de la deuxième année jusqu'après huit ans. Que de plus, sur quarante enfants atteints de diphthérite de l'œil, trois étaient morts du croup, et que très-souvent il avait rencontré chez eux des plaques diphthéritiques aux ouvertures du nez, aux angles de la bouche ou sur la surface dénudée de vésicatoires.

En résumé tous ces faits viennent, je crois, à l'appui de propositions que j'ai émises sur la nature de la diphthérite compliquant l'ophthalmie purulente.

DISCUSSION.

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

M. BLOT. Déjà j'ai eu l'occasion de dire, dans cette discussion, qu'il était important de tenir compte du milieu dans lequel on avait observé, des conditions hygiéniques auxquelles était soumis l'enfant atteint d'ophthalmie purulente. Les dissidences qui se sont produites montrent que l'on n'a peut-être pas assez tenu compte des conditions que je viens de rappeler. Notre honorable collègue, M. Chassaignac, qui a observé aux Enfants assistés, a paru croire que ce n'est pas toujours à l'ophthalmie purulente qu'avaient été adressés les traitements divers dont on a préconisé les avantages. Sans doute, les ophthalmies sont moins graves dans nos services d'accouchement qu'aux Enfants assistés, mais l'affection est la même, le terrain seul diffère.

La majorité de nos collègues semble considérer comme une nécessité du traitement le renversement des paupières. Je crois, pour ma part, qu'il y a inconvénient à violenter les petits malades, pour arriver à pratiquer une manœuvre souvent fort difficile à exécuter. On croit obtenir ainsi une guérison plus sûre, on ne craint pas que les collyres forts puissent toucher la cornée, avec laquelle ils sont infailliblement en contact, lorsqu'on se contente d'écarter les paupières. J'ai, pour ma part, complétement renoncé à renverser les paupières; je lave l'œil avec soin, je mets dans son grand angle quelques gouttes de collyre et j'écarte légèrement les paupières. La guérison est tout aussi sûre.

Dans quelques circonstances, j'ai cependant employé des solutions fortes, 1 gramme ou 2 de nitrate d'argent sur 30 d'eau distillée. Jamais je n'ai vu la cornée souffrir du contact de ces collyres. Si elle devient un peu trouble au moment de l'application, ce trouble n'est que passager. La cornée peut s'ulcérer par le fait de l'ophthalmie; mais je n'ai jamais observé ces cicatrices de la conjonctive dont nous a parlé M. Giraldès. Si cette opinion n'était celle d'un homme aussi compétent que notre honorable président, je serais disposé à douter de la possibilité d'un semblable accident. Le tissu cicatriciel ne se rencontre pas en effet sur les muqueuses. On voit tous les jours de larges ulcérations de la bouche se réparer; la cicatrice est lisse et sans trace d'induration.

Je crois, en résumé, que si l'on n'a eu en vue que l'ophthalmie des nouveau-nés, le pronostic et le traitement doivent être beaucoup plus mitigés qu'on ne semble disposé à le faire; que les lavages, l'instillation d'un collyre faible, aidés d'une bonne hygiène, devront suffire dans la majorité des cas. Dans les rares circonstances où l'on

peut être obligé de toucher directement la conjonctive, je préfère le pinceau trempé dans une solution forte, au crayon de nitrate d'argent qui, entre des mains non habiles, peut avoir des inconvénients.

M. CHASSAIGNAC. Mes paroles ont été mal interprétées par M. Blot; je ne me serais jamais permis de dire que nos honorables collègues qui ont donné les résultats de leur pratique n'avaient pas observé d'ophthalmie purulente. J'ai dit que cette affection était, en somme, assez rare, qu'elle était observée dans des conditions spéciales, et qu'il se pouvait que des hommes d'une grande expérience n'aient pas été à même de la rencontrer.

M. DOLBEAU. Messieurs, j'avais résolu de ne pas prendre la parole dans la discussion sur l'ophthalmie purulente, mais en lisant dans le bulletin le discours de M. Marjolin, je me vois forcé de donner à notre collègue les quelques renseignements qu'il a demandés aux chirurgiens qui ont fait le service des Enfants assistés. M. Marjolin a parlé des années 1861, 1862 et 1863. Je n'ai rien à dire pour les deux premières, mais en 1863, j'ai succédé à M. Depaul et je puis vous rendre compte des ophthalmies purulentes pendant cette période. Notre collègue n'a pas trouvé le chiffre des conjonctivites purulentes; toutes les ophthalmies ont été, suivant lui, englobées en une seule espèce; il n'a pas trouvé d'ophthalmies simples.

Voici, messieurs, la statistique pour 1863 :

Sur 170 malades admis à l'infirmerie, nous comptons 162 ophthalmies dont 2 seulement étaient simples, les autres étaient purulentes.

Quant à la mortalité, voici les chiffres :

Sur 162 ophthalmies on compte 91 morts et 71 guérisons.

Parmi les malades guéris, c'est-à-dire qui ont eu la vie sauve, nous comptons les enfants guéris de leur ophthalmie, même lorsqu'ils sont sortis dans un état de santé très-mauvais. Il y a encore les enfants qui sont emportés moribonds par les parents. Tous ces malades constituent une soustraction énorme au chiffre de la mortalité.

Sur 91 morts, 75 avaient moins de trois mois d'âge; 16 avaient de un à quatorze ans.

J'ai donné le chiffre de 71 guérisons qui se répartissent ainsi pour l'âge: 43 avaient moins de trois mois; 28 avaient de un à quatorze ans.

M. Marjolin demande à ses collègues la cause de la mortalité révoltante qui règne à l'hospice des Enfants assistés. Cette cause, vous la savez: les enfants succombent faute de nourrices.

En voici la preuve: sur 43 guérisons, mentionnées plus haut, 21 avaient des nourrices. En 1863, sur 25 enfants atteints d'ophthalmie purulente et élevés avec des nourrices, 4 seulement ont succombé à des maladies accidentelles (bronchites, pneumonies.) En 1864, sur 14 enfants élevés par des nourrices, 13 sont guéris. Et cependant, sur 325 malades admis, 118 sont morts.

L'influence épidémique, la contagion et l'inoculation font sans cesse des victimes dans les infirmeries. Voici des chiffres: Sur 168 enfants traités d'ophthalmie purulente, 130 étaient entrés malades à l'infirmerie, mais 38 avaient contracté la maladie faute de salles d'isolement. J'ajouterai que, dans les salles, il est très-fréquent de voir des récidives se produire, si l'enfant n'a pu être enlevé à temps, immédiatement après la guérison de ses yeux.

J'espère que ces renseignements suffiront à M. Marjolin. Il trouvera, du reste, à l'Administration les statistiques pour 1863 et 1864, et il lui sera facile de se convaincre que la confusion signalée par lui n'existe pas pour cette période de deux ans.

M. MARJOLIN. Je remercie M. Dolbeau des renseignements précis qu'il vient de nous fournir. La statistique des hôpitaux qui va être publiée ne comprend que les renseignements que j'ai donnés ici, j'ai même pu mettre sous les yeux de mes collègues, les documents que m'a communiqués l'Administration. C'est rendre un véritable service à la science que de signaler de semblables lacunes, c'est en rectifiant des erreurs, c'est en éclairant des questions, telle que celle qui est actuellement en discussion, que notre Société prouve son utilité. La statistique officielle des hôpitaux peut être entachée d'erreur, ainsi que l'a dit M. Giraldès, par la faute de certains chefs de service. Mais dans l'espèce, les relevés administratifs paraissent être en faute, car ils ne sont d'accord ni avec les miens, ni avec ceux de M. Dolbeau.

M. TRÉLAT. Pour juger les méthodes de traitement, il est avant tout nécessaire de bien indiquer à quelle catégorie de cas on a eu affaire. Je n'ai, pour ma part, observé aucun cas de diphthérite, j'ai eu cependant des cas graves. C'est à propos de ceux-là qu'il faut bien s'entendre sur le traitement. Les cas légers guérissent sous l'influence des soins les plus simples. Pendant tout le mois de février, j'ai fait soumettre tous mes malades aux irrigations simples. Sur 30, 27 ont guéri sans autre médication, mais il a fallu pour les trois autres recourir aux cautérisations.

Dans les cas graves, il est facile de le constater maintenant, la pratique de chacun de nous varie en somme très-peu. C'est au collyre au nitrate d'argent que chacun accorde la préférence, et c'est à un collyre rendu caustique par l'élévation du titre que nous avons recours. La pratique de M. Marjolin, qui est celui d'entre nous qui emploie les collyres les plus forts, prouve qu'ils ont peu de danger. Cependant je crois prudent de toujours neutraliser quand on emploie un collyre caustique, et c'est pour ma pratique une règle absolue.

L'action du crayon de nitrate d'argent sur la cornée est des plus dangereuses. L'année dernière encore j'en voyais à la Maternité un cas des plus manifestes. Après une cautérisation au crayon, faite en dehors de ma participation, la cornée blanchit et se mortifia. L'apparition brusque de l'opacité, sa forme, tout indiquait qu'elle était due au contact de la pointe du crayon. Il est vrai que dans un cas d'ophthalmie la cornée souffre dans sa nutrition, qu'elle est sinon malade du moins très-disposée à le devenir. Aussi faut-il l'examiner de très-près, et pour cela je ne crains pas d'ouvrir les paupières avec les élévateurs. Je crois aussi qu'il est fort utile de les renverser, mais cela n'est pas une règle absolue ; je ne comprendrais pas qu'il fût dans l'esprit de personne de se prononcer à cet égard invariablement pour ou contre.

J'ai déjà indiqué approximativement les résultats de ma pratique à l'hôpital ; voici les chiffres exacts : en 1864-65 sur 2,312 enfants, 708 ont été soignés pour des ophthalmies; 332 étaient sérieusement atteints, 272 ont guéri, 28 sont morts d'autres maladies avant guérison, 12 ont perdu un ou deux yeux, dont 7 en 1864 et 5 en 1865.

M. BLOT. Si j'ai autant blâmé le renversement des paupières, c'est que M. Giraldès en a fait une condition absolue de la guérison, j'ai reconnu que cela pouvait être quelquefois utile. M. Giraldès nous avait aussi fait craindre la destruction de la cornée si le collyre fort arrivait à son contact. J'ai cru devoir protester contre cette assertion en raison même de la très-légitime autorité de celui à qui elle appartenait. M. Trélat nous cite un cas de mortification due au contact du crayon ; mais s'il reconnaît aussi que la cornée est malade on peut se demander si elle ne se serait pas ulcérée par le fait de la maladie, sans qu'il soit nécessaire d'accuser le traitement.

M. TRÉLAT. Je pourrais citer encore à M. Blot un cas des plus probants observé cette fois hors de l'hôpital. Mais je crois l'action nuisible du crayon trop bien démontrée en pareille circonstance pour insister plus longtemps.

M. CHASSAIGNAC. Dès le début de cette discussion, notre excellent maître, M. Velpeau, avait indiqué la voie dans laquelle elle devait s'engager pour être utile et pour ne pas devenir un vain conflit de paroles et de formules dont la plupart sont plus bizarres les unes que les autres.

M. Velpeau demandait qu'on voulût bien préciser le siége anatomique des lésions et qu'on cessât de mélanger des maladies essentiellement distinctes en les désignant par les expressions vagues d'ophthalmie des nouveau-nés, d'ophthalmie scrofuleuse, d'ophthalmie catarrhale.

De son côté notre bonorable collègue, M. Depaul, a protesté contre l'inconvénient de confondre dans une même discussion ce qui a trait à l'ophthalmie purulente chez les enfants en général, et ce qui appartient à l'ophthalmie des nouveau-nés.

Ophthalmie infantile et ophthalmie des nouveau-nés, ce n'est pas la même chose.

Faire une description et instituer une thérapeutique applicable à tout cela en même temps, c'est brouiller toutes les notions, rendre impossible une discussion fructueuse et reculer de trente ans en arrière. Que dirait-on d'un pathologiste qui, à l'époque où nous en sommes, ne distinguerait pas scrupuleusement les fausses membranes de l'angine diphthéritique des escarres de l'angine gangréneuse et des concrétions de l'angine pultacée.

C'est faute d'avoir suivi le sage conseil de M. Velpeau que certains auteurs, en dissertant sur l'ophthalmie des nouveau-nés, en parlent comme d'une maladie toujours identique à elle-même. Après avoir entrevu, sans trop se rendre compte de ce qu'ils avaient sous les yeux, quelques cas mal observés d'exsudations fibrineuses conjonctivales, ils se sont imaginé que tous les enfants nouveau-nés avaient, durant le cours de leurs ophthalmies, la propriété d'exsuder des produits fibrineux, c'est-à-dire pseudo-membraneux. Car pseudo-membranes sur les muqueuses et coagulum fibrineux, c'est exactement la même chose.

Pour apprécier avec exactitude ce qui se passe dans l'ophthalmie des nouveau-nés il ne faut pas croire qu'il suffit d'y regarder sans des précautions spéciales, et en se bornant aux modes habituels de l'examen des yeux. On doit écarter, avec des dilatateurs, les deux paupières et laver, par la projection abondante et continue d'une douche oculaire, les surfaces malades.

Il n'est pas un seul des 446 enfants dont nous avons recueilli les observations qui n'ait été soumis à ce genre d'examen.

Des inexactitudes non moins regrettables, et certainement involontaires, ont eu lieu au sujet des documents historiques relatifs à la nature et au traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Mes premières études et l'indication de la pseudo-membrane remontent à l'année 1828, où je fus chargé, comme interne, du service de la Maternité à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et dès cette époque ces faits y étaient parfaitement connus des élèves de l'hôpital. C'est le 23 août 1847 que M. Velpeau communiqua à l'Institut le résultat de mes observations recueillies à l'hospice des Enfants trouvés.

Peu de temps après en 1847, M. le docteur Léon Rieux, aujourd'hui médecin très-distingué de Lyon, publia dans l'*Union médicale* deux mémoires qui ont précédé de plusieurs années le travail de Graefe de Berlin (Deutsche Klinik, 1853), et celui de MM. Testelin et Warlomont (*Gaz. hebd.*, n° du 25 juillet 1856.) Depuis lors MM. Bednarz et Trœbelius, l'un au grand hôpital des Enfants trouvés de Vienne, l'autre à celui de Saint-Pétersbourg, ont fait connaître les résultats obtenus dans leur service par l'emploi des douches oculaires.

Mais c'est à M. Alfred Fournier, médecin des hôpitaux et professeur agrégé, que nous devons l'un des travaux les plus remarquables qui aient été publiés sur ce sujet. (*Archives d'ophthalmologie* de Jamain, 1856.) M. Bricheteau, directeur du Bulletin de thérapeutique, a publié un mémoire plein d'intérêt sur les mêmes questions. Enfin de nombreux articles sur l'ophthalmie des nouveau-nés sont consignés par ordre de dates dans les publications suivantes : *Annales de thérapeutique et de toxicologie* de Rognetta, 1847, t. V, p. 220. — *Gazette des hôpitaux*, n^os^ du 28 septembre 1847, du 2 août 1849, du 25 octobre 1854, du 23 décembre 1854, du 13 janvier 1855, du 3 mars 1855. — *Moniteur des hôpitaux*, n° du 16 novembre 1854. — *Presse médicale*, n^os^ des 4 et 11 novembre 1854. — *Archives d'ophthalmologie* de Jamain, n^os^ de novembre et décembre 1854, janvier et février 1855.

Le travail dont j'ai recueilli les matériaux à l'hospice des Enfants trouvés, et dont les résultats sont consignés dans mon traité *De la suppuration*, t. II, repose sur 446 observations. Il a pour premier résultat d'établir que l'ophthalmie des nouveau-nés, considérée dans son ensemble et en dehors des altérations profondes qui sont presque toujours consécutives, se rapporte à trois groupes distincts, la conjonctivite purulente avec fausses membranes, la conjonctivite purulente sans fausses membranes, la conjonctivite catarrhale ou muqueuse.

Il y a donc trois espèces de conjonctivites des nouveau-nés, bien distinctes les unes des autres, et si l'on veut connaître la proportion dans laquelle l'observation nous les présente, quand on les compare entre elles, les chiffres nous apprennent que sur 446 cas, accompagnés d'une description suffisante et de détails précis, on trouve 106 cas de conjonctivites pseudo-membraneuses, 216 de conjonctivites purulentes, sans fausses membranes, et 76 cas de conjonctivites catarrhales. Que fût-il arrivé si on eût pris en bloc toutes ces observations si distinctes les unes des autres? Précisément ce qui est arrivé à des auteurs qui se sont contentés du diagnostic insuffisant d'ophthalmie des nouveau-nés, sans désignation précise à laquelle ils avaient affaire dans chaque cas particulier. De là un vague, une incertitude, et le conflit le plus étrange dans les assertions des ophthalmologistes, les uns guérissant tous leurs malades sans exception, ou à très-peu d'exceptions près, par les moyens les plus variés et souvent les plus simples, donnant par là à entendre que l'affection n'a pas une gravité exceptionnelle, qu'elle n'a pour ainsi dire pas de gravité, les autres déployant une thérapeutique violente, implacable, et considérant dès lors l'affection comme étant de l'espèce la plus dangereuse.

On ne pouvait sortir d'une si déplorable confusion, qu'à la condition de distinguer avec précision, et dans chaque cas particulier, l'espèce à laquelle il devait être rapporté. Et le moyen d'établir un diagnostic rigoureux consistait à examiner avec soin toute la surface intérieure de la conjonctive, ce qui ne pouvait être fait qu'au moyen des dilatateurs palpébraux, secondés dans leur action par l'emploi de lavages abondants.

Lorsque chez un enfant, atteint de conjonctivite purulente, et dont les paupières ont été préalablement écartées, on dirige un courant d'eau sur la conjonctive; le premier effet de la douche est de balayer les matières liquides purulentes ou mucoso-purulentes qui baignent la surface de la muqueuse. Ce lavage une fois accompli, si l'on continue l'action de la douche on s'aperçoit, au bout de quelques minutes, qu'il reste sur la conjonctive une toile fine transparente, dont la douche commence à détacher les bords. Prolongez encore l'action du courant d'eau, et la membrane, d'abord demi-transparente, devient opaque et d'autant plus épaisse que la douche est plus prolongée. Après dix ou douze minutes, on parvient ainsi, par la seule action de l'eau, à détacher la pseudo-membrane.

Quelques objections, tout à fait dénuées de sens, ont été dirigées contre l'existence de la pseudo-membrane. On a dit d'abord qu'elle n'était autre chose que l'épithélium des muqueuses. Il faut ignorer complétement la composition de l'épithélium et ses caractères microscopiques, aujourd'hui parfaitement définis, pour faire une pareille confusion. On a parlé de membranes gélatineuses qu'on formerait de toutes pièces avec de l'eau et une espèce de gélatine conjonctivale. C'est là le résultat d'une singulière inattention ou d'une grossière illusion d'optique. Jusque-là, nous préférons nous en rapporter à ce qui nous a été appris par des observateurs sérieux et tout à fait dignes de foi.

M. Lebert a reconnu que les fausses membranes de la conjonctivite purulente des nouveau-nés sont composées de fibrine coagulée sous forme striée et granuleuse, emprisonnant dans sa substance une multitude de globules de pus que la macération dans l'eau rend plus évidents et dont l'acide acétique fait bien voir les noyaux. On trouve en outre à la surface de la fausse membrane une couche de pus dans laquelle se voient les globules les mieux caractérisés, ayant la même forme, les mêmes dimensions, les mêmes noyaux que dans le pus de l'adulte.

L'exsudat citrin qui précède la formation de la pseudo-membrane, et qui en est l'élément générateur soumis à l'étude microscopique, est composé de rares filaments de fibrine, de la partie séreuse du sang et de quelques globules purulents.

Ces résultats constatés un grand nombre de fois et avec un redoublement d'attention par nous, par MM. Lebert, Schultz, Danielsen, Gruby, Coffin et Léon Rieux, sont définitivement acquis à la science et ne laissent place à aucune surprise, aucune équivoque, aucun doute.

L'existence de la pseudo-membrane, et pour plus de précision, la membrane fibrineuse exactement semblable aux pseudo-membranes diphthéritiques de la gorge et de la trachée dans le croup se trouve ainsi démontrée cliniquement et microscopiquement à la fois.

Nos résultats statistiques (Traité de la suppuration, t. 2, p. 77) établissent que dans les huit premiers jours qui suivent la naissance, il y a une prédisposition très-marquée au développement de l'ophthalmie pseudo-membraneuse, qui devient de plus en plus rare à partir du huitième jour de la naissance.

Un grand nombre d'auteurs parmi lesquels nous citerons Arnemann, Tilmann, Schmidt et Walther considèrent les enfants faibles, délicats comme particulièrement prédisposés à contracter l'ophthalmie purulente. Les recherches statistiques que nous avons faites à cet égard, nous apprennent que le nombre des sujets robustes et bien constitués l'emporte sur celui des enfants chétifs, dans la proportion de 24 à 12.

Les résultats de notre expérience personnelle nous permettent d'affirmer de la manière la plus positive la nature contagieuse de l'ophthalmie diphthéritique des nouveau-nés.

Déjà nous avions acquis la certitude, que si l'on touchait avec le même crayon de sulfate de cuivre, quelque bien essuyé qu'il fût, les petits ophthalmiques d'abord, et ensuite ceux qui depuis longtemps n'avaient plus d'ophthalmie purulente, ces derniers contractaient tous de nouveau cette affection.

Mais un fait des plus concluants, et indiquant avec une exactitude mathématique la durée d'incubation, à dater de l'introduction du contagium, se produisit sous nos yeux dans notre service et dissipa tous les doutes sur ce point. (Voy. p. 79, du traité de la suppuration, observations de M. Desages.)

La pseudo-membrane s'offre tantôt avec l'apparence d'une toile extrêmement fine, tout à fait transparente permettant de distinguer nettement l'état des organes qu'elle tapisse, tantôt sous l'aspect d'une membrane opaque, épaisse de plusieurs millimètres, blanchâtre, floconneuse, exactement semblable à la production morbide caractéristique du croup et de l'angine couenneuse.

Le temps nécessaire pour la période d'incubation de la conjonctivite purulente des nouveau-nés n'est pas rigoureusement déterminé. Dans un cas où il nous a été donné de constater le moment précis de la pénétration du contagium sur la conjonctive il a été de trente-six heures. Tous les auteurs s'accordent à placer vers le deuxième ou le troisième jour la manifestation des premiers accidents chez les nouveau-nés et nos relevés statistiques confirment pleinement cette donnée. Comme d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, l'état des parties maternelles, autorise à penser que la maladie a été contractée par l'enfant au moment de la parturition, il est permis d'admettre que c'est en général trente-six ou quarante-huit heures au plus après l'application du contagium que les premiers symptômes se déclarent.

Le traitement par les douches oculaires est, après expérience comparative avec les autres moyens proposés, celui qui donne les résultats les plus rapides, les plus sûrs et les moins compromettants.

L'assentiment des auteurs est presque unanime sur l'utilité d'un

lavage détersif de la muqueuse oculaire. Mais ce lavage, au degré où il peut être sérieusement efficace, ne peut être réalisé par les fomentations, les lotions extérieures et les injections à la seringue. Ce dernier mode offre même le danger d'une perforation directe de la cornée quand la cornée est ramollie et lorsqu'il survient un mouvement subit, ce à quoi il faut toujours s'attendre quand on agit sur un enfant.

La douche oculaire qui peut sans inconvénient prolonger pendant dix à douze minutes le lavage actif des surfaces malades, réalise complétement le *desideratum* du chirurgien.

Nous avons indiqué (traité de la suppuration, t. 2) les moyens d'en rendre l'exécution simple et facile.

M. VERNEUIL propose de faire un tirage à part de la discussion. Il serait à désirer, dit-il, que l'administration des hôpitaux en prît connaissance.

La proposition de M. Verneuil n'étant pas appuyée, n'est pas mise aux voix.

La clôture de la discussion est prononcée par M. le président.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Polype naso-pharyngien opéré par la ligature.

M. BROCA. La tumeur que je mets sous les yeux de la Société présente quelques particularités anatomiques. Son volume égale celui d'un œuf de pigeon; sa consistance est intermédiaire entre celle des polypes fibreux et des polypes muqueux; mais le microscope démontre nettement la structure fibreuse; c'est donc bien un polype fibreux; il est infiltré par une assez grande quantité de sérosité, ce qui lui donne cet aspect particulier.

Le malade est âgé de vingt ans; il a déjà été opéré une fois, il y a trois ou quatre ans, probablement par l'arrachement; il ne donne que des renseignements incomplets. La récidive paraît avoir eu lieu il y a un an environ. Le polype remplissait l'arrière-gorge, mais son pédicule paraissait pénétrer dans les fosses nasales. L'insertion se faisait dans tous les cas à la voûte des fosses nasales et très-près de la surface basilaire. L'opération dont je vais parler a d'ailleurs démontré que l'implantation était double.

J'ai eu recours à la ligature: je ne viens pas la préconiser comme méthode générale, mais le cas m'a paru favorable, et je n'ai pu oublier l'avoir vu employer avec succès par Blandin dans deux cas. Dans l'un, la récidive n'eut pas lieu pendant les deux ans où je pus observer le malade, et n'a probablement pas eu lieu depuis. Ce malade, infirmier à l'Hôtel-Dieu à l'époque où j'y étais interne, serait sans doute venu s'adresser à moi si pareil malheur lui était arrivé.

J'ai porté l'anse de fil à l'aide d'un instrument fort ingénieux que M. Mathieu m'a construit du jour au lendemain. Ce porte-anse est, comme vous le voyez, composé de deux tiges creuses, courbes à leur extrémité et montées sur un manche. Le fil y est maintenu à l'aide d'une tige centrale mobile, à l'aide de laquelle on peut fermer ou ouvrir à volonté le chas dans lequel la ligature est engagée. Ce qui rend l'usage de ce porte-anse fort commode, c'est qu'il peut être introduit fermé, et que le développement de l'anse ne s'effectue que lorsque l'on est arrivé au point où l'on désire la placer. Un mécanisme très-simple permet l'écartement des deux tiges creuses qui constituent l'instrument. Les fosses nasales de mon malade sont très-étroites; je pus cependant attirer facilement, à l'aide d'une anse de fil préalablement introduite, les chefs de ma ligature. Mais je fus fort embarrassé quand il s'agit de placer le serre-nœud: tous étaient trop volumineux. M. Mathieu, présent à l'opération, imagina de tarauder l'extrémité de la curette articulée de Leroy d'Étiolles. Cela me servit admirablement de serre-nœud, et depuis M. Mathieu a construit, d'après ce modèle, un serre-nœud que voici: il a le grand avantage de pouvoir être introduit facilement dans les cavités les plus étroites, la portion coudée à travers laquelle on engage les fils pouvant n'être relevée que lorsque l'on va opérer la striction. J'ai dit que la tumeur avait un second pédicule; le premier fut en effet coupé dès le second jour, mais la tumeur tenait encore et je dus l'arracher pour l'amener à l'extérieur, à travers la cavité buccale. Le malade a quitté l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant, quelques jours seulement après l'opération.

Lipôme de la langue. — Ablation par la galvano-caustique.

M. FOLLIN présente à la Société une tumeur très-rare de la langue; c'est un lipôme qu'il a enlevé ce matin par la galvano-caustique.

Le malade, qui avait cette tumeur était un vieillard entré à l'hôpital Cochin pour un phlegmon diffus et gangréneux du dos de la main droite, suite d'une piqûre. L'état de la main s'est promptement amélioré sous l'influence du repos et de topiques variés. On s'aperçut alors que cet homme parlait très-difficilement, comme quelqu'un qui parle avec des aliments dans la bouche. En recherchant la cause de cet obstacle à la parole, on trouve dans la bouche une tumeur du volume d'un œuf, insérée par un large pédicule sur la partie latérale gauche et un peu en arrière de la pointe de la langue. Cette tumeur n'a pas le même aspect à droite et à gauche. Au côté droit, on aperçoit une masse jaune, molle, lobulée, qui ressemble tout à fait à un lipôme; au côté gauche, la surface de la tumeur est grisâtre, un peu dure, légèrement ulcérée sur une étendue de 1 centimètre au niveau, de quelques dents aiguës de l'arcade dentaire supérieure gauche.

Cet homme, qui est très-peu intelligent, raconte que cette tumeur date de vingt-deux ans, qu'à son début et pendant six années, elle était accompagnée d'hémorrhagies, puis que cet écoulement sanguin arrêté, elle a grossi peu à peu jusqu'au volume d'un œuf. Cette masse nuit à la parole et à la mastication; elle est, pour ce malade, un obstacle à une alimentation convenable; enfin, elle commence à être le siége d'une ulcération qui peut avoir des conséquences fâcheuses. M. Follin se décide alors à enlever cette tumeur à la condition, vu le grand âge du malade, d'employer un procédé opératoire qui permette d'extirper le mal rapidement, sans grande douleur et sans hémorrhagie du côté des vaisseaux veineux surtout, qui pénètrent dans le pédicule de cette tumeur. La galvano-caustique, avec l'anse coupante, a d'abord paru satisfaire et a véritablement satisfait à ce qu'on désirait obtenir dans ce cas.

Un fil de platine, de grosseur moyenne, a été jeté et serré modérément sur le pédicule de la tumeur, puis M. Follin a fait passer, à travers cette anse métallique, le courant de quatre éléments de la pile de Middeldorpf, tout en tournant le treuil qui resserre l'anse métallique. En moins d'une minute la tumeur a été coupée, sans douleur et presque sans écoulement de sang. Cette absence d'hémorrhagie s'explique bien en examinant la surface sèche et légèrement cautérisée de la tumeur, là où a passé l'anse galvano-caustique; à peine une petite cuillerée de sang est-elle sortie de la surface de section du côté de la langue.

L'examen de la pièce, mise sous les yeux de la Société, fait constater un lipôme dont les lobes sont dépassés par des cloisons fibreuses épaisses. Au point ulcéré, il y a une induration plus grande et un épaississement de la muqueuse, sans infiltration épithéliale. A la dissection de cette pièce, il est facile de voir qu'il s'agit d'un lipôme primitivement développé dans la langue, dont les fibres longitudinales accompagnent la tumeur dans un tiers de sa hauteur. Au delà, ce lipôme n'est plus recouvert que par la muqueuse. On peut supposer que cette masse graisseuse, primitivement développée dans la langue a, en grossissant, écarté les fibres longitudinales du côté gauche de l'organe, et s'est peu à peu pédiculisée en refoulant la muqueuse linguale au dehors.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance annuelle de l'Académie des sciences a eu lieu lundi dernier, 5 mars, sous la présidence de M. Decaisne.

Ayant à revenir sur cette séance, nous nous bornerons aujourd'hui à donner la liste de nos confrères lauréats.

Prix de statistique. — M. Chenu.
Mention très-honorable. — M. Poulet.
Mentions honorables. — MM. Sistach et Saintpierre.
Grand prix des sciences physiques. — MM. Baudelot, Hollard, A. Milne-Edwards.
Prix de physiologie expérimentale. — M. Bert.
Mention très-honorable. — M. Reveil.
Prix Bréant. — M. Davaine.
Prix Barbier. — MM. Baillet, Filhol, Vée et Leven.
Mention honorable. — M. de Grosourdy.
Prix Godard. — M. Hélie (de Nantes).
Mention honorable. — M. Brouardel.
Prix de médecine et de chirurgie. — MM. Vanzetti (de Padoue), Chauveau, Viennois et Meynet; M. Luys.
Mentions honorables. — MM. Désormeaux, Sucquet et Legrand du Saulle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Les Maternités. — Études sur les maternités et les institutions charitables d'accouchement à domicile dans les principaux États de l'Europe, par le docteur Léon Le Fort, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 volume in-4° avec 11 planches. Prix: 18 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. Monneret, professeur de pathologie interne à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. La 8e livraison qui complète le tome II, vient de paraître. Prix de chaque livraison: 3 fr. — L'ouvrage se composera de trois forts volumes grand in-8° et sera publié en 12 livraisons de 160 pages chacune qui paraîtront régulièrement de quatre en quatre mois. — Paris, 1866, P. Asselin.

Étiologie et prophylaxie des épidémies puerpérales, par le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité. — Un volume grand in-8°, prix: 2 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 30. — MARDI 13 MARS 1866. (39e ANNÉE.) 29 MARDI 13 MARS 1866. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 MARS 1866.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Lundi dernier, l'Académie des Sciences a tenu sa séance publique annuelle.

Cette séance est toujours attendue avec la plus vive impatience par les travailleurs, car c'est le jour où le plus grand corps savant décerne ses prix.

Dans notre dernier numéro, nous avons donné le nom des lauréats. Deux omissions de *citations* ont été faites par erreur: nous nous empressons de rétablir les noms des lauréats.

Au prix de médecine et de chirurgie il faut ajouter une *citation* très-honorable pour MM. Stœber et Tourdes, et pour le Dr Moura.

Une simple énumération de prix ne saurait satisfaire complétement nos lecteurs. Nous avons pensé qu'ils liraient avec intérêt les rapports qui ont donné lieu à la distribution de ces récompenses. Nous en commencerons la publication.

Après les prix décernés viennent les prix proposés; aujourd'hui même nos lecteurs pourront se rendre compte des divers sujets que l'Académie les invite à traiter.

Il est d'usage de consacrer la séance publique annuelle au souvenir d'une illustration de la science. Cette année, M. Coste avait accepté la mission de faire revivre une figure modeste, celle de du Trochet. Aucun de nos lecteurs ne peut prononcer ce nom sans se rappeler et l'endosmose et l'exosmose, et tant de travaux si remarquables de physiologie. Mais ce qu'ils pouvaient ignorer c'était la vie d'abord agitée du savant, puis devenue calme et presque ignorée, et chose plus singulière et bien rare dans les annales des corps savants, l'Académie — au mépris de ses règlements — allant chercher le savant au fond de sa retraite, et lui donnant un titre que son éloignement de Paris devait lui interdire. Ce trait de la vie de du Trochet montre toute l'estime que l'on eut pour ce savant: mais il fait faire en même temps un bien triste retour sur la vie de l'homme qui se voue tout entier aux progrès de la science et que le peu de fortune contraint à s'exiler de Paris, le grand foyer des études.

Une vie tout entière consacrée aux luttes et aux recherches peut souvent — dans sa beauté — manquer de ces mille incidents qui prêtent taut à l'éloge académique. M. Coste ne s'est pas effrayé de la difficulté présentée par l'Éloge de du Trochet. Il l'a abordé avec une grande hardiesse, une complète connaissance du sujet, et une savante analyse de ses nombreux travaux. Et de ce sujet d'abord ingrat, il a tiré un Éloge rempli d'intérêt, écouté avec le plus grand recueillement. Nous publierons quelques fragments de cet Éloge, dont le développement ne peut malheureusement permettre la reproduction intégrale.

Telle a été cette grande séance annuelle. Il nous resterait maintenant à féliciter les lauréats. Mais ici nous nous sentons mal à l'aise : on loue mal ses amis, on craint de voir suspecter sa bonne foi. Nous laissons le soin à nos lecteurs de reconnaître parmi ces noms celui des collaborateurs de notre œuvre. Il en est un cependant qui depuis trop longtemps est associé à tous nos travaux pour que nous ne lui adressions pas publiquement la sincère expression de toutes nos félicitations. M. le docteur Legrand du Saulle, qui traite avec tant d'autorité toutes les questions de médecine légale, a vu couronner son livre : *la Folie devant les Tribunaux*. Nos lecteurs verront en quels termes le rapporteur a exprimé son opinion sur la valeur de cet ouvrage.

Après cet hommage rendu à notre dévoué collaborateur, qu'il nous soit encore permis de signaler l'œuvre gigantesque du docteur Chenu : jamais travail ne fut plus grave, jamais on n'a poursuivi avec tant de science et de patience ces recherches qui ont permis d'établir le grand martyrologe de la Crimée. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Observation sur certains accidents convulsifs du choléra.

(Lue à la Société médicale d'Observation, par M. Th. Anger, interne du service.)

Marie V..., âgée de vingt-huit ans, couturière, entra le 23 novembre 1865 à l'hôpital Beaujon pour une variole discrète.

Elle était au cinquième jour de l'éruption et, la veille, elle avait été prise d'une diarrhée très-modérée. Malgré le traitement énergique auquel elle fut soumise, les selles devinrent de plus en plus fréquentes, et dans la nuit du 24 au 25 novembre, apparurent tous les symptômes du choléra confirmé : déjections blanches et riziformes ; crampes, vomissements, etc.

A la visite du matin, les extrémités des membres, les lèvres et la langue sont froides et glaciales. Les yeux sont encavés, la peau a pris une teinte bleuâtre et livide. Elle est humide, comme macérée, et sans élasticité. Le pouls est imperceptible, la céphalalgie violente, l'urine supprimée.

On prescrit à l'extérieur des frictions et des sachets de sable chaud, à l'intérieur de la glace et du punch.

Vers six heures, pour combattre l'algidité, quinze gouttes d'une solution de caféine au dixième sont injectées sous la peau, mais sans aucun succès. Trois heures après, l'anxiété était la même.

Dans la nuit les selles blanches se renouvellent, les vomissements persistent, les crampes se réveillent. La cyanose et le refroidissement n'ont pas cessé. Le pouls est excessivement petit et fréquent, impossible à compter. La malade accuse une vive douleur dans le côté droit à la base de la poitrine, sans que l'auscultation ni la percussion puissent en rendre compte.

Comme traitement : affusion froide et frictions avec la térébenthine sur la colonne vertébrale, ventouses scarifiées sur le côté; thé, glace, potion avec l'ammoniaque, et injection sous-cutanée de 0g,10 de caféine.

Dans la journée les vomissements cessèrent après l'administration de trois gouttes de teinture d'iode. La malade n'eut que trois selles peu abondantes, blanchâtres, striées de filets bilieux. Mais elle était toujours sans pouls avec du hoquet, des nausées, et un point de côté moins douloureux, il est vrai, que le matin.

Vers cinq heures et demie on fait une nouvelle injection de 0g,10 de caféine, et l'on ordonne une potion éthérée pour la nuit.

Le 27 la prostration est moins complète. Un peu de chaleur revient à la peau. Le pouls compta 104 pulsations. Mais les nausées sont incessantes, et la malade a eu trois selles riziformes.

La potion éthérée est continuée. Le soir le pouls était redevenu insensible.

Le lendemain 28 novembre apparurent quelques symptômes typhoïdes : abattement, prostration, indifférence, etc., cependant les pulsations cardiaques avaient repris un peu de force, et le pouls radial était revenu à 104 pulsations, même traitement.

Le 29, les déjections d'ailleurs peu copieuses avaient pris une coloration bilieuse. Il n'y avait plus de vomissements. Les urines n'avaient pas reparu quoiqu'il y eût manifestement un commencement de réaction. Le soir les pulsations radiales sont aussi fréquentes, mais plus amples.

Dans la journée du 30, l'adynamie augmente. La langue se sèche ; l'intelligence devient plus obtuse; les forces diminuent. La malade expulse involontairement quelques gouttes d'urine et peut à peine avaler un peu de bouillon et une potion au rhum.

Il existe, le 1er décembre, une réaction incomplète à forme typhoïde. Plus de vomissements ni de diarrhée, mais la face est grippée, l'intelligence nulle, la respiration pénible et profonde, le pouls petit et fréquent. Les lèvres, les dents et la langue sont couvertes de fuliginosités noirâtres. La malade presque insensible et sans mouvements devient étrangère à tout ce qui l'entoure.

Cet état typhoïde augmente dans la journée et devient complet dans la nuit.

Le 2 décembre l'insensibilité est absolue. La respiration est de plus en plus gênée. L'haleine froide, ne donne lieu à aucune vapeur de chlorhydrate d'ammoniaque, lorsqu'on approche des narines un tube trempé dans l'acide chlorhydrique. Les extrémité sont froides et roides.

C'est au milieu de ce cortége de symptômes et pendant l'agonie qu'éclatent tout à coup les convulsions. Les yeux roulent dans les orbites et se cachent sous les paupières supérieures. En même temps un tremblement fibrillaire envahit les muscles de la face. Les contractions spasmodiques gagnent les membres supérieurs et inférieurs. Toutes les parties du corps sont agitées de petits mouvements convulsifs, rapides et saccadés, mais d'une étendue très-limitée. Ces accès durent trente à quarante secondes et se succèdent à des intervalles très-rapprochés. Pendant ce temps le visage ne change pas sensiblement de coloration. Il n'y a ni larmoiement ni bouffissure de la face.

L'intensité et l'étendue des convulsions diminuent à mesure que la maladie se rapproche du terme fatal. Au bout d'une heure et demie et après quinze accès, les convulsions ne consistaient plus guère qu'en quelques palpitations fibrillaires des muscles. La malade expira vers trois heures et demie.

A l'autopsie faite trente-six heures après la mort nous trouvons une légère congestion des membranes du cerveau et de la moelle. La substance cérébrale, ni congestionnée, ni anémiée, était plus ferme qu'à l'état normal.

Le lobe inférieur du poumon droit est le siége de quelques extravasations sanguines d'ailleurs trop limitées.

Cœur ferme, normal, rempli de sang mou et diffluent comme de la gelée de groseilles.

FEUILLETON.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

La greffe animale a été jusqu'ici beaucoup plus connue par ses applications à la chirurgie que par les services qu'elle a rendus à la physiologie. C'est pourquoi la Commission a distingué particulièrement un travail de M. Bert, dans lequel ce jeune physiologiste a étudié la greffe animale en se plaçant au point de vue de la physiologie générale, et en la considérant comme un procédé expérimental qui permet de constater des modifications de certaines propriétés vitales qu'on ne pourrait reconnaître autrement. En effet, lorsqu'on soumet des muscles et des nerfs à divers agents modificateurs ou destructeurs de leurs propriétés vitales, on peut, à l'aide de certains excitants, et notamment au moyen de l'électricité, réveiller l'activité fonctionnelle des tissus et savoir si leurs propriétés de contractilité ou d'irritabilité sont altérées ou perdues. Mais s'il s'agit d'expérimenter sur les propriétés de nutrition des tissus, la greffe animale ou la transplantation devient le seul procédé applicable. Pour s'assurer qu'une graine ou qu'un œuf ont conservé leurs propriétés germinatives, il faut nécessairement les placer dans des conditions où ils puissent se développer ; de même, pour savoir si un tissu a perdu ses propriétés nutritives, il faut le replacer dans des conditions où il puisse se nourrir. Tel est le rôle important de la greffe animale que M. Bert a voulu mettre en lumière dans son travail.

M. Bert a particulièrement expérimenté sur le rat, et il a greffé la queue de l'animal, partie complexe contenant des os avec leur moelle, des cartilages, des muscles, des nerfs, des tendons, du tissu cellulaire et des vaisseaux. Le lieu de la transplantation a été le tissu cellulaire sous-cutané ou bien la cavité du péritoine.

Avant d'aborder l'étude des agents modificateurs des propriétés nutritives dans les tissus que renferme la queue du rat, M. Bert a dû, pour avoir un point de départ comparatif, examiner ce qui se passe dans la greffe de la queue de rat à l'état normal, c'est-à-dire dans une queue de rat séparée du corps, dépouillée de sa peau et insinuée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Or il a vu qu'après cinq à six jours la circulation a commencé à s'établir entre l'animal vivant et la partie greffée. Parmi les organes élémentaires de la queue, les uns, tels que les muscles et les nerfs, commencent toujours par subir une dégénérescence, tandis que les autres continuent à se nourrir d'une manière normale. Quand la partie transplantée appartient à un jeune animal, elle continue à se développer et à croître, et elle achève son évolution dans sa forme générale aussi bien que dans les détails de son organisation.

Après ces expériences préliminaires, M. Bert a soumis des queues de rat à l'influence de divers agents bien déterminés, tels que le froid, la chaleur, la dessiccation, l'immersion dans différents gaz ou liquides. Dans toutes ces expériences, qui sont très-nombreuses, trois cas se sont présentés et se sont manifestés par la greffe animale. Tantôt l'agent employé avait été sans influence, et la queue de rat greffée s'est comportée normalement, ainsi qu'il a été dit plus haut; tantôt l'agent employé avait détruit complétement les propriétés vitales, et la queue de rat greffée n'a contracté aucune union vasculaire avec l'animal vivant: elle a produit une inflammation et s'est éliminée comme une partie morte; tantôt enfin l'action de l'agent modificateur avait été telle, que la queue greffée a pu contracter des adhérences vasculaires avec l'animal vivant ; mais les éléments anatomiques, au lieu de continuer à se nourrir normalement, sont devenus le siége d'une nutrition anomale, c'est-à-dire d'une véritable maladie. Ces phénomènes montrent que la vie n'a point été éteinte, mais seulement modifiée dans ses effets. Quant aux altérations pathologiques qui résultent de ces modifications, elles sont des plus intéressantes à étudier pour le physiologiste aussi bien que pour le pathologiste. Elles portent sur la moelle des os, sur la substance osseuse et sur les cartilages. M. Bert a constaté que la moelle osseuse, qui dans les vertèbres de la queue de rat était presque entièrement adipeuse, perdait peu à peu sa graisse, passait à l'état embryonnaire, se remplissait de cellules jeunes qui parfois, en continuant leur évolution, se transformaient en tissu lamineux. La matière amorphe du tissu osseux et du cartilage se ramollit, les éléments de ces tissus deviennent libres, et le résultat final de ce travail morbide est la disparition complète des os et des cartilages. Des tendons, des vaisseaux et du tissu fibreux qui s'était chargé de graisse, sont tout ce qui reste de la queue de rat transplantée.

Tout le tube digestif est comme raccourci, fortement rétracté et revenu sur lui-même. Vers la partie supérieure de l'intestin grêle surtout, les trois tuniques épaissies et adossés n'atteignent pas le volume du petit doigt. La surface des circonvolutions intestinales est dépolie, poisseuse. La muqueuse intestinale est d'un rouge lie-de-vin, épaissie et œdémateuse. En l'examinant sous l'eau et à l'œil nu, on voit aisément flotter ses villosités. Elle est çà et là parsemée de petits points noirs, et dans la dernière moitié de l'intestin grêle, les follicules isolés font une légère saillie à sa surface.

La muqueuse stomacale également injectée et épaissie, forme des plis très-nombreux et saillants, sa surface est recouverte d'un mucus épais et filant, difficile à détacher.

Rien d'anomal extérieurement dans le foie, les reins et la rate.

J'ai minutieusement examiné au microscope tous les tissus, et j'y ai constaté les lésions suivantes :

1° Une desquamation complète de la muqueuse de l'intestin grêle. En plaçant sous le microscope un pli de la muqueuse, on voit les villosités totalement dépouillées de leur épithélium, qui abonde au contraire dans le liquide intestinal. Le bord de tous ces petits prolongements est très-net, et la transparence parfaite. Par contre la muqueuse de l'estomac a conservé son épithélium au moins en grande partie. Les veines des villosités et celles qui entourent les glandes de l'estomac sont tellement gorgées de sang qu'elles semblent injectées artificiellement. Il en est de même du réseau capillaire des follicules isolés. Ces vaisseaux si difficiles à voir, même après une injection heureuse, sont remplis de sang, et j'ai pu facilement en dessiner quelques-uns.

On retrouve dans l'épaisseur des villosités, ces granulations pigmentaires que j'ai signalées à la surface de l'intestin sous forme d'un piqueté noir. Entre ces dépôts pigmentaires existent de nombreuses granulations graisseuses interposées. Le long des vaisseaux du réseau sous-muqueux, ces granulations se groupent en véritables vésicules adipeuses, dont l'abondance est bien au-dessus de l'état normal.

2° Dans le rein, les cellules épithéliales des tubuli et des glomérules sont granuleuses ; mais cette transformation graisseuse s'observe si souvent et dans des maladies si différentes qu'il est inutile d'y insister.

3° On peut en dire autant pour le foie, dont les cellules contiennent également quelques granulations graisseuses.

4° Les fibres musculaires du cœur, celles du grand droit de l'abdomen, du grand pectoral, et sans doute de beaucoup d'autres muscles, sont également parsemées de granulations dont la nature ne m'est pas bien démontrée, mais dont l'aspect rappelle celui des granulations adipeuses. Elles se montrent sous forme de très-petites vésicules brillantes, à reflet nacré, à contour un peu sombre, et sont disséminées par groupes dans l'épaississement de la fibre musculaire. Toutes ou presque toutes les fibres musculaires soit du cœur, soit des autres muscles contiennent de ces granulations, que j'ai retrouvées du reste dans toutes les autopsies de cholériques.

Nous ne voulons, dans cette observation, relever et interpréter qu'un fait peu connu, signalé très-accidentellement dans le choléra : c'est l'apparition de convulsions à la période ultime de la maladie.

On trouve dans les auteurs allemands, Hamernick, Meyer, Budd, etc., quelques observations où le fait est signalé, et servit bientôt de point de départ à une théorie du choléra. En France, les quelques relations d'épidémies que j'ai lues, n'en font pas mention. Ces convulsions pourtant ne sont pas très-rares. J'en ai, pour ma part, observé trois cas pendant la dernière épidémie. Mon collègue, M. Legros, a été plusieurs fois témoin du même phénomène à l'Hôtel-Dieu, et toujours pendant l'agonie.

C'est en effet, à l'approche de la mort qu'éclatent ces convulsions. Elles apparaissent aussi bien dans la période algide que dans la période de réaction. Chez la femme dont il est ici question, ce fut le septième jour, au milieu d'une réaction à forme typhoïde ; dans les deux autres cas, les convulsions se montrèrent le troisième jour, pendant la période algide. Quelle que soit la période de la maladie, elles en constituent le phénomène ultime ; et j'insiste sur ce point parce qu'il peut éclairer sur la nature de ces convulsions.

Frerichs, Hamernick, Ross n'hésitent pas à assimiler ces convulsions à l'éclampsie. Assurément l'analogie est grande : ce sont toujours des contractions spasmodiques, cloniques, se succédant rapidement, envahissant successivement les yeux, la face, les membres, le tronc, souvent plus fortes d'un côté que de l'autre. Mais il m'a semblé observer dans ce que j'appellerai la physionomie de ces convulsions des allures différentes. Ainsi chez les trois cholériques que j'ai observés, les contractions cloniques des muscles étaient moins fortes, moins intenses, moins étendues qu'elles ne le sont dans l'éclampsie urémique ; elles étaient pour ainsi dire paisibles, sans congestion de la face, sans larmoiement, sans écume à la bouche. Il n'y avait après l'accès ni ce coma profond, ni cette respiration stertoreuse particulière à l'éclampsie. Je les rapprocherais plus volontiers des accidents convulsifs qu'on observe après les grandes hémorrhagies, et pour qui a été témoin du phénomène dans ces deux cas, l'analogie n'est pas douteuse.

Les Allemands, qui n'admettent pas de différence, les rattachent à la même cause, et ne doutent pas de leur nature urémique, théorie inacceptable ; car, outre que l'analogie des accidents convulsifs est fort contestable (et cette analogie en est la base), la cause présumée, l'urée, ne l'est pas moins. Il ne peut, en effet, exister d'urée dans les urines, puisqu'elles sont supprimées. Les poumons n'expiraient pas sensiblement d'ammoniaque ; je l'ai vainement cherchée dans les déjections. Griesinger, Lehman, Frerichs, etc., il est vrai, l'ont trouvée à la surface de la peau et même dans le sang, jusqu'à 1 gramme 6 de nitrate d'urée pour 100.

Admettons ces faits ; supposons que l'urée s'accumule dans le sang des cholériques, comme chez eux la circulation capillaire devient presque nulle, on s'explique difficilement qu'elle produise des accidents.

S'il nous était permis d'exprimer une opinion à cet égard, nous rattacherions plus volontiers les accidents convulsifs du choléra à un arrêt de la circulation encéphalique. Qu'on l'explique par une lésion des nerfs vaso-moteurs, comme le veut M. Marey, ou par une altération des éléments du sang, comme le prétendent les Allemands, la stase du sang dans les capillaires est le fait général et prédominant de la maladie, et cette stase du sang se traduit dans tous les organes par des symptômes propres à chacun d'eux. Ces organes cessent de fonctionner : ainsi les échanges gazeux ne se font plus dans les poumons ; les reins ne sécrètent plus d'urine ; la cyanose et le refroidissement gagnent les extrémités des membres, les lèvres, le nez, la langue, etc. Pourquoi le cerveau ferait-il exception ?... Cet arrêt de la circulation capillaire encéphalique admis, les convulsions s'expliquent naturellement. Le cerveau se trouve en effet dans les mêmes conditions que s'il était anémié, exsangue ; ce n'est pas, à proprement parler du sang qui lui manque, puisque ses capillaires en sont pleins, mais il lui manque du sang oxygéné, incessamment renouvelé, celui-là même qui est nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Or le sang ne se renouvelant pas dans les capillaires, l'organe devient véritablement anémique, et il fonctionne comme un cerveau anémique.

En effet, que voit-on survenir chez l'homme ou les animaux dont une hémorrhagie grave, ou la ligature des artères a supprimé l'arrivée du sang à l'encéphale ? Des mouvements convulsifs, qui n'ont pas tout à fait, il est vrai, les allures de l'éclampsie, mais qui s'en rapprochent beaucoup. Ce sont là précisément, sous une autre forme, les conditions où se trouve le cerveau des cholériques. Il n'y a donc rien d'étonnant à voir éclater chez eux des accidents convulsifs semblables. Ces convulsions trouvent leur raison d'être dans les conditions pathologiques de la maladie. Il n'est nul besoin d'invoquer la présence de l'urée, qui, existât-elle dans le sang, ne circulerait pas, et par là même serait incapable d'engendrer de tels accidents.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement des maladies vénériennes par le guaco.

Le guaco, dont MM. Fauré de Bordeaux ont donné l'analyse et dont M. Pascal a vulgarisé l'emploi thérapeutique, était apprécié par le regrettable Melchior Robert, chirurgien en chef de l'hôpital de Marseille, en des termes qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité de cet agent, dans le pansement des plaies de mauvaise nature et dans le traitement des ulcères vénériens. Voici cette appréciation, contenue dans un des mémoires présentés par M. Pascal, à l'Académie de médecine de Paris.

« Vous savez ce que je vous ai déjà dit du guaco, et voici, par écrit, ma manière de voir à cet égard :

Bon prophylactique, le meilleur peut-être qu'on ait essayé jusqu'à ce jour, excellent moyen abortif, très-bon agent pour pansement dans les chancres à la période d'état.

Excellentissime dans les plaies vulgairement appelées chancres chroniques, qui ne sont autres que des ulcérations consécutives à des chancres, dont la position et le mauvais traitement ont prolongé la durée. Mais la liqueur, telle que vous me l'avez confiée, m'a semblé incapable de prévenir l'infection constitutionnelle.

Je l'ai néanmoins employée avec succès dans les ulcérations secondaires de la gorge et du palais ; mais, je le répète, c'est à titre de modificateur local. Il faudrait, pour pouvoir agir en ville, au moyen de cette composition, que l'on en débitât dans quelque pharmacie ; alors je pourrais sous peu vous donner des centaines d'observations. En attendant, voici le résumé de celles que j'ai recueillies :

Obs. I. — Le malade A. se présente à mon cabinet, le 31 mars 1859, avec un chancre qui a rongé le frein en entier. Cette ulcération, d'une forme oblongue, occupe la partie du frein qui est sous le méat et la face correspondante du prépuce. Elle existe depuis quinze à vingt jours, sa couleur est grisâtre et présente l'aspect des chancres en période de progrès ; pas d'induration, pas d'adénite.

Le 31 mars, attouchements et pansements avec le liquide neutralisant de M. Pascal (liquide pur), cuisson très-vive, mais, au dire du malade, très-supportable.

Le 1er avril, rien de remarquable, si ce n'est une couleur cendrée de l'épiderme ambiant ; la plaie a le même aspect.

Du 1er au 4, le malade a continué à se traiter de la même manière ; le chancre est en grande partie transformé en plaie simple ; ce qui siégeait sur le gland présente néanmoins encore l'aspect grisâtre.

Le 6, les chairs sont dépouillées de cette couche pultacée jaune grisâtre qui caractérise la période de progrès, mais elles sont pâles, blafardes, luisantes. Cessation du guaco remplacé par le vin aromatique.

Du 6 au 15, la plaie marche à grands pas vers la cicatrisation.

Obs. II. — Malade B. atteint autrefois de syphilis constitutionnelle. Nouvelle contagion, chancre simple du frein datant de quinze jours. Pansement et attouchement avec la liqueur de guaco pure, à partir du 1er avril jusqu'au 6.

Le 6, transformation du chancre en plaie simple, pâleur des tissus. Vin aromatique. Cicatrisation complète le 19 avril.

Obs. III. — La malade C., femme publique, atteinte de chancres multiples occupant la face externe de la petite lèvre à l'entrée du vagin (caroncules).

Le 3 avril, pansement et lotions avec la liqueur pure de guaco ; cuisson légère.

Du 3 au 7, continuation du même pansement.

Le 7, la plupart de ces petits chancres, *qui avaient été pris à leur début*, sont cicatrisés. Les autres sont en voie de cicatrisation. Les tissus sont pâles ; néanmoins on continue le guaco qui, au 12 avril, termine la cicatrisation de tous les chancres.

Obs. IV. — Malade D. — Chancre sur le revers du prépuce, datant de huit jours. Pansement le 5 avril avec la solution de guaco pure.

Le 7, bon aspect et transformation en plaie simple.

Le 15, guérison achevée.

Obs. V. — M. E., atteint de trois chancres sur la muqueuse du prépuce, ayant quinze jours de date.

Le 11 avril, pansement et attouchements avec le guaco.

Le lendemain, la surface des chancres est devenue rosée, bourgeonnante, et s'est entourée d'un liseré cendré.

Du 18 au 21, les chancres se sont indurés. A partir de ce moment l'induration continue et les aines deviennent le siége de ganglions indolents, et plus tard apparaissent des signes non équivoques de syphilis constitutionnelle.

Obs. VI. — M. F., atteint d'un chancre derrière la couronne du gland (chancre mou). — Pansement avec le guaco du 11 au 13 avril inclusivement.

Le 14, la muqueuse du prépuce autour du chancre est boursouflée comme si l'on avait fait une vésication, Nous suspendons le guaco.

Le 17, l'épiderme est parti dans une assez grande étendue et a laissé

Nous ne pouvons entrer ici dans le récit détaillé de toutes les expériences intéressantes que M. Bert a consignées dans son mémoire ; il nous suffira d'indiquer quelques résultats. Une queue de rat séparée du corps peut être conservée pendant huit à neuf jours sans perdre la propriété d'être greffée, pourvu qu'on la conserve dans un air confiné et à une température qui ne dépasse pas 10 à 12 degrés au-dessus de zéro. On peut soumettre une queue de rat ainsi séparée du corps à des températures extrêmes de + 56 degrés et — 18 degrés sans que ses éléments cessent de vivre. Mais alors, si la queue greffée peut reprendre, sa vitalité se manifeste par l'évolution du travail pathologique dont il a été question précédemment. L'immersion pendant neuf heures dans de l'eau ordinaire ne fait pas perdre à la queue de rat ses propriétés vitales. Mais l'immersion dans de l'eau très-faiblement acidulée, surtout avec de l'acide acétique ou de l'acide sulfurique, est très-redoutable pour la vitalité des tissus et beaucoup plus redoutable que l'immersion dans les solutions alcalines. L'immersion dans certaines substances douées d'un très-grand pouvoir endosmotique, telles que la glycérine par exemple, est d'une innocuité complète.

M. Bert a encore utilisé ses expériences sur la greffe pour la solution de diverses questions de physiologie. Il a montré par exemple qu'une queue de rat greffée par son extrémité fine reprenait plus tard sa sensibilité dans le gros bout resté libre. Ce qui prouve que les nerfs sensitifs doivent alors fonctionner en sens inverse de ce qu'ils faisaient avant la greffe. Il ne faut pas oublier que dans ce cas, ainsi qu'il a été dit plus haut, les nerfs se sont régénérés, et qu'il a dû y avoir des formations histologiques nouvelles pour établir la soudure nerveuse entre l'animal vivant et la queue greffée.

En résumé, la Commission a remarqué dans le mémoire de M. Bert sur la greffe animale, non-seulement beaucoup d'expériences intéressantes, mais elle a trouvé le travail conçu dans un bon esprit et étant susceptible de donner, par des recherches poursuivies dans la même direction des résultats importants pour la physiologie générale.

En conséquence, la Commission a décerné à M. Bert le prix de Physiologie expérimentale.

Parmi les travaux envoyés au Concours, la Commission a encore distingué deux travaux dus à M. Reveil dont les sciences ont récemment déploré la perte. L'un de ces travaux est relatif à l'endosmose et à la dyalise ; l'autre est intitulé : *De l'action des poisons sur les plantes* ; c'est sur ce dernier travail que la Commission a particulièrement fixé son attention. Le mémoire de M. Reveil contient un grand nombre d'expériences qui, sans être entièrement nouvelles, n'en sont pas moins très-intéressantes. Voici quels sont les principaux résultats de ces recherches :

Les végétaux sont beaucoup plus sensibles que les animaux à l'action de certaines substances. Non-seulement les acides minéraux, mais les acides organiques, citrique, tartrique, en solution très-étendue, 1/1000, amènent bientôt la mort de la plante qui les absorbe. Il en est de même de plusieurs solutions salines et de mélanges très-étendus d'alcool, d'éther, toutes substances qui, à cet état, seraient absorbées impunément par les animaux.

L'inverse a lieu pour d'autres substances. Ainsi les alcalis organiques ont sur les plantes une action toute différente de celle qu'ils ont sur les animaux.

Les sels de quinine, et surtout ceux de cinchonine, toujours en solution très-étendue, 1/1000, ont seuls une action nuisible sur la végétation. Ils la ralentissent et souvent ils amènent la mort de la plante. Au contraire, les sels de morphine, de codéine, de narcotine, de nicotine, et de strychnine, qui ont une action si énergique sur les animaux, sont sans influence sur la végétation. Enfin, l'atropine, loin de nuire ou d'être indifférente à la végétation, semble au contraire la favoriser.

En résumé, le travail de M. Reveil contient des expériences qui paraissent bien faites et dont les résultats sont importants. La Commission a voulu rendre honneur à la mémoire de l'auteur de ces recherches en lui accordant une mention très-honorable et en proposant à l'Académie de décider que le travail de M. Reveil soit inséré dans le *Recueil des Savants étrangers*. Claude Bernard.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et Armand Després, chirurgien des hôpitaux. 1re partie, avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

à nu le derme rouge et suintant. Quelques lotions et deux pansements à l'eau blanche amènent la cicatrisation.

Obs. VII. — M. G., atteint le 10 avril de trois chancres et d'une blennorrhagie commençante. — Injections au zinc et à l'acétate de plomb pour la blennorrhagie. Pansement avec le guaco pour les chancres.

Le 15 avril, les chancres ont meilleur aspect, l'écoulement n'a pas fait de progrès.

Le 21, les chancres ont été touchés le matin, la surface est très-sèche, la cuisson étant vive, je fais additionner le guaco de deux parties d'eau.

Le 25 avril, les chancres marchent à la cicatrisation. Le malade cesse de venir me voir.

Obs. VIII. — M. H., atteint, depuis un mois environ, d'une ulcération du voile du palais et des amygdales, ulcération secondaire qui a résisté aux attouchements avec le nitrate d'argent associés au traitement général.

Le 15 octobre, je touche cette ulcération avec le guaco porté sur un pinceau. Je continue ce topique pendant six jours, au bout desquels je constate la détersion complète des ulcérations et leur tendance à se recouvrir d'épiderme. Je cesse les attouchements, les ulcérations guérissent.

Je pourrais multiplier encore ces citations, mais je m'en dispense, pensant que les quelques observations que je vous envoie suffiront pour vous prouver que je n'ai pas été indifférent à votre découverte, et pensant aussi que vous pourrez, en les joignant à d'autres, en faire un faisceau qui démontrera les avantages de votre liquide neutralisant et prophylactique.

1° En résumé, la vertu curative locale et neutralisante du guaco est, pour moi, un fait hors de doute, et je crois à son efficacité d'autant plus certaine, qu'on l'emploie à une époque plus rapprochée du début du mal.

Je considère donc le guaco comme une liqueur qui pourra avoir les plus grands avantages employée en lotion après un coït suspect.

2° Telle que vous me l'avez confiée, cette liqueur est un peu trop énergique pour être appliquée en topique sur des chancres simples. Je préfère donc toucher la plaie avec la liqueur pure, tous les jours, et la panser avec cette liqueur au *tiers* ou au *cinquième*.

3° Les attouchements sont généralement suivis de cuisson, mais d'une cuisson qui n'est pas durable.

4° Après quelques jours, lorsqu'il s'agit de chancres mous, la neutralisation de la spécificité se fait, mais les plaies conservent un aspect blafard qui se corrige par le vin aromatique.

5° Sur les chancres indurés, l'effet neutralisant et cicatrisant paraît être le même, mais le guaco n'a aucune influence sur l'induration et sur l'état constitutionnel.

6° Les plaies secondaires se trouvent très-bien de ce mode de pansement et d'attouchements.

7° Le guaco est un bon liquide qui peut rendre de grands services au traitement et à la prophylaxie des maladies vénériennes. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1866. — Présidence de M. Laugier.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1866 ET 1867.

PRIX DE STATISTIQUE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON, A DÉCERNER EN 1866.

Parmi les ouvrages qui auront pour objet une ou plusieurs questions relatives à la *Statistique de la France*, celui qui, au jugement de l'Académie, contiendra les recherches les plus utiles sera couronné dans la prochaine séance publique de 1866. On considère comme admis à ce concours les mémoires envoyés en manuscrit, et ceux qui, ayant été imprimés et publiés, arrivent à la connaissance de l'Académie; sont seuls exceptés les ouvrages de membres résidants.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 453 fr.

Le terme du concours est fixé au 1er juin de chaque année.

Sciences physiques.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, A DÉCERNER EN 1866.

Question proposée en 1861 pour 1863 et remise à 1866.

« De la production des animaux hybrides par le moyen de la fécondation artificielle. »

On sait que chez les animaux supérieurs où la fécondation s'opère dans l'intérieur du corps de la femelle, la reproduction ne peut avoir lieu que par le concours d'individus de la même espèce ou d'espèces très-voisines qui appartiennent à un même genre naturel. Il serait intéressant de savoir si, chez les animaux dont les œufs sont fécondés après la ponte, des produits hybrides peuvent résulter du mélange d'animaux plus dissemblables entre eux. Il serait également important de constater s'il existe ou non quelque relation entre la viabilité des animaux anormaux ainsi obtenus et le degré d'hétérogénéité de leurs parents. En opérant sur des espèces dont les générations se succèdent rapidement, on pourrait aussi espérer obtenir des résultats intéressants au sujet de la fécondité des hybrides et du degré de fixité de leurs caractères zoologiques. L'Académie décernera un prix de 3,000 fr. au meilleur travail qui lui sera adressé sur ce sujet.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Académie, avant le 31 décembre 1866, terme de rigueur.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des Sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le Gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818,

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de 764 fr. à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin de chaque année, terme de rigueur.

PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE ET PRIX DIT DES ARTS INSALUBRES, FONDÉ PAR M. DE MONTYON, A DÉCERNER EN 1866.

Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juin 1825 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugées les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la Commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Conformément à l'ordonnance du 23 août, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conséquemment aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin de chaque année, terme de rigueur.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1866.

(Reproduction du programme des années précédentes.)

L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866 la question suivante « De l'application de l'électricité à la thérapeutique. »

Les concurrents devront :

1° Indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et les effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique ; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de 5,000 francs.

Les ouvrages seront écrits en français et devront être parvenus au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1866.

GRAND PRIX DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1866.

(Reproduction du programme de l'année précédente.)

(Commissaires : MM. Velpeau, Cl. Bernard, Jobert de Lamballe, Serres, Andral, J. Cloquet, Rayer, Milne Edwards, Flourens rapporteur.)

Des faits nombreux de physiologie ont prouvé que le périoste a la faculté de produire l'os. Déjà même quelques faits remarquables de chirurgie ont montré, sur l'homme, que des proportions d'os très-étendue ont pu être reproduites par le périoste conservé.

Le moment semble donc venu d'appeler l'attention des chirurgiens vers une grande et nouvelle étude, qui intéresse à la fois la science et l'humanité.

En conséquence, l'Académie met au concours la question « de la conservation des membres par la conservation du périoste.

Les concurrents ne sauraient oublier qu'il s'agit d'un ouvrage pratique, qu'il s'agit de l'homme, et que par conséquent on ne compte pas moins sur leur respect pour l'humanité que sur leur intelligence.

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de 10,000 fr.

Informé de cette décision, et appréciant tout ce que peut amener de bienfaits un si grand progrès de la chirurgie, l'Empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublait le prix.

Le prix sera donc de 20,000 fr.

Les pièces devront être parvenues au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1866.

Elles devront être écrites en français.

Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leur nom.

PRIX CUVIER, A DÉCERNER EN 1866.

(Reproduction du programme de l'année précédente.)

La commission des souscripteurs pour la statue de Georges Cuvier ayant offert à l'Académie une somme résultant des fonds de la souscription restés libres, avec l'intention que le produit en fût affecté à un prix qui porterait le nom de *Prix-Cuvier*, et qui serait décerné tous les trois ans à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie, et le Gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 9 août 1839.

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1866, un prix (sous le nom de *Prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1863 jusqu'au 31 décembre 1865, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 1,500 fr.

PRIX BORDIN A DÉCERNER EN 1866.

Question proposée en 1861 pour 1863, et remise en 1866.

La commission avait proposé pour le prix Bordin à décerner en 1863 une question ainsi conçue :

« Déterminer par des recherches anatomiques s'il existe dans la « structure des tiges des végétaux des caractères propres aux grandes « familles naturelles et concordant ainsi avec ceux déduits des organes « de la reproduction. »

Le prix n'ayant pas été décerné en 1863, la commission a cru devoir maintenir au concours la même question d'anatomie végétale, en ajoutant au programme « qu'elle admettra à concourir tout travail consciencieux qui aurait pour objet spécial l'étude anatomique comparée d'un ou plusieurs genres de tiges, et notamment l'examen des lianes et tiges grimpantes ou volubile, étudiées comparativement avec les autres sortes de tiges dans les mêmes familles végétales; de plus, ayant égard aux difficultés inhérentes à de pareilles recherches et au temps qu'elles exigent, la commision a proposé et l'Académie a décidé qu'on accorderait aux concurrents jusqu'au 1er juin 1866 pour l'envoi de leurs mémoires.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Ces mémoires (manuscrits) devront donc être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1866, terme de rigueur.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

PRIX BORDIN A DÉCERNER EN 1867.

« Étudier la structure anatomique du pistil et du fruit dans ses « principales modifications. »

L'organisation de la fleur est maintenant ramenée par tous les botanistes à un type général, dans lequel on considère tous les organes qui la constituent comme dérivant de modifications diverses des feuilles.

Le pistil, placé au centre de la fleur, présente cependant quelquefois des difficultés pour une assimilation complète de ses diverses parties aux organes appendiculaires ou foliacés. L'axe même de la fleur, prolongé et diversement modifié, paraît dans certains cas entrer dans la constitution du pistil et des placentas, et par suite dans celle du fruit qui en résulte.

On a cherché à résoudre cette question par l'étude des monstruosités et de l'organogénie, mais il reste sur plusieurs points des doutes que l'examen anatomique de ces organes, à diverses époques de leur développement, pourrait probablement résoudre.

On demanderait aux concurrents d'étudier dans les principaux types d'organisation du pistil (pistils simples, pistils composés offrant divers modes de placentation, pistils libres et adhérents) la distribution des faisceaux vasculaires qui se portent soit dans les placentas et les ovules, soit dans les parois de l'ovaire ou dans le péricarpe, ainsi que dans la zone externe des ovaires adhérents, et de déterminer l'origine de ces faisceaux vasculaires et leurs diverses connexions....

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires (manuscrits) devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1867, terme de rigueur.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

PRIX BRÉANT A DÉCERNER EN 1866.

Par son testament en date du 28 août 1849, feu M. Bréant a légué à l'Académie des sciences une somme de 100,000 fr. pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes (1) de ce terrible fléau. »

Prévoyant que ce prix de 100,000 fr. ne sera pas décerné tout de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de 100,000 fr., il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans « l'immense majorité des cas ; »

Ou ;

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asia- « tique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse « cesser l'épidémie ; »

Ou enfin :

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, « par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été rem-

(1) Il paraît convenable de reproduire ici les propres termes du fondateur : « Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de « choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il con- « tient : en effet, rien n'a encore été découvert au sujet de l'action qu'exer- « cent sur l'économie animale des fluides électriques, magnétiques ou « autres ; rien n'a été découvert également sur les animalcules qui sont ré- « pandus en nombre infini dans l'atmosphère, et qui sont peut-être la cause « ou une des causes de cette cruelle maladie.

« Je n'ai pas connaissance d'appareils aptes, ainsi que cela a lieu pour les « liquides, à reconnaître l'existence dans l'air d'animalcules aussi petits que « ceux que l'on aperçoit dans l'eau en se servant des instruments micros- « copiques que la science met à la disposition de ceux qui se livrent à cette « étude.

« Comme il est probable que le prix de 100,000 fr., institué comme je l'ai « expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusqu'à ce « que ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par l'Institut « à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra « ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures ana- « lyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un « procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui jusqu'à présent « ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une « des causes de la maladie. ».

plies, le prix annuel pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Les mémoires imprimés ou manuscrits, devront être parvenus, francs de port, au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1866 : ce terme est de rigueur.

PRIX JECKER, A DÉCERNER EN 1866.

Par un testament, en date du 13 mars 1851, feu M. le docteur Jecker a fait à l'Académie un legs destiné à accélérer les progrès de la chimie organique.

En conséquence, l'Académie annonce qu'elle décernera, dans sa séance publique de 1866, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de cette branche de chimie.

PRIX BARBIER, A DÉCERNER EN 1866.

Feu M. Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, a légué à l'Académie des sciences une rente de 2,000 francs, destinée à la fondation d'un prix annuel « pour celui qui fera une « découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir. »

Les mémoires devront être remis, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1866 : ce terme est de rigueur.

PRIX GODARD, A DÉCERNER EN 1866.

Par un testament, en date du 4 septembre 1862, feu M. le docteur Godard a légué à l'Académie des sciences « le capital d'une rente de « 1,000 francs, 3 pour 100, pour fonder un prix qui, chaque année, « sera donné au meilleur Mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la « pathologie des organes génito-urinaires. Aucun sujet de prix ne « sera proposé.

« Dans le cas où une année le prix ne serait pas donné, il serait « ajouté au prix de l'année suivante. »

En conséquence, l'Académie annonce que ce prix sera décerné, dans sa séance publique de 1866, au travail qui remplira les conditions prescrites par le donateur.

Les Mémoires devront être parvenus, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1866, terme de rigueur.

PRIX SAVIGNY, FONDÉ PAR Mlle LETELLIER.

Un décret impérial, en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des sciences à accepter la donation qui lui a été faite par Mlle Letellier, au nom de Savigny, d'une somme de 20,000 francs pour la fondation d'un prix en faveur des jeunes zoologistes voyageurs.

« Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon « pouvoir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de « l'honneur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, « section de zoologie, 20,000 francs au nom de Marie-Jules-César de « Lorgne de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Égypte et de « l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de 20,000 francs « être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs qui ne rece- « vront pas de subvention du gouvernement et qui s'occuperont plus « spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la « Syrie. »

En conséquence, l'Académie annonce que ce prix sera décerné à partir de l'année 1866.

PRIX DESMAZIÈRES, A DÉCERNER EN 1866.

Par son testament olographe, en date du 14 avril 1855, M. Baptiste-Henri-Joseph Desmazières, demeurant à Lambersart, près Lille, a légué à l'Académie des sciences un capital de 35,000 francs, devant être converti en rentes de 3 pour 100, et servir à fonder un prix annuel pour être décerné « à l'auteur, français ou étranger, du meilleur ou du plus utile écrit, publié dans le courant de l'année précédente, sur tout ou partie de la Cryptogamie. »

Conformément aux stipulations ci-dessus, un prix de 1,600 francs sera décerné, dans la séance publique de l'année 1866, à l'ouvrage ou Mémoire jugé le meilleur parmi ceux publiés dans le courant de 1865 et adressés à l'Académie avant le 1er juin 1866.

PRIX THORE, A DÉCERNER EN 1866.

Par son testament olographe, en date du 3 juin 1863, M. François-Franklin Thore, demeurant à Dax, a légué à l'Académie des sciences une inscription de rente de 3 pour 100 de 200 francs, pour fonder un prix annuel à décerner « à l'auteur du meilleur Mémoire sur les cryptogames cellulaires d'Europe (Algues fluviatiles ou marines, mousses, lichens ou champignons), ou sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe. »

Ce prix sera attribué alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'un insecte.

Il sera décerné, en 1866, au meilleur travail manuscrit ou imprimé, parmi ceux adressés à l'Académie, avant le 1er juin 1866, sur la question relative aux insectes.

CONDITIONS COMMUNES A TOUS LES CONCOURS.

Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés aux concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

Par une mesure générale, l'Académie a décidé que dorénavant la clôture des concours pour les prix qu'elle propose serait fixée au 1er juin de chaque année. Cette mesure, qui ne doit pas avoir d'effet rétroactif, est applicable seulement aux prix proposés pour la première fois, prorogés, ou remis au concours dans la séance actuelle qui correspond à l'année 1865.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 9 février 1866. — Présidence de M. BÉHIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. PELVET lit une observation de *phlébite rhumatismale*. (Voir notre numéro du jeudi 8 mars.)

M. MARTINEAU. Il est dit dans les réflexions, que certaines éruptions, survenues dans le cours d'un rhumatisme aigu, peuvent être prises pour une variole anomale. Je ne le conteste pas. Mais j'ajouterai que de véritables varioles peuvent de même se compliquer d'une endocardite aiguë, ainsi que j'ai eu l'occasion récemment d'en observer un cas dans le service de M. Trousseau.

M. BEAUMETZ. Cette observation est intéressante et bien prise, mais elle n'est pas présentée selon les usages. Le titre devrait précéder et les réflexions être rejetées à la fin.

Lorsqu'il s'agit d'affirmer la nature rhumatismale d'une affection et surtout qu'on base son affirmation sur la présence d'une endocardite ou d'un rhumatisme articulaire, il faut redoubler d'exactitude et de précision dans la description. C'est ce que ne fait pas M. Pelvet lorsqu'il se borne à indiquer l'existence d'un bruit de souffle vague à la base. Cet homme n'était-il pas affaibli, anémié et le souffle cardiaque ne pouvait-il ainsi s'expliquer? En fait de rbumatisme articulaire, je ne vois qu'une seule articulation atteinte; un pareil gonflement avec douleur se remarque dans d'autres phlébites non rhumatismales, par exemple dans la *phlegmatia alba dolens*. Cet homme me paraît empoisonné, et je comprends que l'idée du farcin soit venu à l'esprit de M. Pelvet. Mais je n'oserais être aussi affirmatif que lui sur l'origine rhumatismale de ces phlébites. Il nous parle d'une grosseur occupant la partie supérieure d'une veine; ne s'agissait-il pas d'une adénite?

M. PELVET. Cette nodosité n'était pas un ganglion; elle appartenait à la veine et correspondait certainement à l'une de ses valvules. Quant au souffle, il était obscur et ne se retrouvait pas dans les carotides; l'on n'a constaté rien autre d'anormal à la région du cœur. Le gonflement du genou s'accompagnait de rougeur et de chaleur; ce que l'on n'observe pas dans la *phlegmatia alba dolens*.

M. BÉHIER. Le rbumatisme est une question à l'ordre du jour, et il faut être très-réservé dans l'appréciation des faits qui le concernent. Je ne crois pas que l'observation si curieuse qui vient de vous être lue en soit un exemple.

Il n'y est question d'abord que d'une arthrite et non de plusieurs arthrites. S'est-on informé si huit ou dix jours auparavant le sujet ne s'était pas beurté le genou; une arthrite venant longtemps après la cause traumatique qui l'a déterminée n'est pas un fait rare. L'endocardite n'est pas un signe certain de rhumatisme; c'est une complication assez commune dans le cours des maladies aiguës, et M. Martineau vient de vous en citer un exemple dans le cours d'une variole. Le gonflement et la douleur des mollets au début dont vous a parlé M. Pelvet est aussi le phénomène initial dans la phlébite des femmes enceintes; il ne prouve donc pas en faveur du rhumatisme. Les douleurs musculaires indiquées dans les bras et les épaules ne prouvent rien. Les éruptions de formes variées, si singulières, ne plaident pas non plus en sa faveur. On n'a pas assez insisté sur l'étiologie. Qui sait si cet individu, domestique de grande maison, habitant Paris depuis cinq mois, ne s'est pas considérablement fatigué, n'a pas commis divers excès, et si ce n'est pas l'unique raison de ces éruptions vaguement caractérisées et de ces phlébites spontanées.

Voilà donc une observation donnée pour du rbumatisme dans laquelle encore toute preuve directe et bien positive fait défaut.

M. LOLIOT lit, à l'appui de sa candidature, une observation de *fractures multiples du bassin*.

Une commission, composée de MM. Ball, Beaumetz et Duguet, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire Paul TOPINARD.

La question écrite pour le concours de l'agrégation en chirurgie et accouchement a eu lieu samedi : elle était formulée : *Anatomie chirurgicale et physiologie de l'épaule*.

Les candidats accoucheurs ont eu à traiter : l'*ovaire, anatomie et physiologie*.

La lecture des compositions commencera mardi procbain à cinq heures.

Le Directeur, Dr E. LE SOUEF.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 31. — JEUDI 15 MARS 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 15 MARS 1866. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE — Sur la séance de l'Académie de Médecine. — JURISPRUDENCE MÉDICALE. Demande en séparation de corps. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. Eczéma généralisé avec retentissement viscéral. — CLINIQUE DE LA VILLE. Tumeurs ovariques et utérines. — Croup. — Stéthoscope. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

PARIS, LE 14 MARS 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Après un petit discours de M. Ricord, une réponse de M. Gosselin et une dernière réplique de M. Velpeau, la discussion sur le traitement chirurgical de l'anthrax a été close dans cette séance. Nous laisserons à M. Desprès le soin de résumer les points principaux de cette discussion. Nous nous bornerons ici, sans empiéter sur la compétence spéciale de notre collaborateur, ni rien préjuger sur ses conclusions, à faire remarquer qu'il en ressort d'une manière générale un nouveau témoignage en faveur de la tendance de la jeune génération chirurgicale à se préoccuper davantage des conséquences et des complications que peuvent produire les opérations et à chercher à les prévenir soit par la simplification de ces opérations elles-mêmes, soit en leur substituant des procédés moins offensifs. Ce n'est pas précisément au désarmement de la chirurgie que tend cette disposition des esprits, mais à la réduction du cadre des cas de son intervention active. Il y aura à voir jusqu'à quelle limite il convient de suivre et d'encourager cette tendance.

Une grande partie de la séance a été consacrée au scrutin pour la nomination des commissions de prix pour les concours de 1866. On trouvera les résultats du scrutin dans le compte rendu. Nous appellerons à ce sujet l'attention de nos lecteurs sur la liste des travaux envoyés à l'Académie pour ces divers concours avant le terme de rigueur. M. le Secrétaire perpétuel, en annonçant ces divers envois dans la précédente séance, nous a fait savoir que plusieurs auteurs, inquiets du sort de leur travail, avaient écrit dans les bureaux pour s'assurer s'il était arrivé à sa destination. Afin de rassurer ces auteurs et sur la prière que nous en a faite M. le Secrétaire perpétuel, nous publions la liste des mémoires reçus par l'Académie avec leurs numéros d'ordre, et leurs titres ou les épigraphes qui en tiennent lieu. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

DES DEMANDES EN SÉPARATION DE CORPS (1).

Grossesse antérieure au mariage, habitudes contre nature, mal vénérien, hystérie, épilepsie, folie.

Dans la pratique si accidentée de la médecine, des questions d'un ordre tout à fait inattendu viennent à surgir : la mémoire est vainement interrogée, les précédents font défaut, les livres sont muets et la difficulté est soumise aux interprétations les plus hésitantes et les plus contradictoires.

En présence d'un embarras sérieux, le médecin ne consulte sans doute que son bon sens et son honnêteté; mais comme il manque d'un fil conducteur, il est exposé aux plus timides défaillances, comme aux plus audacieuses témérités. L'imprévu devient alors un danger.

De grands faits judiciaires, par exemple, intéressent la médecine, et la médecine peut projeter sur eux une très-vive lumière; mais à quelles conditions cette intervention est-elle possible? L'homme de l'art, en signant d'imprudents certificats, en délivrant d'indiscrètes consultations, s'immisce fréquemment dans des débats irritants, dans des conflits entre époux, dans des instances en séparation de corps, et, malgré les excellentes intentions qui l'animent, il se compromet au triple point de vue de son caractère, de sa dignité et de sa réputation.

Il y a là un écueil, et comme l'ignorance ne peut pas être élevée au rang des excuses, ce ne serait point justifier le médecin que de dire qu'il est étranger aux notions les plus usuelles de la science du droit. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'étudier la question.

L'article 231 du code Napoléon est ainsi conçu : « Les époux pourront réciproquement demander la séparation pour excès, sévices et injures graves de l'un d'eux envers l'autre. » C'est évidemment avec intention que les motifs possibles de la séparation n'ont point été définis avec plus de précision. Tout doit dépendre de l'appréciation des circonstances qui accompagnent le fait : tel procédé et tel acte peuvent passer inaperçus dans un certain milieu social, et ne donner lieu à aucune plainte, alors que ce même procédé et ce même acte peuvent avoir, dans d'autres conditions, une signification agressive, haineuse et irréconciliable. Le législateur a donc bien fait de s'en rapporter au discernement sagace des magistrats et de leur laisser une grande latitude d'interprétation.

La séparation de corps ne brise pas le lien du mariage : elle en modifie les devoirs. Ce seul changement apporté dans les habitudes de deux existences désormais désunies est un fait assez grave pour que le nœud conjugal ne soit pas relâché avec trop de facilité. La latitude d'interprétation dont j'ai parlé ne va pas jusqu'à affranchir les époux d'une partie de leurs obligations respectives, sans de puissantes raisons, et ce serait évidemment méconnaître l'esprit de la loi que de regarder l'impuissance comme un motif de séparation et d'admettre la femme à se prévaloir de ce moyen, ou de considérer les infirmités les plus répugnantes ou les maladies les plus horribles comme des causes fatales de mésintelligence et de désunion. C'est, au contraire, dans les plus cruelles épreuves de la vie, que l'époux est appelé à remplir vis-à-vis de son conjoint malheureux, la plus noble des obligations du mariage, l'assistance.

Quelle est l'acception la plus générale des excès, sévices et injures graves? On considère comme *excès* les actes de violence qui passent toute mesure et qui font courir des risques à la vie de l'époux, et l'on taxe de *sévices* les mauvais traitements et les actes de cruauté qui ne sont point susceptibles de compromettre l'existence. Quant aux *injures graves*, elles résultent de paroles, d'écrits ou de faits outrageants. Si l'un des époux a attenté de la sorte à l'honneur et à la considération de l'autre, ou s'il a publiquement témoigné pour lui des sentiments de haine, d'aversion ou de mépris, il peut y avoir là de très-sérieuses et de très-suffisantes raisons à faire valoir. Si nous voulions en croire Merlin, les chagrins, les peines et les travaux pourraient et devraient jusqu'à un certain point être mis sur la même ligne que les mauvais traitements. « Qu'importe, en effet, ajoute l'éminent jurisconsulte, qu'une femme périsse victime des effets lents, mais irrésistibles de la douleur que lui causent les outrages continuels d'un mari qui la hait, ou qu'elle expire sous l'effort meurtrier des coups dont il l'accable? » Merlin est allé trop loin. Il a voulu atteindre un but et il l'a dépassé.

La plupart des procès en séparation de corps se fondent sur des motifs qui sont de la compétence des juges et sur la valeur desquels le médecin n'a aucunement à se prononcer. Il en est d'autres, au contraire, qui reposent sur des accidents, des vices ou des maladies que des médecins n'ont pas craint d'attester, malgré les peines sévères édictées contre ceux qui violent un secret professionnel. Passons en revue les allégations qui se produisent dans les enquêtes et à l'audience ; quelques-unes sont admissibles et admises, mais toutes les autres ne supportent pas l'examen.

I. — Deux époux viennent d'être unis et, le mariage une fois célébré, le mari s'aperçoit que sa femme est enceinte ! Peut-il, dans ce cas, demander sa séparation ! Un doute s'est élevé et l'on a prétendu que les devoirs des époux ne commençaient qu'à partir du mariage, que l'on ne pouvait pas donner à leurs obligations un effet rétroactif, qu'il était impossible de leur demander compte d'actes antérieurs au lien conjugal et que l'on ne serait pas fondé à voir une injure grave dans un fait qui date de la vie libre et qui échappe à tout contrôle. Cette argumentation manque de solidité et elle tend à consacrer une iniquité. Il va m'être facile de le démontrer.

Bien que la grossesse ait précédé le mariage, les magistrats, aux termes de l'art. 231 et en vertu de l'appréciation souveraine qui leur est laissée, peuvent voir une injure grave dans le fait même de cette grossesse ; j'ajoute qu'ils doivent la voir. L'injure, en effet, a accompagné la célébration du mariage et elle s'est prolongée depuis. L'injure ne consiste pas dans le commerce sexuel que la femme a pu avoir, alors qu'elle pouvait librement disposer d'elle-même, mais l'injure est la contemporaine du mariage, puisque la dissimulation est concomitante et consécutive.

Au moment où se forme le lien qui doit unir des époux jusqu'à la mort, la loyauté est obligatoire et elle doit être la base du contrat. Celui qui a la perfidie de taire en un pareil instant l'existence d'un fait qui, s'il était connu, rendrait le mariage impossible, trompe cruellement son conjoint et en compromet le bonheur et l'avenir. L'outrage commis est une injure grave.

Le mari, en désavouant l'enfant à naître, doit pouvoir demander non-seulement sa séparation, mais l'éloignement immédiat de la femme du domicile conjugal. Lorsqu'une cause aussi déplorable de discorde vient à exister, n'y aurait-il pas imprudence et danger à laisser les époux attendre, au milieu des habitudes de la vie commune, l'événement honteux qui doit à jamais les diviser ? Si, au point de vue scientifique, la grossesse n'est pas certaine, la demande du mari pourra encore être accueillie, mais une décision provisoire interviendra et le jugement ne devra être rendu que lorsque les doutes ne seront plus permis.

La loi n'ayant point assigné de limites à l'indulgence, le pardon peut effacer la faute. La réconciliation fait alors disparaître l'injure.

II. — L'exercice du droit marital peut-il, dans quelques circonstances, être assimilé à des excès ou sévices et devenir ainsi une cause de séparation? Lorsqu'il n'existe pas chez la femme de traces de souffrance physique, de violence ou d'actes contre nature, la justice montre peu d'empressement à accueillir des plaintes formulées souvent d'une manière assez équivoque; mais si réellement, par le fait d'une conformation un peu disproportionnée de la part du mari, la femme ne trouve dans l'œuvre du mariage que souffrance et danger, rien ne s'oppose, dans le cas où l'époux persiste à vouloir user de ses droits, à ce que la séparation soit instamment demandée. La loi a pu exiger de la femme l'obéissance, mais elle n'a évidemment pas voulu la vouer au martyr.

Le procès s'engage et se plaide. La demanderesse et le défendeur produisent des consultations et des certificats émanant de leurs médecins, mais voici que les plus fines et les plus amères plaisanteries des avocats s'abattent aussitôt sur ces documents! Le médecin a été convaincu de ce qu'il a attesté; il a voulu faire une bonne action et n'a pas osé refuser un service; eh bien, c'est lui qui est pris violemment à partie, et si tout à l'heure quelqu'un sort de l'audience amoindri, bafoué, meurtri, ce sera encore lui. Dans maintes occasions, le médecin ordinaire doit savoir s'abstenir et rester muet. Le médecin requis par la justice, au contraire, entre dans le débat de la manière la plus désintéressée et la plus impartiale; il apprécie les faits qu'il a eu mission d'examiner et il conclut, sans se préoccuper de la question de savoir si son rapport doit être interprété en faveur du mari ou en faveur de la femme. Le médecin expert ne s'arrête à aucune considération d'intérêt privé : il n'a pas de client à défendre, il n'a qu'à faire jaillir la vérité, d'où qu'elle vienne.

Depuis vingt ou vingt-cinq ans, la pédérastie prend à Paris des proportions de plus en plus inquiétantes. Les rapports sodomiques n'ont pas seulement de l'attrait pour les gens avinés et tarés qui ont perdu le goût du travail et qui ne trouvent un refuge que dans la fange des grandes villes, mais elles étendent leurs tristes séductions jusque dans les rangs élevés de la société. Des hommes que rien ne protége contre la plus crapuleuse débauche, ni leur éducation distinguée, ni leur éminente position, ni l'éclat de leur nom, ni le chiffre de leur fortune, ne craignent pas de fréquenter certains lieux attitrés et de se commettre avec les plus abjects représentants du vagabondage, du vice ou du crime? Une seule chose peut faire conserver aux honnêtes gens un reste de commisération pour ces misérables, c'est qu'il y a parmi eux plus d'un aliéné dont l'état mental est méconnu.

Qu'un mari fasse subir à sa femme les caprices de son imagination déréglée, qu'il abuse de ses droits et se livre sur elle à des actes contre nature, et nous arrivons à nous demander si la loi peut flétrir une exigence aussi coupable et si elle peut protéger la victime de pareils désordres.

Lorsque les juges ont aujourd'hui à se prononcer sur des procès de ce genre, ils relisent volontiers le dispositif d'un arrêt rendu par la Cour de Toulouse, et dont voici, en quelques mots, l'esprit et la portée : la justice humaine ne peut, ni sans peine ni sans danger, s'immiscer dans le secret des intimités conjugales; elle peut difficilement mesurer l'étendue des droits du mari, limiter l'expansion de sa tendresse et même le délire de ses sens; elle peut plus difficilement encore tracer une ligne fixe et immuable en deçà de laquelle tout serait permis, légitime et honnête, et au delà de laquelle tout serait défendu, coupable ou criminel ; toutefois si elle est dans l'impossibilité de remplir un tel rôle qui n'appartient qu'à la justice divine, elle doit se demander si, dans le cours des épanchements matrimoniaux, la femme se prête sans répugnance à des complai-

(1) Leçons professées à l'École pratique en février 1866.

sances excessives, si les actes qu'elle subit ne s'accompagnent pas de véritables violences, et si enfin elle est dominée par la force, intimidée par la menace, asservie par la terreur.

Poser la question, c'est la résoudre. Si la femme s'avilit jusqu'à satisfaire volontairement les goûts méprisables de son mari, la justice n'a point à s'occuper de ces indignes époux; mais si la femme ne cède qu'à la violence et si son corps vient à porter des traces de sévices, l'art. 231 est appliqué et la séparation est prononcée. Il y a plus, la Cour de Cassation a consacré dans plusieurs arrêts ce principe bien digne de fixer l'attention, à savoir que le crime d'attentat à la pudeur peut exciter de la part du mari sur sa femme, lorsque l'acte sodomique a été accompli avec violence! Cette doctrine a prévalu, en 1854, dans l'affaire d'une femme L..., chez laquelle M. le professeur Tardieu avait constaté des traces de très-graves désordres du côté de l'anus. Pourquoi, en effet, ne pourrait-on pas mettre un frein, même en l'état de légitime mariage, à une sensualité blasée, à une débauche insensée et surtout à une brutalité criminelle?

Il y a quelques mois à peine, une belle jeune fille de dix-sept ans épousa un homme de vingt-neuf ans. La couche nuptiale fut souillée par les plus coupables excès, et dès la cinquième nuit la malheureuse jeune femme, en proie aux plus douloureuses déchirures anales et inondée de sang, finit par pousser les cris les plus lamentables, et dévorant sa honte, par se mettre sous la protection des voisins. Deux de nos honorables confrères constatèrent les blessures, se mirent en demeure d'en conjurer toutes les conséquences possibles et n'écoutant que leur conscience si justement révoltée, ils signèrent les certificats les plus accablants pour le mari. La famille de la jeune femme serra précieusement ces témoignages compétents, et, dans un but facile à deviner, elle fit transporter quelque temps après la malade dans le cabinet de M. Tardieu. Notre savant confrère formula quelques prescriptions, mais lorsqu'une consultation relatant les actes contre nature lui fut demandée, il la refusa et fit bien. Je voudrais de toute mon âme donner droit aux deux médecins qui ont obéi aux généreux élans de leur cœur et qui ont attesté les violences subies par l'intéressante victime d'une brutalité sans exemple; mais ici je suis médecin légiste, et comme tel, je ne dois éprouver de sympathie que pour la science, la vérité et la loi. Or, à mon avis, les deux médecins ont eu tort et M. Tardieu a eu raison. Les deux médecins n'auraient-ils pas violé un secret professionnel? M. Tardieu a pensé qu'il devait rester silencieux par devoir.

Le tribunal civil de la Seine a prononcé la séparation de corps, et pendant l'instance le mari se livra un jour envers l'aïeule de sa femme aux voies de fait les plus graves! Je suis intervenu officiellement pour déterminer, après examen de la blessée, la durée de l'incapacité de travail.

Dans cette conférence, j'ai eu le courage de ne reculer devant aucun détail immonde, et il me faudra continuer encore ces révélations médico-légales si peu soupçonnées. Devant des médecins, il faut que tous les voiles tombent! D'ailleurs, la science est comme le feu : elle purifie tout ce qu'elle touche.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

Eczéma généralisé avec retentissement viscéral.

B..., cinquante et un ans, boulanger, est entré le 4 février 1865 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles, n° 49, pour un eczéma des bras et des membres inférieurs, datant de six mois, revêtant sur les bras, la forme nummulaire; trait. : bains amidonnés, tous les jours, quelques bains de vapeur; cataplasmes de fécule en permanence sur les parties malades.

Le 3 mars. Poussée très-violente d'eczéma, aux bras, aux jambes et dans la région lombaire; dans ce dernier endroit, les vésicules en se crevant, donnent une quantité assez considérable de liquide pour mouiller complétement la chemise et les draps.

Le 9. Gêne de la respiration, bronchite généralisée. Râles disséminés dans toute la poitrine, vomitif, révulsifs superficiels, kermès.

Aussitôt l'apparition des troubles respiratoires, l'éruption, qui était si active, qui fournissait une quantité si considérable de liquide, cesse et finit rapidement par ne plus donner lieu à aucun écoulement de sérosité; les accidents du côté des poumons vont toujours en augmentant.

Le 12. Pneumonie du sommet droit, souffle intense, teinte subictérique, gêne extrême de la respiration; l'état est très-grave. Saignée de 400 grammes, potion de Rasori, large vésicatoire dans le dos.

Les jours suivants, l'état du malade est toujours des plus alarmants. Pneumonie du sommet droit très-accentuée, râles disséminés dans toute la poitrine, de tout calibre; gêne extrême de la respiration, dans les quatre derniers jours, le pouls est extrêmement petit, très-difficile à compter, impossibilité d'ausculter le cœur, toniques, stimulants diffusibles.

On applique dans le cours de la maladie huit décimètres carrés de vésicatoire sur la région des lombes, où la poussée eczématique s'est manifestée avec le plus de violence, et sur les parois thoraciques. Grâce aux précautions prises, de donner de grands lavements d'eau émolliente, à des intervalles de temps assez rapprochés, pendant l'application de ces immenses vésicatoires; ceux-ci n'ont déterminé aucune gêne marquée dans la miction.

Le 18, mort.

Le 19, huit heures du matin, autopsie.

Les lobes supérieur et moyen du poumon droit sont complétement transformés en hépatisation grise.

Les lobes moyen et inférieur du poumon gauche sont le siége d'une hépatisation rouge très-marquée. Trachée et bronches d'un rouge vif, résistant au lavage; ganglions bronchiques tuméfiés, noirâtres.

Pas de liquide dans les plèvres, très-peu de sérosité dans le péricarde.

Dans le cœur gauche, caillot fibrineux, obstruant complétement la cavité du ventricule, et se prolongeant d'un côté dans l'oreillette, de l'autre dans l'aorte; ce caillot est sur presque tous les points adhérent à l'endocarde, qui est blanchâtre, dépoli.

Dans le cœur droit et l'artère pulmonaire, on trouve un caillot, noirâtre, consistant.

Le sang est très-épais; la grande veine azygos contient un sang tellement épais que celle-ci peut être coupée sans qu'il s'écoule au dehors; il a la consistance de la gelée.

Néphrite double, décollement très-facile de la capsule; aspect grisâtre de la partie corticale, friabilité très-grande.

Dans la vessie, taches ecchymotiques nombreuses, d'un demi-centimètre de diamètre, quelques-unes sont exulcérées.

La muqueuse urétrale est très-congestionnée, noirâtre.

Intestins congestionnés.

Rien au foie, à la rate.

L'eczéma a laissé peu de traces de son passage sur la peau, on ne trouve que quelques taches ecchymotiques.

On peut remarquer la coïncidence de la suppression de la poussée suraiguë de l'eczéma, avec l'apparition de la bronchite généralisée, de la pneumonie double, de l'endocardite, de la néphrite double, de la congestion de l'intestin.

Les taches ecchymotiques de la vessie, la congestion très-considérable de la muqueuse urétrale sont entièrement dues à l'action des cantharides. La néphrite est-elle sous la dépendance de la même cause, ou bien est-elle née sous la même influence que la bronchite, la pneumonie, l'endocardite?

Ces pièces ont été présentées à la Société anatomique.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Péan.

Tumeurs ovariques et utérines.

I. *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, du poids de 20 kilogrammes. — Ovariotomie il y a cinq mois. — Guérison.*

Cette malade, âgée de trente-huit ans, mère de sept enfants, demeure à Paris. Elle avait été traitée pendant quatre mois par l'électricité, lorsque, sous l'influence de ces tentatives, une des nombreuses loges entrant dans la composition de la tumeur avait suppuré et s'était ouverte dans la cavité du péritoine. La malade était depuis trente-six heures dans cet état, lorsque M. Péan fut appelé pour la première fois. L'opération dut être immédiatement pratiquée.

Une incision commençant au niveau de l'intervalle qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde, divisa la ligne blanche jusqu'au pubis et ouvrit le péritoine. A cet instant, plusieurs litres de pus, contenus dans cette séreuse, s'écoulèrent au dehors. La tumeur fut alors saisie, les principales loges ouvertes, les adhérences nombreuses détachées avec soin. La multiplicité des aréoles contenues dans le kyste, la densité du liquide enfermé dans leur intérieur, étaient tellement grandes que la tumeur pesait encore treize kilogrammes au moment où elle fut extraite.

Aussitôt après, le pédicule fut coupé, la plaie fermée à l'aide de fils métalliques, et le pédicule fut maintenu à la partie inférieure. Douze heures plus tard, la malade se trouvait notablement soulagée, les douleurs du ventre commençaient à diminuer, les vomissements verts devenaient plus rares, le pouls, presque insensible avant l'opération, battait distinctement 150; il resta dans cet état jusqu'au huitième jour. Pendant le second septenaire, le pouls tomba à 130 et 120. Malgré cette fréquence des battements artériels, les forces se relevèrent avec rapidité, si bien que le dix-huitième jour après l'opération, la malade put supporter une promenade de trois heures en voiture. Le jour où elle fut présentée à l'Académie, l'état de sa santé ne laissait rien à désirer.

II. *Tumeur fibreuse utérine du poids de 2 kilogrammes 1/2 environ. — Opération il y a quatre mois. — Guérison.*

La seconde malade portait dans l'utérus une tumeur facile à constater par le palper hypogastrique et par le toucher vaginal. Du côté de l'hypogastre, cette tumeur faisait saillie au-dessus du pubis; elle était dure, bosselée. Du côté du vagin, elle remplissait tellement la moitié supérieure de ce conduit et refoulait si bien la vessie et le rectum, qu'il était impossible d'engager le doigt entre la tumeur et les parois contiguës : elle était molle, ulcérée, ichoreuse, fétide. Sous l'influence d'hémorrhagies répétées depuis plusieurs années, la malade était tellement anémiée, qu'elle paraissait être en proie à la cachexie cancéreuse. Par opposition, le grand volume de la tumeur, la lenteur de la marche, l'examen microscopique de quelques lambeaux spontanément détachés de la surface, démontrèrent que la production morbide était composée de tissu fibreux et musculaire. Pour compléter le diagnostic, il s'agissait de rechercher et de découvrir l'implantation de ce corps charnu. Dans ce but, M. Mathieu voulut bien construire deux sondes dont les courbures appropriées à la forme de la tumeur permissent de la contourner. On reconnut ainsi que l'implantation avait lieu au fond de la cavité utérine. (Voyez la figure ci-contre.)

L'insertion reconnue, il s'agissait de délivrer la malade de cette énorme tumeur. Parmi les nombreux moyens proposés pour y parvenir, la préférence fut donnée à la ligature. La double courbure imprimée aux sondes métalliques avait rendu l'exploration facile : il était permis de supposer qu'elle faciliterait également l'application du lien constricteur. Or, voici quel fut le manuel opératoire. Une corde mince et résistante fut introduite par le canal des deux sondes, de manière à former à l'extrémité libre de ces dernières une anse simple et à laisser les chefs pendre à l'autre extrémité. Ainsi armées, les deux sondes furent ensemble conduites jusqu'au niveau d'implantation de la tumeur; à ce moment, l'une d'elles fut maintenue en place, tandis que l'autre fut conduite autour du pédicule, de façon à le circonscrire aussi haut que possible.

Lorsque le contact des deux sondes démontra que l'anse entourait complétement la tumeur, elles furent retirées en laissant à demeure l'anse qu'elles avaient servi à conduire. Immédiatement après les deux chefs du lien furent engagés dans une seule canule, à laquelle ils servirent à leur tour de conducteur. Ainsi dirigé, la canule fut poussée entre la tumeur et les parois voisines, jusqu'au point où elle retrouva l'anse qui embrassait le pédicule.

Dès lors il ne restait plus qu'à étrangler ce pédicule et à le couper au moyen d'une traction suffisante exercée sur les deux chefs du lien qui sortait par le bout extérieur de la sonde.

Pour donner plus de puissance à cette traction, M. Mathieu avait imaginé d'établir à cette extrémité de la sonde, un treuil autour duquel le lien fut enroulé. Ce treuil, dont nous donnons la figure ci-contre, offrait ceci de particulier qu'un écrou à aile monté sur l'axe, l'arrête à volonté.

Aussitôt que le treuil fut mis en mouvement, une sensation spéciale annonça que l'anse de corde pénétrait dans le tissu de la tumeur, et dès la première séance, la section du pédicule fut presque complète. Toutefois en raison de la résistance considérable que le centre du volumineux pédicule opposait à l'action du lien, il fut décidé que le dernier temps de la section serait achevé les jours suivants.

En effet, trois jours après, le centre du pédicule se détachait et tombait au dehors. Huit jours après l'opération, le malade put vaquer à ses travaux journaliers.

Aujourd'hui l'état de sa santé est aussi satisfaisant que possible.

CROUP.

Potion au copahu; vomitifs répétés et cautérisations avec la solution concentrée de nitrate d'argent. — Guérison.

Par M. Chardavoine, médecin à Verteuil (Gironde.)

Le 26 janvier 1865, à neuf heures du soir, Madame C... m'amena son enfant âgé de quatre ans et demi, fortement constitué, qu'elle me dit être atteint d'une *mauvaise toux* et de mal de gorge.

L'inspection de la gorge me fit reconnaître la présence de fausses membranes sur les amygdales, le pharynx et la partie postérieure du voile du palais. Pendant l'examen, le petit malade est pris d'un accès de toux rauque que je reconnus être la toux croupale.

Je cautérise, à deux reprises différentes, avec une solution fortement concentrée de nitrate d'argent. L'introduction du caustique à l'aide d'une éponge, provoque aussitôt un vomissement et l'expulsion de débris de fausses membranes.

Éloigné des pharmacies, je recommande au père d'aller, le lendemain matin, chercher la potion suivante :

Sirop d'ipéca.	50 grammes.
Poudre d'ipéca / Tartre stibié } à â.	20 centigrammes.
Eau	45 grammes.

A prendre par cuillerées à café toutes les dix minutes, jusqu'à ce que l'enfant ait vomi trois fois. Recommencer le soir et dans la nuit.

L'enfant étant très-docile, j'ordonne la potion au copahu du docteur Trideau, à prendre par cuillerées à café toutes les heures.

Le 27, je ne vois pas le malade.

Le 28, je le trouve plus mal que le premier jour. On me raconte que le 27, on l'a fait vomir trois fois et que chaque fois il y a eu expulsion de fausses membranes.

Aujourd'hui 28, la respiration est sifflante, métallique, dyspnée très-grande, toux rauque, voix voilée, ganglions sous-maxillaires engorgés, pouls à 100. L'arrière-gorge et les amygdales sont encore tapissées de fausses membranes. Cautérisation.

Je préviens les parents que leur enfant est en danger et que probablement il succombera.

Le petit malade, à mon grand regret, n'ayant pu prendre que cinq cuillerées de la potion au copahu, je la remplace par la potion suivante :

Eau de laitue	125 grammes.
Borax.	4 —
Sirop simple	32 —

A prendre une cuillerée à café toutes les dix minutes.

Sucer des tranches de citron. — Sinapismes. — Bouillon et vin.

Faire vomir le matin, le soir et dans la nuit.

Le 29, on me dit qu'on a fait vomir deux fois le malade dans la journée du 28, et que dans la nuit il a été pris d'un accès de suffocation qui a complétement disparu par l'administration de la potion émétique. L'enfant s'était réveillé deux fois en sursaut, portant les doigts à la gorge comme pour se débarrasser d'un corps étranger.

Ce matin, je trouve l'enfant un peu mieux. Il y a encore quelques fausses membranes que je cautérise.

La respiration se fait un peu mieux, mais elle est encore métallique.

Dans la nuit du 29 au 30, nouvel accès de suffocation, combattu par un vomitif; expulsion de fausses membranes tubulées.

Le 30, l'enfant me paraît beaucoup mieux. Encore quelques fausses membranes qui sont aussitôt cautérisées. Par mesure de précaution, j'ordonne de faire vomir l'enfant. La tolérance commençant à s'établir, c'est à peine s'il a pu vomir.

Le 31, le mieux continue toujours. Je cautérise une fausse membrane qui se trouve sur l'amygdale droite.

Le 1er février, les ganglions sous-maxillaires ne sont plus engorgés. Le petit malade n'a plus qu'une toux grasse, et ne demande qu'à jouer.

Je suspends mes visites.

NOUVEAU STÉTHOSCOPE DE TROUSSE,

Par M. le Dr Mattei.

En médecine comme en obstétrique, l'application de l'oreille sans instrument sur la partie qu'on veut explorer, suffit à l'auscultation dans l'immense majorité des cas, mais elle est insuffisante dans d'autres. Comment bien ausculter en effet sans stéthoscope les vaisseaux du cou, comment bien préciser les bruits de tel ou tel orifice du cœur, comment pouvoir trouver dans la cavité abdominale un bruit faible et profond, tel que celui du cœur fœtal dans les premiers mois de la grossesse ou à une époque plus avancée, lorsque le fœtus a le dos tourné en arrière? Ces cas et bien d'autres encore rendent l'usage du stéthoscope indispensable, et cependant, on dirait que pour la pratique civile surtout, cet usage va se perdant.

Les motifs principaux de ce fait sont assurément le volume et la forme incommodes de cet instrument; peu de médecins consentent à porter constamment un corps aussi volumineux et aussi anguleux que le sont les stéthoscopes ordinaires. Ceci fait qu'à moins de difficultés prévues d'avance on laisse l'instrument, et qu'on ne l'a pas sous la main quand on en aurait un besoin impérieux. L'obstétrique offre, plus souvent encore que la médecine ordinaire, ces cas où l'application de l'oreille ne permet de porter qu'un diagnostic peu exact ou nul.

Ayant senti de bonne heure cette nécessité, j'ai tâché d'y remédier par un stéthoscope métallique très-réductible, que j'ai décrit en 1855, dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique;* mais quoique cet instrument soit le plus réductible des stéthoscopes que je connaisse, dix années d'expérience m'ont prouvé qu'il est encore trop volumineux.

Cet inconvénient m'a fait rechercher un stéthoscope qui puisse se placer dans une trousse ordinaire. Cet instrument, je viens enfin de le trouver, il n'a que 1/2 centimètre d'épaisseur, sur une longueur de 13 centimètres. (Voir la figure A B, qui est de grandeur ordinaire). C'est M. Mathieu qui a été chargé de l'exécution.

La longueur de l'instrument, la nature des substances solides dont il est composé et la forme de cet instrument sont d'un intérêt secondaire. La plus importante des conditions d'un stéthoscope est la présence de deux voies de communication entre l'oreille et le corps qu'on veut explorer. Une de ces voies est le corps solide dont le stéthoscope est composé; l'autre voie est la colonne d'air circonscrite par le corps du stéthoscope lui-même. Voici maintenant comment j'ai concilié ces conditions avec la réductibilité du stéthoscope, de manière à pouvoir le placer dans une trousse ordinaire.

La plaque auriculaire et le cercle, qu'on place sur le corps à explorer, sont fixés aux extrémités d'une tige métallique avec laquelle ils s'articulent par le moyen d'une charnière. Quand on veut fermer l'instrument pour le mettre dans la trousse, on n'a qu'à placer les deux plaques parallèlement à la tige (V. la figure A B). Quand on veut ouvrir l'instrument pour s'en servir, on n'a qu'à les placer perpendiculairement à la tige (V. la figure C D E F). Un tube en caoutchouc, en forme d'entonnoir, est attaché aux deux plaques terminales de manière à emboîter la tige centrale et les charnières, tout en laissant un espace libre pour la colonne d'air qui doit arriver à l'oreille. Ce caoutchouc se plisse et s'aplatit lorsque l'instrument est fermé, il se dilate et s'arrondit lorsqu'il est ouvert.

Pour donner à l'instrument une fixité indispensable soit lorsqu'il est ouvert, soit lorsqu'il est fermé, on a placé dans la tige montante des pointes qui entrent dans les plaques et rendent tout mouvement impossible. L'instrument est alors comme s'il était formé tout d'une seule pièce. Pour ouvrir et fermer cet instrument, il faut par conséquent tirer légèrement d'abord sur les plaques, de manière à sortir les goupilles, puis repousser ces plaques dans la nouvelle position qu'on donne à l'instrument. La tension du caoutchouc, du reste, favorise la rentrée des tenons et par conséquent la fixation de l'instrument.

Tel que je viens de le décrire, mon stéthoscope me sert aussi bien que les stéthoscopes ordinaires; mais si on voulait le rendre encore plus sensible, on le pourrait sans changer ni son volume ni sa forme. On n'aurait pour cela qu'à faire passer la lame de caoutchouc sur les plaques terminales, de manière à renfermer le squelette métallique dans un espace clos de toute part. Un petit robinet placé sur le tube enveloppant (V. la figure L.), permettrait, en soufflant par ce robinet, de condenser beaucoup d'air dans l'espace intérieur, et la transmissibilité des bruits augmenterait en raison de la tension de la cavité élastique dont il est formé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Martel (du Puy), Charpentier (de Prémery), Bazin (de Saint-Brice) ;

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Loire-Inférieure en 1865 (Commission des épidémies) ;

3° Un mémoire sur l'épidémie cholérique qui a régné en 1865 à Bruyère-Chatel par M. le docteur Doin (Commission du choléra).

— M. le ministre de la guerre envoie un exemplaire du quatorzième volume de la troisième série du recueil des mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires.

— M. le ministre de l'instruction publique adresse une lettre par laquelle il approuve une modification proposée par le Conseil d'administration de l'Académie à l'art. 83 du règlement, qui est désormais conçu ainsi :

Art. 83. — Cette Commission (la Commission des prix) fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la rectification de l'Académie. Toutefois, sur la proposition de la Commission des prix, et d'après la décision de l'Académie, la lecture de ce rapport pourra se faire en séance publique ; mais la discussion sur les titres des candidats continuera à être réservée pour le comité secret.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une notice sur le proto-carbonate de fer blanc, par M. Grillon, pharmacien à Paris (Commissaires: MM. Barth, Caventou et Gobley);

2° Une note sur l'innocuité de l'emploi méthodique du chloroforme dans la médecine navale, par M. le docteur Ernest Berchon. (Commissaires : MM. Velpeau et Larrey;

3° Un mémoire de M. le docteur Pinel (de Golleville), sur la nécessité du retour à la vaccination animale comme moyen le plus sûr de prévenir le retour des épidémies de petite vérole.

— M. Robinet dépose sur le bureau le compte-rendu du congrès de Rennes et de Brunswick dont il a donné lecture à la Société de pharmacie de Paris.

— M. Larrey fait hommage à l'Académie d'un ouvrage intitulé : *Traité d'histologie comparée de l'homme et des animaux,* par le docteur Franz Leidig, traduit de l'allemand par M. Lahillonc.

— M. J. Cloquet présente une brochure intitulée : *Le choléra est-il, oui ou non, une maladie contagieuse?*

LECTURE.

Mycologie. — M. Letellier donne lecture d'un travail sur l'amanitine, poison narcotique des champignons.

L'auteur résume son travail en ces termes :

1° Les champignons vénéneux du genre agaric, section des amanites, doivent leur action mortelle au même principe narcotique alcalin fixe incristallisable ne précipitant par rien autre que par l'iode ou le tannin, et qui doit conserver le nom d'amanitine.

2° Les espèces confondues sous le nom d'agaric bulbeux, possèdent en outre un principe âcre délétère.

3° Le meilleur traitement consiste dans les vomi-purgatifs huileux additionnés et suivis de tannin en décoction aqueuse très-concentrée.

Le travail de M. Letellier est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Caventou, Wurtz, Devergie et Gobley.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à sept scrutins successifs pour l'élection des membres qui devront faire partie des Commissions de prix pour les concours de 1866.

Voici, d'après le résultat du scrutin, la liste des membres nommés pour les Commissions de prix.

Prix de l'Académie. — Erysipèle épidémique. — MM. Velpeau, Cloquet, Larrey, Laugier et Grisolle.

Prix Civrieux. — Migraine. — MM. Bouillaud, Roche, Jolly, Guérin et Vernois.

Prix Capuron. — Frisson dans l'état puerpéral. — MM. Danyau, Depaul, Blot, Devilliers et Jacquemier.

Prix Barbier. — Maladies incurables. — MM. Louis, Mélier, Bouvier, Lévy et Barth.

Prix Orfila. — Digitaline. — MM. Wurtz, Devergie, Regnault, Gosselin et Guibourt.

Prix Lefèvre. — Mélancolie. — MM. Baillarger, Cerise, Rostan, de Kergaradec et Delpech.

Prix E. Godard. — Pathologie interne. — MM. Rayer, Blache, Roger, Pidoux et Béhier.

— M. le Président informe l'Académie qu'elle aura un comité secret dans la séance prochaine pour entendre le rapport de la section de médecine opératoire sur les candidats pour la prochaine élection. Ce rapport étant très-étendu, le comité secret prendra une grande partie de la séance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Gosselin relatif à l'anthrax.

La parole est à M. Ricord.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR L'ANTHRAX.

M. Ricord. Je crois, comme M. Velpeau, que l'anthrax, maladie grave en général, ne se présente pas toujours avec ce caractère, ainsi que notre collègue nous en a donné la preuve. On a eu le tort de considérer l'anthrax en bloc; il y a à tenir compte de différences: différences relatives à la maladie et différences relatives au malade. La statistique de M. Velpeau, qui porte exclusivement sur les malades de l'hôpital, est extrêmement rassurante, et elle est parfaitement en rapport avec ce que j'ai eu l'occasion de voir moi-même. Je n'aurais rien à y ajouter si on ne l'avait contestée. On a dit: mais M. Velpeau n'a parlé que des malades de l'hôpital, et les malades de la ville, pourquoi n'en a-t-il rien dit? Qu'est-ce à dire? Est-ce que les malades de la ville seraient par hasard dans de moins bonnes conditions à cet égard que ceux de l'hôpital? Ce serait une exception à ce qui a lieu pour toutes les autres maladies. Nul doute que s'il y a une différence entre les malades de l'hôpital et ceux de la ville, elle ne soit en faveur de ces derniers. Les anthrax sont plus graves dans la pratique des hôpitaux que dans la pratique civile. C'est une question jugée à mes yeux, et je crois que si M. Velpeau nous avait donné sa statistique de la ville, elle aurait fourni probablement des résultats meilleurs encore que ceux de sa pratique d'hôpital.

J'ai dit qu'il fallait tenir compte des différences que peut présenter l'anthrax sous le rapport de la gravité suivant les individus ou suivant certaines circonstances particulières. Tout le monde sait, en effet, que chez les ivrognes, par exemple, l'anthrax est plus grave que chez les autres sujets; il en est de même chez les diabétiques. Il acquiert bien plus de gravité aussi quand les érysipèles règnent épidémiquement. Les suites de la maladie seront donc bien différentes suivant qu'on l'observera en temps d'épidémie ou en dehors de l'influence épidémique; il y a enfin à tenir compte de ces séries heureuses ou malheureuses dont on ne peut pas toujours s'expliquer la cause. Il faut donc, pour bien apprécier les résultats fournis par la statistique, bien comprendre la valeur des conditions dans lesquelles se trouvent placés les malades.

J'arrive à la question du traitement chirurgical, l'incision. J'ai été élève dans le service de Dupuytren où j'ai eu l'occasion d'observer beaucoup d'anthrax, et là j'ai vu, comme vous le disait M. Velpeau, que l'érysipèle compliquait rarement l'incision; j'ai vu quelquefois, d'un autre côté, l'érysipèle survenir autour d'anthrax qui n'avaient pas été incisés. Je veux bien qu'on soit réservé dans la pratique des incisions, mais je les crois utiles et je les considère comme le meilleur moyen d'arrêter les progrès de l'anthrax, je l'ai vu rarement avorter sans l'incision.

A quel moment convient-il de la pratiquer? Je crois que tant qu'on est dans la période inflammatoire franche, il faut y regarder et ne pas se presser; elle ne donne pas dans ce cas autant de bénéfice que lorsque la tumeur est à l'état de suppuration. Quant il ne s'agit que de faire cesser ou de diminuer l'engorgement et la douleur, les incisions sous-cutanées me paraissent préférables. Je dirai, à ce sujet, que je suis très-partisan de la méthode sous-cutanée en général, que je regarde comme un des plus grands progrès de la chirurgie moderne; je crois qu'il y a là un très-grand avenir; elle me paraît surtout applicable quand il s'agit seulement de débrider et de produire un dégorgement. Mais je crois qu'il faut agir différemment suivant la période de l'anthrax et selon que la peau est saine ou qu'elle est enflammée. Ainsi, pour moi, je réserverais les incisions sous-cutanées pour tous les cas qui rentrent dans la première phase de la marche de l'anthrax, jusqu'à la suppuration exclusivement. Mais dès qu'il y a suppuration et gangrène, je suis pour les grandes et larges incisions. C'est là tout ce que j'avais à dire, et pour conclure par un aphorisme, je dirai: ni jamais, ni toujours.

M. Gosselin. Je ferai remarquer au sujet des distinctions rappelées par M. Ricord entre les différentes variétés de l'anthrax, que s'il n'en a pas été question dans le rapport et si je ne les avais pas fait intervenir jusqu'ici dans la discussion, ce n'est pas que j'en aie méconnu l'importance, mais c'est uniquement parce qu'il n'y avait aucun parti utile à en tirer par rapport à la thérapeutique chirurgicale. Que l'anthrax soit accompagné d'une fièvre plus ou moins intense, qu'il ait lieu sur un sujet plus ou moins débile, y a-t-il là quelque circonstance qui commande ou qui contre-indique les incisions? Non. Nous réservons, bien entendu, tout ce qui regarde le traitement général. Mais nous ne voyons dans les diverses conditions individuelles rien qui doive nous déterminer à faire de préférence des incisions plus ou moins grandes, plus ou moins nombreuses.

Pour ce qui est de l'anthrax avant suppuration, M. Ricord partage l'avis émis dans le rapport; il pense comme nous que les incisions sous-cutanées sont favorables dans ce cas. Je m'en félicite. Mais il est un peu moins disposé à les adopter pour la période de suppuration. Sur ce point, je suis d'un autre sentiment que M. Ricord, et je puis appuyer mon opinion à cet égard sur une expérience personnelle. J'ai reconnu, en effet, que les incisions sous-cutanées avaient l'avantage de donner issue au pus de l'anthrax tout en ménageant la peau.

Il me paraît, en somme, que personne n'est formellement opposé aux incisions sous-cutanées de M. A. Guérin. C'est à l'avenir maintenant de vérifier les avantages.

M. Velpeau. On a parlé de distinctions entre les anthrax de la ville et ceux de l'hôpital. J'ai donné les raisons qui m'avaient fait négliger les faits de la ville, ne voulant apporter au débat que des preuves concluantes, nettes et positives. Or, on sait combien il est difficile en ville de recueillir exactement les observations.

On a dit que les anthrax de la ville étaient plus graves que ceux des hôpitaux et qu'ils donnaient une mortalité plus considérable. Voici la raison qui fait que les anthrax de la ville sont plus graves en apparence : c'est que nous, chirurgiens consultants, nous ne sommes appelés en général que pour les cas graves, les médecins traitants n'éprouvant pas le besoin de s'aider d'un conseil pour les anthrax bénins. Il en résulte que nous ne voyons presque jamais ces derniers en ville et qu'il nous est difficile de connaître la vraie proportion des uns et des autres. Ainsi, cela ne prouve nullement que l'anthrax soit réellement plus grave, comme on le dit, en ville qu'à l'hôpital, où nous voyons les anthrax à tous leurs degrés. Voilà pourquoi nous obtenons plus de succès à l'hôpital qu'en ville, bien que ce soit en apparence contradictoire. Il y a une autre raison encore pour expliquer cette différence, c'est qu'à l'hôpital nous sommes entièrement libres d'agir comme nous l'entendons dans l'intérêt des malades, tandis qu'en ville nous sommes retenus ou entravés par une foule de considérations, il faut parlementer, faire des concessions; et en somme, les

malades de la ville, malgré les meilleures conditions générales dans lesquelles ils sont placés, sont souvent en réalité moins bien soignés que ceux de l'hôpital.

On m'a reproché de n'avoir considéré l'anthrax que localement. Est-ce que les chirurgiens ne tiennent pas compte de l'état général? Mais ici nous n'avions à nous occuper que du traitement chirurgical.

En résumé, je le répète, les incisions larges, multiples et à ciel ouvert sont le meilleur moyen de traitement chirurgical des anthrax, celui qui les met le plus sûrement à l'abri des chances de complication.

Personne ne demandant plus la parole, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. Elles consistent à voter des remerciements à M. A. Guérin, l'auteur du mémoire, et à renvoyer son travail au comité de publication.

LECTURE.

Trichines. — **M. Larrey** donne lecture d'un travail sur les trichines qui lui a été transmis dans ce but par M. le professeur Lebert, de Breslau.

Nous publierons plus tard quelques extraits de ce travail.

La séance est levée à cinq heures.

TITRES ET ÉPIGRAPHES DES MÉMOIRES ENVOYÉS POUR LES CONCOURS DE PRIX, POUR L'ANNÉE 1866.

1° *Prix de l'Académie*. — N° 1. « Il en est de nos opinions comme de nos montres, pas une ne va de même, et tout le monde s'en rapporte à la sienne.» (Pope.)

N° 2. « Felix qui potuit rerum cognoscere causas. »

2° *Prix Civrieux*. — N° 1. « ..... Morbos acutos qui Deum habent auctorem sicut chronici ipsos nos. »

N° 2. « Nec ab antiquis, nec a novis; utrosque, ubi veritatem count, sequor. » (Baglivi.)

N° 3. « Causa ablata tollitur effectus. »

N° 4. « Partant donc de la définition du mal, nous sommes arrivés à quelque chose qui ne heurte ni les lois anatomiques ni les lois physiologiques. » (L'auteur.)

N° 5. « Ratione, experientia. »

N° 6. « O quam serum est bene vivere cum desinendum. » (Sénèque.)

N° 7. « Pauca verba, nonnullæ observationes. »

N° 8. « Il y a plus de deux mille ans que sous l'influence d'impressions vierges, l'école de Cos a profondément esquissé les affections nerveuses. »

N° 9. « Ars medica tota in observationibus. » (Fréd. Hoffman.)

N° 10. « In quo morbo somnus laborem facit mortale; si vero juvat, non mortale. »

3° *Prix Capuron*. — N° 1. « La science n'est pas comme Minerve qui sortit tout armée du cerveau de Jupiter; elle est fille du temps et de l'observation. »

N° 2. « Experientia docet. »

4° *Prix Barbier*. — N° 1. Nouvelles recherches sur l'emploi de la liqueur do Villate, par M. le docteur Notta (de Lisieux).

N° 2. De la guérison rapide de l'angine couenneuse et du croup membraneux au moyen de l'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé, par M. Guillon.

5° *Prix Lefèvre*. — N° 1. « Tu mangeras ton pain à la sueur de ton front. »

N° 2. « Heureux celui qui pendant son passage sur cette terre, n'éprouve aucune altération du cerveau. »

6° *Prix Orfila*. — N° 1. « Travaillez, prenez de la peine, c'est le fonds qui manque le moins. »

7° *Prix Godard*. — N° 1. Recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale, par M. Hippolyte Bachelet (de Lyon).

N° 2. De la fièvre bilieuse hématurique, observée au Sénégal, par M. Barthélemy Benoît (de Rochefort).

N° 3. 1° « L'empirisme est l'expérimentation appliquée à la thérapeutique. »

2° « Le chemin et le champ de l'investigation sont ouverts à tout le monde. »

3° « Le travail c'est le progrès partout et pour tous. »

N° 4. Symptomatologie du cervelet, par M. E. Bourillon, médecin-adjoint à l'hôpital d'Aubusson.

N° 5. « Sine me, liber ibis in urbem. » (Ovide.)

N° 6. De la syphilis transmise par la vaccination, par M. le docteur Alexis Viennois.

N° 7. Étude sur l'alcoolisme, par M. le docteur E. Lancereaux.

N° 8. Du délire d'inanition dans les maladies, par M. Becquet.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le lundi 9 avril 1866, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3 pour la nomination à deux places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures de relevée, depuis le samedi 10 mars jusqu'au samedi 24 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été promis ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Colau, médecin-major de 1re classe, et Raoult pharmacien-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Bertrand Michel, médecin-major de 1re classe; Martin, Bonnet, médecins-majors de 2e classe; Godin, médecin aide-major de 1re classe; Leveziel, médecin de 2e classe de la marine; Lenek, vétérinaire en 1er.

— Le corps médical, la science et l'administration viennent de faire une grande perte. M. le docteur Max Parchappe, inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons, membre correspondant de l'Académie de médecine, l'un des membres fondateurs de la Société médico-psychologique, et auteur de travaux considérables et d'ouvrages importants connus du monde savant entier, vient de succomber, à l'âge de soixante-cinq ans, à une courte maladie. Ses obsèques ont lieu aujourd'hui même mercredi à midi.

— L'un de nos plus distingués confrères et de nos meilleurs amis, M. le docteur G. Sée, dont nos lecteurs connaissent tout le mérite, vient d'être éprouvé de la manière la plus cruelle dans ses plus chères et ses plus intimes affections. Il y a six jours à peine, il venait de perdre sa fille aînée à l'âge de dix-sept ans; hier c'était la mère qui succombait jeune encore, au mal qu'elle avait contracté en soignant son enfant. Nous avons obéi aux devoirs de l'amitié en nous joignant au nombreux cortége qui a accompagné Mme Sée à sa dernière demeure, mais nous croirions ne les avoir qu'incomplétement remplis, si nous n'exprimions ici publiquement au nom de nos collaborateurs et amis toute notre vive sympathie pour notre malheureux confrère.

— M. le docteur Roussolin, médecin-adjoint du service de M. Calmeil, à Charenton, vient d'être nommé inspecteur-général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons, en remplacement de M. Parchappe, démissionnaire depuis quelques jours.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel de ville, le vendredi 16 mars à trois heures et demie.

Ordre du jour: Rapport et vote sur la candidature de M. Motet au titre de membre résidant.

Suite de la discussion sur les revaccinations.

Discussion sur l'emploi des bains dans la phthisie pulmonaire.

— M. le docteur Caron commencera la série de ses conférences publiques sur la puériculture et l'hygiène des nouveau-nés, jeudi 22 mars, à trois heures, quai Malaquais, 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebonda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies vénériennes, par F.-F. Clerc, médecin de Saint-Lazare, ancien interne de l'hôpital du Midi, ex-médecin au dispensaire de salubrité publique. Premier fascicule, un volume grand in-8 de 324 pages, avec trois planches sur acier contenant 15 sujets dessinés d'après nature par Léveillé. Prix: figures noires, 6 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, 1866, Chamerot et Lauwereyns, 13, rue du Jardinet.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. les docteurs L. Belhomme et A. Martin. Ouvrage adopté par le Conseil de santé des armées. 1 beau vol. in-12, 1864, franco, 6 fr. 50.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne, par le docteur Dézeimeris. 7 vol. in-8°. Au lieu de 42 fr., net 7 fr.

Étude sur l'hygiène des ouvriers employés à la fabrication du verre mousseline. Grand in-8°, 1864. 1 fr. 50.

Traité de pathologie interne, par le docteur J. Frank. Traduit du latin par Bayle. 6 vol. in-8°, 1857. Au lieu de 30 fr., net 7 fr. 50.

Leçons sur les affections cutanées dartreuses professées à l'hôpital St-Louis pendant le trimestre d'été de 1861, par le docteur Hardy, rédigées et publiées par le docteur Pihan-Dufeillay, ancien interne à St-Louis. 3me partie. 1 vol. in-8°, 1862, 3 fr. 50.

Ces divers ouvrages se trouvent à Paris, chez Coccoz, rue de l'École de Médecine, 32.

On trouve également à la librairie COCCOZ un très-grand assortiment do thèses de Paris et de Strasbourg.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 32. — SAMEDI 17 MARS 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 17 MARS 1866. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

La constitution médicale du mois de février ne diffère pas sensiblement de celle de janvier. D'après le rapport de la commission des maladies régnantes à la Société médicale des hôpitaux, les maladies dominantes ont été les affections thoraciques, les rhumatismes articulaires aigus, les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde.

Les affections thoraciques ont été aussi fréquentes en février qu'en janvier. Leur nombre s'élève, pour ce mois, à 981, qui ont donné 258 décès, dont 193 se rapportent à la phthisie pulmonaire, 42 à la pneumonie, 14 à la pleurésie et 9 aux bronchites.

Les rhumatismes articulaires ont été d'une remarquable bénignité. On n'a constaté, pour tout le mois de février, que deux décès pour un nombre de malades à peu près égal à celui de janvier. L'un de ces décès a été le résultat d'accidents cérébraux survenus chez un sujet adonné à l'ivrognerie. Il a eu lieu dans le service de M. Féréol, à l'hôpital de la Pitié. Le deuxième a été signalé par M. Boucher de la Ville-Jossy, à Saint-Antoine.

Parmi les particularités les plus dignes d'intérêt qu'ont présentées les rhumatismes, le rapport signale : un cas de rhumatisme articulaire aigu qui a été précédé par un érythème nerveux des membres et suivi d'une pleurésie du côté gauche ; un cas dans lequel on a constaté une lenteur extrême du pouls ; deux cas de péricardite avec épanchement, survenue sous l'influence du froid, et qui ont été considérés l'un et l'autre comme dépendants d'un état rhumatismal, bien que l'un d'eux n'ait présenté aucune manifestation du côté des articulations et que l'autre n'ait été accompagné que de douleurs articulaires fugaces ; enfin un cas de péricardite aiguë avec pleurésie et phlébite de la veine crurale gauche et un cas de phlébite successive des deux veines crurales consécutive à la résolution rapide d'un épanchement pleurétique se rattachant également à l'affection rhumatismale.

Quoique très-communes encore, les varioles ont un peu diminué de nombre, mais elles n'ont rien perdu de leur gravité et la mortalité s'est maintenue encore à un chiffre considérable. Les exemples de marche simultanée de la vaccine et de la variole se sont multipliés. Chez un malade du service de M. Bernutz à la Pitié, la variole s'est développée au cinquième jour d'une vaccination, la marche de la variole en a paru un peu retardée seulement, mais elle n'a subi aucune modification sensible ni dans sa forme, ni dans son degré de gravité. Dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy, à Saint-Antoine, un malade tuberculeux a vu se développer les premiers signes de la variole le sixième jour d'une vaccination. La variole et la vaccine ont marché parallèlement, la variole a été confluente à la face et aux extrémités, et le malade a eu la fièvre de suppuration. Voilà des faits peu favorables à l'influence immédiate de la vaccine sur la variole. On a vu se produire également, dans le mois de février, un très-grand nombre de cas dans lesquels l'action préservatrice d'une vaccine antérieure avait complétement cessé, à ce point que la variole n'en a été nullement modifiée dans sa forme ni dans sa gravité. M. Féréol a observé dans son service cinq cas de variole confluente chez des sujets vaccinés qui portaient tous de belles cicatrices vaccinales.

La rougeole n'a pas dépassé, dans les hôpitaux, le chiffre du mois de janvier ; elle n'a été signalée comme maladie prédominante que dans quelques services des hôpitaux d'enfants, notamment dans ceux de MM. Bergeron, à Sainte-Eugénie et Roger, à l'hôpital des Enfants. Elle paraît avoir atteint un chiffre assez élevé et relativement plus considérable peut-être en ville.

La scarlatine, bien qu'un peu plus fréquente en février qu'en janvier, s'est montrée cependant toujours dans de très-petites proportions.

La fièvre typhoïde a continué à présenter les mêmes caractères que dans le mois précédent ; mais elle semble avoir perdu un peu de sa gravité et tendre vers son déclin. Le chiffre des décès, par le fait de cette maladie, qui avait été de 44 en janvier, n'a plus été que de 27 pour le mois de février, bien que le mouvement des entrées soit resté à très-peu de chose près le même.

Les embarras gastriques et les fièvres synoques se montrent toujours en assez grand nombre. Quant aux affections intestinales, elles ont été de plus en plus rares. A peine a-t-on signalé quelques cas de diarrhées catarrhales ou de diarrhées consécutives à des attaques antérieures de choléra.

La diphthérie, qui a fait tout récemment en ville de si regrettables victimes, ne s'est montrée qu'avec une très-médiocre intensité dans les hôpitaux. M. Roger n'a eu à traiter, dans son service de l'hôpital des Enfants, que quatre cas de croup, opérés tous les quatre et dont un seul a été suivi de mort. Dans le service de M. Labric, il y a eu 5 enfants atteints de croup ; 4 d'entre eux ont été trachéotomisés ; 2 sont morts et 2 sont encore en traitement. M. Bergeron, à Sainte-Eugénie, n'a eu que 2 cas, une angine qui a guéri et un croup opéré et qui a été suivi de mort par le fait de l'extension des fausses membranes dans les bronches et d'une complication de pneumonie.

M. Besnier a terminé son rapport par quelques détails numériques sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux de Paris pendant le mois de février, communiqués à la commission par l'administration de l'assistance publique. Nous reviendrons sur ce document à l'occasion de ce que nous aurons à dire prochainement des maternités.

De l'inflammation des parois thoraciques à la suite de pleurésie.

Il y a quelque temps, M. Leplat, agrégé du Val-de-Grâce, a publié dans les Archives un mémoire sur les abcès thoraciques dans la pleurésie. La *Gazette* a déjà enregistré un certain nombre de faits de ce genre et M. Leplat les a rappelés. Voici l'une des observations personnelles de l'auteur :

G... (François), âgé de vingt-huit ans, est entré au Val-de-Grâce le 3 mai 1863, et placé dans la salle des consignés, dont mon collègue et ami M. Arnould avait la direction, salle 4, n° 6.

Le diagnostic porté à l'entrée du malade fut pleuro-pneumonie. A cette date il n'y avait aucune trace d'abcès des parois thoraciques. Je repris le service de mon collègue au mois d'août de la même année, et je trouvai le nommé G... dans l'état suivant :

Amaigrissement considérable, pâleur des téguments, légère infiltration du tissu cellulaire périmalléolaire, apparence cachectique : pouls petit et fréquent de 90 à 100 pulsations ; alternatives de diarrhée et de constipation, appétit irrégulier, respiration gênée, 30 inspirations par minute ; fièvre nocturne, insomnie.

Examen local : parois thoraciques amaigries, relief des côtes, saillie des clavicules. A gauche, la percussion donne un son mat dans les deux tiers inférieurs ; une submatité très-accusée au sommet ; en arrière comme en avant, absence de vibrations thoraciques. Auscultation : pas de murmure vésiculaire ; à la base on entend seulement de gros rhonchus, inconstants dans leur production, irréguliers dans leur tonalité et leur timbre ; il est très-difficile de les interpréter au double point de vue de leur siége ou de leur mode de production. Sont-ce des râles bronchiques ou des frottements pleuraux ? Il est probable qu'ils sont un mélange des uns et des autres ; au sommet et au niveau de l'épine de l'omoplate, souffle très-accusé, retentissement et bredouillement de la voix ; quelques râles humides de la nature de ceux observés à la partie inférieure ; dépression des parois thoraciques gauches, appréciable à l'œil, différence mensurative, 4 centimètres à l'avantage du côté droit, au niveau de la ligne des deux mamelons.

A droite, sonorité normale à la percussion, un peu exagérée à cause de l'amaigrissement, râles sonores et muqueux surtout à la base.

Expectoration abondante, mucoso-purulente ; le malade remplit un crachoir tous les jours.

Tels sont les phénomènes principaux observés ; nous avons affaire à une pleurésie ; le diagnostic du genre est incontestable, celui de l'espèce devait nécessairement laisser des doutes dans l'esprit : est-ce une pleurésie tuberculeuse ? Les renseignements fournis par le malade ne nous donnent que peu d'éclaircissements. Jamais il n'a eu d'affection grave : il appartient à une famille exempte de toute maladie diathésique ; jamais il n'a eu d'hémoptysie ; il ne s'est aperçu de sa maladie que par le dépérissement progressif de ses forces. Les élèves du service, jeunes docteurs très-intelligents, sont tout disposés à considérer G... comme tuberculeux ; pour moi, qui ai acquis l'expérience des erreurs fréquentes auxquelles donne lieu l'interprétation mal entendue des signes de la pleurésie chronique, je fais mes réserves, et, tout en ne niant pas la possibilité de la tuberculisation, j'ai une tendance à croire à une pleurésie chronique avec dépôt pseudo-membraneux et commencement de dilatation des bronches.

FEUILLETON.

M. DU TROCHET. — DÉCOUVERTE DE L'ENDOSMOSE.

« Disciple enthousiaste de Spallanzani dans le grand art d'interroger la nature vivante, M. du Trochet a attaché son nom à une immortelle découverte, l'endosmose, et à des études d'embryogénie comparée, qui ont élargi la voie par laquelle la physiologie expérimentale marche à la conquête des lois de la vie.

« Il portait si loin et si haut l'ambition de connaître qu'un jour, à la vue du phénomène qui lui révéla les plus mystérieuses fonctions de l'organisme, il se crut en possession de l'agent direct du principe vital lui-même. Téméraire entraînement que peuvent blâmer ceux qui ont mission de contenir la science dans les limites d'une austère précision, mais dont il ne faut pas décourager les vaillants esprits qui ont ce don du ciel qu'on appelle le génie, dans un siècle surtout où nous voyons sortir du laboratoire les merveilleuses inventions qui dépassent, en pratiques usuelles, les plus chimériques fictions de la mythologie. »

Tel est le court préambule par lequel M. Coste nous introduit de plain-pied dans la biographie de René-Joachim-Henri du Trochet, né au château de Néons, le 14 novembre 1776, de parents nobles et riches, et qui devait passer plus tard par les plus rudes épreuves, avant d'arriver à se reconstituer, par le travail, les titres à une noblesse nouvelle et toute personnelle, celle de la science. Son savant biographe nous le montre, en effet, successivement novice, timonier, dans l'armée navale, à la solde de 12 francs par mois ; puis après quelques années de stérile oisiveté, étudiant en médecine à vingt-cinq ans, sous le bienveillant patronage de Betibeau, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants, interne dans le même hôpital, et après avoir conquis son diplôme de docteur, médecin ordinaire des armées pendant la guerre d'Espagne, et bientôt obligé, par le mauvais état de sa santé, de donner sa démission, pour se livrer désormais exclusivement à ses études de prédilection sur la nature vivante, auxquelles sa forte éducation médicale l'avait si bien préparé. Ici nous laissons parler M. Coste.

« Ce fut donc la médecine qui l'introduisit dans l'histoire naturelle. Elle en est, en effet, la voie la plus large et la plus haute ; car c'est par comparaison avec l'organisme humain que la science mesure la signification relative des êtres dans le plan général de la création, et qu'elle soumet de plus en plus ces êtres à son empire, à mesure qu'elle découvre les lois de leur génération et de leur développement.

« M. du Trochet avait alors près de trente-quatre ans. Il venait de lire les écrits de Spallanzani. Son ardente imagination s'était enflammée au récit de ces merveilleuses entreprises dans lesquelles l'observateur, prenant la fécondation artificielle comme un instrument nouveau d'investigation, montre et mesure dans les récipients de son laboratoire, par les plus délicates et les plus précises analyses, la part de chacun des parents dans leur mystérieuse alliance ; donne la preuve directe de la possibilité de faire des applications de cette découverte, aussi bien chez les espèces où le phénomène se passe dans les obscurités du sein maternel, que chez celles où il s'accomplit au dehors ; fait apparaître, sous le foyer du microscope, ces poussières organiques qui révèlent, au sein du monde visible, tout un monde invisible dont les germes remplissent l'univers, et qui promettent au naturaliste les plus attachantes révélations.

« Devant le tableau de ces découvertes, les plus étonnantes peut-être depuis que l'homme se livre à la contemplation de la nature, M. du Trochet jeta aux flammes tous les ouvrages théoriques qu'il avait composés depuis son doctorat. La puissance de la méthode expérimentale lui était apparue dans toutes les splendeurs de son action souveraine. Il se livra à son culte avec une ardeur et une persévérance que jamais ne découragea l'extrême susceptibilité cérébrale, dernier reste d'une méningite contractée au service de la science, qui menaçait d'un terrible retour sa nature frêle et nerveuse. »

Nous passons sur les premiers travaux de du Trochet, pour arriver à ceux qui constituent son principal titre, et qui l'ont conduit à la découverte d'une des plus belles lois de la physiologie, l'endosmose.

M. du Trochet venait d'acquérir la preuve que la trame de tout végétal était un assemblage de cellules juxtaposées, adhérentes les unes aux autres, mais distinctes, contrairement à l'opinion professée alors par M. de Mirbel, que les végétaux étaient formés d'une substance continue dans toutes ses parties. Les organes sécréteurs des mollusques gastéropodes lui ayant montré les mêmes vésicules agglomérées qu'il avait rencontrées chez les plantes, il en avait conclu que, dans les deux règnes, la trame était la même ; c'est-à-dire un composé de cellules adossées, sans communications entre elles et à cavités

Le malade ne se plaint pas trop; je me contente de lui faire appliquer quelques vésicatoires, et de soutenir ses forces par un régime modéré et du vin de quinquina.

Le même état se continue jusqu'au mois d'octobre. A cette époque, G... commence à se plaindre d'une douleur continue au niveau de la mamelle gauche. L'examen de la région me fait découvrir une tumeur diffuse, sans fluctuation manifeste, sans rougeur à la peau : le creux sous-claviculaire a disparu.

Prescription : Cataplasmes, ventouses scarifiées. Cependant la douleur persiste, la tumeur devient plus saillante et se circonscrit; la fluctuation se manifeste; je me décide à faire l'ouverture de l'abcès, le 10 décembre 1863. A cet effet, un bistouri est plongé à la partie la plus déclive, à 2 centimètres en bas et en dehors du mamelon; 200 grammes à peu près d'un pus épais et crémeux s'échappent de l'incision; une mèche est établie à demeure dans le trajet de l'ouverture. Néanmoins le pus s'écoule difficilement à cause de la contraction des fibres du grand pectoral. Au bout de huit jours, je suis obligé de faire une contre-ouverture dans la région axillaire et d'introduire un drain de 10 centimètres de long entre les parois de l'abcès. Pendant cette opération, j'explore avec soin l'état des côtes; il m'est impossible d'arriver sur une dénudation osseuse; à la faveur du drain, le pus sort avec facilité, par flots coïncidant avec des quintes de toux qui sont assez fréquentes; les parois de la tumeur s'affaissent et le malade semble aller mieux pendant quelque temps. Mais la suppuration ne se tarit pas : il survient une diarrhée chronique; une fièvre hectique presque continue consume le malade qui finalement succombe à un épuisement progressif, le 17 mars 1864, un an après le début de son affection.

Autopsie. — Au moment de l'autopsie, j'étais presque convaincu que j'avais affaire à une tuberculisation avancée et à un abcès consécutif à une carie des côtes. Il n'en était absolument rien. Le poumon droit est sain, à part un peu de congestion hypostatique et d'emphysème marginal; le poumon gauche est réduit au quart de son volume, compacte, charnu et coloré en brun par de la matière pigmentaire : son sommet est traversé par des canaux bronchiques béants dont les parois sont épaissies; il ne contient aucune trace de dépôts tuberculeux, soit en masses, soit en granulations. — De fines adhérences celluleuses unissent le poumon droit à la paroi thoracique. A gauche, les plèvres pariétale et viscérale sont intimement unies, excepté à la base où elles sont séparées par un espace rempli de sérosité trouble. Dans la gouttière vertébrale, les dépôts plastiques blancs et nacrés ont jusqu'à 2 centimètres d'épaisseur.

Au-dessous du grand pectoral, autour des insertions du petit pectoral, au-dessus et au-dessous de ce dernier muscle, se trouve le foyer de l'abcès extérieur, en partie cicatrisé et tapissé par une membrane de formation nouvelle, noirâtre, mais ferme et sans ramollissement putrilagineux. Dans le troisième espace intercostal, à 3 centimètres en dehors de l'articulation chondro-costale, on voit une ouverture à travers les fibres des intercostaux, de 2 centimètres de diamètre, irrégulière, déchiquetée, circonscrite par les fibres musculaires ramollies : elle établit une communication entre le foyer extérieur et un autre foyer sous-costal, s'étendant de la deuxième à la septième côte, et de l'extrémité chondrale jusqu'à l'angle des côtes. Cette cavité est irrégulière, anfractueuse, et évidemment formée en dedans par la plèvre pariétale épaissie, en dehors par le tissu lamineux doublant les muscles et les côtes. La plèvre pariétale est intacte dans sa continuité, et simplement refoulée en dedans, il est facile de se convaincre du fait par l'accolement des plèvres au sommet de l'angle dièdre qu'elles forment au-dessus de l'espace rempli par un liquide séro-purulent que j'ai signalé.

Des épidémies puerpérales.

INFLUENCE DE L'ACCLIMATEMENT DANS LES SALLES SUR LA DISPOSITION A CONTRACTER LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

L'article sur les épidémies puerpérales que nous avons publié en tête de la Revue clinique de samedi dernier 10 mars (n° 29) a dû paraître incomplet sinon incompréhensible dans une de ses parties. Nous avons retrouvé, en effet, après l'impression un feuillet qui avait été égaré et dont l'omission ne permet pas de comprendre la première partie de l'exposition des recherches de M. Hervieux sur les épidémies puerpérales de la Maternité, ce feuillet devant s'intercaler entre le premier paragraphe et les mots « sur le chiffre de 12,906, etc. » qui suivent. Nous rétablissons aujourd'hui pour la parfaite intelligence de cette analyse qui renferme des documents très-importants, toute la première partie relative à la recherche de l'influence de l'acclimatement dans les salles sur la disposition des femmes à contracter la fièvre puerpérale.

M. Hervieux a cherché quelle était l'influence de l'acclimatation dans les salles sur la disposition des femmes à contracter la fièvre puerpérale. Des recherches et des observations antérieures tendaient à établir que les femmes enceintes sont d'autant moins exposées à mourir des suites de l'accouchement qu'elles sont admises plus ou moins longtemps avant l'époque de la parturition. Dans une leçon faite à l'hôpital des cliniques et reproduite dans la *Gazette des hôpitaux*, du 15 avril 1862, M. Pajot faisait remarquer que sur 100 femmes enceintes ayant séjourné dans cet établissement un temps assez long (depuis quelques jours jusqu'à un ou deux mois), et vivant éparses au milieu des lits où le fléau puerpéral étendait ses ravages, pas une seule n'avait succombé. Malgré ces faits M. Hervieux n'a pas considéré la question comme résolue, et il a demandé de nouveaux éléments à la statistique.

Il résulte d'un relevé fait sur sa demande dans les bureaux de la Maternité, et qui porte sur une période de dix ans, que la proportion sur 100 des femmes mortes après avoir séjourné dans l'hôpital quelque temps avant leur accouchement, est notablement supérieure à la proportion sur 100 des décès de femmes accouchées le jour de leur entrée. Sur 21,029 femmes admises à la Maternité, de l'année 1855 à l'année 1864 inclusivement, on compte 8,123 femmes accouchées le jour même de leur admission, et 12,906 ayant séjourné dans la maison de deux jours à un mois et plus avant leur accouchement. Or, sur ce chiffre de 8,123, il y eut 7,559 sorties, et 1,208 décès.

Sur le chiffre de 12,906, on relève 11,698 sorties et 1,208 décès, ce qui donne une mortalité de 6,82 pour 100 pour les femmes accouchées le jour de leur entrée, et de 9,35 pour 100 pour celles qui avaient probablement séjourné dans la maison. En considérant isolément chacune des années de cette période décennale, on trouve toujours une différence analogue à celle du chiffre total dans la mortalité sur cent des deux catégories d'accouchées.

Toutefois M. Hervieux ne s'est pas hâté de conclure encore, et il a très-sagement ajourné jusqu'à de plus amples renseignements toute conclusion définitive à cet égard. Pour conclure il aurait fallu, d'ailleurs, comme le fait remarquer M. Hervieux, pouvoir établir plusieurs catégories parmi les femmes qui ont séjourné à l'hôpital avant leur accouchement. Voici, par exemple, un document statistique d'où il faut distinguer, en ce qui concerne l'acclimatement, les années épidémiques des années exemptes d'épidémies. Pour les premières, les relevés résoudraient la question dans un sens contraire à l'acclimatement; pour les secondes, dans un sens moins défavorable. En d'autres termes, le séjour préalable à l'hôpital aggrave la mortalité dans les années épidémiques, et exerce une influence beaucoup moins funeste dans les années exemptes d'épidémie.

Une conséquence très-importante, au point de vue pratique, résulterait du rapprochement de ces deux faits; à savoir : que dans les époques où sévissent des épidémies de fièvre puerpérale, on ne devrait admettre les femmes dans les salles de maternité qu'au terme de leur grossesse, l'expérience ayant démontré qu'en temps d'épidémie plus une femme séjourne à l'hôpital avant son accouchement, plus elle a de chances d'y contracter des affections puerpérales mortelles.

C'est, du reste, un point à vérifier encore ou à sanctionner par des relevés faits sur une plus grande échelle.

NOTE SUR LES REVACCINATIONS

Pratiquées à l'asile de Saint-Yon (1),

Par le Dr LUNIER.

Pendant l'hiver de 1864-1865, la variole, vous le savez, Messieurs, a sévi épidémiquement dans plusieurs de nos départements. Quelques prisons et asiles d'aliénés, notamment, ont été assez sérieusement maltraités pour que l'administration ait cru devoir prescrire la revaccination de tous les employés et détenus dans les maisons d'arrêt aussi bien que dans les maisons centrales et les établissements d'éducation correctionnelle, toutes les fois qu'il s'y produirait un cas de variole.

Or, la population de ces divers établissements atteint presque le chiffre de cinquante mille, et dans le plus grand nombre, la revaccination aura dû être pratiquée. Les médecins étant tenus d'ailleurs de consigner dans leurs rapports les résultats obtenus, il y aura là une masse imposante de documents dont le dépouillement offrira, je le crois, un grand intérêt.

Dans quelques asiles d'aliénés, des revaccinations en masse ont dû également être pratiquées. Dans l'un d'eux, à Saint-Yon, près Rouen, asile d'hommes, que l'épidémie menaçait d'envahir, elles ont été faites dès l'apparition de la variole dans le voisinage de l'établissement, sous la direction intelligente et éclairée du médecin en chef de l'asile, M. le docteur Dumesnil, praticien des plus distingués. Les résultats consignés dans une série de tableaux dont j'ai fait le dépouillement, m'ont paru offrir assez d'intérêt pour que j'aie cru devoir vous en présenter un résumé succinct.

Le vaccin employé a été puisé à plusieurs sources.

Le premier, pris sur de jeunes enfants et renfermé dans des tubes, a été transporté au moment où sévissaient des froids intenses (14 et 15 décembre 1864); il a été inoculé sans succès à seize personnes.

Quinze revaccinations pratiquées le 16 décembre dans des conditions à peu près identiques, n'ont donné que deux résultats positifs.

Un peu plus tard, M. Dumesnil put employer le cow-pox artificiel résultant de l'inoculation vaccinale chez les vaches de l'établissement.

Le 22 décembre, douze idiots et imbéciles, âgés de dix à vingt-huit ans, qui avaient tous été vaccinés et dont l'un même avait eu la variole, furent inoculés avec du cow-pox pris sur une vache vaccinée le 14 du même mois; il n'y eut qu'un seul succès; encore le résultat laissait-il beaucoup à désirer.

Le 27, vingt-neuf malades, de vingt-trois à soixante-quinze ans, furent revaccinés avec du cow-pox pris sur une génisse inoculée le 20, et qui présentait de très-beaux boutons; on n'obtint de résultat favorable que chez un aliéné de trente-deux ans, qui ne portait que des traces de vaccin fort problématiques, et chez un homme de soixante-trois ans, qui avait eu la variole à sept ou huit ans.

Les 27 et 29 décembre, treize aliénés, dont 9 vieillards, furent revaccinés avec du horse-pox artificiel et du vaccin d'enfant provenant de ce horse-pox. On obtint 5 succès non douteux, soit 38,4 pour 100.

A partir du 2 janvier, M. Dumesnil prit le parti de revacciner de bras à bras, soit avec du vaccin de première génération, soit avec du revaccin ou vaccin de deuxième génération. Les succès furent dès lors de plus de 40 pour 100.

Le revaccin n'a pas été d'ailleurs, ni comme effet local ni comme effet général, inférieur au vaccin de première génération.

Sur les 11 malades qui furent atteints de la variole, 6 avaient été revaccinés sans succès : 4, âgés de trente-neuf à cinquante-cinq ans, n'ont eu qu'une variole discrète, sans gravité aucune. Un cinquième, idiot de vingt-huit ans, revacciné sans succès le 22 décembre, atteint de la variole le 22 février 1865, succomba le 2 mars à une affection pulmonaire intercurrente. Le sixième enfin, aliéné de quarante-huit ans, atteint le 4 février 1865 des premiers symptômes de la maladie, revacciné sans succès le 5 février, succomba le 15 du même mois à une variole confluente.

Deux aliénés, revaccinés avec succès, ont été néanmoins atteints de la variole, l'un dix jours, l'autre dix-neuf jours après la revaccination; le premier a succombé à une variole confluente.

Les autres malades atteints n'avaient pu être revaccinés.

Voici, d'ailleurs, quels ont été les résultats généraux des opérations pratiquées à Saint-Yon.

620 personnes, 584 aliénés et 36 employés ou gardiens, ont été inoculés. 24 l'ont été à deux reprises différentes; nous ne parlerons que de la dernière opération.

Sous le rapport des résultats obtenus, aucune différence d'ailleurs n'a été remarquée entre les employés et les aliénés.

(1) Lue à la Société de médecine de Paris.

---

séparées par la double cloison résultant de leur adossement.

« Mais quelle est, au sein de cette trame cellulaire si diversement modifiée, la cause mystérieuse et permanente de la transmission des liquides, des gaz, des matières solides dissoutes, à travers les cloisons membraneuses? Quelle est la cause qui donne à chacun des appareils dont cette trame cellulaire se compose la faculté d'extraire et de retenir l'élément afférent à sa fonction spéciale, comme en une fabrique où la division du travail a été calculée pour la plus savante de toutes les industries? Quel est, en un mot, le secret des principales fonctions de la vie végétative, c'est-à-dire de l'absorption, de la nutrition, de l'exhalation?

« A toutes ces questions, jusque-là inaccessibles, M. du Trochet va répondre par sa double et mémorable découverte de l'endosmose et de l'exosmose : c'est-à-dire par la démonstration de l'existence de deux courants parallèles et en sens inverse qui s'établissent entre des substances de nature et de densité différentes, lorsqu'on les met en présence à travers une cloison membraneuse.

« Pour comprendre toute la portée de cette découverte, il suffit de jeter un regard sur l'état de nos connaissances au moment où elle a été faite.

« Le plus grand physiologiste des temps modernes, Bichat, ne pouvant surprendre le mécanisme des transmissions moléculaires à travers les membranes, imagina, pour expliquer ce phénomène, sa célèbre hypothèse des vaisseaux exhalants et des vaisseaux absorbants. Il supposa que les extrémités capillaires de ces deux ordres de conduits antagonistes s'ouvraient à toutes les surfaces, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du corps, par des bouches invisibles, chargées, les unes d'introduire les substances ou les sucs nourriciers, les autres d'éliminer ce qui doit être versé au dehors. Mais comme ces racines béantes auraient pu tout admettre et troubler à chaque instant le jeu régulier des fonctions, il leur attribua une sensibilité élective et, pour le service de cette sensibilité, une faculté contractile qui, selon les besoins, leur permettrait de tenir leur entrée ouverte ou fermée.

« Telle est, en peu de mots, la séduisante doctrine que l'auteur des *Recherches sur la vie et sur la mort* fit prévaloir dans les écoles. Elle y règne encore, sinon dans le fond, au moins dans la langue qu'on y parle, tant a été profonde la trace qu'elle y a laissée. Ne pouvant délier le nœud gordien, Bichat l'avait tranché, afin de ne point arrêter la marche de la révolution qu'il voulait accomplir en anatomie générale, en physiologie, en pathologie.

« La question restait donc entière, quand, après la mort de Bichat, M. du Trochet exécuta la longue série d'ingénieuses expériences qui lui ont permis de la résoudre.

« Pendant qu'il était occupé à observer au microscope, dans un cristal de montre rempli d'eau, quelques fragments d'une moisissure aquatique détachés d'une plaie faite à un poisson vivant, un phénomène étrange, qui lui sembla n'avoir aucun rapport avec les faits connus, s'offrit à sa vue. Il vit les capsules oblongues dont les filaments de cette plante parasite sont composés, expulser avec violence, par un petit goulot situé à leur pointe, les nombreux globules qui remplissaient leur cavité; tandis que l'eau du récipient, activement introduite à l'autre bout, en chassait *a tergo* le contenu, comme le piston chasse le liquide d'une pompe. Le courant d'eau établi à travers les membranes contenantes était évidemment ici l'instrument mécanique de cette force de projection.

« Une étude plus approfondie du même phénomène, faite sur des capsules animales, pondues par les mollusques gastéropodes aux époques de la reproduction, livra à M. du Trochet le secret de ce mécanisme et, avec ce secret, celui des transmissions moléculaires à travers les membranes des corps vivants.

« Plongés dans l'eau, ces petits sacs de matière pâteuse se vidèrent sous ses yeux, par leur étroit goulot, comme l'avaient fait les capsules de la moisissure aquatique; mais, ici, une particularité caractéristique le frappa : c'est que les courants établis de l'extérieur à l'intérieur ne commencèrent à s'apaiser qu'à partir du moment où le liquide moins dense, substitué à la matière pâteuse, eut vivement éliminé, du sein des capsules distendues, jusqu'aux dernières molécules de cette matière.

« La présence d'une substance plus dense que l'eau dans les cellules organiques est donc la condition nécessaire de leur active perméabilité, de leur implétion, de leur distension, puisque cette perméabilité persiste tant qu'il y a trace de cette substance, et qu'elle cesse immédiatement après complète élimination.

« Une fois le principe connu, M. du Trochet va pouvoir imiter l'industrie de la nature et repoduire dans des appareils de physique ce qui, jusque-là, avait été considéré comme un attribut de la vie. Admirable et irrésistible puissance de la méthode expérimentale!

RÉSULTATS GÉNÉRAUX.

Éruption vaccinale vraie.	259	soit 41,70 %
Fausse vaccine (pustule non ombiliquée, paraissant et disparaissant plus promptement que la vraie pustule vaccinale).	119	— 19,10 %
Résultats nuls.	242	— 39,20 %
Total.	620	

Sous le rapport des antécédents vaccinaux, difficiles à obtenir dans un asile d'aliénés, il y a lieu d'établir les catégories suivantes :

	Sujets.	Succès.	Fausse vaccine.	Insuccès.
N'ayant pas encore été vaccinés.	7	7	0	0
Ne portant que des traces douteuses d'une première vaccination. . .	210	91 ou 43 p. %	41 ou 19,5 %	78 ou 37 %
Ayant été vaccinés. . . .	317	117 ou 36,9 —	62 ou 19,5 —	138 ou 43,5 —
Ayant eu la variole. . . .	86	44 ou 51 —	16 ou 18,6 —	26 ou 30,2 —
Totaux.	620	259 ou 41,77 %	119	242

Il y a lieu de remarquer que la revaccination a pris 51 fois sur 100 individus ayant eu la variole, et 37 fois seulement sur 100 sujets ayant été simplement vaccinés.

La revaccination, toutes choses égales d'ailleurs, a réussi moins fréquemment chez les individus portant de belles traces de vaccin antérieur que chez ceux qui avaient des stigmates peu prononcés.

Sous le rapport de l'âge, le dépouillement des documents qui m'ont été remis, m'a donné les résultats suivants, en défalquant les individus qui n'avaient point encore été vaccinés et ceux qui avaient eu la variole.

Age.	Succès.		Fausse vaccine.	Insuccès.	Total.
	Nombre.	Proportion p. %.			
20 ans et au-dessous.	7	22,58	5	19	31
De 21 à 30 ans. . . .	18	20,93	20	48	86
De 31 à 45 —. . . .	83	37,55	49	89	221
De 46 à 60 —. . . .	67	52,76	19	41	127
Au-dessus de 60 ans.	33	53,23	10	19	62
Totaux	208	39,47	103	216	527

En ne tenant compte que des cas dans lesquels le succès de la revaccination n'a laissé aucun doute, il résulterait des chiffres du tableau qui précède, que la revaccination réussit d'autant mieux qu'elle est pratiquée à un âge plus avancé, ce qui viendrait à l'appui des observations de Vleminckx.

Les revaccinations opérées sur des individus ayant eu la variole ont donné des résultats non moins intéressants :

Ages.	Succès.		Fausse vaccine.	Insuccès.	Total.
	Nombre.	Proportion p. %.			
20 ans et au dessous.	0	0	0	0	0
De 21 à 30 ans. . . .	2	28,5	2	3	7
De 31 à 45 —. . . .	11	50	7	4	22
De 45 à 60 —. . . .	22	53,66	4	15	41
Au-dessus de 60 ans.	9	56,25	2	5	16
Totaux. . . .	44	51,15	15	27	86

Il semble donc que les personnes qui ont eu la variole sont comme celles qui ont été vaccinées, d'autant plus aptes à être inoculées avec succès qu'elles sont plus avancées en âge.

Je dois ajouter que parmi les 86 sujets qui figurent dans le tableau précédent, 2 avaient eu la petite vérole à deux reprises différentes; chez tous les deux, d'ailleurs, l'inoculation a donné de magnifiques boutons de vraie vaccine.

Tels sont, Messieurs, les principaux résultats que m'a fournis le dépouillement des documents recueillis à l'asile de Saint-Yon.

Je ne veux en tirer aucune conclusion, vous le ferez vous-mêmes.

DOUBLE PERFORATION DU CRANE,

Par M. le baron Larrey.

Voici dans quelles circonstances, dit M. Larrey, ce crâne a été recueilli par M. le docteur Monier, d'Avignon, qui a bien voulu le lui adresser avec l'observation malheureusement incomplète.

Le nommé Gimeno, d'origine espagnole, bien conformé, n'ayant jamais été malade dans son enfance, était venu fort jeune en France exercer d'abord la profession de tailleur d'babits, et s'engager ensuite, à vingt-cinq ans, dans l'armée. Il servit en Afrique, dans la légion étrangère, mais fut atteint plus tard d'une affection cérébrale qui dura six mois environ et que l'on caractérisa d'aliénation mentale. Rentré du service, il se fixa d'abord à Marseille, puis à Avignon, où il se maria. Mais bientôt après il tomba malade, fut admis à l'hôpital et y mourut phthisique, au bout de deux mois. L'autopsie fut malheureusement laissée à un garçon d'amphithéâtre, qui l'ayant faite sans soin et avec précipitation, reconnut bien à la voûte du crâne deux ouvertures anomales, mais après avoir déjà détruit les rapports des enveloppes et peut-être de la substance cérébrale avec ses ouvertures, paraissant fermées, a-t-il dit, par une membrane.

Malgré cette regrettable nécropsie, le crâne fut conservé par M. Monier qui m'en a fourni une description détaillée. J'en indiquerai seulement en peu de mots les particularités, faciles du reste à reconnaître sur les pièces osseuses elle-même.

L'aspect général de la tête offre une conformation normale, quoique peu développée dans son ensemble, mais sans atrophie ou dépression partielle; les sutures fronto-pariétales et lambdoïde sont ossifiées, sans la moindre trace de persistance des fontanelles. Deux larges ouvertures irrégulièrement arrondies, ayant, de prime abord, l'apparence de deux couronnes de trépan, et mesurant 3 centimètres chacune dans leur plus grand diamètre, sont situées symétriquement, de cbaque côté, à l'angle postéro-supérieur des pariétaux. Leurs bords, quoique amincis, sont émoussés, entourés à leur face extérieure d'un léger bourrelet qui n'existe pas à la face interne du crâne, comme le démontre la coupe faite exprès.

Une lamelle osseuse très-épaisse sépare, sur la ligne médiane, ces deux ouvertures, et se trouve creusée sur la face intra-crânienne par la gouttière du sinus longitudinal supérieur.

Cette double perforation, ajoute M. Larrey, est-elle congénitale, comme le présume M. Monier? ou bien, au lieu de constituer une anomalie anatomique, serait-elle la conséquence d'une lésion pathologique, soit du cerveau, soit de la dure-mère, soit du crâne même? C'est ce qu'il nous serait difficile de décider, en l'absence de renseignements antérieurs et d'une exploration complète d'anatomie pathologique.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons rien trouvé de semblable, ni même d'analogue, soit dans les divers ouvrages que nous avons consultés, soit dans les collections ou les musées, à moins d'y rattacber les fissures, les érosions, les caries ou les nécroses de la voûte du crâne, par ossification incomplète, par encéphalocèle, par atrophie progressive, par tumeurs fongueuses, sanguines, ou autres, telles que le pneumatocèle récemment décrit, sans parler, bien entendu, des perforations traumatiques.

J'admettrais volontiers pour ma part, ajoute M. Larrey, comme le croit M. Monier, que ces deux ouvertures crâniennes sont dues à nn arrêt de développement des pariétaux et constituent une double perforation congénitale.

LES PARALYSIES PRODUITES PAR LE PHOSPHORE,

Par le Dr Gallavardin (de Lyon).

Dans son numéro du 17 février 1866, la *Gazette des hôpitaux* a reproduit un article de M. Demarquay, sur les *paralysies de l'avant-bras*, article emprunté au tome IV du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.

En signalant les paralysies de l'avant-bras survenues à la suite d'un empoisonnement, M. Demarquay oublie de citer les paralysies de l'avant-bras produites par le phosphore. C'est précisément cette omission que je viens ici réparer, et pour qu'elle ne se répète pas, à propos de diverses autres paralysies musculaires, dans les deux *Dictionnaires de médecine* actuellement en voie de publication, je vais récapituler ci-après les paralysies et les symptômes paralytiques et convulsifs produits par le phosphore. Je les emprunte à ma monographie sur les *paralysies phosphoriques* (in-8° de 90 pages, 1865).

Dans ce mémoire j'ai cité, comme ayant été produits par le phosphore chez l'homme ou les animaux :

Paralysie du bras gauche, 1 cas. — Paralysie des deux mains, 1 cas. — Contraction du pouce et de l'index, 1 cas. — Paralysie des membres antérieurs, 2 cas. — Paralysie des quatre membres, 6 cas. — Paraplégies, 4 cas. — Symptômes paraplégiques, 4 cas. — Symptômes hémiplégiques, 4 cas. — Opisthotonos, 2 cas. — Trismus, contracture du masséter, 2 cas. — Convulsions des muscles de la face, 1 cas. — Paralysie de la langue, 3 cas. — Convulsions des paupières et des muscles de l'œil, 1 cas. — Symptômes de paralysie de la troisième paire, 2 cas. — Spasme ou paralysie du sphincter de l'anus, 5 cas. — Spasme ou paralysie du sphincter de la vessie, 8 cas. — Paralysie générale progressive, 1 cas. — Paralysies partielles, 1 cas. Symptômes paralytiques, 2 cas. — Affaiblissement musculaire, 19 cas. — Tremblement du corps et des membres, 8 cas. — Convulsions cloniques ou toniques, 20 cas. — Mouvements convulsifs du diaphragme, 1 cas. — Mouvements convulsifs et paralysie momentanée du cœur, 1 cas. — Lésions musculaires. — Dégénérescence graisseuse des muscles, 4 cas. — Dégénérescence graisseuse du cœur, 4 cas.

En même temps que les symptômes paralytiques produits par le phosphore, j'ai cru devoir signaler les convulsions cloniques ou toniques, qui précèdent ou accompagnent si souvent les paralysies en général.

En démontrant, par de nombreuses observations, les effets du phosphore sur le système musculaire, j'espère rendre service à l'hygiène et surtout à la médecine légale; car aujourd'hui, grâce aux allumettes chimiques partout répandues, le phosphore est un poison qui est entre les mains de tout le monde.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mars 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

— **M. Dolbeau** demande à M. Broca s'il ne serait pas d'avis de ne pas faire publier son observation sous le titre de : *Polype naso-pharyngien*. Il croit que le polype était primitivement nasal.

— **M. Broca** ne conteste pas la possibilité de cette interprétation; cependant il ne saurait donner à ce polype une autre dénomination. La nature du tissu, l'implantation présentent bien quelques particularités, mais elles sont relatives dans l'observation.

— **M. Trélat** rappelle à M. Broca qu'il a employé, il y a trois ans, un serre nœud très-simple et d'un très-petit volume, pour serrer une ligature portée sur un polype du larynx. Il a présenté cet instrument à la Société, et pense qu'il eût bien rempli les indications, dans l'opération de M. Broca.

CORRESPONDANCE.

— M. le professeur Ch. Emmert de Berne fait hommage à la Société des trois premiers volumes de son *Traité des affections chirurgicales*.

— M. Broca offre à la Société son *Étude historique sur Celse*.

A propos de la correspondance :

— **M. Larrey** fait hommage à la Société des photographies en grandeur naturelle, *des perforations du crâne*, qu'il lui a dernièrement montrées.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

— **M. Bouvier** présente un *nouvel appareil pour le traitement de la coxalgie*; et en donne la description suivante :

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Charrière et au mien, un nouvel appareil pour la coxalgie.

A la suite de notre discussion de 1865 sur la coxalgie, j'ai été amené à étudier de nouveau la question des appareils à employer dans cette affection.

M. Verneuil a bien voulu appliquer sous mes yeux son appareil inamovible sur deux enfants que je lui ai présentés. Notre collègue m'a fait voir ce même appareil appliqué sur des adultes. M. Desormeaux m'a également rendu témoin, sur plusieurs malades, des effets de l'appareil de M. Verneuil, très-légèrement modifié.

Je me suis convaincu, par l'examen de ces faits, qu'à l'aide de cet appareil inamovible, on pouvait sans inconvénient, dans un certain nombre de cas, lever les malades et les faire marcher avec des béquilles plus tôt que je n'avais jusqu'alors l'babitude de le faire.

Mais M. Verneuil lui-même nous a rappelé, dans le temps, les défauts des appareils inamovibles, appliqués à la coxalgie, et de son aveu, il n'avait pu, dans le sien, que pallier ces défauts (1).

C'est ce qui m'a conduit à construire avec M. Charrière fils, qui nous a été si malheureusement enlevé depuis, un appareil tel que celui que je place sous vos yeux.

Nous avons pris pour modèle le bandage inamovible de M. Verneuil, avec toute la différence que notre appareil s'arrête au-dessus du genou, dont il laisse les mouvements libres.

Parmi les matières dont, à diverses époques, on a fait des coques propres à remplacer les bandages inamovibles, soit dans les fractures, soit dans les affections articulaires, nous avons préféré le cuir moulé, renforcé par des bandes d'acier, déjà appliqué avec succès par M. Charrière au redressement de la région cervicale, et déjà employé, depuis plusieurs années, par M. Mathieu pour la coxalgie elle-même.

L'appareil se compose (2) de deux valves, une antérieure et une postérieure qui, réunies de chaque côté par des laçures, embrassent exactement la circonférence de l'abdomen, du bassin et de la cuisse du côté malade. Tout l'intérieur et les bords de l'appareil sont convenablement matelassés. On retient la ceinture abdominale avec un sous-cuisse, quand elle tend à remonter du côté sain.

Cet appareil immobilise la hanche, maintient le membre dans l'attitude voulue, comme les bandages inamovibles. Il permet de même les mouvements généraux du corps. Il a sur ces bandages l'avantage précieux, suivant moi, de pouvoir être promptement enlevé et réappliqué, desserré et resserré totalement ou partiellement, suivant le besoin.

Je l'ai employé jusqu'à présent dans deux circonstances principales: 1° au début de la coxalgie, pour prévenir les douleurs et les déviations et même pour les faire cesser quand elles sont encore peu considérables; 2° après un redressement obtenu par d'autres moyens, pour continuer la contention de la hancbe, lorsque la station debout ou assise ne rappelle plus les douleurs.

Je pense qu'on pourrait étendre les applications de cet appareil, en le perfectionnant et en le modifiant suivant les cas.

M. Le Fort. L'appareil de M. Bouvier ne me paraît applicable que lorsque déjà le redressement est obtenu. On ne peut cependant obtenir ce redressement du premier coup dans tous les cas. De là, la nécessité d'applications successives d'appareils inamovibles, qui s'adaptent à la nouvelle position du membre. Il faudrait pour remplir cette indication avec l'appareil de M. Bouvier, faire construire pour le même malade, plusieurs appareils, c'est là un grave inconvénient, car la fabrication est difficile et dispendieuse.

M. Guersant. Les indications que peut remplir cet appareil me paraissent très-définies. C'est au début, avant toute déformation, ou à la fin de la maladie, après redressement complet, qu'il me paraît utilisable. Il ne saurait convenir dans la période de déformation.

M. Demarquay. Je préfère l'appareil dextriné ouaté pendant la période d'état de la maladie. Mais lorsque l'on arrive à la guérison, alors que l'on a encore besoin d'un tuteur solide, qui permette cependant de faire lever ou marcher les malades, l'appareil de M. Bouvier est appelé à rendre de véritables services.

M. Chassaignac. Je ne doute pas que l'appareil de M. Bouvier ne puisse être appliqué dans certains cas. Mais je ne puis le comparer, comme valeur pratique, à l'appareil inamovible. Avec celui-ci on peut mouvoir le malade, même dans la période aiguë; on assure aussi l'immobilité d'une manière certaine. Avec l'appareil nouveau on ne peut intervenir utilement que plus tard, et encore faudrait-il des cas où l'immobilité absolue ne fût plus nécessaire; car un appareil qui ne prend pas le genou n'immobilise que fort incomplétement la hanche.

M. Verneuil. Je donne aussi la préférence aux appareils inamovibles. Partout, le chirurgien lui-même peut les construire, il suffit d'un peu de linge, de plâtre et de fil de fer. Pour fabriquer l'appareil de M. Bouvier, il faut au contraire des ouvriers babiles, il faut en outre le payer cher. Je crois que ce sont là des raisons qui s'opposeront surtout à sa généralisation.

M. Giraldès. J'ai eu l'occasion, à propos de la discussion sur la coxalgie, de parler de l'appareil de M. Hilton. En voici le dessin, il est semblable à celui de M. Bouvier.

M. Bouvier. M. Guersant a bien précisé les indications que peut remplir l'appareil que je propose. Des deux petits malades que je vous présente, l'un est au début, l'autre à la fin de sa coxalgie. M. Verneuil avait bien voulu appliquer cbez celui-ci son appareil inamovible. Cette application avait été suivie des plus heureux effets, mais une maladie intercurrente survint et l'enfant fut laissé sans appareil. Les douleurs reparurent, j'appliquai mon appareil et j'obtins le même bénéfice qu'avec celui de M. Verneuil. L'enfant peut marcher sans souffrir. Il en est de même du second, chez lequel l'affection est récente.

Je tenais à vous montrer mon appareil en place; je vais maintenant essayer de répondre aux objections que vous avez bien voulu m'adresser.

Je n'ai pas la prétention de remplacer dans tous les cas les appareils inamovibles par le mien. J'ai précisé les indications auxquelles il répond. Mais je dirai qu'il est moins difficile qu'on ne le suppose de l'adapter au membre dans les différentes périodes du traitement. Il est facile de modifier le moule sans recommencer le moulage du membre, et l'on peut, sans tourmenter le malade, faire modifier son appareil ou en faire préparer un nouveau. Rien ne serait plus facile, non plus, que d'immobiliser le genou, il suffit de faire l'appareil plus long. On pourrait, il est facile de le comprendre, immobiliser tout le corps. Je n'ai pas eu besoin encore d'appareils plus longs que ceux que je vous présente, mais l'occasion d'en faire faire se présentera sans doute.

Cet appareil est d'un prix de revient assez fort, il coûte actuellement de 60 à 80 francs; il est à supposer que ce prix serait réduit avec une plus grande fabrication, et que pour les enfants surtout il

(1) Voir le *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. VI, p. 54 et 55.
(2) Voir les figures, *Gazette des Hôpitaux*, du 22 février dernier.

serait moins cher. Mais la question n'est pas là, non plus que dans les difficultés de la fabrication. M. Lambron vous a présenté, il y a quelques années, un appareil analogue pour les fractures de la cuisse; c'est le sabotier et le cordonnier de l'endroit qui l'avaient fabriqué sur ses indications. L'un avait fait la forme, l'autre avait cambré et travaillé le cuir. Nous devons chercher à ce que nos moyens de traitement soient utilisés par tous, mais nous ne pouvons renoncer à perfectionner notre art pour des raisons de prix et de fabrication.

M. DEMARQUAY. L'appareil de M. Bouvier a un très-grand avantage sur lequel n'a pas insisté notre honorable collègue. Grâce à lui, on peut avec toute tranquillité envoyer à la campagne, aux bains de mer, aux eaux, les coxalgiques convalescents qui ont si souvent besoin d'avoir recours à ces moyens.

M. LE FORT. L'appareil plâtré dont je me sers, permet de mettre les malades au bain et il ne coûte que cinquante centimes.

M. VERNEUIL. Nous pratiquons dans un grand centre où tout nous est facile. C'est pour cela que nous devons toujours avoir en vue, lorsque nous proposons un moyen nouveau, de le mettre à la portée de tous les praticiens et de toutes les bourses. Or, je le répète, l'appariel inamovible répond parfaitement à ces conditions. Il est loin d'en être ainsi pour celui de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Rétrécissement syphilitique de la trachée.

— **M. VERNEUIL** présente une pièce anatomique dont la description sera publiée ultérieurement avec l'observation.

M. DEMARQUAY. J'ai pratiqué trois fois la trachéotomie pour des rétrécissements de la trachée, entre autres chez un malade dont l'observation est consignée dans la thèse de M. Charnal. Dans une autre circonstance ce fut sur une dame hongroise. J'avais fait faire des canules spéciales, mais cela fut inutile; je tombai sur le rétrécissement, je le divisai et je pus introduire une canule ordinaire. Cette dame porte maintenant une canule à soupape et jouit d'une bonne santé. Dans le troisième cas il fallut franchir le rétrécissement avec une canule quadrivalve, introduite fermée. Je dilatai peu à peu, et au bout de vingt-quatre heures je pouvais déjà placer des canules ordinaires. Ce malade mourut d'un rhumatisme un an après. M. Bourbon a observé, l'année dernière, un nouveau cas de rétrécissement de la trachée et l'a présenté à la société médicale des hôpitaux.

M. CHASSAIGNAC. J'ai observé plusieurs fois des rétrécissements de la trachée, entre autres le malade dont M. Moissenet a publié l'histoire. Dans une autre circonstance, il s'agissait d'un personnage devenu depuis l'un des chefs de l'insurrection polonaise. Deux mois après l'opération, il pouvait entreprendre un long voyage. Chez une femme à l'hôpital Saint-Antoine, l'opération réussit aussi; mais toute l'épaisseur de la trachée était comprise dans la cicatrice; on n'a jamais pu lui enlever sa canule.

— **M. DEMARQUAY** croirait plutôt à des ulcérations de la trachée qu'à des tumeurs gommeuses.

— **M. VERNEUIL** fait remarquer que tout, au contraire, témoigne en faveur de tumeurs gommeuses.

C'est aussi l'avis de la majorité des membres de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 5 novembre prochain, pour trois emplois de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Ces emplois se rattachent aux enseignements ci-après :

Opérations et appareils,
Clinique chirurgicale,
Anatomie topographique.

Les épreuves de ce concours sont déterminées ainsi qu'il suit :

I. Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée principalement des lésions observées aux armées.

II. Prépartion d'une région anatomique; description de cette région; indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte.

III. Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique.

IV. Pratique de deux opérations chirurgicales avec application des méthodes et des procédés qui s'y rattachent; pansement; application de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires; aux termes de l'art. 6 du décret du 13 novembre 1852, ne pourront être admis à prendre part au concours que les médecins aides-majors de 1re classe et les médecins majors des deux classes.

Les officiers de santé pourvus de l'un de ces trois grades qui désireront concourir soumettront au ministre une demande régulière appuyée de l'avis motivé de leurs chefs.

Cette demande devra être parvenue au ministre avant le 1er octobre prochain, terme de rigueur, par l'intermédiaire des généraux divisionnaires ou des intendants militaires, suivant que le candidat appartient au service régimentaire ou aux établissements hospitaliers.

Les candidats qui seront nommés aux emplois ci-dessus désignés entreront en exercice le 1er janvier prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 14 mars 1866 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Pellegrin, médecin de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Ricard et Toye, médecins de 1re classe de la marine.

— Par décret en date du 12 mars, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Guiet, maire de Brie-sous-Chalais (Charente), en fonction depuis trente-quatre ans. Chirurgien militaire de 1806 à 1814. — De Bourguet, maire de Chanteix (Corèze), en fonction depuis quarante-six ans. Chirurgien militaire en 1813 et 1814. — Le baron d'Hombres, maire de St-Hippolyte-du-Caton (Gard), exerce gratuitement la médecine dans sa commune. — Raybaud, maire d'Ampus (Var), exerce la médecine avec le plus louable désintéressement et s'est distingué par son dévouement lors des épidémies cholériques de 1835 et 1854.

— M. Wurtz nous engage à faire connaître l'accident suivant, arrivé dans son laboratoire, afin de prémunir les chimistes contre le danger qu'ils pourraient courir dans la même circonstance. Le docteur Lippmann était à peine remis des suites d'une explosion d'acide hypochloreux que le docteur Oppenheim, un des travailleurs les plus distingués de ce laboratoire, devenait victime d'un accident bien autrement grave.

Le 20 janvier dernier, il scellait à la lampe un matras plein d'oxalate d'agent (120 gr.), lorsqu'il fut renversé tout à coup de sa chaise à la suite d'une détonation terrible provenant de la décomposition subite et instantanée de la masse entière d'oxalate contenue dans le matras. Comment s'est faite cette détonation? Sans doute par la chaleur qui a atteint une parcelle de la substance restée dans le col que l'on scellait à la lampe. Les suites de cet accident ont été terribles; le docteur Oppenheim a eu la temporale coupée par un éclat de verre et le bras droit horriblement abîmé. M. Richet présent à la Faculté en ce moment, est accouru aussitôt et a donné des soins au malade qui, on le comprend, aurait pu courir un grand danger si un chirurgien expérimenté ne s'était trouvé là pour lui porter secours. M. le docteur Oppenheim, nous sommes heureux de le constater, est complètement remis de son accident et tout prêt à recommencer ses travaux, en prenant, bien entendu, ses précautions.

Chimistes et médecins payent souvent de leur vie leur dévouement à la science et à la société, et on ne glorifie cependant que le soldat qui va chercher la mort dans des combats impies sans nul profit pour l'humanité. *(Moniteur scientifique.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebord a, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la trichine et de la trichinose, par le docteur H. Rodet; 2e édition avec une planche. Prix: 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Leçons sur le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales, faites à l'hôpital de la Charité, par le professeur Velpeau, recueillies et publiées par A. Regnard, interne des hôpitaux. Revues par le professeur. In-8° de 60 pages. Prix: 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau, par le docteur Gouguenheim, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 125 pages. Prix: 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Pougues, ses eaux minérales, ses environs, par le docteur Félix Roubaud, médecin-directeur des eaux minérales de Pougues. Un vol. in-18, troisième édition illustrée, revue et augmentée. Prix: 3 francs. — Paris, 1866, Dentu, libraire-éditeur, galerie d'Orléans.

Traité pratique des maladies vénériennes, par F. F. Clerc, médecin de Saint-Lazare, ancien interne de l'hôpital du Midi, exmédecin au dispensaire de salubrité publique. Premier fascicule, un volume grand in-8 de 324 pages, avec trois planches sur acier contenant 15 sujets dessinés d'après nature par Léveillé. Prix: figures noires, 6 fr.; figures coloriées, 10 fr. — Paris, 1866, Chamerot et Lauwereyns, 13, rue du Jardinet.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 33. — MARDI 20 MARS 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 20 MARS 1866. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 MARS 1866.

La librairie Asselin va mettre incessamment en vente un ouvrage posthume de notre savant et regretté confrère A. Beau, sur *la dyspepsie*, publié par les soins et sous la surveillance de M. le docteur Hédouin. On sait avec quelle prédilection, on pourrait presque dire avec quel amour, Beau a étudié cet état morbide au lit des malades, non-seulement dans toutes ses phases et sous toutes ses formes, mais encore dans la série de tous ses effets et de ses conséquences, soit comme prédisposition, soit comme cause directe d'une foule d'affections organiques secondaires. On sait aussi combien, en rattachant par leur lien physiologique naturel la dyspepsie et les nombreux désordres organiques qui en sont la conséquence, cet éminent clinicien a agrandi le rôle pathogénique de cet état morbide primitif et l'importance pratique de son étude. Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ont déjà pu apprécier toute la valeur des idées de l'auteur sur ce sujet, dans les leçons cliniques que nous avons publiées en 1859; ils trouveront tous les développements désirables dans l'ouvrage que nous annonçons et dont nous extrayons le chapitre suivant, d'après les épreuves que nous devons à l'obligeante communication de MM. Hédouin et Asselin. — Dr Brochin.

De l'anémie globulaire, considérée comme symptôme secondaire de la dyspepsie.

DE L'ANÉMIE GLOBULAIRE. — L'anémie globulaire s'appelle aussi *anémie, aglobulie* et encore *hydrémie, hydrohémie,* parce que le sang privé d'une partie de ses globules renferme ordinairement une quantité surabondante de sérum.

Il faut distinguer l'anémie globulaire de l'anémie vraie. Ces deux états morbides que beaucoup de médecins confondent sont séparés pourtant par des symptômes bien différents. Nous renvoyons là-dessus à la description comparative que nous en avons faite dans un autre ouvrage (1).

Dans l'état actuel de la science, tel qu'il a été fixé par les travaux de MM. Andral, Gavarret, Becquerel et Rodier, on ne regarde pas la dyspepsie comme la cause ordinaire de l'anémie globulaire; et quand il y a coïncidence des symptômes de dyspepsie et d'anémie, ce qui se voit fréquemment, comme l'on sait, on ne manque guère de considérer les symptômes dyspeptiques comme l'effet de l'anémie. On fait une très-large part, dans la fixation des espèces étiologiques d'anémie globulaire, à une anémie que l'on croit produite spontanément par une affection primitive du sang, et que pour cette raison on appelle *anémie spontanée,* laquelle anémie spontanée peut donner lieu à des phénomènes dyspeptiques.

A ce sujet, je ferai remarquer que le sang ne se fait pas et ne se répare pas tout seul; il faut donc chercher les causes de son appauvrissement dans une détérioration des conditions physiologiques qui l'entretiennent à son état de composition normale. Or la digestion étant, sans aucun doute, la première et la plus importante des conditions hématogéniques, il est juste de s'adresser à elle pour savoir si, dans un cas donné d'anémie globulaire, cette grande fonction n'a pas subi une altération qui puisse rendre compte de l'abaissement survenu dans la quantité de l'élément globulaire du sang; et, par conséquent, lorsqu'un malade présente en même temps des symptômes de dyspepsie et d'anémie, il est parfaitement légitime, en l'absence de toute cause bien manifeste d'anémie, telle qu'une perte sanguine, de regarder la dyspepsie comme la cause et non comme l'effet de l'anémie globulaire.

Les plus fermes partisans de l'anémie spontanée accordent sans hésiter une anémie symptomatique des abstinences complètes d'alimentation, comme on en observe, par exemple, chez les malades en proie à des vomissements incoercibles, ou chez les malheureux qui sont dans un dénûment complet. Certes, voilà une cause d'anémie qui ne peut être niée, car les globules sanguins ne peuvent pas se faire spontanément, quand il y a absence complète de matière alimentaire réparatrice.

Si donc l'absence complète d'aliments entraîne nécessairement après elle une aglobulie, il faut, pour être conséquent, accorder qu'une diminution de la moitié, du tiers, du quart, etc., des aliments quotidiens doit entraîner aussi une diminution de moitié, du tiers ou du quart dans la production des globules sanguins, c'est-à-dire en d'autres termes que le défaut de quantité doit être en raison directe du défaut de l'ingestion alimentaire.

Si maintenant nous prenons en considération le vieil adage : *On ne vit pas de ce qu'on ingère, mais seulement de ce qu'on digère,* nous pousserons plus loin cette investigation pathologique et nous dirons qu'un malade qui ingère une quantité suffisante d'aliments et qui ne la digère pas, c'est-à-dire qui ne la transforme pas en produits utiles à l'assimilation, est exactement dans le même cas que celui qui n'ingère rien. Nous ajouterons encore que celui qui, après une ingestion d'aliments en quantité normale, n'en digère habituellement que la moitié, le tiers ou le quart, sera aussi pour la production des globules dans la même situation que celui qui n'ingère que la moitié, le tiers ou le quart de la quantité d'aliments qui lui serait nécessaire. Par conséquent, concluons que le défaut de quantité des globules sanguins est en raison directe du défaut et de l'ingestion et de la digestion.

Lorsque la digestion est altérée au point de ne pas donner lieu à une suffisante quantité de produits utiles, il y a habituellement des symptômes qui marquent cette lésion fonctionnelle : ces symptômes sont des douleurs ou des malaises gastriques, des nausées, des éructations, etc., dont l'intensité est proportionnelle à la diminution des sucs digestifs; mais quelquefois il n'en est rien, il peut y avoir absence plus ou moins complète de produits utiles ou chylopathie, sans manifestations notables de douleur ou de gêne gastriques, c'est-à-dire sans gastrodynie. En face des malades qui ingèrent ainsi des quantités normales d'aliments et qui ne souffrent pas pour les mal digérer, on ne manque pas de regarder comme spontanée l'anémie qui résulte de cette dyspepsie latente. Nous verrons plus tard que l'inverse a lieu; on voit des dyspeptiques dont la digestion est très-douloureuse sans chylopathie et sans anémie.

Après l'anémie d'origine dyspeptique, une autre espèce étiologique d'anémie très-concevable et parfaitement démontrée est celle qui résulte des pertes sanguines, c'est-à-dire l'*anémie post-hémorrhagique*. Dans la première, les globules manquent parce que la matière qui les régénère n'est pas produite par l'acte digestif; dans la seconde, leur défaut tient à ce qu'ils ont été soustraits directement par une spoliation sanguine.

Quand l'anémie post-hémorrhagique ne porte aucune atteinte à l'intégrité des fonctions digestives, le travail de la digestion, par suite de l'apport de matériaux convenablement élaborés, a bientôt réparé les pertes que la spoliation sanguine avait déterminées dans l'élément globulaire du sang. Mais d'autres fois il n'en est pas ainsi. La débilité, introduite dans l'organisme par la perte de sang, porte particulièrement son influence sur les fonctions digestives. Celles-ci sont affaiblies ou même anéanties; il n'y a plus de matériaux utiles fournis par le tube digestif au système sanguin, et l'élément globulaire reste à l'état d'insuffisance : de telle sorte enfin que l'anémie primitivement post-hémorrhagique est entretenue ou aggravée jusqu'à la complète restauration des fonctions digestives par une anémie dyspeptique qui est alors l'effet symptomatique de la spoliation sanguine. On est souvent forcé d'admettre en pathologie de ces espèces de cercles vicieux constitués par un phénomène passant de l'état d'effet à celui de cause. Toutes les fois donc qu'un malade est affecté d'anémie globulaire à la suite d'une perte sanguine, et que cette perte a eu lieu longtemps auparavant, on peut être sûr que l'anémie primitivement post-hémorrhagique est actuellement dyspeptique.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer nous conduisent tout naturellement à parler d'une autre espèce étiologique d'anémie, très-voisine de celle qui est consécutive aux spoliations sanguines.

Dans cette anémie la spoliation, au lieu de se faire par une perte de sang, se fait par une sécrétion glandulaire. On sait que les glandes tirent du sang les matériaux de leurs produits, par conséquent plus ces produits seront surabondants, plus la spoliation du sang sera considérable, surtout si le travail glandulaire est un acte transitoire ou passager de l'organisme. Mais le plus ordinairement, si on suppose l'individu dans de bonnes conditions hygiéniques, cette anémie de spoliation glandulaire est empêchée par une restauration du sang due à un surcroît immédiat d'action et d'énergie des fonctions digestive. Quand cette restauration n'a pas lieu par suite d'un défaut d'accroissement proportionnel de l'appétit et de l'action digestive, alors l'anémie de spoliation glandulaire apparaît avec les symptômes ordinaires.

Ce genre d'anémie se montre particulièrement chez les nourrices. L'abondante sécrétion du lait qui se fait chez elles ne se réalise qu'aux dépens des matériaux du sang réparés aussitôt par un apport considérable de produits alimentaires. C'est pour cela que les bonnes nourrices mangent beaucoup, digèrent bien et sont remarquables par leur teint, leurs forces et leur

(1) *Traité d'auscultation*, p. 440.

FEUILLETON.

M. DU TROCHET. — DÉCOUVERTE DE L'ENDOSMOSE. (1)

« Pour imiter en grand les capsules ou les vésicules microscopiques dont il avait surpris la fonction, il forma, avec des cœcums et des intestins de jeunes poulets, des poches membraneuses ou des sachets fermés par des ligatures, et les plongea dans l'eau après les avoir à moitié remplis d'une solution gommeuse, mucilagineuse, albumineuse, c'est-à-dire d'une matière plus dense que le liquide ambiant.

« Le résultat répondit à toutes les prévisions de sa pressante curiosité. En peu de temps, l'eau extérieure passa à travers les parois de ces poches devenues activement perméables. Il venait donc de créer des organes artificiels d'absorption, image fidèle de la nature vivante.

« A peine ces appareils absorbants furent-ils devenus turgides que, retournant l'expérience, M. du Trochet les transporta dans un bain formé par une solution de gomme arabique, afin de s'assurer si la matière plus dense, placée à dessein au dehors, ne déterminerait pas l'eau en excès à sortir à travers les parois des cavités où il supposait qu'une sollicitation analogue l'avait introduite. L'eau obéit à cet appel dans une direction contraire. Le doute n'était donc plus permis : la direction des courants moléculaires à travers les membranes *séparatives* était réellement déterminée par la présence et l'action du liquide dont la densité est la plus grande.

« M. du Trochet donna à ce phénomène le nom d'*Endosmose,* voulant caractériser ainsi un acte d'intussusception.

« Il crut d'abord que ce courant était unique. Mais, un jour, ayant mis dans une des poches absorbantes une solution de gomme arabique teinte par de l'indigo, il vit l'eau du bain où il l'avait plongée se colorer en bleu, à mesure que cette poche devenait turgide. La membrane *séparative* livrait donc passage à deux courants parallèles et en sens inverse, qui en traversaient simultanément la paroi; l'un, plus fort, du dehors au dedans, c'est-à-dire du liquide moins dense au liquide plus dense; l'autre plus faible du dedans au dehors, c'est-à-dire du liquide plus dense au liquide moins dense.

« Il désigna ce dernier courant sous le nom d'*Exosmose,* voulant caractériser ainsi un acte d'exhalation ou d'élimination, antagoniste du phénomène d'absorption ou d'Endosmose.

« M. du Trochet était donc parvenu à reproduire les deux actes fondamentaux de la vie végétative. Il avait montré, par le jeu de ses appareils d'endo-exosmose, comment se font les transmissions moléculaires à travers les cloisons imperforées des cellules dont le tissu des organismes se compose; comment s'y opèrent l'appel et l'élection des diverses substances pour les diverses fonctions, suivant la loi purement physique de la double perméabilité, qui règle les échanges entre les fluides miscibles hétérogènes ou de densité différente, renfermés dans des cavités closes et contiguës. Il venait, en un mot, de délier le nœud que Bichat avait été obligé de trancher.

« Mais ces poches membraneuses absorbantes et exhalantes, quand elles renferment des solutions plus denses que les liquides ambiants, attirent dans leur cavité, par endosmose, une plus grande quantité de matière qu'elles n'en éliminent par exosmose : elles ont donc la faculté d'emmagasiner, et, sous ce rapport, elles reproduisent ce qui se passe dans les cellules embryonnaires, au temps où ces cellules empruntent au dehors les éléments nécessaires à leur propre nutrition et à celle de l'organisme nouveau qu'elles édifient. En révélant ce fait, M. du Trochet mettait encore la physiologie en présence des conditions préparatoires de la plus obscure de toutes les fonctions, celle de l'assimilation.

« Là ne s'arrêta pas le cours de ses victorieuses analyses. En voyant les poches absorbantes se remplir d'eau avec excès, et devenir turgides comme des kystes hydropiques, il soupçonna que leur faculté d'intussusception, loin d'être épuisée, se trouvait simplement empêchée par la résistance des parois distendues outre mesure.

« Ce soupçon lui inspira l'idée que ce liquide serait déterminé à monter dans un tube de verre vertical qui communiquerait avec l'intérieur de ces poches. L'eau s'éleva, en effet, jusqu'à l'ouverture supérieure du tube et se déversa pendant plusieurs jours, mise en circulation par une force nouvelle dont les applications à la physiologie se présentaient en foule à son esprit.

« Il mesura la vitesse et l'intensité de cette force nouvelle avec un endosmomètre composé d'une cloche en verre, à l'ouverture inférieure de laquelle il tendit une membrane organique obturatrice

(1) Suite et fin, Voir le n° du samedi 17 mars.

apparence d'excellente santé. Si, au contraire, une nourrice n'a pas un appétit proportionnel à la sécrétion lactée, le sang n'est pas suffisamment réparé, et l'anémie de spoliation se montre bientôt avec ses conséquences ordinaires. Ce défaut de proportion entre l'énergie digestive et la sécrétion du lait constitue une catégorie de *mauvaises nourrices*.

On voit donc qu'il y a un genre d'anémie globulaire tenant à une spoliation du sang déterminée soit par une perte de sang, soit par une sécrétion, soit même par un exercice musculaire exagéré. Mais cette anémie ne dure pas, à moins qu'elle ne soit maintenue par une insuffisance de l'action digestive. Par conséquent, l'anémie due primitivement à une spoliation du sang peut finir par être dyspeptique, puisque son maintien et sa persistance accusent nécessairement une dyspepsie. Cette dyspepsie peut être absolue ou bien relative, c'est-à-dire caractérisée par un état des fonctions digestives qui, restant à l'état ordinaire, n'a pas augmenté d'intensité en proportion de la spoliation du sang, et dès lors est insuffisante. (Suit l'exposé des grands caractères symptomatiques de l'anémie globulaire.)

Névropathies. — Nous ne nous appesantirons pas beaucoup sur la névropathie symptomatique de l'anémie globulaire, parce que c'est un point admis aujourd'hui par tous les médecins. Nous nous bornerons donc à une exposition succincte des principaux symptômes névropathiques qui dérivent de l'anémie.

Outre l'aphorisme d'Hippocrate déjà cité et qui consacre l'influence de l'anémie globulaire sur la production des phénomènes névropathiques, nous pourrions produire à l'appui de cette influence les noms des médecins qui ont une juste autorité dans la science, soit parmi les anciens, soit parmi les modernes, tels que : Sydenham, Hoffmann, Boerhaave, Tissot, Whyt, Andral, Bouillaud, Trousseau, Pidoux, etc.; mais ce serait faire à ce sujet un luxe de citations rendues presque superflues depuis la publication d'un mémoire important de M. Landry, sur les maladies nerveuses (1).

On doit ranger dans les névropathies qui dépendent de l'anémie globulaire :

1° En ce qui concerne la contraction musculaire : la faiblesse contractive à tous les degrés, allant même jusqu'à la paralysie; et dans un sens opposé : les convulsions variables, toniques, cloniques, générales, partielles, continues, passagères, etc.

2° En fait de sensibilité générale, nous trouvons différents troubles de cette sensibilité : l'analgésie, l'anesthésie de la peau, des membranes muqueuses, des muscles, etc.; et puis, à l'inverse, les exaltations de la sensibilité, les hyperesthésies, les névralgies de différents organes, les sensations bizarres, indescriptibles, accusées en différentes régions par les malades, sensations qui sont fixes, erratiques, continues ou intermittentes.

3° On doit signaler parmi les troubles de laxité spéciale, autres que ceux du toucher dont il vient d'être question, la faiblesse, l'aberration et l'exaltation des sens de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du sens génésique.

4° En ce qui concerne les fonctions cérébrales et intellectuelles, nous trouvons comme symptômes fréquents ou possibles de l'anémie, la somnolence, le coma, l'insomnie, le vertige, la céphalalgie, l'agitation, la tristesse, la mélancolie, le délire, la folie.

5° Enfin parmi les phénomènes nerveux qui se rattachent à l'anémie, on doit comprendre certaines sécrétions exagérées, telles que la polyurie, le ptyalisme, la spermatorrhée et la leucorrhée, la diaphorèse, etc., qui, ainsi que nous l'avons dit déjà, après M. Claude Bernard, accusent une action locale des nerfs, des reins, des glandes salivaires, etc.; sous l'influence de ces nerfs il y a eu une affluence considérable de sang, et par conséquent une surabondance de matériaux destinés à être séparés du sang par ce travail glandulaire. On voit par là que ces symptômes névropathiques de sécrétion rentrent dans les phénomènes de laxité anémique dont il a été question plus haut.

Tel est en raccourci le tableau des principaux symptômes nerveux qui résultent de l'anémie globulaire. Nous ferons remarquer en passant que certains phénomènes qui, au premier abord, paraissent d'une nature essentiellement différente, comme par exemple l'état convulsif du muscle et sa paralysie, l'anesthésie et l'hyperesthésie, accusent pourtant une origine ou un fond identique, puisqu'ils dérivent tous de l'anémie. Ces symptômes nerveux en apparence différents, que quelques personnes encore regardent, les unes comme sthéniques, les autres comme asthéniques, se rattachent donc à une condition essentiellement asthénique, l'aglobulie.

On a dû être frappé de voir que la plupart des symptômes nerveux dus à l'anémie globulaire ont déjà été présentés comme des phénomènes dus à l'irradiation de l'estomac souffrant. Cette double origine du symptôme nerveux ne saurait être niée dans la dyspepsie. Elle est mise hors de doute, parce que d'un côté on observe des symptômes nerveux, précisément quand il y a souffrance de l'estomac, soit par suite de plénitude stomacale, soit par suite de vacuité; et, d'un autre côté, on a vu les mêmes symptômes se montrer dans certains cas où l'anémie était de cause hémorrhagique, et par conséquent en dehors de toute gastropathie.

Toutefois il y a cette différence entre les symptômes nerveux de l'anémie et ceux de la gastropathie que les premiers peuvent exister par la seule influence de l'anémie, tandis que les seconds ne dépendent pas uniquement de la gastropathie; il faut une autre condition pour les produire et cette condition est encore l'anémie dont l'influence vient s'ajouter pour une certaine part à celle de la gastropathie. Ainsi, pour ne parler ici que des symptômes qui sont une irradiation immédiate et évidente de l'estomac malade, comme la toux gastrique, la dyspepsie gastrique, la névralgie intercostale, etc., ces symptômes n'existent guère au début de la dyspepsie, même quand la douleur ou le malaise gastriques sont très-intenses; on ne les observe qu'au bout d'un certain temps, c'est-à-dire lorsque, par suite du progrès de l'affection dyspeptique, le sang a perdu une partie notable de ses globules, l'anémie globulaire vient alors faire éclater les troubles nerveux péri-gastriques qui, sans cette condition, n'auraient pas assez de l'excitation du foyer gastrique pour se produire.

On comprendra maintenant pourquoi nous avons dit, en distinguant les séries névropathique et hémopathique de la dyspepsie, pourquoi nous avons avancé que la série hémopathique était plus importante que la série névropathique, et la primait en un mot dans la pathogénie des symptômes de l'affection dyspeptique.

Ainsi donc il faut un certain abaissement de l'élément globulaire du sang pour que les symptômes nerveux provenant du foyer gastrique puissent se produire; mais, comme on doit bien le penser, le degré d'aglobulie suffisant pour amener la manifestation des phénomènes péri-gastriques varie extrêmement suivant les individus. Chez telle personne à tempérament très-nerveux, une diminution légère des globules suffira pour occasionner cette manifestation, tandis qu'il faudra un abaissement beaucoup plus grand chez une autre personne moins nerveuse; enfin on pourra voir des malades si peu nerveux que, bien qu'affectés depuis longtemps d'une dyspepsie avec anémie considérable, ils ne présenteront jamais de phénomènes névropathiques.

On doit pressentir par là que la dyspepsie, cette maladie si vaste par ses causes et par ses symptômes, doit donner lieu à des manifestations nombreuses et variables suivant le tempérament, l'idiosyncrasie et la diathèse des malades. C'est là effectivement un point extrêmement important de l'histoire de la dyspepsie.

(1) *Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.*

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Observations de rhumatisme articulaire viscéral

Lues à la Société médicale d'Observation, par M. le docteur L. Martineau, interne du service.

Dans les dernières séances, deux de vos membres ont lu, devant vous, des observations de rhumatisme viscéral. A ce propos, une discussion s'est engagée. Plusieurs n'ont pas vu, dans ces observations, de raisons suffisantes pour qu'on puisse les regarder comme probantes de l'opinion que leurs auteurs ont voulu soutenir; d'autres, au contraire, les ont considérées comme une preuve de plus à affirmer l'existence de cette variété de l'affection rhumatismale. Au moment où avait lieu cette discussion, il m'était donné d'observer, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon maître M. le professeur Trousseau, deux cas de rhumatisme articulaire aigu qui, pendant leur évolution, se sont accompagnés de phénomènes indiquant des lésions du côté de plusieurs viscères. J'ai donc cru qu'il était de mon devoir de vous les faire connaître, persuadé que je suis que ce n'est qu'en amassant faits sur faits que l'on peut parvenir, en médecine surtout, à faire jaillir la lumière; pourvu toutefois que les faits soient aussi complets que possible, par-dessus tout qu'ils soient observés sans idée préconçue, sans esprit de système. Car on a dit, avec raison, que l'esprit de système dénature presque toujours les faits quand il n'empêche pas de les apercevoir.

Obs. I. — R... Mathieu, âgé de trente-six ans, maçon, entré le 6 novembre 1865, salle Sainte-Jeanne, numéro 45.

Cet homme d'une forte constitution, jouissant généralement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu antérieurement de rhumatisme, et ne sachant pas s'il existe de rhumatisme dans sa famille, raconte que le 26 octobre dernier, après un refroidissement subit, il a ressenti de violentes douleurs dans les genoux, les coudes, les épaules; il est obligé de se mettre au lit, et ses douleurs sont telles qu'il ne peut exécuter aucuns mouvements. En même temps il avait, nous dit-il, une fièvre excessive. Son corps était recouvert d'une sueur abondante; il mouillait de cinq à six chemises par jour. Ses douleurs s'accroissant tous les jours, il se décide à venir à l'Hôtel-Dieu où il est admis le 6 novembre.

Le 7, M. Trousseau constate la présence d'une éruption abondante, très-confluente, existant sur tout le corps, mais principalement sur le tronc, les membres supérieurs. Cette éruption est constituée par de petites vésicules saillantes, donnant au toucher la sensation de rugosités, vésicules entourées à leur base d'un cercle rouge. Leur sommet est acuminé, blanchâtre, en un mot on a tous les caractères de l'éruption miliaire. La peau est chaude, recouverte d'une sueur abondante, fétide. Le pouls est plein, fort, vibrant, régulier, 104 pulsations. Les articulations des genoux, des poignets, des coudes sont douloureuses à la pression et par le plus léger mouvement. La peau, à leur niveau, présente une coloration rosée manifeste disparaissant par la pression. Ces articulations sont légèrement tuméfiées; toutefois, on ne peut constater s'il existe dans leur intérieur un peu plus de liquide qu'à l'état normal, car la recherche en est trop douloureuse. M. Trousseau examine, comme il le fait toujours, si les bourses séreuses sous-cutanées, si les gaînes synoviales sont rouges, tuméfiées, douloureuses, et il lui est facile de constater que les bourses séreuses situées à la face externe des deux trochanters sont tuméfiées et sont le siége d'une excessive douleur.

Les bruits du cœur sont normaux, clairs, assez vibrants. La matité précordiale n'est pas augmentée, elle mesure 4 centimètres environ dans son diamètre vertical, la pointe bat dans le cinquième espace intercostal.

Du côté des organes respiratoires, le murmure vésiculaire s'entend très-bien. Il n'existe aucun bruit anormal.

Les urines sont assez colorées, rouges, elles ne contiennent aucun principe anormal, albumine ou sucre.

L'intelligence est nette, le malade répond très-bien aux questions qu'on lui adresse. Il est en proie, depuis le début de sa maladie, à une insomnie qui le fatigue beaucoup.

La langue présente au centre un léger enduit blanchâtre; elle est rouge à la pointe et sur les bords. Du reste, le malade n'a ni nausées, ni vomissements. Il dit même qu'il a de l'appétit; il voudrait manger. Depuis trois jours il a de la constipation.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 8, le malade est abattu, somnolent; il répond lentement et avec beaucoup de difficultés. On a beaucoup de peine à le tirer de sa torpeur; et quand on est parvenu à avoir une ou deux réponses, il y retombe aussitôt. Il éprouve une violente céphalalgie frontale. Les paupières sont fermées, un peu chassieuses. Les pupilles jouissent de tous leurs mouvements; elles sont égales. Le nez est effilé, les narines pulvérulentes. La langue conserve son humidité; elle est recouverte d'un enduit blanchâtre, peu épais. La peau est chaude; la transpiration a disparu. Le pouls est régulier, plein, vibrant, 120 pulsations. Les articulations sont dans le même état qu'hier; elles

---

comme la peau d'un tambour, tandis qu'au sommet perforé de l'appareil, il implantait, au moyen d'un bouchon de liége, un tube vertical gradué, ouvert aux deux bouts et communiquant à l'intérieur. Puis il introduisit, dans la chambre de ce tambour, des substances miscibles d'une densité plus grande que celle de l'eau où il immergea la base de l'instrument.

« A peine la membrane obturatrice fut-elle mouillée que son active aspiration introduisit l'eau dans la chambre de l'appareil en une nappe continue qui fit monter le mélange le long du tube avec une vitesse proportionnelle à la densité de la substance mise à l'épreuve.

Cette vitesse proportionnelle d'ascension une fois constatée, M. du Trochet substitua au tube droit de son appareil un autre tube à plusieurs courbures, semblable à celui dont Hales d'abord, MM. Mirbel et Chevreul ensuite, se sont servis pour déterminer la force ascensionnelle de la séve. Il versa dans ce tube une colonne de mercure. Le flot montant souleva le métal avec une puissance égale au poids de quatre atmosphères et demie.

« Le travail d'endosmose ou d'active perméabilité du diaphragme, aspirant l'eau extérieure dans la chambre de l'instrument, lui apparut comme le simulacre exact de la fonction absorbante des membranes séreuses, muqueuses, cutanées, puisant à leur surface le chyle et la lymphe, qu'elles introduisent par un mécanisme identique dans les radicules vasculaires d'un ordre de canaux qui prend naissance dans leur paroi, mais dont la circulation n'est pas sous l'empire des contractions du cœur. La force de propulsion qui, après avoir empli d'eau la chambre de l'appareil, élève ce liquide le long du tube gradué jusqu'au déversoir, lui apprit comment la lymphe, le chyle et la séve, poussés *a tergo* par d'incessants afflux endosmotiques, cheminent dans leurs canaux vecteurs.

« Les corps vivants, considérés à ce point de vue, sont donc de véritables endosmomètres,

« Quand ces éléments nouveaux, chyle, lymphe, séve, ont été réunis par un premier acte d'endosmose aux fluides nourriciers dont ils font désormais partie, la circulation générale les emporte et les distribue dans tous les points des organismes, afin de présenter partout les matériaux nécessaires à l'exercice de la vie. Mais, si déliées que soient les voies capillaires tracées pour ces irrigations, elles courent partout sans s'ouvrir nulle part. Il faut donc que de ces ruisseaux, d'où rien ne s'épanche, chaque cellule dérive ce qui lui convient par filtration élective. La seule présence d'une matière hétérogène plus dense que le fluide circulant détermine cet acte d'intussusception, comme au sein des cellules embryonnaires, entre lesquelles s'opèrent ensuite les transmissions moléculaires, dont la membrane de l'endosmomètre nous montre la curieuse représentation.

« Les cloisons séparatives qui semblent, au premier abord, un obstacle aux libres communications, deviennent donc, au contraire, les instruments d'un actif et réciproque échange. Elles admettent ou elles repoussent, elles empruntent ou elles donnent, suivant des oscillations dont l'endo-exosmose est la loi.

« Si ces transmissions et ces échanges s'opèrent au sein du tissu qui forme les digitations ultimes de l'arbre creux que les glandes représentent, ils aboutissent à l'acte de sécrétion par une filtration élective de la paroi des tubes conducteurs, analogue à celle qui fait passer à travers le diaphragme analyseur de l'endosmomètre les matières végétales colorantes, les solutions salines concentrées sur lesquelles M. du Trochet avait coutume d'expérimenter.

« De là la bile, la salive et les divers sucs que les organismes distillent.

« L'industrie manufacturière, mettant à profit cette faculté de séparation, d'élimination, de diffusion, a fait de ce diaphragme, par la simple substitution d'une membrane de papier-cellulose gonflé ou de parchemin végétal, une sorte d'organe artificiel de dépuration, à travers lequel des courants en sens inverse d'eau et de mélasse dégagent de cette dernière, par exosmose, les sels qu'elle contient, tandis que le sucre reste et donne ensuite, après concentration, une cristallisation abondante.

« Bel exemple des conséquences utiles qui peuvent découler d'une découverte de science pure, et qui prouverait, s'il était besoin de le faire ici, quels services rendent aux nations, même pour leur prospérité matérielle, ceux qui se consacrent à la recherche abstraite de la vérité. »

Coste.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratique pour 1866, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1865, par M. P. Garnier, rédacteur de l'*Union médicale*, et M. A. Wahu, médecin principal des hôpitaux militaires. Vingt et unième année. Un vol. in-18 de 323 pages. Prix: 1 fr. 25. — Paris, Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

sont tout aussi douloureuses, leur compression arrache des plaintes au malade; les urines ne contiennent aucun principe anormal. Rien du côté du cœur et du côté des poumons.

La constipation persiste. Pas de nausées ni de vomissements.

Dans la nuit du 7 au 8, le malade a eu du délire; à tout moment il voulait se lever, et criait tellement, qu'il a empêché tous les autres malades de dormir. Ce n'est que vers quatre heures du matin qu'au délire a succédé le coma, ou plutôt cette somnolence que nous constatons.

Traitement. — Potion avec musc, 0,40.

Le soir, le malade est toujours dans le même état; le coma est même plus prononcé que ce matin.

Le 9, la nuit, à certains moments, le malade a présenté de l'agitation; il parlait seul, il prononçait des mots sans suite. Cet état durait quelques instants, puis au délire succédait le coma.

Ce matin, à la visite, le coma est très-prononcé; le malade répond à peine aux questions. Même état du côté des articulations et des autres organes. Rien de nouveau.

Pas de vomissements, pas de convulsions. La constipation persiste malgré un purgatif donné hier soir. Il urine dans son lit.

Même traitement.

Le soir, le coma est moins prononcé; le malade répond mieux aux questions. Quand on exerce une légère pression au niveau des articulations, il se plaint qu'on lui fait mal. Le pouls est toujours plein, vibrant, 104 pulsations. Rien du côté du cœur et des poumons.

Même traitement.

Le 10, la nuit a été tranquille, le malade a un peu dormi. Ce matin, le coma n'existe plus, le malade conserve un peu d'hébétude. Les articulations sont toujours très-douloureuses. Les battements du cœur sont normaux; la matité précordiale est toujours normale, mais à l'auscultation on entend un bruit de frou frou, de frôlement, couvrant les deux temps du cœur. Ce bruit péricardique s'entend dans toute la région cardiaque; en aucun point on ne peut saisir un maximum d'intensité. Il paraît plus fort lorsque le malade est assis que lorsqu'il est dans le décubitus dorsal. En outre, à la base, on entend un bruit assez rude de râpe, couvrant le premier bruit du cœur et se prolongeant le long de l'aorte. Le pouls est faible, dépressible, 108 pulsations; pas de douleur au niveau du cœur. Rien dans la poitrine, rien du côté du tube digestif; le malade est allé hier à la selle.

Même traitement, de plus 6 ventouses scarifiées au niveau de la région précordiale.

Le 11, l'intelligence est complétement revenue, pas de délire, pas de somnolence, pas de céphalalgie.

Cœur. — La percussion de la région du cœur permet de constater une augmentation dans la matité. Cette matité mesure verticalement 11 centimètres et demi. La pointe du cœur bat près du bord gauche du sternum, au niveau du cinquième espace intercostal. A la base du cœur, le frottement péricardique est beaucoup plus accusé qu'hier; il est tel qu'il est bien difficile de saisir les bruits cardiaques. Dans l'aorte, bruit de souffle rude coïncidant avec la pulsation radiale. Pouls parfois irrégulier, 100 pulsations. Pas de douleur péricardique. La pression de la région cardiaque ne révèle l'existence d'aucune douleur.

L'articulation du coude et celle du poignet droit sont moins tuméfiées, moins douloureuses; celles du membre supérieur gauche restent toujours dans le même état, ainsi que celles des genoux. Aujourd'hui le malade accuse une violente douleur dans l'épaule droite. La bourse synoviale trochantérienne n'est plus douloureuse ni tuméfiée.

Rien dans la poitrine.

Traitement. — Sulfate de quinine 1 gramme, bouillons et potages.

Le 14, le frottement péricardique s'entend dans toute la région du cœur; toutefois il semble que, vers le quatrième espace intercostal, il est beaucoup plus accusé, plus fort qu'à la base et à la pointe; les bruits du cœur s'entendent très-bien, et malgré le bruit de frottement péricardique on entend le bruit de souffle, rude, de râpe, couvrant le premier bruit à la base du cœur, et se prolongeant le long de l'aorte. Le pouls est assez plein, régulier, 90 pulsations.

Aujourd'hui, la respiration paraît plus gênée que ces jours derniers. A l'auscultation, en arrière, on constate un souffle assez doux, lointain, existant dans la moitié inférieure des deux côtés du thorax. En même temps, la voix est chevrotante, il existe de l'égophonie. La percussion révèle une matité existant dans cette moitié inférieure; en outre, il y a absence complète de vibrations thoraciques. L'expectoration est nulle; du reste absence complète de râles.

Le malade présente encore un nouveau phénomène, il ne peut uriner, la vessie est augmentée de volume; on le sonde et on retire un demi-litre d'urine. De même il existe de la constipation. Du reste, le malade n'accuse aucune douleur le long de la colonne vertébrale; il peut mouvoir ses membres inférieurs; les douleurs articulaires ont complétement disparu, excepté dans le membre supérieur gauche où l'articulation du coude et l'articulation scapulo-humérale sont seules le siége de douleurs assez vives.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme, bouillon.

Le soir, même état; je sonde le malade, je retire de la vessie un litre d'urine.

Le 16, on est toujours obligé de sonder le malade matin et soir. L'intelligence est complétement revenue. L'éruption a disparu. Pouls, 92.

Le frottement péricardique est moins prononcé, que le malade soit sur son séant ou dans le décubitus. Les bruits du cœur s'entendent avec plus de netteté. Le bruit de souffle qui couvrait le premier temps à la base est moins accusé, moins rude, il se prolonge toujours le long de l'aorte.

Dans la poitrine, le souffle et l'égophonie ont disparu à droite; mais il existe un bruit de frottement, de frou-frou manifeste, s'entendant pendant l'inspiration et l'expiration. A gauche, de même, le souffle et l'égophonie ont disparu; on constate la présence dans la moitié inférieure de râles humides sous-crépitants, plus vibrants, plus sonores que les râles sous-crépitants ordinaires, et que pour cette raison M. Trousseau désigne sous le nom de *râles bronchophoniques*.

Même état du côté des articulations.

Traitement. — Sulfate de quinine 1 gramme. Bouillon, potages.

Le 21, hier soir, le malade a uriné tout seul. Depuis, on n'a plus besoin de le sonder.

Les phénomènes morbides qui existaient du côté du cœur et du côté des organes thoraciques ont complétement disparu. Le malade accuse encore quelques légères douleurs dans le membre supérieur gauche. La peau est fraîche, il n'y a plus de fièvre. Le pouls est régulier, assez plein, 76 pulsations. On continue pendant quelques jours le sulfate de quinine à la dose d'un gramme.

Le malade quitte l'hôpital pour aller à l'asile de convalescence de Vincennes dans les premiers jours de décembre.

Obs. II. — G..., vingt-six ans, journalier, entré le 9 novembre 1865, salle Sainte-Jeanne, 70.

Cet homme, d'une constitution athlétique, raconte qu'il y a quinze ans, il a eu une première attaque de rhumatisme qui l'a tenu pendant deux mois au lit. Il y a deux ans, deuxième attaque, moins forte que la première; elle ne dure que trois semaines. C'est pour une troisième attaque de rhumatisme qu'il entre à l'hôpital. Celle-ci a débuté il y a vingt jours environ; il ne peut bien en préciser la cause; toujours est-il qu'il a commencé à éprouver de violentes douleurs dans les articulations des membres inférieurs et principalement dans les deux articulations tibio-tarsiennes; espérant que ces douleurs disparaîtraient vite, il est resté chez lui; il a pris plusieurs purgatifs; mais les douleurs ayant gagné les membres supérieurs, il se fait conduire à l'Hôtel-Dieu.

Au moment de son entrée, M. Trousseau constate que les articulations tibio-fémorales sont volumineuses, douloureuses à la pression; il existe manifestement du liquide épanché, même en assez grande quantité. La bourse séreuse trochantérienne, du côté gauche, est douloureuse; les téguments qui la recouvrent sont rosés. Les articulations des poignets sont de même le siége de violentes douleurs; elles sont gonflées, tuméfiées; à leur niveau, il existe une rougeur manifeste. Les autres articulations ne sont pas affectées. La palpation de la région précordiale, ainsi que la percussion, ne révèlent aucun phénomène morbide. A l'auscultation, les battements de cœur sont normaux, réguliers; les bruits sont clairs, réguliers; toutefois, à la pointe, le premier bruit du cœur ne présente pas le claquement valvulaire normal; ce bruit est plus rude, plus martelé que d'ordinaire; mais il n'existe aucun bruit de souffle. Le deuxième bruit n'est pas altéré à la base, les bruits du cœur sont clairs, normaux.

Le pouls est régulier, assez vibrant, donne 88 pulsations par minute. La température de la peau n'est pas excessive, mais elle paraît plus élevée qu'à l'état normal. La peau est recouverte d'une sueur assez abondante.

L'intelligence est nette. Un peu d'insomnie la nuit. Rien dans les poumons, ni du côté du tube digestif, si ce n'est un léger enduit saburral de la langue; aussi le malade demande-t-il à manger. Selles normales.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme. Bouillons et potages.

Les jours suivants, même état; les articulations du coude et scapulo-humérale gauche se prennent.

Le 13, les douleurs articulaires des membres inférieurs ont complétement disparu, ainsi que le gonflement des genoux. Elles persistent dans les articulations du membre supérieur gauche. Mais le malade accuse de nouveaux phénomènes. Ainsi, il se plaint d'éprouver des douleurs atroces tout le long des membres inférieurs, douleurs continues, mais qui s'exaspèrent par moments, lorsqu'il veut faire surtout un mouvement. La peau est le siége d'une sensibilité tellement exagérée, que le moindre attouchement lui occasionne des douleurs insupportables, et cela dans toute la longueur des membres. Le simple contact des draps du lit réveille ces douleurs. Cette hyperesthésie ne s'accompagne ni de convulsions ni de contractures. Le malade éprouve, en outre, de violentes douleurs dans la colonne vertébrale, ainsi que des douleurs à la base du thorax; il lui semble qu'on exerce une violente constriction afin de l'empêcher de respirer. L'examen de la colonne vertébrale démontre que la douleur existe depuis la deuxième jusqu'à la dixième dorsale. La pression, la percussion au niveau des apophyses épineuses de ces vertèbres, réveillent une assez vive douleur.

Les battements ainsi que les bruits du cœur sont normaux; toutefois, il existe aujourd'hui un bruit de souffle rude, couvrant le premier bruit à la pointe. Les organes pulmonaires sont sains.

L'intelligence du malade est nette. Pas de céphalalgie. La nuit a été assez agitée par suite des douleurs éprouvées par le malade dans les membres inférieurs. Constipation. 88 pulsations. Un peu de moiteur de la peau.

Traitement. — 20 ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 14, même état qu'hier. En outre, le malade ne peut remuer les membres inférieurs; il ne peut les soulever ni les changer de place; il existe une paralysie complète du mouvement. La sensibilité est toujours exaltée; le moindre attouchement de la peau occasionne au malade des douleurs atroces. L'action réflexe est conservée, ainsi que la contractilité musculaire sous l'influence de l'électricité. Même gêne de la respiration, par suite de la douleur en ceinture éprouvée par le malade. Constipation opiniâtre; rétention d'urine; on est obligé de sonder le malade, matin et soir.

Les poumons sont sains. Même état du côté du cœur. Les douleurs articulaires persistent dans les membres supérieurs. Pouls plein, assez dur, 80 pulsations. Peau chaude, sans sueurs. Inappétence complète.

Traitement. — 20 ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 15, même état. Un purgatif.

Le 16, l'hyperesthésie des membres inférieurs a disparu. La sensibilité cutanée est revenue à son état normal. De même, les douleurs éprouvées par le malade à la base de la poitrine et le long de la colonne vertébrale ont complétement cessé.

Les orteils exécutent de légers mouvements; mais le malade ne peut encore soulever les membres. La miction s'accomplit normalement. La constipation persiste encore. Même état du côté des articulations et du côté du cœur.

Le 18, les mouvements dans les membres inférieurs sont complétement revenus. La constipation a cessé.

Les douleurs dans les articulations du coude et de l'épaule ont disparu, mais elles persistent dans les articulations du poignet et dans les doigts. Ces articulations sont très-tuméfiées; la peau qui les recouvre est rouge.

Le pouls reste dur et plein; 86 pulsations.

Du côté du cœur, le bruit de souffle persiste avec la même intensité.

Traitement. — 2 pilules de vératrine, de 0,001 chaque.

Jusqu'au 31 décembre, époque où je quitte le service, le malade éprouve de temps à autre des douleurs dans les articulations, tantôt dans le membre supérieur, tantôt dans le membre inférieur. Le pouls conserve toujours un peu de fréquence. Le bruit de souffle au cœur persiste avec la même intensité.

Les phénomènes d'hyperesthésie cutanée et de paralysie, observés dans les membres inférieurs, sont complétement dissipés.

On continue la vératrine.

Telles sont les deux observations dont j'ai cru devoir vous donner lecture. Vous ne vous attendez pas sans doute à ce que j'entre à leur égard dans une discussion approfondie, discussion qui ne saurait être que la répétition de ce qui a été dit sur ce sujet dans le sein de la Société. Je me bornerai donc, dans un court résumé, à mettre en lumière les principaux faits qui ont pu, dans le cours de l'observation, passer inaperçus.

Dans la première observation, nous voyons dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, quinze jours après le début, survenir des accidents cérébraux caractérisés par du délire, puis par du coma. Ces accidents persistent pendant deux jours, et disparaissent complétement; alors apparaissent des phénomènes indiquant une lésion du côté du cœur et de son enveloppe, ainsi que du côté de la plèvre et des poumons. Quelques jours après, le malade est pris d'une rétention d'urine. Ces nouveaux accidents disparaissent à leur tour, et le malade quitte l'hôpital complétement guéri. Il est bon, en outre, de faire remarquer que malgré l'apparition de ces diverses manifestations rhumatismales, les douleurs articulaires ont néanmoins persisté avec la même intensité. Ce n'est pas là, en effet, ce qui a lieu ordinairement.

Dans la deuxième observation, les manifestations rhumatismales se sont montrées sur une autre partie du système nerveux: je veux parler de la moelle épinière. De telle sorte que ces deux observations se complétant pour ainsi dire l'une l'autre, nous montrent que l'affection rhumatismale peut siéger sur tous les viscères de l'organisme.

Dans cette deuxième observation nous voyons en effet un homme, atteint à plusieurs reprises d'un rhumatisme articulaire, présenter, dans le cours de son attaque actuelle, des phénomènes dénotant une altération de la moelle épinière et de ses enveloppes. Ces phénomènes sont caractérisés par de violentes douleurs existant au niveau de la région dorsale de la colonne vertébrale, une violente douleur en ceinture gênant la respiration, et par une hyperesthésie excessive des membres inférieurs. A ceux-ci se joignent bientôt une paralysie du mouvement dans les membres inférieurs, une constipation opiniâtre et une rétention d'urine. Pendant tout le temps que durent ces phénomènes, c'est-à-dire pendant cinq jours environ, les douleurs articulaires n'en persistent pas moins aux membres supérieurs. Au bout de ce temps, ces accidents disparaissent et le rhumatisme n'en continue pas moins sa marche. Ajoutons même que chez ce malade l'affection rhumatismale s'est montrée longtemps rebelle à toute médication.

HYDROLOGIE

ÉTUDE SUR LES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr Clermont, de Lyon.

Source de la Dominique,

Relativement aux névroses, aux cachexies et à la tuberculose.

L'eau de la source *Dominique* est d'une telle importance, et nous la croyons appelée à jouer un si grand rôle dans le traitement des maladies névrosthéniques, qu'on nous pardonnera d'en entretenir encore aujourd'hui nos confrères. Nous regardons comme un devoir de leur rappeler, en précisant les faits, qu'elle peut être entre leurs mains un des plus puissants moyens de sédation et de reconstitution; que, grâce à son principe arsenical, elle peut disputer au quinquina et aux liqueurs de Fowler ou autres préparations semblables, le titre d'antipériodiques. Ici, nous porterons surtout notre attention sur son influence dans certaines lésions des centres nerveux, dans les cachexies graves, qui sont si fréquemment la suite de longues et douloureuses maladies, et dans la phthisie peu avancée.

« L'observation clinique, dit M. Andral, a depuis longtemps montré qu'une des causes les plus puissantes de beaucoup de névroses, est un certain degré d'affaiblissement de la constitution. De là, l'incontestable avantage d'un traitement tonique qui, en relevant les forces, ramène le système nerveux à l'équilibre et fait disparaître le désordre des fonctions. » A ce moment, nous devons rappeler que l'eau de *la Dominique* contient non-seulement du phosphate et du carbonate de fer dont chacun connaît les propriétés toniques, mais aussi de l'acide sulfurique libre, que l'on doit considérer comme un altérant agissant sur la nutrition, en en fournissant les éléments aux tissus, ou bien, comme le dit M. Gubler, en les excitant au travail. Enfin nous devons ajouter aussi, qu'elle contient trois milligrammes d'arsenic par litre, et ce métalloïde est aujourd'hui considéré comme un altérant des plus puissants pour activer le mouvement de composition des tissus, et empêcher leur décomposition, en agissant sur le sang (Gubler), et les glandes hématopoiétiques, ou bien en le purifiant, qu'on nous passe cette

expression, en rendant impossible la génération de produits accidentels épigénétiques. (Trousseau et Pidoux.)

Cette dernière considération a une grande importance en pathogénie, car ces produits accidentels, ces principes nouveaux du sang, sans analogues dans l'économie, comme dit encore M. Andral, sont fréquemment cause de maladies dont la nature nous est inconnue, et l'arsenic alors, ajouterons-nous, sera un excellent agent thérapeutique dont la raison d'être se trouve expliquée par les auteurs cités plus haut.

Après avoir ainsi rappelé le mode d'action des divers éléments qui entrent dans la composition de l'eau de la source *Dominique*, pouvons-nous théoriquement en inférer qu'elle doit être extrêmement utile dans le traitement de certaines maladies des centres nerveux? Oui sans doute, si l'adage *sana mens in corpore sano* n'est pas une chimère, ou pour autrement dire, si l'intégrité des fonctions de l'intelligence réclame d'une manière indispensable que les organes de la pensée, des volitions et de la sensibilité soient matériellement dans un bon état de santé.

Le bon sens dit oui; et parce que nous ne pouvons pas, la plupart du temps, découvrir la cause matérielle d'une perturbation morale, elle n'en doit pas moins exister. C'est à cette cause que s'adressent les agents altérants de *la Dominique*, et pour notre compte nous l'avons vue réussir dans plusieurs névroses, dans lesquelles le scalpel n'aurait sans doute rien montré d'altéré.

Nous avons pu voir l'arsenic et les autres éléments minéraux de *la Dominique* agir, comme le disent quelques auteurs, en amenant la résurrection de la face, des forces et de l'embonpoint. Mais on remarquera que pour ces névroses déjà anciennes le traitement doit être un peu long. En effet, les altérants ne sont pas des agents extemporanés, mais des modificateurs à longue portée, quasi permanents qui, comme le fait entendre M. Gubler, sont des médicaments diathésiques, agissant en se substituant à d'autres éléments dans le corps. C'est surtout l'arsenic qu'il faut donner à petites doses et longtemps, pour parvenir à rétablir sûrement et sans encourir d'accidents la vitalité altérée, c'est-à-dire la sensibilité et l'irritabilité des tissus perverties.

Puisque des exemples de chorée traités heureusement par l'arsenic ont été relatés par MM. Guersant, Aran, Millet (de Tours), et d'autres observateurs, ne peut-on pas attendre du même médicament quelques succès dans l'épilepsie, qui est aussi une névrose plus grave, il est vrai, mais dont on a vu, dit Valleix, quelques rares guérisons. Nous l'avons espéré, d'autant mieux que, dans l'eau de *la Dominique*, l'arsenic est fortement appuyé dans son action par les autres éléments altérants et reconstituants qui en font partie, et nous avons soumis à ce traitement le seul épileptique que nous ayons sous la main.

Ce malade qui a aujourd'hui quatorze ans, a eu de nombreuses convulsions alors qu'il était en nourrice; à l'âge de sept ans, première attaque. Dès le principe, les crises reviennent tous les deux jours, et elles l'ont fait tomber dans un état d'idiotisme et de cachexie qui ont engagé ses parents à le reléguer dans un village près de Grenoble.

Mis il y a un mois et demi à l'usage de l'eau de *la Dominique*, on a remarqué: 1° que les crises aujourd'hui ne revenaient plus que tous les douze jours; 2° que depuis peu de temps, nous écrit-on, il a par extraordinaire demandé des nouvelles de ses parents, et manifesté le désir d'avoir ses livres de classe, oubliés si longtemps; 3° que la déchéance morale diminue à mesure que l'état de santé s'améliore par l'usage de l'eau de *la Dominique*.

Cette observation, tout incomplète qu'elle est, peut cependant montrer que le médicament complexe, dont nous étudions ici quelques effets, peut avoir une certaine influence dans les maladies des centres nerveux, et nous engageons les médecins, mieux placés que nous pour cela, à tenter quelques essais dans ce sens. En présence des beaux résultats que MM. Boudin et Garin de Lyon ont obtenus dans des névralgies rebelles par l'arsenic, et des observations si concluantes de M. le professeur Teissier de Lyon, dans des névropathies graves du cœur et de l'estomac, par le même médicament, on ne craindra pas de se remettre à l'œuvre et de faire ressortir au grand jour les forces médicatrices latentes de l'arsenic, du fer, du phosphore et du soufre contenus dans l'eau de *la Dominique*.

On en constate assez vite la puissance reconstitutive dans les chloro-anémies et les cachexies ne dépendant pas d'une lésion organique incurable. Dans ces dernières elle peut seulement prolonger la vie, mais elle guérit promptement dans les premières. Nous avons même vu une chlorose entée pour ainsi dire sur un sujet rachitique, disparaître en trente-cinq jours par l'emploi de l'eau de *la Dominique*, qui, en ce peu de temps, releva la constitution de la jeune malade, de manière à faire croire que la déviation de sa colonne épinière était due à une cause accidentelle. On eût dit que l'action calmante et modératrice de l'arsenic, contenait dans de justes limites celle du fer et de l'acide sulfurique.

Avant de terminer cette étude, nous ne saurions passer sous silence les services que peut rendre dans le traitement de la phthisie au premier degré, et de la tuberculose en général, l'eau de *la Dominique*, par ses éléments à la fois altérants, sédatifs et reconstituants. Son arsenic seul n'aurait, comme le dit M. le professeur Hirtz, que l'avantage de présenter pour phénomène constant l'amélioration du physique, ou comme l'a écrit M. le professeur Trousseau, que de suspendre la phthisie, qu'il impliquerait déjà le traitement de cette maladie par l'eau de *la Dominique*, et M. Gubler nous en donne la véritable raison, par ces mots qu'on trouve dans le *Dict. encyclop. des sciences médicales:*

« Les eaux minérales, dans lesquelles les principes actifs sont naturellement atténués, sont des agents thérapeutiques précieux par leur innocuité et par la sûreté de leur action. »

D'après ce qui précède, ne nous étonnons pas si MM. L'héritier et Imbert Gourbeyre, attribuent à l'arsenic presque exclusivement, la valeur thérapeutique des eaux de Plombières, et si on est porté à en dire autant de celles du Mont-Dore, où cependant, on a réalisé des sortes de résurrection, chez quelques-uns de nos malades atteints d'angines granuleuses, de bronchites chroniques graves, etc. Nous n'avons pas été surpris par la même raison, de voir des gens, des femmes surtout, affectées de toux chronique, d'oppression, offrir, après un traitement par *la Dominique* à Vals, les apparences de la santé la plus brillante.

Si plus tard dans ce beau pays on peut disposer une salle d'inhalation pour y faire respirer l'eau de *la Dominique* réduite à l'état moléculaire, on verra chaque année, accourir des milliers de malades, pour y chercher un apaisement à leur fièvre, à leurs toux quinteuses, un sursis indéfini aux progrès du mal, et en définitive pour y retrouver, avec une meilleure santé, les joies et les espérances que donne toujours la presque certitude d'un retour à une vie nouvelle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, le docteur Laloy a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— M. Dard, interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à l'âge de vingt-sept ans.

— Le plus célèbre aliéniste de l'Angleterre, le docteur John Conolly vient de mourir dans sa soixante-douzième année.

— La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 23 mars.

Ordre du jour: 1° Observation de *Paralysis agitans à sa dernière période*, par M. Paul Topinard. — 2° Observation de *Névralgie cervico-brachiale avec phénomènes convulsifs se rattachant à l'épilepsie*, par M. Fravier. — 3° Rapport sur l'observation de fractures du bassin et la candidature de M. Loliot, par M. Duguet. — 4° Élection de trois membres titulaires.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale de pharmacie et de toxicologie pour 1866, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1865, et les formules des médicaments nouveaux; suivis d'un mémoire sur les poisons, les venins, les virus, les miasmes spécifiques dans leurs rapports avec les ferments, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Académie impériale de médecine. Vingt-sixième année. Un vol. in-18 de 422 pages. Prix: 1 fr. 25. — Paris, Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier, rédacteur de l'*Union médicale*; précédé d'une introduction, par M. le docteur Amédée Latour. Deuxième année, 1865. Un vol. grand in-18 de 518 pages. Prix: 6 fr. La première année est en vente au prix de 5 fr. — Paris, Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 34. — JEUDI 22 MARS 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 22 MARS 1866. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 MARS 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance tout entière, sauf la correspondance et les présentations d'ouvrages, s'est passée en comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Si nous sommes bien informés de ce qui s'y est passé, l'Académie aurait accepté la liste qui lui a été soumise par la commission, telle qu'elle. Une tentative d'addition de deux candidats faite par plusieurs membres aurait échoué. La liste de la commission devenue aujourd'hui celle de l'Académie porte : en première ligne M. Richet, en deuxième ligne M. Broca ; en troisième ligne ex-æquo MM. Follin et Legouest; en quatrième ligne M. A. Guérin; en cinquième ligne M. Demarquay. L'élection aura lieu dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

DES DEMANDES EN SÉPARATION DE CORPS (1).

Grossesse antérieure au mariage, habitudes contre nature, mal vénérien, hystérie, épilepsie, folie.

III. La question du mal vénérien communiqué par le mari à la femme ou par la femme au mari, soulève tout un groupe de difficultés : c'est une question grosse d'orages. La science, il faut bien l'avouer, n'a pas encore dit son dernier mot sur la syphilis, et si l'on vient à méditer les travaux modernes les plus autorisés, ce n'est pas sans quelque découragement que l'on rencontre tant de vagues théories ou de futiles discussions, tant de rêveuses abstractions ou de discordantes controverses. En abordant la simple et modeste pratique de chaque jour, nous ne voyons ni diminuer l'incertitude, ni disparaître le doute ; de mystérieuses obscurités nous enveloppent, et nous sommes loin de pouvoir toujours rattacher l'effet à la cause. Qu'un conflit entre époux s'élève, et vous allez voir jusqu'à quel point le médecin peut manquer parfois de données positives sur l'origine exacte et sur l'ordre de succession des phénomènes constatés.

L'embarras est donc sérieux. Attaquons résolûment l'examen du problème, et peut-être me sera-t-il permis de rendre plus nette une situation qui aujourd'hui, au point de vue de la médecine légale et de nos intérêts professionnels, est fertile en émouvantes perplexités.

Deux époux sont unis et au bout de quelques mois la jeune femme perd sa fraîcheur, devient languissante, éprouve dans sa santé des troubles mal définis, et la voici qui interroge sa famille sur les causes possibles de sa tristesse et de sa souffrance. Pour les gens du monde, les débuts du mariage expliquent bien des choses : le changement de condition, de milieu et d'habitudes, aussi bien que l'empressement du mari, semblent justifier un état que l'on attribue à de la fatigue, et l'on renvoie la jeune femme dans son foyer avec de consolantes mais vaines exhortations. Si des accidents primitifs éclatent, et si le nom de la redoutable maladie vient à être révélé, la demande en séparation de corps est souvent formulée sans retard pour *injure grave;* mais ce ne sont pas là habituellement les manifestations spécifiques qui amènent la mésintelligence conjugale. Le plus souvent, un an, deux ans, trois ans se passent, sans que le bonheur ait été rencontré ; la jeune femme a éprouvé des accidents multiples et inexpliqués; elle a dépéri et est prématurément fanée et enlaidie; elle a avorté à plusieurs reprises, ou si elle a pu conduire ses promesses à terme, elle a perdu ses enfants en très-bas âge! Après tant d'épreuves si tristement significatives, les parents des époux s'alarment enfin, et, en proie à d'inquiètes et soupçonneuses appréhensions, ils veulent à tout prix être éclairés et tranquillisés. S'ils savent que la jeune femme est contaminée, ils s'efforcent de l'éloigner de son mari et lui font adresser une demande en séparation de corps.

Il est assez rare que, dans ces conditions, un médecin-expert soit désigné et envoyé auprès de la malade, car en vertu de quel droit la justice pourrait-elle imposer une constatation corporelle ? En matière civile comme en matière criminelle, le respect est dû aux personnes, et s'il plaît à la femme de ne point se découvrir devant vous et de ne pas soumettre à votre appréciation officielle les stigmates des outrages qu'elle a subis, vous pouvez et vous devez mettre en œuvre les arguments les plus convaincants; mais si vous ne persuadez pas et si vous échouez, inclinez-vous devant la volonté exprimée et retirez-vous. L'emploi de la force serait une violation de la liberté individuelle. L'anesthésie par le chloroforme serait une profanation, un abus et une trahison. Or, tous ces moyens sont indignes de la science.

Le procès s'engage et c'est sur le témoignage écrit du médecin traitant que la plaignante base ses griefs et fonde son espoir. Mais ce certificat qui atteste l'infection vénérienne, sur quoi repose-t-il? uniquement sur l'examen de la femme; eh bien, cela ne suffit pas et cette attestation n'inspirera qu'une confiance médiocre, et sera nécessairement taxée de légèreté et d'insuffisance. Si le médecin a été consulté à la fois et par le mari et par la femme, vous admettrez sans peine qu'il doit, quoi qu'il arrive, garder le silence le plus absolu. Il y a dans la loi pénale un certain article qui pourrait lui faire sévèrement expier toute indiscrétion, s'il venait à oublier la réserve que sa profession lui impose. Du reste, si l'article 378 est si exceptionnellement appliqué, je m'empresse de dire que ce n'est point parce qu'il enregistre un moyen rigoureux d'intimidation, mais bien parce que le corps médical est trop soucieux de son honneur pour s'exposer à une défaillance.

Comme question de principe, le médecin ne doit pas délivrer de certificat établissant que tel malade a la vérole. Sait-on, en effet, l'usage excessif qui sera peut-être fait de ce certificat? Je veux bien admettre qu'en droit le médecin ne commet pas une violation de secret professionnel en signant cette pièce, mais ce sera toutefois à la condition formelle qu'il se la fera demander par le malade lui-même, *par écrit*, et dans un but sérieux et bien défini.

J'ai voulu avoir sur ce point si délicat l'opinion de M. Ricord et l'illustre syphiliographe m'a fait cette déclaration : « Je refuse à peu près toujours de certifier que M. X... est atteint d'accidents syphilitiques. Si j'ai soigné le malade, je me contente de lui dire qu'il fasse de mes ordonnances tel usage qu'il croira bon. Lorsqu'un magistrat m'interroge dans une enquête civile, je ne réponds que lorsque j'y suis autorisé par l'individu qui m'a consulté. Quand il s'agit d'un procès en séparation de corps, je fais tous mes efforts pour que l'instance s'appuie sur un tout autre motif que sur la maladie vénérienne; d'abord, parce que ce motif n'est pas toujours admis et ensuite parce qu'il est à peu près impossible d'établir auquel des époux doit être imputé la priorité de l'infection. » Au point de vue médico-légal, M. Ricord est évidemment dans une excellente voie.

A l'appui de la thèse que vous me voyez soutenir avec tant de fermeté, laissez-moi invoquer encore l'autorité de M. Tardieu : « Il existe, dit-il, des cas singulièrement difficiles et embarrassants, où la bonne foi du médecin peut être surprise, s'il ne s'est pas fait par avance une règle absolue de se refuser toujours à ces déclarations vagues, à ces certificats plus ou moins entachés de complaisance, dont il est si facile d'abuser. La question, en effet, n'est pas de reconnaître l'existence de la syphilis chez l'un des époux ; c'est, est-il besoin de le dire, d'en déterminer l'origine et de les rattacher l'un à l'autre par le triste lien de la contagion. S'il nous arrive trop souvent dans la pratique de notre art de surprendre de pareils exemples qui ne peuvent malheureusement nous laisser aucun doute, combien plus difficilement et plus rarement nous pouvons appliquer à ces faits toute la rigueur d'une démonstration médico-légale. Aussi, je ne crains pas de formuler en thèse générale le précepte de l'abstention, sous la réserve, bien entendu, de ces exceptions que saura toujours démêler la conscience de chacun (1). » J'en ai fini avec cette question tout à fait incidente, et je ne veux plus que mettre en garde les médecins contre tous les piéges qui peuvent être tendus à leur bonne foi, dans le cours de ces procès si passionnés qui ont pour mobile la séparation de corps. M. le docteur Diday, de Lyon, n'a-t-il pas rapporté l'observation de cette prétendue syphilide qu'une mère entretenait, à l'aide de cautérisations très-fréquentes, sur la peau de son enfant, afin de prouver par là les habitudes de débauche de son mari ?

Le mal vénérien doit-il être considéré comme une injure grave, dans le sens de l'art. 231 du Code Napoléon? Deux opinions sont en présence. La première résout affirmativement la question, et elle s'appuie sur le très-remarquable plaidoyer que prononça Linguet, en 1771, dans l'affaire d'une dame N... « Quoi ! s'écrie cet éminent orateur, pour des emportements que le repentir a peut-être suivis, une femme peut se soustraire à l'empire de son mari, et elle ne le pourrait pas après un attentat qui fait circuler dans ses veines un poison dont les remèdes les plus vantés ne peuvent pas toujours détruire tous les effets! Des épithètes injurieuses prononcées par la colère ont quelquefois suffi pour priver un mari d'une épouse qu'il respectait peut-être au fond du cœur, et l'on ménagerait celui qui, sans égard pour l'innocence de sa femme, l'expose à devenir la fable et le rebut de la société! Le mariage est une communauté de biens et de maux, je le veux bien ; mais cette communauté n'est pas celle des maux dont la source est dans le libertinage. La syphilis est le fruit et la punition de la débauche. Ici la contagion est cachée sous le voile de la tendresse. Ce serait un crime à la femme de repousser sans motifs les caresses de son époux, et ce n'en serait pas un à l'époux d'abuser du plus sacré des liens! Lorsqu'une confusion impénétrable cache la source de l'infection, la justice doit être arrêtée, non par l'insuffisance du moyen, mais par celle de la preuve. Lorsque, au contraire, la preuve est acquise, que des faits convaincants ont manifesté la vérité, la séparation est légitime et nécessaire. »

La seconde opinion s'inspire en quelque sorte du vieil axiome très-connu en droit : *Quod tacuit noluit.* Elle consiste à dire qu'il faut strictement se renfermer dans le cercle tracé par la loi, le restreindre même plutôt que l'étendre, et que, le mal vénérien n'ayant point été rangé au nombre des causes de la séparation de corps, il n'y a par conséquent pas lieu de le considérer comme un motif valable.

Si l'on parcourt les recueils de jugements et d'arrêts, on voit que la jurisprudence a beaucoup varié; que telle cour, par exemple, ne considère pas la syphilis comme un mauvais traitement dans le sens des mots excès et sévices; que telle autre cour partage la même manière de voir, en se fondant sur ce que « ce mal n'est plus aujourd'hui réputé incurable; » que telle autre cour admet qu'il y a injure grave, de nature à entraîner la séparation de corps, lorsque le mari impute à sa femme d'être atteinte de maladie honteuse ; que la cour suprême ne pense pas que la communication du virus syphilitique soit essentiellement une cause de séparation, mais qu'elle peut cependant le devenir « lorsqu'il y a eu sévices et injures graves, » etc., etc. Ne soyez pas surpris de ces appréciations, en apparence si contradictoires, car chaque arrêt a toujours tenu un grand compte de la question de *fait*, et, de notre côté, nous devons avant tout et toujours nous en rapporter à l'examen du *fait particulier* et des circonstances spéciales au milieu desquelles il a surgi. Il existe entre le fait absolu et le fait individuel une multitude de nuances, et notre code eût été très-défectueux s'il n'avait pas laissé aux magistrats une certaine latitude pour interpréter ces nuances.

Vous êtes en droit de me demander maintenant quel est mon avis personnel sur l'état de la question. Je ne vais pas vous le faire attendre, et voici dans quels termes je le formulerai très-nettement :

1° Si, avant son mariage, l'époux a contracté une affection syphilitique; s'il a tout employé pour obtenir sa guérison complète; s'il s'est cru très-sincèrement guéri et s'il a cependant contaminé sa femme, il n'y a pas injure grave ;

2° Si, depuis son mariage, le mari est devenu malade, par suite de débauches, et s'il a communiqué à sa femme une maladie dont il ne se savait pas atteint, il n'y a pas non plus injure grave ;

3° Si le mari se sait infecté ; s'il est acquis qu'il n'a pas pu ignorer son état et s'il a eu néanmoins l'infamie de souiller sa femme, il y a injure grave;

4° S'il est démontré que le mal vénérien soit apporté par la femme dans la couche conjugale, comme il est presque impossible de ne pas voir par là une preuve d'adultère et un sanglant outrage au mari, il y a nécessairement injure grave.

Arrivons aux constatations des accidents syphilitiques. Et d'abord, laissez-moi vous dire que les époux s'accusent généralement l'un l'autre, que leur témoignage est souvent très-équivoque, qu'ils essaient d'ordinaire d'induire le médecin en erreur et qu'il importe de n'accorder à peu près aucune créance à toutes leurs récriminations intéressées, fausses ou haineuses. Vous procédez à l'examen, et de ce que vous trouvez, je suppose, un chancre chez les deux époux, vous croirez-vous en droit de conclure à l'infection de la femme par le mari ou du

(1) Leçons professées à l'École pratique. (Suite, voir le n° du 15 mars.)

(1) *Annales d'hygiène publique*, janvier 1864.

mari par la femme? En aucune façon, et alors même que le chancre paraîtrait ancien chez l'un des époux et récent chez l'autre, vous ne pouvez conclure qu'à *l'identité* des deux maladies. Laissez à l'enquête et aux débats le soin d'établir la priorité, mais tenez-vous sur la réserve et imitez la circonspection de M. Ricord, qui, malgré sa haute compétence, déclare qu'il est à peu près impossible de déterminer auquel des époux doit être attribuée la priorité, chacun d'eux ayant pu contracter isolément la vérole.

S'agit-il d'un écoulement? Ici l'embarras n'est pas moins sérieux, car de quelle nature est cet écoulement et quelle en est l'origine? Selon la doctrine que vous aurez adoptée, cet écoulement sera ou ne sera pas de nature vénérienne; or, vous serez obligé de tracer une ligne de démarcation, d'établir des nuances et vous vous exposerez à être incompris et obscur. Et puis, en dehors de toute cause spécifique, le mari ne peut-il pas être affecté d'écoulement par l'urèthre! La femme ne peut-elle pas, de son côté, avoir un écoulement non-syphilitique? Enfin, si l'un des époux a réellement souillé l'autre, pourrez-vous, avec certitude, désigner le coupable? Concluez à *l'analogie* des deux maladies; c'est tout ce que vous pouvez faire.

Il en sera de même encore pour le bubon, qui résulte peut-être d'un engorgement des ganglions inguinaux, ou qui, soit chez le mari, soit chez la femme, peut dépendre d'une blennorrhagie non vénérienne.

J'avais raison, vous le voyez, lorsque je vous parlais tout à l'heure des émouvantes perplexités qu'entraîne fatalement la question de la syphilis communiquée : le doute et l'incertitude, en effet, sont loin de nous faire défaut! L'une des grandes lumières de la médecine légale française, M. Devergie, ne s'est point fait illusion sur ce point, lorsqu'il a dit : « Et que l'on n'invoque pas encore, à cette occasion, toutes les conjectures de la médecine! Il en est des causes et de la nature des maladies plus encore que des causes d'une foule de phénomènes physiques qui nous sont inconnues; le médecin n'est pas tenu d'expliquer et de résoudre tout ce qu'un autre ordre de savants ou de magistrats ne peut résoudre. La justice, dans cette question, s'adresse au côté le plus difficile de l'art. Elle demande si le symptôme observé est de nature vénérienne, et chez quelle personne il a pris naissance, quoique déjà quinze jours ou un mois se soient écoulés depuis l'invasion du mal chez tous les deux!... La question de la nature vénérienne devient d'une solution beaucoup plus facile, lorsqu'une éruption cutanée a eu lieu; lorsque les phénomènes vénériens se montrent au pharynx, dans les fosses nasales, dans les os des membres; alors il n'y a plus de doute sur leur nature, dans la très-grande généralité des cas. Mais quant à la question d'invasion, elle demeure toujours la même. Il y a plus, elle devient de plus en plus obscure, au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'invasion (1). » M. Devergie a dit vrai, mais je suis obligé d'ajouter que ce n'est pas toutefois au bout de quinze jours ou d'un mois que le médecin intervient et qu'il s'écoule souvent un temps beaucoup plus considérable entre la contamination et l'examen médico-légal.

Lorsque nous n'apportons à la justice qu'un tribut de connaissances indécises ou imparfaites, sachons faire le loyal aveu de notre faiblesse ou de notre insuffisance. Personne ne songera à nous garder rancune de cette prudente réserve; les sots riront peut-être, mais chacun honorera notre probité.

Dr Legrand du Saulle.

(1) *Médecine légale théorique et pratique.*

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Béhier.

Hypertrophie simple du foie. Ramollissement de la muqueuse de l'estomac. — Catarrhe pulmonaire. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. V. Duhamel).

L'hypertrophie simple du foie est une maladie rare et dont on ne trouve qu'un petit nombre de cas épars dans les recueils périodiques. Son histoire est, à cause de cela même, encore mal connue et a été bien souvent confondue avec celle de la congestion de cet organe. Il importe donc de recueillir avec soin toutes les observations de ce genre, afin de fournir les matériaux pour les bases d'un travail ultérieur plus complet. C'est cette raison qui m'engage à livrer le fait suivant à la publicité.

Un cordonnier, âgé de cinquante-six ans, est admis, le 2 juin 1864, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 16.

D'apparence assez chétive, petit de taille, il a mené une existence sobre et laborieuse, mais extrêmement difficile depuis plusieurs années. Il a toujours joui d'une santé excellente, sauf un catarrhe pulmonaire datant de neuf ans, et qui persiste encore aujourd'hui.

On ne trouve dans ses antécédents héréditaires rien qui mérite d'être noté.

Il accuse huit mois de maladie. Au début, diminution lente et progressive de l'appétit, douleur nulle à l'épigastre pendant la vacuité de l'estomac, mais se faisant sentir immédiatement après chaque repas et qui se prolongeait pendant plusieurs heures. Rarement quelques nausées, pas de vomissements. Dans la suite survinrent des diarrhées passagères, parfois précédées de coliques. Il y a sept à huit semaines, après un purgatif pris dans le but de réveiller l'activité des digestions, était apparu un ictère qui, borné d'abord à la face, n'avait pas tardé à envahir tout le corps. A cette époque, un médecin avait conseillé des tisanes amères, du vin de quinquina et des bains alcalins. Dans ces derniers temps, la jaunisse avait fait des progrès, un amaigrissement rapide avait eu lieu et la faiblesse était devenue assez grande pour que le malade fût obligé de renoncer à ses occupations. Il n'avait pas eu d'épistaxis et assurait n'avoir jamais ressenti de douleurs dans l'hypochondre droit.

État le 3 juin. — Coloration safranée, uniformément répandue sur toute la surface du corps, manifeste aux conjonctives. Maigreur avancée.

Pouls plein, souple et régulier, 92; bruits du cœur purs, chaleur douce et sèche.

Percussion sonore. Auscultation : râles humides à la partie postérieure vers la base et des deux côtés, un peu plus nombreux à droite qu'à gauche. A la racine des bronches, quelques râles sibilants et ronflants. Toux assez fréquente, facile; rejet de crachats grisâtres, déchiquetés et mêlés de liquide visqueux; 24 respirations.

Pâleur des lèvres, teinte jaunâtre des gencives et de la voûte palatine, langue humide et blanche, bouche amère, soif augmentée, dégoût profond pour toute espèce d'aliments solides; digestions accompagnées d'une sensation de barre occupant l'épigastre, de gonflement de cette même région et souvent de rapports aigres. Depuis une semaine environ, trois à quatre selles par jour, d'un jaune pâle et ténues; pas de coliques. Urine rendue comme avant la maladie, deux ou trois fois en vingt-quatre heures, mais de couleur foncée, tachant le linge en jaune, déposant quelques flocons par le refroidissement, verdissant et moussant beaucoup par l'addition de l'acide azotique. Le ventre n'est pas volumineux, il est souple partout; son clair, tympanique, dans le flanc gauche et dans toute la partie sous-ombilicale.

A l'épigastre, on sent le foie qui dépasse de 10 centimètres l'extrémité inférieure de l'appendice sternal; à droite, ce même organe déborde les côtes de 8 centimètres. Toute la portion accessible, au palper, présente une surface ferme, lisse et résistante, complétement insensible à la pression, excepté à l'épigastre où il existe une douleur assez vive.

Pas de démangeaison à la peau.

Sommeil souvent interrompu par des rêves pénibles.

Léger œdème borné aux malléoles.

Pendant tout le mois de juin, les mêmes symptômes persistent et ne cessent pas d'aller en s'aggravant. Le pouls, examiné chaque jour, se maintient entre 86 et 102; à partir du 19, il devient d'une petitesse parfois insensible.

Dans les premiers jours de juillet, l'ictère prend une teinte bronzée, le besoin de boire a peut-être un peu diminué, l'appétit est complétement éteint, les rapports sont devenus incessants; il y a un seul vomissement de quelques gorgées de tisane le 4, les selles ont augmenté de fréquence, l'état de l'urine reste sans changement. Quant aux douleurs épigastriques, elles sont notablement moindres. Dans les cinq derniers jours, la faiblesse fait des progrès rapides, le malade tombe dans un état d'assoupissement continuel et meurt sans agonie le 8 juillet, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie trente-huit heures après la mort; température à + 26°.

État extérieur. — Marasme avancé, rigidité bornée aux membres inférieurs; teinte complétement verdâtre de toute la paroi abdominale.

Crâne. — Veines cérébrales pleines de sang, transparence de l'arachnoïde, vive injection de la pie-mère à la face convexe de l'hémisphère gauche. La substance corticale est ferme, la médullaire sablée de sang. Une cuillerée à bouche de sérum dans chacun des ventricules latéraux et à la base du crâne.

Cœur. — Petit, pâle, sain dans toutes ses parties. La surface externe de la crosse aortique est rouge et rugueuse. Pas de liquide dans le péricarde.

Poumons. — Quelques adhérences celluleuses à la partie postérieure du lobe supérieur gauche. Les deux poumons sont souples et légers, le droit un peu moins que son congénère. La muqueuse des bronches est couverte d'un mucus visqueux; elle est de bonne consistance, universellement pâle, rouge sur quelques points irrégulièrement disséminés par plaques dans les gros tuyaux.

Cavité de l'abdomen. — Exempte de liquide.

Œsophage. — Muqueuse d'un gris sale, non ramollie; un peu boursoufflée à sa partie inférieure.

Estomac. — D'un blanc pâle et opaque extérieurement, avec quelques arborisations vasculaires sur la face antérieure, surtout dans sa moitié droite. Il mesure 24 centimètres en travers et 10 dans le sens vertical. La grande courbure a 46 centimètres et la petite 17. A l'ouverture, il s'écoule un verre de liquide trouble. La muqueuse de la grosse tubérosité est rosée, inégale et parsemée de mamelons recouverts de mucus filant; dans le reste de l'organe elle présente une teinte laiteuse, coupée çà et là de petites bandes irrégulièrement distribuées, généralement isolées, à reflets bleuâtres et saillantes sur les parties voisines. En aucun point, la muqueuse ainsi altérée n'a été détruite par l'ulcération, mais elle est très-amincie dans le grand cul-de-sac, un peu moins aux environs du pylore et si molle dans la première de ces régions, que l'ongle, passé à la surface, l'enlève sous forme de pulpe visqueuse. Les tissus sous-jacents sont sains, à l'exception de la tunique musculaire qui est un peu épaissie autour de l'anneau pylorique.

Foie. — Il occupe les limites qui ont été déterminées pendant la vie. Ses bords sont tranchants. Vu extérieurement, il a conservé la configuration qui lui est naturelle. Son aspect est granité, sans prédominance de l'élément jaune sur la substance rouge. Poids total, 2,580 grammes. Le lobe droit mesure 20 centimètres de hauteur, 18 de largeur et 16 dans sa plus grande épaisseur; le moyen est haut de 15, large de 8, épais de 9; le lobule n'a guère dépassé ses proportions normales.

A l'incision, il s'écoule une assez grande quantité de sang brun; le tissu est d'une couleur rouge cerise et ne se laisse pas pénétrer par le doigt. L'œil, armé d'une forte loupe, reconnaît que les cellules hépatiques ont atteint un volume qui peut être estimé double ou triple des dimensions normales. Pas d'hypertrophie apparente de la membrane fibreuse. Vaisseaux béants. Veine-porte libre.

La vésicule, longue de 7 centimètres et étroite, contient une médiocre quantité de bile liquide, d'un jaune pâle. Les conduits biliaires sont perméables.

Rate. — Grise à l'extérieur, assez ferme et d'un brun foncé à l'intérieur. Longueur 14 centimètres, largeur 10, épaisseur 25 millimètres.

Intestins. — La membrane muqueuse est colorée en jaune dans le duodénum et le commencement de l'intestin grêle, sans changement d'épaisseur ni de consistance. Le gros intestin est un peu distendu et renferme une petite quantité de matière fécale; sa muqueuse est saine dans la première moitié, rouge et ramollie dans le cœcum et dans tout le côlon descendant.

Les autres viscères n'offrent rien de remarquable.

Les deux lésions qui constituent l'intérêt de l'observation précédente sont, d'une part, l'hypertrophie du foie, de l'autre, le ramollissement de la muqueuse gastrique.

Or, voici ce que nous apprend le fait : les premiers symptômes éprouvés par le malade sont des troubles de l'appareil digestif, tel que perte de l'appétit, digestions douloureuses, diarrhée, troubles qui vont croissant et persistent sans interruption jusqu'à la fin. Dès le sixième mois de ces accidents, apparaît un ictère.

D'après ces détails, il me semble impossible de déterminer d'une manière affirmative laquelle des deux affections a précédé l'autre. L'apparition de l'ictère, six mois après la première manifestation de la maladie ne suffit pas, en effet, pour assigner cette époque au début de l'hypertrophie, car deux mois étaient à peine écoulés que nous constations, lors de l'entrée à l'hôpital, un développement du foie déjà aussi considérable que celui révélé un peu plus tard par l'autopsie.

Je ne m'arrêterai donc pas à discuter ce point. Mais j'appellerai l'attention du lecteur sur la gravité des conditions au milieu desquelles le sujet a succombé. Il est naturel de croire que chez un homme de constitution détériorée, âgé de cinquante-six ans, ayant un catarrhe pulmonaire datant de neuf ans, la simultanéité d'une affection grave de l'estomac et d'une simple hypertrophie du foie ont suffi pour entraîner une terminaison assez rapidement fatale.

D'un autre côté, si l'on voulait cependant apprécier à sa juste valeur l'altération de la muqueuse stomacale et en tirer des conséquences rigoureuses, il faudrait, je crois, ne pas méconnaître que l'autopsie a eu lieu au mois de juillet, c'est-à-dire dans une saison chaude, et trente-huit heures après la mort, les parois présentant déjà une teinte verdâtre assez prononcée. On comprend que je veux faire ici allusion à la question soulevée par les auteurs sur la nature du ramollissement blanc de la membrane interne de l'estomac. Il me suffit de signaler ce fait, sans entrer plus avant dans les questions qu'il soulève.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Vin de quinquina ferrugineux.

Depuis quelques années l'attention de la pharmacie se porte avec un véritable succès sur l'association du quinquina et du fer. Aussi les formules diverses des vins de quinquina ferrugineux se succèdent assez rapidement, et présentent presque toutes une amélioration nouvelle.

C'est ainsi qu'aujourd'hui nous signalons à nos confrères la formule nouvelle de M. le docteur Forestier.

On a fait aux préparations ferrugineuses un certain nombre de reproches : les unes fatiguent l'estomac, les autres déterminent une constipation opiniâtre; d'autres noircissent les dents, presque toutes sont plus ou moins désagréables au goût. C'est pour éviter ces divers inconvénients que M. le docteur Forestier a choisi le *phosphate de fer soluble* comme base ferrugineuse du vin dont nous parlons. Ce sel a du reste l'avantage d'introduire dans l'économie un acide qui possède d'importantes propriétés curatives, puisque l'acide phosphorique est un reconstituant du système nerveux, toujours affecté dans la chlorose et l'anémie.

Il fallait rendre agréable le vin de quinquina ferrugineux; l'écorce d'oranges amères remplit à merveille cette indication. A son goût agréable elle joint un nouvel élément thérapeutique qui ne doit pas être dédaigné. Nous voulons parler des propriétés stomachiques anti-spasmodiques que chacun accorde aux préparations dont cette écorce est la base.

Ces diverses associations tendent toutes, comme on le voit, à donner un médicament tonique, reconstituant, n'ayant pas les inconvénients des préparations martiales ordinaires. C'est encore ici que l'écorce d'oranges amères joue un rôle, en combattant la constipation opiniâtre des personnes soumises au traitement ferrugineux.

Il n'y a plus rien à dire aujourd'hui sur la valeur des divers éléments qui entrent dans la composition du vin au quinquina ferrugineux. Tous les médecins sont convaincus de l'efficacité de ces divers médicaments. Mais nous signalerons les moyens très-simples qui permettent de s'assurer de la bonne composition du vin de quinquina ferrugineux du docteur Forestier.

Le vin de quinquina ferrugineux ne doit pas former de dépôt.

Il précipite : en noir, par le tannin et la noix de galles; en bleu par la prussiate jaune de potasse.

Évaporé en consistance d'extrait, il donne aux réactifs spéciaux la preuve de l'existence des alcaloïdes du quinquina.

Le dosage de ce vin permet au médecin de prescrire plus sûrement, selon l'âge des malades et l'effet qu'il désire obtenir.

Trente grammes de vin contiennent	0,10 de sel ferrugineux.
Une cuillerée à café en contient	0,02
Une cuillerée à bouche	0,05.
Un verre à liqueur	0,07.

Rôle de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis.

A l'exemple de Wallace, M. le professeur Küss, de Strasbourg, admet deux formes dans les manifestations syphilitiques, la première affectant les éléments épithéliaux, la seconde les

éléments connectifs. A chacune de ces manifestations correspond un médicament, le mercure ou l'iode. Cette division, si simple en théorie, l'est beaucoup moins en pratique, vu les difficultés du diagnostic. D'ailleurs les manifestations de la syphilis sont quelquefois mixtes, elles comprennent par exemple à la fois le derme et l'épiderme. Cela arrive même ordinairement dans la période secondaire, et c'est dans ces cas aussi qu'il faut avoir recours au traitement mixte. D'autres fois la syphilis se porte alternativement sur l'élément épithélial et sur l'élément connectif: un herpès circiné cédant, par exemple, la place à une éruption papuleuse. Le traitement devra alterner suivant la marche de la maladie.

M. Joubin, l'auteur d'une bonne thèse soutenue à Strasbourg sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, ne croit pas que le chancre induré diffère des autres manifestations de la syphilis. L'ulcération n'est qu'un phénomène secondaire, précédé par l'induration, c'est-à-dire l'altération des éléments connectifs. Le traitement ioduré lui est donc applicable, et, en effet, M. Küss en a obtenu de très-bons résultats dans des cas de chancres indurés qui, loin de guérir tout seuls, avaient résisté à tous les remèdes topiques, et même au traitement mercuriel.

Quant au chancre mou qui paraît avoir pour point de départ la couche de Malpighi, il n'est guère influencé par l'iodure potassique. Il n'en est pas de même du bubon virulent. M. Küss a observé que si le bubon était déjà ouvert, c'est que les bords de la plaie avaient l'aspect chancreux, la cicatrisation se faisait rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium. Si le bubon n'est qu'en voie de formation, la résolution pourra se faire, ou bien l'inflammation suivant son cours, la tumeur se videra et se cicatrisera comme un abcès simple.

L'action bienfaisante de l'iodure de potassium sur les premiers accidents de la syphilis entrave-t-elle la généralisation de la maladie? M. Joubin, dans le travail cité plus haut, est tenté de l'affirmer, en admettant avec M. Küss que le virus se généralise, non pas par les lymphatiques, mais par l'intermédiaire des cellules plasmatiques, comme le ferait une goutte d'huile sur une feuille de papier. L'iodure de potassium modifiant les corpuscules plasmatiques, les rendrait moins aptes à la transmission du virus.

Voici les règles qui doivent guider le médecin dans l'administration du médicament: si le pouls est fréquent, on peut débuter par 1 ou 2 grammes d'iodure; s'il est lent, il est prudent de commencer par 0,50. Dans le premier cas on peut élever rapidement les doses; il faut y aller plus lentement dans le second cas. Dès qu'apparaissent l'enduit grisâtre de la langue et surtout l'acné iodique, on maintient les doses dans le *statu quo*. Si le malade, au pouls fréquent, reste réfractaire, il faut avoir recours à la digitale. M. Küss a vu des individus supporter d'énormes doses d'iodure de potassium sans en être influencés; ce n'est qu'alors qu'on continue à augmenter les doses que l'effet favorable finit par se produire. Il est arrivé ainsi à donner 25 à 30 grammes d'iodure de potassium par jour. (*Gaz. méd. de Strasbourg, n° 11, 1865.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mars 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique informe l'Académie que sur sa proposition, l'Empereur, par un décret en date du 14 mars courant, il a autorisé l'acceptation par l'Académie de la donation qui lui a été faite par M. le docteur Rufz de Lavison.

M. le secrétaire annuel donne lecture de l'ampliation du décret et de la lettre de M. Rufz, conçue en ces termes :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie la somme de 2,000 francs, pour un prix sur la question suivante :

« Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications et les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribués à l'acclimatation. »

Ce prix pourrait être décerné à la séance solennelle de 1870. Les médecins français et étrangers seraient admis au concours.

D'après une délibération du conseil, la question proposée par M. Rufz sera mise au concours pour l'année 1870.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Pas-de-Calais pendant l'année 1865, et des rapports d'épidémies de MM. les docteurs Lecadre (du Havre), Bouchet (de Lyon), Guillot (de Villefranche), Boursier (de Senlis), Delpouve (de Saint-Omer) et Dauvin (de Saint-Pol). (Commission des épidémies.)

2° Une demande en autorisation pour l'exploitation d'une source minérale sise à Préfailles (Loire inférieure). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Girardin, doyen de la Faculté des sciences de Lille, qui fait part à l'Académie de la mort de M. Parchappe, son beau-frère.

2° Un travail intitulé : *Topographie médicale de la ville d'Aumale; relation d'une petite épidémie de fièvres typhoïdes*, par M. le docteur Masse, médecin de l'hôpital de Blidah. (Commission des épidémies.)

3° Un exposé des travaux scientifiques de M. Decaisne, médecin principal de l'armée belge, pour sa candidature au titre de correspondant étranger. (Commission des correspondants étrangers.)

4° Une lettre de M. le docteur Demeaux, qui demande que l'Académie procède à l'analyse d'une source d'eau minérale.

On répondra à M. Demeaux qu'il ait à s'adresser directement au ministre de l'agriculture et des travaux publics.

5° Une lettre de M. Perrot, de Chavigny, qui annonce à l'Académie qu'il possède dans sa vacherie deux vaches dans leur septième année, qui tous les ans ont du très-bon vaccin. (Commission de vaccine.)

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL présente le septième demi volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, au nom de M. Duchenne (de Boulogne), dépose sur le bureau la première partie d'un livre intitulé : *Physiologie des mouvements, démontrée par l'expérimentation électrique et par l'observation clinique.*

— M. PIORRY présente, au nom de M. le docteur Bonnet (de Bordeaux), une brochure ayant pour titre : *De la contagion en général et en particulier de la propagation du choléra morbus.*

— M. MICHEL LÉVY fait hommage à l'Académie, au nom de M. Guido Baccelli, professeur de clinique médicale à Rome, d'un ouvrage en italien intitulé : *Patologia del cuore et dell'aorta.*

— M. PIDOUX présente, au nom de M. le docteur Mesnet, une brochure sur le choléra de 1865.

— M. LARREY dépose sur le bureau :

1° Au nom de M. le docteur Larrey (Auguste), de Toulouse, une Notice sur les inhumations précipitées;

2° Au nom de M. le docteur Quesnoy, médecin principal, une Topographie médicale de la plaine de la Mitidja;

3° Un rapport fait par lui-même, sur un mémoire manuscrit de M. le docteur H. Dumont, relatif à la maladie des sucreries.

— M. MAGNE dépose également sur le bureau une Étude pratique sur le charbon, la fièvre contagieuse et la pustule maligne, par M. Tanguy, vétérinaire.

— Immédiatement après ces présentations, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Michon, sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

ADDITION A LA SÉANCE DU 13 MARS.

Voici le texte de la lettre sur la trichinose, dont M. Larrey a donné lecture dans la dernière séance, au nom de M. le professeur Lebert, de Breslau.

Très-honoré et très-savant confrère,

Depuis longtemps occupé de l'étude des trichines et tout particulièrement depuis cinq ans, depuis que Zenker a démontré quel terrible ennemi de l'espèce humaine se dévoilait dans ce petit parasite presque microscopique, j'ai saisi avec grand empressement l'occasion qui s'est présentée dans les environs de Breslau de voir par moi-même et d'étudier par la voie expérimentale ce que les trichines opéraient dans le corps vivant du moment de leur entrée jusqu'à leur complète évolution et leur migration musculaire, souvent si funeste. J'avais surtout encore en bien fraîche mémoire les 100 cas de mort sur 400 individus affectés de la lugubre épidémie de Hedersleben.

Dès que j'eus appris par M. le docteur Stadshagen (de Canth) qu'à Neudorf toute une famille était infectée et gravement malade de trichines, je m'y suis rendu avec toute ma clinique et un certain nombre de médecins de Breslau, et j'ai pu dès lors étudier toutes les phases de ce triste drame, et suivre sans interruption l'extension de la maladie à toute une série d'animaux, souris, rats, cochons d'Inde, lapins, chats, etc.

Je donnerai donc tout d'abord une courte description de cette petite épidémie, qui n'a affecté que huit personnes, dont trois ont succombé. Le côté clinique offre un ensemble avant tout aussi intéressant que caractéristique. Dans les cas les plus légers quelques malaises ou souffrances gastro-intestinales, anorexie, douleurs d'estomac et de ventre, nausées, vomissements, diarrhées, persistent pendant une à deux semaines, mais retrouvent bientôt leur activité habituelle et se remettent complétement. Mais quelle différence dans cette marche bénigne lorsqu'un plus grand nombre de trichines est entré, et s'est développé dans les voies digestives!

Nos pauvres malades de Neudorf avaient fait boucherie dans la seconde moitié de décembre; un porc gras et paraissant bien portant avait été tué. Pendant cette période, la famille H... avait mangé beaucoup de viande, surtout à l'état cru ou incomplétement cuit. La viande de ce cochon nous a révélé plus tard, à l'examen microscopique, de bien nombreuses trichines, en majeure partie enkystées.

Jusqu'au nouvel an, peu de symptômes, quelques troubles gastro-intestinaux, anorexie, dyspepsie, légère diarrhée, quatre à six fois par jour, d'un brun foncé ou verdâtre très-liquide, avec tranchées et douleurs d'estomac, toutefois fort supportables. Du 8 au 10 janvier les symptômes caractéristiques ont paru: abattement extrême, fièvre, douleurs de plus en plus intenses et persistantes dans les membres, enflure œdémateuse de la figure, surtout de sa partie supérieure, inquiétude, insomnie, mouvements des membres et du tronc de plus en plus difficiles et douloureux, immobilité presque forcée, les membres dans une position de légère demi-flexion, peau chaude, sueurs excessives, surtout pendant la nuit, pouls à 120, prostration extrême, délire vers le soir et pendant la nuit, urines rares et foncées, selles liquides, peu fréquentes, puis toux fréquente, sèche, douloureuse, à cause des douleurs surtout intercostales, dyspnée fort incommode. Dans les cas moins graves, à partir de la mi-janvier ces symptômes s'amendèrent, l'œdème disparut, les douleurs soit spontanées, soit provoquées par la pression ou les mouvements, diminuèrent, et les malades, fort affaiblis et amaigris, se sont peu à peu remis. Si l'on peut appeler les premiers cas mentionnés abortifs, ce groupe constitue ceux d'intensité moyenne. Dans de plus graves encore les forces baissèrent, la respiration devint de plus en plus courte: toux parfois suivie d'une expectoration de crachats rouillés ou sanguinolents; respiration très-accélérée; râles sous-crépitants disséminés ou concentrés sur un des lobes inférieurs, accompagnés alors de matité; affaiblissement rapide des malades; pouls filiforme à 144 et au delà; gêne croissante de la respiration et mort par le poumon dans un collapsus général complet avec œdème considérable des membres pendant les derniers temps de la vie. Dans les cas mortels, ce n'est qu'au bout de cinq à six semaines que la terminaison fatale est survenue; l'autopsie ayant été faite pour le premier cas de mort le 7, pour le deuxième le 9, et pour le dernier le 21 février.

Je reviendrai dans une autre lettre sur le résultat très-intéressant des autopsies pendant lesquelles les divers muscles ont été soumis séance tenante à l'examen microscopique; il y avait jusqu'à 11 trichines dans 2 à 3 milligrammes, ce qui porte le nombre total répandu dans le corps à des millions. Catarrhe gastro-intestinal prononcé, et, dans les deux dernières autopsies, le tube digestif renfermait encore de nombreuses trichines bien développées. Mais, qu'on se garde d'en conclure que, après six et sept semaines, les trichines séjournent encore dans le tube digestif. Il est probable que ces malheureux malades ont encore mangé de la saucisse crue renfermant des trichines sur leur lit de mort; au moins, chez l'une, on en a trouvé dans le lit peu de jours avant sa mort.

Chez tous les malades existaient des pneumonies lobulaires des plus prononcées, et, dans le milieu de bon nombre de ces foyers lobulaires, on voyait des coagulations foncées non adhérentes aux parois vasculaires. Les glandes mésentériques étaient gonflées. Le cœur était exempt de trichines; cependant, dans une autopsie, une trichine a été trouvée dans le péricarde.

Tout cela sera exposé avec détail plus tard.

Dans mes expériences faites à mon laboratoire physico-chimique avec M. le docteur Wyss, chef de clinique pour les travaux d'histoire naturelle de ma division, les souris et les rats ont succombé du quatrième au septième jour, offrant fort peu de trichines dans les muscles, mais le tube digestif en était encombré. On pouvait ainsi facilement étudier tous les degrés de développement, et j'ai même montré aux élèves les trichines enroulées dans le ventre de leur mère, toutes prêtes à sortir vivantes. J'ai été frappé de la rareté des trichines mâles par rapport à l'immense nombre des femelles. Dans les chats nous avons trouvé des symptômes analogues à ceux de l'homme, période des accidents gastro-intestinaux, puis symptômes de roideur, de douleurs, presque de paralysie musculaire, puis de dyspnée extrême, de collapsus mortel. Nous y avons trouvé les trichines à tous les degrés de développement et surtout encore beaucoup de libres dans les muscles. Nous avons étudié aussi les altérations de la fibre musculaire et la formation de la capsule des trichines, ainsi que la répartition des trichines dans les diverses parties des muscles du corps. Des injections faites pour étudier des vaisseaux autour des capsules n'ont point encore réussi. Les jeunes souris nous ont montré de la chair digérée autour des capsules; et nous avons vainement cherché à produire le même résultat par la digestion artificielle. Parmi les nombreux jambons et échantillons de viande de porc que nous avons examinés, nous en avons trouvé un rempli de trichines et qui avait été déclaré exempt de trichines par un médecin de campagne, et avait ainsi occasionné des accidents graves dans la famille d'un des médecins les plus distingués et les plus honorables de Posen.

Nous avons souvent trouvé dans le jambon un autre parasite, une espèce de psorospermies, ressemblant aux corps décrits par Miescher et Rainey, que du Barry nomme *synchytrium mieschérianum*, mais qui me paraît aussi de nature animale, toutefois en dehors de toute connexion avec les trichines.

Nous avons fait de nombreux essais pour conserver des trichines à divers états; toutefois une bonne méthode pour les préparations microscopiques reste encore à trouver, bien que nous possédions au laboratoire déjà plus de 600 préparations microscopiques sur divers sujets de pathologie bien conservées et que, par conséquent, nos expériences sur ce point datent de loin.

L'histoire naturelle des trichines ayant fait le sujet de beaucoup de recherches, je ne m'en occuperai dans ces lettres qu'autant que ce sera nécessaire pour comprendre leur histoire clinique qui, d'après les matériaux qui existent, peut être écrite aujourd'hui avec précision et offre le plus grand intérêt pratique. Le diagnostic me préoccupera donc particulièrement. Parmi les épidémies non décrites des temps passés, j'en signalerai une datant de 1838 dans laquelle plus de 400 personnes ont été affectées, avec une mortalité relativement peu considérable.

J'ai consulté les anciens documents sur l'empoisonnement par les saucisses, mais il me sera facile de prouver que, s'il existe quelques groupes de cas qui peuvent se rapporter aux trichines, la grande majorité appartient à un tout autre et véritable empoisonnement, et je rapporterai des faits de ce genre dont j'ai recueilli l'observation.

J'ai vu il y a dix-sept ans dans une autopsie, à Paris, des filaires qui ont la plus grande ressemblance avec nos trichines, et je discuterai la valeur de ce fait.

J'arriverai enfin à une courte discussion des moyens proposés pour le traitement, des mesures prophylactiques, de l'examen de la viande de porc destinée à la vente, etc.

Voilà en quelques mots le résumé de mes études, ainsi que le programme des lettres que j'aurai l'honneur de vous adresser et que je publierai, si vous n'y voyez point d'objection, dans la *Gazette médicale*, dont je suis depuis nombre d'années collaborateur.

Agréez, etc. F. LEBERT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 23 février 1866. — Présidence de M. BÉHIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance se compose :

1° De la thèse inaugurale de M. Pelvet, ayant pour titre : *De la hernie diaphragmatique congénitale;*

2° D'un travail de M. A. Voisin, sur les mariages consanguins:

3° D'une lettre de M. Ball, qui demande quinze jours de congé (accordé).

LECTURE.

M. MARTINEAU lit deux observations de rhumatisme. (Voir notre dernier numéro).

M. TOPINARD. Je trouve indiquées dans la première observation, la tuméfaction et la douleur de la bourse muqueuse qui recouvre le grand trochanter. Rapprochons ce fait du cas d'inflammation suppurée de la bourse anté-rotulienne dans le cours d'un rhumatisme que nous a lu M. Ball et d'un autre dont il nous a donné communication verbale. Aucune séreuse ne semble donc échapper à l'action du rhumatisme.

M. MARTINEAU. Cette action du rhumatisme sur les bourses muqueuses est un fait acquis pour M. Trousseau.

M. BEAUMETZ. Je ne vois pas dans ces observations cet antago-

nisme, ce balancement de symptômes que l'on remarque dans les cas de rhumatisme avec complication cérébrale ou médullaire et que j'ai observé, notamment deux fois. La diminution des symptômes, du côté du cerveau ou de la moelle, s'accompagne d'une progression constante des phénomènes articulaires et réciproquement. Les deux cas de M. Martineau présentent donc une anomalie sous ce rapport.

M. GÉRIN. Je ne puis admettre une anomalie dans l'existence simultanée de plusieurs manifestations rhumatismales; il est plus fréquent, au contraire, de les voir marcher de pair que d'assister à des métastases complètes. Je sais bien que grâce à la mobilité de congestions qui se déplacent promptement d'un organe pour se porter sur un autre, l'on peut souvent voir un appareil soulagé aux dépens de son voisin; mais il est rare de le voir absolument débarrassé, et c'est à ce dernier seulement qu'appartient le nom de métastase.

La plupart des maladies générales aiguës s'accompagnent de fluxions mobiles. Quand ces fluxions s'éparpillent dant tout l'organisme, il en résulte une sorte de bénignité. La bénignité cesse quand la fluxion se localise sur un appareil; car alors les lésions semblent gagner en intensité ce qu'elles perdent en surface et la maladie est d'autant plus cruelle qu'elle concentre davantage ses ravages.

Ces idées ont été brillamment exposées dans la thèse de M. le docteur Chedevergne, qui s'est fait le savant interprète de son maître le docteur Cazalis. Émises par ces messieurs, à propos de la fièvre typhoïde, elle nous semble s'appliquer au rhumatisme.

M. BEAUMETZ. Je fais volontiers le sacrifice du mot anomalie, mais je maintiens que les symptômes articulaires diminuent ou disparaissent habituellement lorsque surviennent des accidents cérébraux ou médullaires. Cette diminution est si marquée quelquefois, cette disparition si prompte, et les manifestations cérébrales si rapides, que quelques auteurs ont prononcé le mot métastase et conseillé, en pareil cas, de rappeler la fluxion sur les articulations par une médication énergique, sinapismes, vésicatoires, etc.

M. BÉHIER. Je ferai observer que M. Bouillaud a soutenu au contraire que les affections articulaires et les affections du cœur marchent *pari passu* dans le rhumatisme. Ayant moi-même entrepris quelques recherches sur ce point, j'ai trouvé qu'avant lui déjà, plusieurs auteurs avaient indiqué ce fait. Mais c'est précisément un des caractères spéciaux au rhumatisme de sévir sur plusieurs séreuses à la fois et de pouvoir mener de front plusieurs phlegmasies. Dans les autres maladies c'est généralement l'inverse. L'affection nouvelle fait dérivation à celle qui existait auparavant et tend à la diminuer d'autant.

Dans la deuxième observation de M. Martineau, ce n'est pas à la moelle qu'il faut rapporter les accidents paraplégiques, mais à l'enveloppe de la queue de cheval. Ce n'est pas une myélite, mais une méningite spinale. Le rhumatisme est une maladie des séreuses et non des autres tissus, des parenchymes.

M. GÉRIN. Je ne puis m'arrêter à cette idée, que le rhumatisme ne laisse son empreinte que sur les séreuses. Dans un certain nombre de cas, on a trouvé que la congestion avait atteint non-seulement la séreuse encéphalo-spinale, mais encore le tissu même de la moelle et du cerveau. S'il n'en était ainsi, comment expliquerait-on les paraplégies consécutives à une congestion ou à une apoplexie rhumatismale. Dernièrement encore, j'ai pu en observer un cas dans le service de M. Lailler.

M. VOISIN. On peut répondre à M. Gérin par des arguments tirés des observations de méningites cérébro-spinales, rhumatismales, aiguës ou chroniques. Dans les premières, là où les méningites présentent une hyperémie considérable, des ecchymoses, le tissu nerveux est beaucoup moins congestionné. Dans les secondes, là où les méninges offrent des plaques opalines, des productions plastiques gélatineuses, de l'œdème, le tissu nerveux est, ou bien altéré à un moindre degré, ou malade depuis moins longtemps; ses lésions sont moins âgées.

De plus on sait, et les travaux de M. Brown-Séquard l'ont démontré, que la douleur le long de la colonne vertébrale, signe constant de la paralysie rhumatismale, est produite par la méningite spinale.

M. CORNIL. De ce qu'une paralysie est venue sous l'influence du froid, il ne s'en suit pas qu'elle soit rhumatismale.

On a vu, par exemple, des chevaux tenus à l'écurie depuis huit jours et bien portants, tomber paralysés des deux membres postérieurs pour être sorti au froid un seul jour; et à l'autopsie, trois ou quatre jours après, on n'a rien trouvé du côté de la moelle, mais une dégénérescence graisseuse des muscles paralysés, à laquelle on ne s'attendait pas. Dira-t-on qu'il s'agit de paraplégies rhumatismales?

M. GÉRIN. Il est possible que le doute existe sur la nature de la paraplégie du malade de M. Lailler; aussi, abandonnerai-je volontiers cet exemple, ne voulant pas confondre les maladies *a frigore* avec les maladies rhumatismales. Mais je soutiens qu'il y a des cas non douteux de paraplégies rhumatismales. Ne serait-ce pas exagérer un peu les faits que de limiter l'impression rhumatismale aux seules séreuses?

Pour moi, je suis convaincu que tous les tissus peuvent être le siége de manifestations rhumatismales. En effet, l'élément principal de ces manifestations n'est-il pas la congestion qui peut se produire partout où il y a des vaisseaux, c'est-à-dire dans tous les tissus. Cette congestion peut être le premier degré d'une inflammation spécifique, d'une hypercrinie, d'une apoplexie, etc., qui deviendront le point de départ de modifications profondes dans la trame organique. J'admets donc sans hésiter le rhumatisme des séreuses, des muqueuses, des muscles, des os et de tous les organes.

Ces diverses manifestations du rhumatisme aigu ont été récemment étudiées avec grand talent par M. le docteur Fernet, dont je partage entièrement la manière de voir sur cette question.

M. BÉHIER. M. Gérin reproche à ses adversaires d'exagérer la conséquence des faits. N'est-ce pas à lui que ce reproche devrait être adressé? Que le rhumatisme se prenne à toutes les séreuses, c'est possible, mais qu'il n'épargne aucun tissu, c'est aller trop loin. M. Gérin en viendrait à voir du rhumatisme partout.

M. PELVET lit un rapport sur une observation lue par M. Anger, à l'appui de sa candidature et ayant pour titre : *Accidents convulsifs dans le cours du choléra.* (Voir notre n° du 13 mars.)

Les conclusions de ce rapport ayant été mises aux voix et adoptées, M. Anger est inscrit sur la liste des candidats.

M. ODIER lit, à l'appui de sa candidature, une observation de *chorée rhumatismale,* qui est renvoyée à la commission chargée du rapport sur cette candidature.

La séance est levée à dix heures.

NÉCROLOGIE.

M. Parchappe, dont nous avons dernièrement annoncé la mort, avait exprimé formellement le désir qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Nous aimons à rendre un dernier hommage à cet éminent confrère en publiant l'extrait suivant d'une allocution préparée pour cette douloureuse circonstance par M. le docteur Dumesnil, médecin en chef de l'asile de Quatre-Mares, à Rouen, et qui peint d'une manière très-exacte le caractère du défunt.

« M. Parchappe a été parfaitement et sera de plus en plus apprécié comme chef de service, comme médecin, comme savant, comme fonctionnaire chargé d'une haute et importante mission; mais il ne le sera jamais assez comme inspecteur en action et en exercice, et c'est ce point que je voulais toucher, car, là encore, on retrouve l'homme de bien tout entier.

« Convaincu de toute l'importance de la loi de 1838 sur les aliénés et des circulaires qui s'y rapportent, il en possédait les moindres détails aussi bien que l'ensemble : service médical, service économique, service financier, tout devait marcher, d'après lui, dans un ensemble excellent pour concourir au même résultat, et son aptitude sur ces diverses branches était prodigieuse. Aucun point faible ne lui échappait donc, et lorsqu'il en avait à signaler, il le faisait avec une chaleur, avec une vivacité telle parfois, que ses premiers mouvements paraissaient empreints d'une sévérité outrée.

« Mais sachant que dans une organisation aussi étendue, il faut faire la part de quelques oublis et de certaines négligences, et que la perfection qu'il rêvait n'appartient à aucun effort humain, il adoucissait bientôt son visage, il indiquait l'amélioration à réaliser, la réforme à opérer, et pour donner confiance à celui qu'il venait de reprendre, il avait toujours la délicate attention de ne pas passer sous silence ce qu'il avait trouvé de bon, d'utile, de régulier. Il arrivait comme un juge trop austère peut-être; il partait comme un père affectueux.

« Ainsi sévérité extrême et justice complète, voilà les deux côtés de ce caractère, qui s'attachait souvent avec le plus de force ceux qui d'abord avaient cru devoir murmurer contre lui. C'est ce désir, ce besoin de laisser dans l'esprit des autres la conviction qu'il n'était mu que par le sentiment du juste et du devoir, qui a été sa préoccupation constante, et cette préoccupation l'a dominé dans toutes les situations de sa vie, à ce point qu'un de ses dévoués élèves l'a dépeint par un mot qui vaut tout un long discours: « Si quelqu'un avait une « faveur à demander à M. Parchappe, il vaudrait mieux pour lui, « probablement, qu'il fût son ennemi que son ami. »

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Long, médecin stagiaire attaché à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Ce regrettable jeune homme qui emporte l'estime de l'École, se livrait à des études sur l'éther. Il en consommait des quantités considérables. On l'a trouvé mort dans son fauteuil; autour de lui gisaient des flacons contenant jusqu'à 400 grammes. Il est mort victime de ses expérimentations.

Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique, par le docteur Rondeau, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De la hernie diaphragmatique congénitale, par le docteur Duguet, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° (deux planches). Prix: 3 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 35. — SAMEDI 24 MARS 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 24 MARS 1866. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'épidémie de choléra à l'hôpital Saint-Antoine, en novembre et décembre 1865.

Si nous revenons sur le choléra de Paris plus de deux mois après la cessation complète de l'épidémie, c'est pour ajouter aux faits exposés à la hâte et au jour le jour, sous le feu même de l'épidémie, des faits plus complets et étudiés avec plus de calme et de recueillement. Plus tard viendra le moment de présenter les résultats généraux de l'enquête statistique à laquelle se livre en ce moment l'administration. En attendant, il peut être utile de faire connaître les faits qui ressortent des statistiques particulières faites dans chaque service et les résultats des observations et des études auxquelles ont pu se livrer, dans le silence du cabinet, les médecins et les internes qui ont été le mieux à même de suivre toutes les phases de la maladie. C'est ce que nous allons faire aujourd'hui, particulièrement pour l'hôpital Saint-Antoine, avec le secours de deux intéressantes brochures que nous avons sous les yeux : l'une, de M. le docteur Mesnet, médecin de cet hôpital et qui a eu la direction de la division des cholériques (hommes) pendant toute la durée de l'épidémie; la seconde, de M. le docteur Decori, ancien interne de ce même hôpital. Nous commencerons par un exposé sommaire des faits contenus dans le travail de M. Decori, qui embrasse la relation complète de l'épidémie dans tous les services de cet établissement.

L'hôpital Saint-Antoine a eu, du 2 octobre au 1er décembre, 407 cholériques, dont 379 venus du dehors et 28 cas développés dans les salles. 28 cas intérieurs sur un total moyen de 500 à 600 malades, dans un quartier où l'influence épidémique s'est fait vivement sentir, c'est, ainsi que le fait remarquer M. Decori, un témoignage en faveur de l'efficacité de la mesure de séparation ou d'isolement qui a été mise en pratique dans tous les hôpitaux, et qui, à Saint-Antoine particulièrement, a été appliquée d'une manière rigoureuse et dans les meilleures conditions possibles.

Les 407 malades de Saint-Antoine se décomposent ainsi : 249 hommes, 148 femmes et 10 enfants; d'où l'on voit que le nombre des hommes atteints a été beaucoup plus considérable que celui des femmes. La même proportion a eu lieu pour les 28 cas intérieurs, qui se décomposent en 15 hommes, 10 femmes, 1 garçon et 2 filles.

L'âge n'a été relevé que pour 372 malades. Un tableau dressé par périodes de cinq années, fait voir que c'est dans la période de vingt-cinq à trente ans que le choléra s'est montré le plus fréquent. Mais par contre c'est aussi dans cette période que la proportion des guérisons a été le plus considérable.

Le relevé des professions ne fournit aucune donnée qui mérite d'être mentionnée, si ce n'est, toutefois, qu'on y trouve sur 224 malades hommes appartenant à des professions diverses parmi lesquelles figurent comme les plus nombreuses celles de terrassiers, d'ouvriers en métaux, d'ébénistes et de menuisiers, 6 ouvriers en cuivre (2 fondeurs, 1 polisseur et 3 tourneurs) et sur 133 femmes, dont 20 sans profession, 2 ouvrières travaillant également dans le cuivre, 1 polisseuse et une découpeuse de rouages. Des 6 hommes, 4 sont morts et 2 seulement ont guéri. Les deux femmes ont guéri (1). Nous signalons ces faits moins pour les opposer à l'idée d'immunité soutenue par M. Burq, que pour appeler sur eux l'attention de notre confrère, qui se livre en ce moment à une enquête minutieuse sur tous les faits de ce genre qui parviennent à sa connaissance.

Sur 143 femmes, il y a eu 14 femmes enceintes et 12 nourrices. Les 14 femmes enceintes ont donné 10 décès et 4 guérisons. 3 ont avorté, dont 2 mortes et une guérie.

Sur les 407 malades, 2 seulement avaient eu le choléra dans les épidémies antérieures. On n'a pas observé de rechutes.

L'analyse des observations, au point de vue du début, a montré qu'une période prodromique bien tranchée a eu lieu chez les deux tiers environ des malades. L'autre tiers a offert un début plus ou moins brusque. Dans deux cas seulement le début a été foudroyant. La période prodromique a présenté une durée qui a varié de un jour à trois semaines.

La durée du choléra a varié entre des limites bien diverses, depuis quelques jours jusqu'à trois septenaires, chez ceux qui ont guéri. La mort est survenue en quelques heures dans les cas foudroyants (très-rares d'ailleurs comme on l'a vu); chez le plus grand nombre elle est survenue dans un laps de temps qui n'a jamais dépassé quinze jours.

La guérison a été la règle pour les malades atteints simplement de cholérine. Un seul cas de cholérine a été suivi de mort chez une femme. Les malades qui n'ont eu qu'une algidité incomplète ont presque tous guéri, sauf un petit nombre qui ont présenté la complication typhique. Les cholériques complétement algides, au contraire, ont rarement guéri. Ceux dont la réaction a été complète, sans être excessive, sont arrivés presque tous à la convalescence, tandis que les malades qui ont réagi trop violemment ont généralement succombé. Il en a été de même pour les cholériques qui ont offert des accidents typhiques et méningitiques : ces derniers ne se prolongeaient pas au-delà de trois jours, mais la réaction typhique a duré quelquefois plus de dix jours.

Les cas où le début a été brusque avec marche extrêmement rapide ont été toujours mortels. Les cas à début brusque, mais à marche moins précipitée, ont guéri quelquefois, mais plus rarement que les choléras avec prodromes et à marche lente. L'algidité complète ou oscillante, la réaction exagérée ou troublée par des accidents typhiques ou méningitiques aboutissaient généralement à la mort. M. Decori a vu deux malades mourir subitement de syncope au milieu d'une réaction très-imparfaite.

(1) Les détails relatifs à ces malades sont donnés avec beaucoup plus de précision dans le travail de M. Mesnet. Il y est question de 8 ouvriers en cuivre reçus et traités dans son service, et dont 5 ont succombé et 3 seulement ont guéri.

Pendant les deux mois octobre et novembre la mortalité a été de 188 décès sur 407 cas, ce qui donne une proportion de 46 pour 100 environ. Si de ces 407 cas on défalque 10 enfants à la mamelle qui ont donné 8 décès, il resterait 397 cas sur lesquels 180 décès, ce qui baisserait la proportion à 45 pour 100. Les femmes ont donné une proportion de mortalité plus grande que les hommes. Tandis que 249 hommes ont fourni 107 décès (42 pour 100), il y a eu sur 148 femmes 73 décès (47 pour 100).

Les complications qui se sont manifestées le plus fréquemment pendant la réaction et qui ont le plus contribué à amener l'issue fatale, sont les accidents typhiques et méningitiques. 23 malades ont succombé à la période typhique, 16 femmes et 7 hommes. 4 hommes sont morts enlevés par des accidents méningitiques.

L'auteur n'a pu tirer aucune conclusion au sujet de l'influence que les maladies antérieures peuvent exercer sur la marche du choléra. Des observations qu'il a recueillies il lui a paru résulter que la marche du choléra ne subit, d'une manière générale, aucune influence de la part des maladies antérieures, tandis qu'au contraire le choléra en aurait exercé une manifeste sur la marche de ces maladies. C'est ainsi que beaucoup de malades convalescents ont contracté, soit la variole, soit une pneumonie, soit un érysipèle.

Nous ne nous arrêterons pas sur la partie du travail de M. Decori qui est relative au traitement, nos lecteurs ayant déjà été mis au courant de tout ce qui a été fait à cet égard à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous signalerons dans la prochaine revue quelques-uns des faits rapportés dans le travail de M. le docteur E. Mesnet, notamment ceux qui concernent la réaction typhique et les accidents cérébraux dont notre confrère, savant aliéniste, comme tout le monde le sait, a fait une étude particulière et pleine d'intérêt.

Traitement de la tumeur biliaire.

M. le docteur Luton, de Reims, vient de résumer ainsi dans le *Bulletin de thérapeutique*, les indications chirurgicales relatives au traitement de la tumeur et de la fistule biliaires.

La connaissance de ce qui se passe lorsque les calculs biliaires sont éliminés au travers de la paroi abdominale, a inspiré à J. L. Petit l'idée d'une opération analogue à celle de la taille pour les calculs de la vessie. Mais ici les conditions anatomiques toutes différentes qui existent, et la nécessité qu'il y a de traverser la cavité du péritoine pour arriver à la vésicule, réduisent l'application de cette espèce de lithotomie aux cas où les adhérences entre les deux feuillets du péritoine sont bien évidentes, et surtout comme le veut Boyer, lorsque la tumeur prend les apparences d'un abcès et qu'elle menace de se rompre à l'extérieur. Dans ces conditions, l'opération est de la dernière simplicité. Mais on a aussi tenté de provoquer ces adhérences quand elles n'existaient pas, et alors on se com-

FEUILLETON.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES,

FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

I.

La commission des prix de médecine et de chirurgie a l'honneur de proposer à l'Académie de décerner, cette année, trois prix et trois mentions honorables aux auteurs dont les noms suivent : à M. Vanzetti, de Padoue, un prix de 2,500 fr. ; à M. Chauveau et à ses deux collaborateurs, MM. Viennois et Meynet, un autre prix de 2,500 fr. ; à M. Luys, un prix de la même valeur ; à MM. Désormeaux, Sucquet et Legrand du Saulle, des mentions honorables, avec 1500 fr. pour chaque mention.

I. — La guérison des anévrysmes a été de tout temps, pour les chirurgiens, la source de sérieuses et légitimes préoccupations : il s'agit là, en effet, d'une de ces affections dont la marche naturelle conduit presque fatalement à la mort. Aujourd'hui la compression pratiquée, non sur la tumeur elle-même, comme on le faisait autrefois, mais sur l'artère entre le cœur et la tumeur anévrysmale, est devenue une méthode presque générale ; et les plus éminents chirurgiens sont d'accord sur ce point que, hormis certains cas particuliers qui nécessitent l'emploi de la ligature ou même l'ouverture du sac, on doit recourir à la compression indirecte.

Pour la mettre en usage, beaucoup d'appareils avaient été imaginés dans le but d'effacer pour ainsi dire l'artère, de mettre ses parois au contact, et d'empêcher ainsi le sang de pénétrer, à chaque pulsation cardiaque, dans la poche anévrysmale. En agissant de la sorte, on s'était proposé de déterminer la coagulation ou la solidification du sang dans la tumeur, et, en effet, cet heureux résultat avait été parfois obtenu.

Mais, dans ces dernières années, la méthode dont il s'agit a reçu un heureux perfectionnement, et l'on a vu les cas de succès se multiplier dans les proportions les plus encourageantes : à la compression faite par des appareils toujours susceptibles de se déplacer a été substituée la compression pratiquée, au moyen des doigts, par des aides intelligents. De cette façon, elle peut être graduée au gré de l'observateur ou n'être faite que sur un point très-limité.

C'est en 1846 que M. Vanzetti, alors professeur à Kharkoff, en Russie, et aujourd'hui professeur à l'Université de Padoue, eut l'idée de traiter un anévrysme poplité par la compression uniquement faite par les doigts appliqués sur le trajet de l'artère. L'occasion s'offrit plus tard, en 1853, de recourir de nouveau à ce procédé pour un anévrysme poplité qui fut ainsi guéri en quarante-huit heures, alors que la compression instrumentale avait échoué. Depuis lors, M. Vanzetti obtint de nouveaux succès dont il fit part, en 1857, à la Société de chirurgie de Paris. Dans certains cas, la guérison eut lieu après deux heures et demie et cinq heures.

Sept nouvelles observations furent publiées par lui en 1864 ; et, parmi celles-ci, il en est deux sur lesquelles la Commission appelle spécialement l'attention de l'Académie. Il s'agit d'un remarquable perfectionnement encore apporté par le professeur de Padoue au traitement d'une certaine classe d'anévrysmes.

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de guérir les anévrysmes artérioso-veineux : grâce à la méthode ingénieuse qu'il a mise en usage pour la première fois en janvier 1863, M. Vanzetti est parvenu à guérir, en six heures, deux malades atteints de cette grave affection. Pour obtenir un aussi favorable résultat, il a employé la compression digitale, d'abord au niveau de la veine, pour intercepter toute communication entre elle et le sac anévrysmal, résultat dont il s'est assuré en constatant la disparition du bruit vibratoire *continu-rémittent* ; puis, l'anévrysme artérioso-veineux étant alors transformé en un anévrysme simple, il a pu exercer la compression sur l'artère au-dessus de la tumeur, avec la même efficacité que dans les cas ordinaires.

Les heureux résultats obtenus par M. Vanzetti dans ces deux cas permettent de croire que cette ingénieuse méthode de traitement pourra être appliquée de nouveau avec succès et être définitivement introduite dans la thérapeutique d'une affection dont le pronostic cessera d'être aussi grave qu'il l'a été jusqu'à présent.

Quant à la question de priorité que l'on pourrait soulever, il est juste de reconnaître qu'un chirurgien de New-Hawen (Amérique), M. Knight, avait guéri en 1848 un anévrysme poplité après quarante heures de compression manuelle employée seule. Mais il est vrai aussi de déclarer que ce fait, quoique publié par son auteur, était resté pour ainsi dire inaperçu et n'avait assurément exercé sur la conduite des chirurgiens aucune influence.

D'ailleurs, deux années auparavant, en 1846, pareil essai avait été déjà fait par M. Vanzetti à qui l'on ne saurait contester le mérite d'avoir régularisé la méthode de la compression digitale et d'avoir donné l'impulsion qui a été le vrai point de départ, tant en France

porte comme lorsqu'il s'agit d'ouvrir un abcès ou un kyste hydatique du foie. Leclerc (de Senlis) rapporte l'observation d'une femme de soixante-douze ans qui avait une tumeur fluctuante dans l'hypocondre droit; cette tumeur, ouverte à l'aide de la potasse caustique, laissa écouler d'abord de la sérosité, puis des calculs biliaires en assez grand nombre. Il resta une fistule, qui même tendait à la cicatrisation: la malade reprit de l'embonpoint et sa santé. Toutefois, malgré quelques succès et malgré l'autorité de Chelius, on ne saurait recommander l'ouverture de la vésicule que lorsque l'indication d'agir est très-formelle, et qu'il y a déjà tendance à l'élimination spontanée des calculs.

Lorsqu'une fistule biliaire s'établit d'elle-même, il y a souvent lieu d'élargir son orifice et son trajet, afin de faciliter la sortie des calculs dont on aura reconnu l'existence à l'aide du stylet. On fait habituellement usage, pour ce cas, de l'éponge préparée.

Il y a deux ans, Demarquay a communiqué à la Société de chirurgie le fait d'un homme de trente-cinq ans qui portait à la partie inférieure de l'hypochondre droit une plaie fistuleuse ayant succédé à l'ouverture d'un abcès de la vésicule du fiel. Cette plaie, qui datait de plusieurs mois, donnait issue de temps en temps à des calculs biliaires. Un examen attentif fit découvrir que le trajet fistuleux et la vésicule étaient remplis par des concrétions de même nature. Il fut facile, à l'aide d'une longue pince, d'enlever toutes celles qui occupaient le voisinage de l'orifice fistuleux et qui offraient un petit volume; mais il y en avait d'autres plus grosses qui ne purent être amenées au dehors qu'après avoir été fragmentées avec un petit brise-pierre. Le malade a parfaitement guéri. Ainsi, il résulte de ce fait que la *lithotritie* a été et peut être appliquée, comme la lithotomie, au traitement des calculs biliaires.

La fistule persistant, il ne faut pas toujours chercher à l'oblitérer, car on doit supposer que de nouveaux calculs pourront se présenter à l'orifice, et que les voies biliaires ne sont pas libres. Dans le cas où un calcul obstruerait le canal cholédoque et où la bile ne s'écoulerait pas dans l'intestin, l'occlusion de la fistule offrirait des dangers, tandis que par elle-même elle n'a que très-peu d'inconvénients. Il est d'observation que ces sortes de fistules tendent à se fermer définitivement lorsque tous les calculs ont été évacués.

— Les observations de faits semblables sont rares, nous avons vu toutefois une malade qui, après un ictère, a eu une tumeur biliaire qui croissait rapidement; une ouverture a été faite avec la potasse caustique, des calculs ont été éliminés peu à peu un mois après, et la malade portait encore une fistule il y a quatre mois, et était soumise au traitement par les injections iodées. La santé générale de la malade n'était pas incommodée de la présence de sa fistule qui date maintenant de trois ans.

Mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux de Paris, pendant le mois de février.

Dans l'exposé des maladies régnantes du mois de février, que nous avons présenté dans la dernière revue, nous avons ajourné la publication d'un document important qui faisait partie du rapport de M. Besnier, et qui, à cause de son importance même, demandait à n'être reproduit qu'avec la plus grande exactitude. C'est le relevé de la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux de Paris, pendant le mois de février dernier.

Voici ce document qui parle assez éloquemment par lui-même et qui devra figurer à côté des relevés statistiques de MM. Hervieux et Le Fort dans la grande enquête qui s'instruit en ce moment sur les maternités.

Le mouvement général des hôpitaux pour le mois de février (non compris Lariboisière et la Maison de santé), porte un total de 597 accouchements et un chiffre de 53 décès. Voici de quelle manière se décomposent ces chiffres:

Beaujon	33 accouchements,	0 décès.
Hôtel-Dieu	104 »	1 »
Saint-Louis	77 »	1 »
Charité	42 »	1 »
Necker	30 »	1 »
Pitié	53 »	3 »
Cochin	34 »	3 »
Saint-Antoine	41 »	5 »
Cliniques	56 »	8 »
Maternité	74 »	30 »

DEUX OBSERVATIONS DE RHUMATISME AIGU,

Débutant d'emblée par l'endocardite. — Artérite rhumatismale,

Par M. le Dr G. DE FAJOLE.

Les deux observations suivantes, que le hasard a rapprochées dans ma clientèle, m'ont paru offrir quelque intérêt pour l'histoire du rhumatisme aigu.

Dans les deux cas, le travail morbide s'est fait d'abord loin des articulations et surtout du côté du cœur et de manière à déterminer de sérieuses hésitations pour la détermination du diagnostic. Enfin la malade de l'observation deuxième a souffert, à deux reprises, d'une véritable artérite dépendant de l'affection principale, maladie rare et surtout rarement signalée sous la dépendance de la fluxion rhumatismale.

Obs. I. — *Rhumatisme aigu, débutant d'emblée par une endocardite et des douleurs abdominales, bientôt suivies de douleurs articulaires habituelles.*

M. L. T... est âgé de dix ans, il est habituellement bien portant, quoique d'un tempérament lymphatique assez prononcé et d'une constitution assez faible, pour l'amélioration de laquelle il a pris, à diverses reprises, des bains de mer et des préparations d'iodure de fer.

Parents sains, pas de maladies antérieures. Vers la fin de l'année 1864, il a été atteint de la rougeole qui régnait épidémiquement dans le pays, et cette fièvre éruptive n'a présenté chez lui aucun phénomène particulier, qu'une assez grande intensité de la toux, accompagnée de la raucité de la voix.

Le 9 janvier 1865 et déjà depuis longtemps remis, M. T... se plaint de légères coliques sans évacuations et sans fièvre. Le 10, ces douleurs reviennent avec plus d'intensité; je suis appelé et je donne au petit malade une petite quantité de sirop diacode pour la nuit. Le 11, le malaise persistant, je l'examine avec plus de soin, et mon attention portée sur les organes de la circulation, je reconnais un bruit de souffle au premier temps, se prolongeant dans les carotides. Dès lors, considérant la persistance des douleurs abdominales non accompagnées d'évacuations alvines, et la fièvre qui commençait à paraître, je dus soupçonner une affection rhumatismale débutant d'une manière insidieuse.

Des vésicatoires furent appliqués sur la région précordiale et le petit malade fut soumis à la médication par le sulfate de quinine et prit en outre une potion calmante.

Le lendemain, les articulations deviennent douloureuses et gonflées, d'abord celles du pied, puis successivement celles des genoux, des bras, des vertèbres, etc.; en un mot, le rhumatisme devint successivement général; en même temps, le bruit de souffle précordial devint rude, puis fortement râpeux; les artères du cou battaient violemment; le pouls était irrégulier; les urines déposaient un sédiment épais et rougeâtre.

La médication quinique fut continuée: les douleurs articulaires cédèrent petit à petit, mais l'état du cœur ne se modifia pas d'une manière sensible. Le bruit de râpe au premier temps persista, le second bruit se prolongeait; il n'y avait pas de matité anomale et la main appréciait les battements de l'organe; en somme, la lésion fut localisée dans l'endocarde et parut y avoir produit une altération des valvules aortiques, avec léger degré d'insuffisance.

Je n'entrerai pas dans le détail de la médication qui fut alors instituée, et la maladie, d'ailleurs, n'offrit rien de spécial. Je me contenterai de dire que sous l'influence des alcalins, des toniques et des eaux et bains de Lamalou, l'affection cardiaque a diminué considérablement d'intensité; les douleurs rhumatismales ne s'étant pas d'ailleurs renouvelées.

J'ajouterai, en finissant, que le bruit de souffle du début ne peut pas être mis sur le compte d'un état de chlorose préexistant, car le malade, qui avait été ausculté fréquemment quelque temps avant, pendant sa rougeole, ne l'avait jamais présenté.

Obs. II. — *Endocardite rhumatismale d'emblée avec artérite et altération consécutive et mortelle du cœur et des gros vaisseaux.*

Dans le courant du printemps de 1865, la femme C... amène à ma consultation sa fille, âgée de quinze ans, non réglée, d'une constitution molle et lymphatique, ouvrière dans une fabrique de drap. La jeune fille se plaignait de maux de tête, de lassitude générale et de défaut d'appétit, tous accidents à cause desquels elle avait depuis quelques jours abandonné son travail. Le premier coup d'œil jeté sur la malade semble faire reconnaître une chlorose avancée, que son âge, son état et son genre de vie habituel devaient évidemment favoriser. L'examen stéthoscopique semble d'ailleurs venir à l'appui de ce diagnostic. Je constate au premier temps un souffle doux se prolongeant dans les carotides. La consultante est renvoyée avec une ordonnance appropriée à son état supposé bien établi: eau ferrée, nourriture meilleure, promenades, pilules de Vallet.

Trois ou quatre jours après, la femme C... me prie de venir voir sa fille, qui, me dit-elle, ne peut plus se lever; je trouve en effet la jeune malade couchée, le pouls fréquent, la peau chaude et par moments couverte de sueur. Des douleurs vives avec gonflement occupaient les poignets et les genoux; le mouvement et la pression y réveillaient de vives souffrances. La malade accusait en outre une douleur profonde dans la région du cœur. Le bruit de souffle constaté précédemment est devenu râpeux et se prolonge avec le même caractère dans les carotides.

Sangsues sur la région précordiale, sulfate de quinine, liniments appropriés.

Ce même traitement est continué, avec de légères modifications, pendant quinze jours environ.

Au bout de ce temps (vers le 15 mai), les douleurs articulaires qui avaient suivi tous les membres et affecté les vertèbres cervicales, se calment notablement. En même temps, la malade éprouve une violente douleur avec sensation de battements dans la région du cou, et me désigne avec le doigt, comme siége des phénomènes douloureux, le trajet de la carotide droite. Je puis constater moi-même, par la palpation, l'augmentation de volume du vaisseau, la violence de ses battements, sa dureté et sa sensibilité extrêmes. Pas de chances d'erreurs, les tissus voisins, à 1 centimètre de distance, restent insensibles à la pression.

Sangsues *loco dolenti*, émollients.

Au bout de quatre jours la douleur disparaît; mais l'endocardite augmente. Il se forme évidemment des concrétions nombreuses aux orifices cardiaques; le souffle devient très-dur et occupe les deux temps; le volume du cœur augmente, l'oppression est violente, les pieds s'œdématient.

J'ai recours, sans succès, aux vésicatoires, aux alcalins et aux diurétiques.

Le 30, l'artérite revient avec une plus grande violence, mais dans la carotide gauche; les douleurs spontanées et surtout celles qui sont provoquées par la moindre pression du vaisseau, arrachent des cris à la malade. Les émollients et les narcotiques calment encore ces symptômes au bout de quelques jours.

Enfin, la fille C... succombe vers le 15 juin, aux progrès de l'affection cardiaque et au milieu des plus vives souffrances.

L'autopsie ne put être faite, mais je crois qu'elle n'aurait rien ajouté, pour la juste appréciation de l'altération des vaisseaux artériels attaqués.

SYPHILIS HÉPATIQUE.

Recherches cliniques,

Par M. Leudet, directeur et professeur de clinique médicale de l'École de médecine de Rouen.

M. Leudet résume de la manière suivante un travail qu'il vient de publier dans les Archives générales de médecine.

I. Les lésions du foie peuvent être des inflammations actives, circonscrites ou diffuses de la glande, des phlegmasies périphériques. D'autres fois la surface du foie est seule atteinte, les gommes manquent plus souvent qu'elles n'existent.

II. Les lésions dites *syphilitiques du foie* s'accompagnent quelquefois d'hypertrophie supplémentaire des éléments normaux de la glande, ou bien d'une dégénérescence amylacée ou cireuse de cet organe.

III. Ces lésions, associées ou isolées, font varier les symptômes généraux ou locaux.

---

qu'à l'étranger, des succès obtenus depuis par les chirurgiens à l'aide de cette méthode. Ajoutons que les faits de guérison d'anévrysmes par la compression digitale se sont tellement multipliés, depuis dix ans, qu'il serait aujourd'hui superflu d'insister sur l'excellence de ce mode de traitement.

La commission propose de décerner à M. Vanzetti un prix de 2,500 fr.

II. — Déterminer la nature des relations pouvant exister entre la vaccine et la variole, tel est l'objet d'un travail présenté au concours par M. Chauveau et par ses deux collaborateurs, MM. Viennois et Paul Meynet.

Des controverses récentes venaient d'avoir lieu sur cette grave question: La vaccine n'est-elle, comme l'affirment certains observateurs, que la variole humaine modifiée par son passage sur les animaux, et, pour obtenir le vrai vaccin primitif, suffit-il d'inoculer la variole à la vache? Ou bien, au contraire, d'après l'assertion d'autres observateurs, la variole est-elle tellement étrangère à l'espèce bovine, que son inoculation à des animaux de cette espèce soit impossible?

La Société des sciences médicales de Lyon, persuadée que de pareils dissentiments tenaient à l'insuffisance et au défaut de précision des faits connus dans la science, confia le soin de diriger de nouvelles recherches sur cet important sujet à M. Chauveau, bien placé, comme professeur à l'École vétérinaire, pour conduire une pareille entreprise à bonne fin.

Or ces recherches ne tardèrent pas à démontrer que la vérité n'était ni dans un camp ni dans l'autre.

M. Chauveau vit, en effet, que la variole humaine peut s'inoculer au bœuf et au cheval avec la même certitude que la vaccine; mais il constata (contrairement à ce qui a lieu dans l'espèce humaine) que les effets primitifs produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument: ainsi, chez le bœuf, la variole ne détermine qu'une éruption locale de papules souvent si petites qu'elles passent inaperçues, quand on n'est point prévenu de leur existence; d'où la méprise des expérimentateurs qui nient que la variole soit inoculable aux animaux de l'espèce bovine. La vaccine, au contraire, engendre l'éruption pustuleuse type avec ses larges boutons caractéristiques.

Des différences analogues s'observent sur les animaux de l'espèce chevaline.

Ces différences se manifestent encore, sur un même animal, dans les inoculations simultanées des deux virus; les deux éruptions se développent alors simultanément sans paraître s'influencer et en conservant leurs caractères spéciaux.

Mais les deux virus n'en sont pas moins susceptibles d'agir l'un sur l'autre et de se neutraliser réciproquement, exactement comme chez l'homme, quand on les inocule successivement sur un même animal. En effet, la variole échoue en général sur les animaux vaccinés, et la vaccine échoue aussi communément chez ceux qui ont subi une inoculation variolique antérieure.

Dans aucun cas, M. Chauveau et ses collaborateurs n'ont vu la moindre tendance au rapprochement entre les caractères des deux éruptions chez le bœuf ou le cheval. En cherchant à cultiver méthodiquement le virus varioleux sur ces deux animaux, ils ont même constaté qu'il ne peut s'y acclimater, et que, chez le bœuf en particulier, la variole s'éteint à la deuxième ou à la troisième génération, tandis que la vaccine se propage indéfiniment d'un individu à un autre.

Quant à l'inoculation, chez l'homme, de ce virus variolique implanté passagèrement dans l'organisme des animaux, elle n'engendre que la variole ni plus ni moins, comme le virus varioleux directement emprunté à l'espèce humaine. L'éruption est alors tantôt discrète et bénigne, tantôt confluente et grave, parfois régulière et d'autres fois anomale. Dans tous les cas, la maladie conserve la propriété d'infecter les individus sains par contagion miasmatique, et son virus (même quand il est emprunté à une éruption presque absolument locale) ne fait jamais naître, sur les animaux de l'espèce bovine, que l'éruption papuleuse donnée à ces animaux par la variole ordinaire.

Les expériences dont les résultats viennent d'être énoncés, expériences aussi remarquables par leur nombre que par leur netteté et leur concordance, paraissent donc propres à résoudre les points litigieux en vue desquels elles avaient été instituées.

En établissant que la vaccine et la variole, malgré les liens qui les rapprochent chez les animaux comme chez l'homme, n'en sont pas moins totalement indépendantes l'une de l'autre; que leurs virus forment deux individualités distinctes; que les deux affections constituent ainsi deux espèces différentes, immuables, impossibles à transformer l'une dans l'autre; que, conséquemment, chercher à produire la vaccine avec la variole serait poursuivre une chimère dangereuse qui ferait revivre tous les périls de l'ancienne inoculation; en établissant, disons-nous, des faits d'une aussi grande importance, les expériences dirigées par M. Chauveau ont rendu un incontestable service à la science et à la pratique médicales.

Aussi votre commission est-elle d'avis de décerner un prix de 2,500 francs à M. Chauveau et à ses deux collaborateurs, MM. Viennois et Paul Meynet, et de mentionner la commission de la Société des

IV. La lésion syphilitique du foie peut être latente, d'autres fois, elle s'annonce par de l'ictère, une douleur gravative locale, prononcée surtout dans la marche et dans la station, enfin par une hypertrophie de l'organe.

V. La syphilis du foie est fréquente pendant la vie intra-utérine; chez l'enfant nouveau-né atteint de syphilis congénitale; on l'observe encore chez des jeunes sujets ou chez des vierges sans qu'on puisse déterminer si l'infection a été méconnue, ou si la diathèse est congénitale.

VI. Le développement de la maladie peut se faire dans la période dite secondaire, plus souvent dans la période tertiaire.

VII. Son début et sa période de croissance peuvent durer plusieurs années; d'autres fois elle est rapide et peut se faire en quelques mois.

VIII. La syphilis du foie est incurable lorsqu'elle est caractérisée par une hypertrophie simple de l'organe, lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes hydropiques, et même d'albuminurie.

IX. La guérison obtenue peut être durable et persister encore au bout de sept ans.

X. Les rechutes de la maladie ne sont pas rares, elles peuvent survenir après un intervalle de plusieurs années de bonne santé; elles sont même encore susceptibles de guérison.

XI. La rapidité de l'amélioration est telle que les symptômes morbides peuvent avoir disparu au bout de peu de semaines de traitement.

XII. L'iodure de potassium, les mercuriaux, l'iodure de fer, sont les moyens de traitement dont l'efficacité est la mieux démontrée.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mars 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY fait hommage, au nom de M. le docteur Lahillone, capitaine d'artillerie, de sa traduction du *Traité d'histologie comparée de l'homme et des animaux*, par le professeur Franz Leydig, de Tubingue.

— M. FOUCHER présente, au nom de M. Chenevier, professeur de clinique et chirurgien en chef de l'hôpital de Besançon, une observation de luxation spontanée du cristallin. M. Chenevier demande à être compris au nombre des candidats au titre de correspondant national. (Commission, MM. Foucher, Follin, Dolbeau.)

La Société reçoit les numéros de la semaine de la *Gazette des hôpitaux*, de l'*Union médicale*, de la *Gazette hebdomadaire*, la *Revue d'hydrologie médicale*, le *Mouvement médical* et le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

A propos du procès-verbal :

M. BOUVIER. A l'occasion du procès-verbal, j'ajouterai quelques mots à ma communication de mercredi dernier. Sur l'indication de notre savant collègue M. Giraldès, j'ai consulté le travail de M. Hilton. C'est une suite de leçons publiées dans la *Lancette anglaise* pour l'année 1861. Cet intéressant mémoire a pour titre : *De la douleur et de l'influence thérapeutique du repos mécanique et physiologique dans les accidents et les maladies chirurgicales*, ce qui rappelle le petit ouvrage de notre David, de Rouen, gendre de Lecat, publié en 1779 et intitulé : *Des effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales*. L'article consacré par M. Hilton aux maladies articulaires pourrait, en quelque sorte, passer pour une nouvelle édition du *Mémoire de David*, mise à la hauteur des progrès de la chirurgie depuis quatre-vingt-dix ans. L'éminent auteur anglais a voué cette partie de son œuvre à la démonstration du grand principe généralement adopté, de nos jours, dans le traitement des maladies articulaires, à savoir : que la *nature* fait tous les frais de la guérison, lorsqu'on a soin de prévenir tout mouvement de la jointure malade; principe déjà contenu dans le *Mémoire de David*, resté, je pense, inconnu à M. Hilton. Après avoir cité des cas de guérison d'affections articulaires graves, le chirurgien rouennais dit, entre autres choses : « C'est à la *nature* qu'ont été dues ces grandes guérisons, et l'art n'y a concouru qu'en écartant tout mouvement.... Les pansements très-rares et les membres placés à demeure dans des fanons, comme dans les fractures, ont été les seuls moyens employés (1). » Et à cette époque, ce grand principe était encore bien peu répandu.

(1) David. *Des effets du mouvement et du repos*, Paris, 1779, p. 130.

Le bandage pour la coxalgie, représenté dans l'ouvrage de M. Hilton, a le plus grand rapport avec celui que M. Charrière a construit à ma demande, et je me plais à reconnaître ici la priorité du chirurgien anglais dont je ne connaissais pas le travail. Ces deux appareils sont-ils parfaitement identiques? Il me semble que non, autant que j'en puis juger par le peu de mots que M. Hilton a dit du sien et par la figure très-réduite qu'il en a donnée. A part quelques différences de détail dans la construction, j'ai cru voir que la ceinture, dans l'appareil anglais, ne devait pas se mouler aussi exactement sur la partie inférieure du tronc, que dans l'appareil de M. Charrière. Or, la ceinture joue ici un grand rôle. C'est la perfection de la ceinture qui fait le plus grand avantage de l'appareil inamovible de M. Verneuil, et nous nous sommes efforcés, M. Charrière et moi, de reproduire cette perfection dans le bandage en cuir moulé.

Je ne veux pas dire toutefois que ce moulage exact soit toujours indispensable. Il est beaucoup de cas dans lesquels on serait très-utile aux malades, même en se servant simplement d'un cuir ferme, d'une sorte d'attelle comme celles qui ont déjà été indiquées par A. Paré, mais beaucoup plus large, découpée et *cambrée* aux deux extrémités, de manière à entourer séparément la cuisse d'une part, la partie inférieure de l'abdomen de l'autre, et à s'opposer ainsi principalement à la flexion du membre, mouvement qu'il importe le plus de prévenir. Un pareil bandage pourrait être employé, comme le demande M. Verneuil, dans les plus petites localités, où beaucoup de chirurgiens seraient peut-être plus en état de le construire eux-mêmes que d'appliquer un bon appareil inamovible.

M. Hilton rapporte sommairement trois cas où il a mis en usage son appareil en cuir moulé. Ces observations, quoique incomplètes, offrent de l'intérêt; en voici une courte analyse.

Premier cas. — Enfant de deux ans. Suppuration ancienne de l'articulation scapulo-humérale gauche; coxalgie commençante du même côté. Mère phthisique. Application du bandage en cuir en 1848, avec décubitus continuel pendant six mois et exercices gradués de marche cinq autres mois. Malheureusement l'attitude du membre avant le traitement n'est pas indiquée. Le bras fut tenu par une écharpe et condamné à l'immobilité. Le résultat fut la guérison complète de la coxalgie, la guérison, avec ankylose et atrophie, de l'affection du membre supérieur. M. Hilton a revu plus tard ce malade, alors âgé de quinze ans et très-bien portant. L'auteur fait justement remarquer que, si l'immobilisation avait été employée à temps pour l'affection de l'épaule, on eût sans doute prévenu la suppuration, comme on l'a fait pour la hanche.

Deuxième cas. — Garçon de dix-sept ans. Mère, frères et sœurs morts de tubercules pulmonaires : coxalgie non suppurée. Ici encore il n'est rien dit de l'attitude de la cuisse. Application de l'appareil en 1847, avec repos horizontal pendant cinq mois, suivi d'exercices gradués de locomotion. Guérison complète. Longtemps après, ce jeune homme était au service dans la grande guerre de l'Inde.

Troisième cas. — Garçon de douze ans et demi. Coxalgie avec abcès volumineux. Emploi, en 1856, de l'appareil en cuir, largement échancré vis-à-vis de l'abcès. Mort de phthisie pulmonaire au bout d'un an. Ce fait montre, contrairement à l'opinion exprimée par M. Demarquay, que le bandage en cuir moulé est applicable même aux cas de coxalgie suppurée.

COMMUNICATION.

Anesthésie locale provoquée par la pulvérisation de l'éther.

M. LE FORT rappelle les essais anciennement faits par M. Guérard, à l'aide de l'éther vaporisé, pour obtenir l'anesthésie locale. Ces essais ont été répétés par plusieurs chirurgiens. Il désire aujourd'hui attirer l'attention de la Société sur un nouveau procédé qu'un médecin de Londres, M. Richardson, a proposé il y a deux ou trois mois. Son appareil est un pulvérisateur spécial, que M. Le Fort n'a pu se procurer. M. Giraldès a proposé, dans son article anesthésie, inséré dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, d'opérer la pulvérisation de l'éther à l'aide de l'appareil de M. Luër. C'est à ce procédé que M. Le Fort a eu recours le matin même, à l'hôpital du Midi, pour ouvrir des bubons. Les malades n'ont pas accusé de douleur. M. Le Fort montre à la Société que le jet d'éther projeté sur un tube contenant un peu d'eau, provoque un commencement de congélation.

M. FOUCHER. Il y a un an au moins que j'ai employé l'éther de la même façon. J'agissais à l'instigation de M. Georges qui s'est beaucoup occupé d'anesthésie. Je n'ai jamais obtenu qu'une anesthésie incomplète et très-fugace. J'ai dû y renoncer.

M. DEMARQUAY. L'éther vaporisé sur la peau donne de bons résultats pour les opérations superficielles. Je fais la vaporisation avec un soufflet, et depuis longtemps, je ne recours pas à d'autre méthode anesthésique, pour opérer l'ongle incarné. Je ne trouve qu'un inconvénient grave à l'emploi de l'éther, c'est la possibilité de mettre le feu.

M. VELPEAU. J'ai expérimenté la méthode de M. Georges à la même époque que M. Foucher, mes conclusions sont identiques aux siennes.

J'ai vu faire, par quelques élèves de mon service, des expériences bien plus simples avec le tube des parfumeurs; on arrive à insensibiliser assez bien la peau, pour y enfoncer des épingles, mais il ne faut pas aller trop profondément.

Il est bien à désirer que l'on arrive à trouver une bonne méthode d'anesthésie locale. Mais il est non moins à souhaiter que des essais imparfaits ne fassent pas oublier ce que nous avons de bon. Depuis que M. Arnott a fait connaître son mélange réfrigérant, je n'ai cessé d'en faire usage pour les petites opérations et toujours avec les meilleurs résultats.

M. DÉSORMEAUX. J'emploie souvent l'éther vaporisé au soufflet; quand on agit sur des parties bien isolées et peu épaisses comme le doigt, cela réussit; sur les parties volumineuses au contraire, je n'ai eu que peu de résultats. Je dois déclarer que j'ai renoncé à la glace et au sel, dont l'application est toujours très-douloureuse.

M. LABORIE. J'ai souvent employé comparativement la glace et l'éther pour l'ongle incarné. L'éther réussit beaucoup mieux. Avant de verser l'éther sur l'orteil, j'ai toujours soin de le lier à sa racine.

M. PERRIN. L'éther n'agit que comme réfrigérant et ne donne qu'une anesthésie superficielle, c'est un point bien acquis par l'expérience. Son contact est insupportable sur les parties délicates et sensibles comme les organes génitaux, l'anus, etc. Il a donc rendu peu de services. En rendra-t-il davantage grâce à la pulvérisation? Il y a lieu d'en douter. L'expérience de M. Le Fort est peu concluante, on arrive à produire la congélation en plongeant simplement dans l'éther liquide un tube contenant de l'eau. Je suis surpris des résultats contradictoires indiqués par nos collègues à propos du mélange d'Arnott. Je l'ai très-souvent employé et suis absolument de l'avis de notre maître M. Velpeau.

M. LE FORT. Avec l'appareil de M. Luër on congèle en une minute la partie sur laquelle est dirigé le jet d'éther vaporisé. Je crois donc que la pulvérisation doit beaucoup accroître le pouvoir réfrigérant de l'éther. Je désire seulement appeler l'attention sur cette méthode nouvelle, mais je ne méconnais pas pour cela les bons effets du mélange réfrigérant, et suis à cet égard de l'avis de MM. Velpeau et Perrin.

M. VELPEAU. Les divergences qui se produisent à propos de l'emploi du mélange de glace et de sel, sont difficiles à expliquer. Comment les malades de M. Désormeaux ont-ils autant souffert, tandis que les miens n'ont accusé de douleur ni pendant l'application du mélange, ni pendant ni après l'opération. On ne peut pas avoir d'anesthésie plus complète que celle que l'on obtient avec la glace et le sel : aussi, M. Laborie m'a-t-il étonné en disant que l'éther anesthésiait mieux. Il est vrai que M. Laborie étrangle la racine de l'orteil; il y a bien trente ans que je me suis servi de ce moyen pour la première fois. On insensibilise presque complétement : aussi je crois bien que l'éther ne fait que compléter l'action de la ligature.

M. GUERSANT a fait usage, pendant vingt années, du mélange d'Arnott, il n'a eu qu'à s'en louer.

M. DEMARQUAY lui reconnaît aussi de grands avantages, mais il pense que sur des parties dénudées et excoriées, le contact de la glace et du sel peuvent être douloureux.

M. LABBÉ. Personne ne s'est encore préoccupé de ce qui se passait pendant la réaction, chez les malades soumis à l'anesthésie par la glace. J'ai toujours vu se produire des douleurs très-violentes dans les trois ou quatre heures qui suivent la congélation. J'ai même observé chez certains malades de petits points mortifiés; il en est qui m'ont déclaré ne plus vouloir s'y soumettre. Je crois l'emploi de la ligature et de l'éther combinés bien préférable à celui de la glace et du sel.

M. VELPEAU. Il ne m'est jamais arrivé d'observer ces douleurs, cette réaction excessive allant jusqu'à la mortification partielle, et je crains que M. Labbé n'ait porté trop loin la congélation. Voici comment je procède : je mélange de la glace grossièrement pilée à un cinquième de gros sel; le tout est enfermé dans de la tarlatane, et l'orteil est enveloppé jusqu'à sa racine. Je regarde de temps en temps l'orteil et quand les tissus sont devenus blancs, j'enlève le mélange réfrigérant et fais l'opération; cela dure trois à quatre minutes. J'ai vu bien des malades obligés de se faire arracher de nouveau l'ongle, réclamer instamment la glace. Il serait vraiment fâcheux de voir abandonner un moyen aussi simple, aussi sûr et aussi inoffensif.

M. BROCA. De très-nombreuses expériences prouvent que la gan-

---

sciences médicales de Lyon, au nom de laquelle ils ont exécuté leur travail, commission composée de MM. Bondet, Delore, Dupuy, Gailleton, Horand et Lortet.

III. — L'ouvrage de M. le docteur Luys, intitulé : *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, a été également jugé digne d'un prix.

Cet ouvrage, qui est accompagné d'un atlas de 40 planches, toutes originales et dessinées par l'auteur sur des pièces préparées par lui-même, forme dans son ensemble un tout parfaitement coordonné.

La constitution intime de la substance blanche et de la substance grise nerveuse, les connexions des diverses parties de l'axe cérébro-spinal entre elles, le rôle que ces parties remplissent, les altérations anatomiques et fonctionnelles qu'elles peuvent subir, y sont successivement étudiés avec un soin et une sagacité auxquels reviennent de légitimes éloges.

Les recherches de M. Luys sur le système nerveux se composent donc de trois parties : une partie anatomique, une partie physiologique et une partie pathologique. Les deux premières ayant été déjà l'objet d'une récompense décernée par l'Académie, la commission actuelle a eu à s'occuper seulement de la partie pathologique, qui est comme la suite naturelle des deux autres.

Après avoir étudié d'une manière générale, et parfois sous un jour nouveau, les différentes altérations des éléments nerveux, cellules, tubes et cellules; les congestions, les inflammations, les indurations; les dégénérescences diverses, tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse, etc., M. Luys s'est appliqué à spécifier, à l'aide des manifestations symptomatiques, le rôle de chacun des départements de l'axe cérébro-spinal. C'est ainsi, par exemple, qu'il a réuni un certain nombre de faits cliniques qui tendent à établir :

Que la couche optique, dont il a donné une description toute nouvelle dans ses rapports avec la substance grise des circonvolutions, agit dans la transmission des différentes impressions sensorielles, si bien que sa destruction totale ou partielle entraîne une abolition totale ou partielle de la perception de ces mêmes impressions;

Que la substance grise du corps strié étant exclusivement en connexion avec les fibres motrices de l'axe spinal, les lésions de ce corps strié sont exclusivement caractérisées par des troubles de la motricité volontaire;

Que la substance grise des circonvolutions cérébrales étant le dernier terme où aboutissent les impressions extérieures, l'altération progressive de ses éléments nerveux entraîne l'affaissement proportionnel des facultés de l'intelligence;

Que le cervelet étant exclusivement relié aux régions motrices de l'axe spinal, ses lésions générales ou partielles déterminent des désordres locomoteurs en rapport avec de pareilles connexions;

Que l'innervation troublée du cervelet joue, par exemple, un rôle prépondérant dans la production des phénomènes tétaniformes, épileptiformes, hystériformes et choréiformes.

M. Luys s'est heureusement servi de ces faits anatomiques et physiologiques comme d'arguments souvent puissants pour infirmer ou confirmer les opinions des pathologistes sur la valeur séméiologique des différents troubles de l'action nerveuse. Puis un grand nombre d'observations disséminées et comme perdues dans les auteurs se trouvent rassemblées et analysées dans son ouvrage avec une rigueur qu'il serait à désirer qu'on trouvât plus souvent dans les ouvrages de pathologie en général et dans ceux qui traitent des maladies du système nerveux en particulier; maladies qui, longtemps encore, offriront aux investigations des médecins un champ des plus étendus et surtout des plus difficiles à bien explorer. Car, il ne faut pas l'oublier, la pathologie cérébrale est si riche de faits qu'elle n'en refuse à aucun système : tout ce qu'on veut y voir on l'y trouve; tout ce qu'on lui demande, elle le donne; suivant la manière dont on l'interroge, elle conduit à la vérité ou à l'erreur.

La commission se plaît à déclarer que la plupart des opinions nouvelles, émises par M. Luys, lui ont paru porter l'empreinte de la vérité; que ces opinions s'appuient sur un grand nombre d'observations cliniques empruntées aux meilleures sources et sagement interprétées. Elle se plaît aussi à reconnaître que les recherches dont il s'agit pourront être utiles à l'art de guérir en contribuant à donner une précision plus grande au diagnostic des maladies du système nerveux central; et, en conséquence, elle propose de décerner à M. Luys un prix de 2,500 francs pour la partie pathologique de son ouvrage.

LONGET.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et ARMAND DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. 1re partie, avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

grène n'est pas à craindre quand la réfrigération n'a duré que quatre ou cinq minutes. Des tissus complétement gelés reviennent à leur état normal, si la congélation n'a pas duré trop longtemps. J'ai vu Robert opérer un doigt entièrement congelé : les glaçons craquaient sous le bistouri, les tissus n'ont pas souffert. Il faut qu'il y ait eu chez les malades de M. Labbé des conditions de tissu toutes particulières.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 2 février 1866. — Présidence de M. Guibout.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Le compte rendu des travaux de la Société médicale de Montpellier, par M. le docteur De Martin ;

2° Une brochure intitulée : *Le Choléra et le Congrès sanitaire diplomatique international*, par M. le docteur Bonnafont : Rapporteur, M. Jules Worms ;

3° *De la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux*, par le docteur Motot.

4° *Considérations générales sur l'alcoolisme*, par le même;

5° *Atrophie musculaire progressive*, par le même;

6° *Introduction à un cours d'hygiène*, par le même.

M. Gros, secrétaire général, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Chailly-Honoré.

La Société remercie M. le secrétaire général et vote l'impression de son discours.

Le Comité des finances, pour l'année 1866, est composé de MM. Géry père, Duparcque et Chausit.

RAPPORTS.

M. Labbé lit un rapport sur les travaux scientifiques de M. Aimé Martin.

La conclusion de M. le rapporteur est d'adresser des remercîments à M. le docteur Aimé Martin et d'agréer sa candidature.

La Société décide que le rapport de M. Labbé sera imprimé dans son *Bulletin*, et renvoie le rapport moral sur la candidature de M. Aimé Martin à une Commission composée de MM. Costilhes, Prichard et Boys de Loury, rapporteur.

La parole est à **M. Audry** pour la lecture de son rapport sur les travaux scientifiques de M. Leudet.

La conclusion de M. le rapporteur est d'adresser des remercîments à M. Leudet et d'agréer sa candidature.

La Société vote l'impression du rapport de M. Audry.

M. Sales-Girons demande la parole à propos du rapport pour faire remarquer que les questions des bains en général et celles des bains dans la phthisie pulmonaire sont choses parfaitement distinctes.

Le problème dominant dans l'étude des bains en général est celui de savoir si l'absorption se produit en réalité.

L'étude des bains, considérés au point de vue de la thérapeutique dans la phthisie pulmonaire, consiste surtout à savoir comment on devra donner le bain dans de semblables conditions pathologiques.

La discussion, ainsi posée par M. Sales-Girons, est renvoyée à une prochaine séance.

La Commission, pour le rapport moral sur la candidature de M. Leudet, est composée de MM. Simonot, Duparcque et Prichard, rapporteur.

LECTURE.

M. Motet, candidat au titre de membre résidant, lit le travail suivant : *Observation de troubles vésaniques marquant le début d'une fièvre typhoïde.* (Voir notre prochain numéro.)

Une Commission, composée de MM. Delasiauve, Deville et Lunier, rapporteur, est chargée de l'examen des travaux scientifiques de M. Motet.

M. le secrétaire général propose de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la discussion sur la révision du règlement.

M. Forget propose qu'une convocation spéciale soit faite à la Société pour cette discussion. Cette proposition est adoptée.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Collineau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

AVIS.

MM. les professeurs qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique sont informés que la distribution des amphithéâtres aura lieu le mardi 27 mars, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 17 mars 1866, M. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Les délégués français près la conférence sanitaire internationale de Constantinople, ont présenté les propositions suivantes qui ont été adoptées.

« La mesure la plus prompte, la plus facile à exécuter et la plus sûre, celle qui offre le moins d'inconvénients sous tous les rapports, consisterait, en cas de choléra parmi les pèlerins, à interrompre momentanément, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien, en laissant ouverte aux hadjis, pour leur retour en Égypte, la route suivie par la caravane. En d'autres termes, les pèlerins seraient assujettis à faire une quarantaine, soit sur place pour ceux qui préféreraient attendre dans le Hedjaz la fin de l'épidémie, soit dans le désert pour ceux, en plus grand nombre, qui suivraient la caravane.

Il n'y aurait pas à craindre que l'interdiction complète du retour par mer donnât lieu au danger de collisions que susciterait la prétention de régler l'embarquement, attendu que les pèlerins, n'ayant rien à attendre de ce côté, n'auraient aucun intérêt à se livrer à des violences.

Voici maintenant comment nous comprenons la pratique de cette mesure :

Et d'abord la mise à exécution en reviendrait tout naturellement au gouvernement ottoman, de concert avec l'administration égyptienne, et, s'il était nécessaire, avec l'aide de gouvernements alliés pour l'assistance maritime. Elle nécessiterait le concours :

1° De la commission sanitaire ottomane envoyée dans le Hedjaz, qui signalerait l'état sanitaire parmi les pèlerins;

2° De quelques navires de guerre pour interrompre les communications maritimes;

3° Et d'une surveillance organisée sur le littoral égyptien pour s'opposer au débarquement en cas d'infraction.

Cela étant, il serait procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf, bien entendu, les modifications que la conférence jugerait convenables :

1° En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins, les membres de la commission ottomane, assistés au besoin d'autres médecins commis *ad hoc*, signaleraient le fait aux autorités locales ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo, et en expédieraient l'avis en Égypte;

2° Sur la déclaration des médecins susmentionnés, les autorités proclameraient l'interdiction, jusqu'à nouvel ordre, de tout embarquement, et inviteraient les pèlerins à destination de l'Égypte à prendre la voie de terre;

3° En même temps les navires de guerre feraient éloigner des ports d'embarquement tous les bâtiments à vapeur ou à voiles qui s'y trouveraient, et exerceraient une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin;

4° Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les autorités égyptiennes interdiraient l'entrée à toutes les provenances de la côte arabique, à partir d'un point au sud de Djeddah qui serait déterminé ; de plus, elles assigneraient aux navires délinquants, après les avoir ravitaillés s'il y avait lieu, une localité sur la côte arabique, Tor, par exemple, où ils feraient quarantaine.

5° Quant à la caravane, elle devrait, selon l'usage, être arrêtée à plusieurs journées de marche de Suez; elle y serait visitée par une commission médicale, et ne recevrait l'autorisation de pénétrer en Égypte qu'autant que son état sanitaire serait reconnu exempt de danger. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Penard, ancien chirurgien en chef de l'hospice de Versailles, décédé dans sa soixante-dixième année.

— La septième livraison, première partie du tome quatrième du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* qui vient de paraître, comprend les mots : *Amygdale*, traité par MM. Liégeois pour l'anatomie, la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire et E. Vidal pour la pathologie médicale. — *Amyloïde* (anatomie pathologique), par M. V. Cornil. — *Analeptiques*, par M. Fonssagrives. — *Analyse* (chimie), par M. C. Lutz. — *Anaphrodisie* et *anaphrodisiaque*, (pathologie et thérapeutique) par M. Fonssagrives, (médecine légale), par M. G. Tourdes. — *Anaplastie*, par M. Verneuil. — *Anasarque* par M. E. Besnier. — *Anatomie*, par M. Béclard; (histoire), par M. A. Chéreau; (beaux-arts), par M. A. Dechambre; (philosophique), par M. A. Lereboullet; (pathologique), par M. Barth.

— M. le docteur Verrier recommencera son cours d'accouchements et manœuvres le lundi 26 mars, à trois heures et demi. S'adresser à M. Verrier, 72 *bis*, rue Bonaparte, de midi à une heure et demi.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 MARS 1866.

Considérations relatives à la prophylaxie de la variole.

Les discussions ouvertes, soit à l'Académie, soit au sein de quelques sociétés savantes, à propos de la vaccine, n'ont pas suivi jusqu'à présent une marche très-régulière. Cela ressemble un peu à un piétinage laborieux, incertain, par des chemins obscurs et tortueux. Il serait temps cependant de sortir de ce défilé, car le public attentif à la situation s'inquiète et demande qu'on l'instruise.

Dans un mémoire qu'il vient d'adresser à l'Académie de médecine, M. Pinel de Golleville limitant ses études et ses conclusions à l'un des points seulement de la grande question en litige, s'efforce de démontrer la nécessité d'un retour à la vaccination animale comme le moyen le plus efficace de prévenir la petite vérole.

Il est certain, dit-il, que la Société avertie par la simple observation, ne se croit plus suffisamment garantie contre l'une des maladies les plus redoutables pour l'espèce humaine. Il a été prévu depuis longtemps et il était facile de prévoir que le vaccin finirait par perdre de ses propriétés, en passant successivement à travers des organismes trop rarement exempts de quelque tare morbide; l'expérience est venue confirmer ce pressentiment de la théorie. Pour suppléer à cette insuffisance du remède, on a eu l'idée des revaccinations faites à des époques plus ou moins éloignées d'une première inoculation. L'expédient lui-même n'a pas répondu à ce qu'on en attendait, car parmi les personnes qui ont subi les atteintes de la variole, il s'en trouve plusieurs qui avaient été vaccinées deux et même trois fois. Un pareil état de choses ne recommande-t-il pas le *cow-pox*, de préférence au vaccin humain? A cette question qu'il se pose, M. Pinel répond par quatre propositions qui servent de base à ses conclusions finales.

Selon lui, l'insuffisance du virus vaccin pris sur le bras d'un enfant est incontestable; elle est implicitement démontrée par l'*utilité reconnue* des revaccinations, et elle a été mise dans toute son évidence par les nombreux cas de variole survenus chez des sujets qui avaient été vaccinés plusieurs fois.

La transmissibilité de certaines maladies virulentes, par l'intermédiaire du vaccin, est prouvée par des faits nombreux, signalés depuis un an surtout. Ces sortes de contaminations ne peuvent pas toujours être prévenues, parce que certains virus ne se manifestent par aucun phénomène extérieur actuel et que bien souvent ils se trouvent masqués par les dehors de la plus belle santé.

Le vaccin animal est essentiellement le vaccin naturel : il ne subit jamais d'altérations; depuis un demi-siècle il est employé à Naples, sans qu'on ait jamais constaté son insuffisance. L'inoculation du cow-pox est exempte de dangers : ses effets prophylactiques sont bien supérieurs à ceux que présente le vaccin humain.

Le virus-vaccin de la génisse offre tout autant et peut-être même plus de chances de succès que le virus-vaccin de l'enfant; mais il n'acquiert cette supériorité que lorsqu'il est possible de réunir certaines conditions voulues.

A ce propos, M. Pinel a consigné quarante-six observations d'inoculation pratiquée par lui, avec le cow-pox d'une génisse. Ces observations forment quatre groupes établis sur l'âge des sujets vaccinés.

Le premier groupe comprend 11 personnes ayant dépassé 40 ans; les deux plus âgées ont atteint, l'une 55 et l'autre 62 ans; 10 ont été vaccinées ou revaccinées; une seule, celle de 55 ans, n'a jamais été inoculée. M. Pinel a pratiqué sur chacun de ces sujets 8 piqûres ou incisions, 4 à chaque bras; chez 9, les pustules vaccinales se sont parfaitement développées.

Le second groupe se compose de 15 personnes âgées de 25 à 40 ans, ayant été vaccinées ou revaccinées; sur 13, le succès de l'inoculation avec le cow-pox a été complet.

Dans le troisième groupe se trouvent 10 personnes de l'âge de 12 à 25 ans, ayant été toutes vaccinées; 4 seulement avaient été revaccinées. Sur 7, pustulation parfaite; sur les 3 autres (sujets revaccinés), point de résultats.

Dans le quatrième groupe sont compris 10 enfants de 2 à 12 ans, dont 8 vaccinés et 2 revaccinés. 7 inoculations ont réussi; 1 est restée douteuse, 2 n'ont rien produit (l'une d'elles chez un enfant revacciné).

Certaines parties de ces observations, dit M. Pinel, jointes à celles qui ont été relevées par MM. Lanoix et Warlomont, me permettent de préciser ici plusieurs indications qui sont d'une importance extrême dans la pratique de la vaccination avec le cow-pox.

1° Les incisions superficielles de la peau me paraissent plus aptes que les piqûres horizontales, à l'absorption du vaccin.

2° L'âge de la génisse à inoculer, les soins hygiéniques dont on entoure l'animal, contribuent sensiblement au succès de l'opération.

3° J'attache une grande importance à la précaution de *raser à sec* la partie de l'animal sur laquelle on veut opérer l'inoculation; dans cette opération, la peau s'injecte à un certain degré qui me paraît favoriser singulièrement l'absorption du virus-vaccin.

4° Le cow-pox des 5e et 6e jours jouit de propriétés plus actives que celui des 7e et 8e, il réussit infiniment mieux chez les enfants; celui des 7e et 8e jours convient davantage pour les sujets âgés; le cow-pox du 9e jour est presque toujours mêlé de pus qui en altère les propriétés et l'action.

5° Le vaccin pris sur le pis des génisses est d'une limpidité parfaite qu'il conserve plus longtemps que celui qui est recueilli sur les pustules de la région hypogastrique ou périnéale; c'est celui qui me paraît devoir être préféré pour l'approvisionnement en tubes.

6° Le vaccin des 5e et 6e jours se conserve mieux que celui qui est plus avancé; la vaccination faite de pis à bras est la plus sûre.

7° Les obstacles au succès de la vaccination sur l'homme sont nombreux et complexes; les uns se rattachent au virus lui-même et à la manière de l'inoculer; les autres dépendent de diverses idiosyncrasies. Quand la peau du sujet est flasque et sans grande énergie vitale, le vaccin est plus difficilement absorbé. Il suffit alors de faire une friction un peu rudement menée, au moment de l'inoculation, pour ranimer l'activité fonctionnelle de l'organe. Je conseille pour ces frictions l'emploi d'un carré de molleton ou de la brosse électrique.

8° Lorsqu'on recueille le vaccin pour le conserver dans des tubes capillaires, je ne conseille point de fermer ceux-ci à la lampe, car j'ai remarqué que la chaleur y fait sécher le vaccin, et l'on a ainsi à craindre son altération; boucher à la cire me paraît préférable.

M. Pinel ne se flatte pas d'avoir exposé et résolu tout ce qui appartient à l'histoire de l'inoculation par le cow-pox; mais si quelques parties restent encore obscures, la lumière s'est faite sur les points en relief et les plus importants de la question. Ainsi, il reste prouvé pour lui que l'emploi du vaccin animal éteint sûrement toute aptitude à la variole, c'est-à-dire qu'il opère bien mieux que ne le fait le vaccin de l'homme; et secondement, qu'avec le cow-pox on se garantit de toute contamination morbide.

On trouvera peut-être que la démonstration manque un peu de corps et de substance; cela tient en grande partie à ce que, faisant une analyse très-sommaire du Mémoire de M. Pinel, j'en ai retranché des détails que j'ai cru devoir épargner au lecteur, afin de ne point distraire son attention.

[illegible]OUILLON.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. MOTET.

Observation de troubles vésaniques masquant le début d'une fièvre typhoïde.

Les maladies fébriles soit simples, soit exanthématiques, ont presque toujours des prodromes dont la marche régulière nous est bien connue. On les pourrait presque à l'avance diagnostiquer, lorsque les symptômes avant-coureurs se présentent avec leur physionomie accoutumée. Il n'en est plus de même si des manifestations insolites viennent prendre la place des manifestations habituelles, et l'embarras du médecin est d'autant plus excusable que la plupart du temps les accidents nouveaux qui se présentent à son observation sont d'une nature telle qu'ils absorbent à eux seuls toute l'attention, qu'ils masquent com-

(1) Observation lue à la Société de médecine de Paris.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES,
FONDÉ PAR M. DE MONTYON.
II.

IV. — M. le docteur Sucquet a soumis au jugement de la Commission un très-recommandable travail intitulé : *D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme* (1861) (avec planches).

On sait qu'entre les plus fines artérioles et les plus fines veinules il existe généralement une partie réticulaire, à mailles microscopiques, composée de tubes extrêmement ténus désignés sous les noms de *vaisseaux intermédiaires ou capillaires,* et dont les diamètres sont variables non-seulement selon les organes, mais encore dans un même organe suivant les conditions où il se trouve. Or une des questions les plus importantes de l'étude des vaisseaux capillaires, au point de vue du rôle qu'en vertu de leur contractilité propre ils remplissent comme régulateurs du mouvement du sang dans les organes, est celle qui se rapporte aux communications plus ou moins faciles que ces vaisseaux peuvent établir entre les artères et les veines, suivant les besoins de l'organisme. Vu l'existence généralement admise, chez l'homme, de trois variétés de capillaires, dont le calibre varie depuis 6 ou 7 millièmes de millimètres jusqu'à 10 ou 12 centièmes de millimètres, il est manifeste que la circulation capillaire doit subir des variations nombreuses : la plus grande partie du liquide étant détournée par les voies les plus larges, le courant se ralentira dans les capillaires les plus ténus, il pourra même survenir dans ces points des stagnations plus ou moins prolongées; et c'est par là qu'on a expliqué comment des substances que le sang a tenues en dissolution se conservent dans certains organes glandulaires longtemps après qu'elles ont été éliminées du reste de l'appareil circulatoire. Ainsi, le sang dans son circuit n'est pas forcé de traverser toujours les capillaires du plus petit calibre où il éprouverait des résistances considérables; dans certains cas, les communications peuvent s'établir entre les artères et les veines par les capillaires du plus fort volume. Ce n'est pas tout : les communications artérioveineuses peuvent avoir lieu *directement,* c'est-à-dire sans réseau capillaire intermédiaire, et entre vaisseaux visibles à l'œil nu ou aidé d'une simple loupe, comme l'avaient vu déjà quelques observateurs sur différents animaux.

Mais, avant M. Sucquet, aucun anatomiste n'avait entrepris un travail d'ensemble sur ce sujet important étudié spécialement chez l'homme.

M. Sucquet a observé les anastomoses larges et directes dont il s'agit spécialement dans les membres supérieur et inférieur et aussi à la tête. Tantôt un ramuscule artériel se jette dans un rameau veineux qui passe; tantôt un autre ramuscule artériel finit en une extrémité décroissante, et sur son parcours terminal il envoie des ramuscules transversaux dans une ou dans deux origines veineuses nées sur les côtés; tantôt enfin une autre artériole fait un crochet, et le vaisseau qui suit et qui s'éloigne en grossissant, est une veine, etc.; et ces anastomoses directes entre les deux ordres de vaisseaux ont un diamètre tel, avons-nous dit, qu'on peut les apercevoir avec une simple loupe.

Au membre supérieur, ces curieuses dispositions ont été signalées par M. Sucquet dans la peau des mains et notamment des doigts, dans le derme sous-unguéal, aux éminences thénar et hypothénar et aussi dans la peau qui recouvre la région du coude; au membre inférieur, dans la peau de la rotule, dans celle des orteils, de la plante des pieds, et dans le derme sous-unguéal. C'est, comme on le sait, des orteils et du pied que naissent les deux veines saphènes, comme les deux veines céphalique et basilique naissent de la main et des doigts. Or, l'apparition du sang artériel, dans les saignées rapides et abondantes des veines céphalique et basilique ou des veines saphènes, trouve son explication dans les communications si directes et relativement si larges qui existent entre ces veines et les artères qui fournissent le sang à leurs origines.

Après avoir rappelé avec raison que dans ces différentes veines superficielles, qui marchent sans artères parallèles, la circulation est intermittente, irrégulière, tantôt très-active et tantôt presque nulle, M. Sucquet propose de l'appeler *dérivative,* par opposition à la circulation *nutritive* qui au contraire est profonde, constante, régulière et toujours à peu près égale. L'existence d'une circulation dérivative dans les membres serait liée, d'après cet observateur, à la nécessité qu'il y a, s'il arrive à un moment donné trop de sang par les artères, que l'excès en soit dérivé momentanément dans les veines superficielles de ces membres, veines qui alors peuvent se dilater considérablement. Cette dérivation serait surtout nécessaire pour le membre abdominal où un trop-plein artériel peut se produire si aisément en raison de la déclivité.

A la tête se rencontre aussi cette curieuse disposition d'artérioles se recourbant en anse pour se continuer directement avec des veinules sans réseau capillaire intermédiaire. Elle se voit surtout dans la peau de la face en général, et notamment dans celle du front, du nez, des lèvres et du bord libre des oreilles. Comme aux extrémités terminales des membres, il y a donc lieu de distinguer ici deux circulations différentes dans leur but : l'une profonde, constante, régulière et relative à la nutrition de la face; l'autre superficielle, très-mobile, inconstante et *dérivative.*

L'appareil circulatoire dérivatif de la face, comme le fait re-

plétement les phénomènes de début de la maladie dont ils sont cependant déjà l'expression première.

Un fait que nous avons observé, dont les détails ont été soigneusement recueillis par nous, nous a semblé digne, Messieurs, de vous être présenté. Nous vous prions de nous permettre, après vous l'avoir raconté, de vous exposer quelques-unes des considérations qu'il nous a suggérées.

M. J... homme de lettres, âgé de 31 ans, d'une constitution assez délicate, d'un tempérament nerveux, est pris au milieu des apparences de la santé, d'un état de tristesse et de découragement profond. Il s'occupait assidûment depuis quelques jours de la correction des épreuves d'un volume de poésies qu'il se proposait de publier. Sa jeune femme, sa famille ne s'inquiétèrent pas de ces dispositions d'esprit. On ne vit là que l'exagération d'une sensibilité habituellement très-vive, et l'on était porté à expliquer ce changement d'humeur par la fatigue que causait le travail de révision minutieuse auquel M. J... se livrait. Quatre jours se passent ainsi, quelques préoccupations de nature hypochondriaque se révèlent, et le 27 avril 1864, la famille commençant à s'inquiéter fait appeler son médecin, l'un de nos confrères les plus justement estimés. Il n'y avait pas de fièvre, pas d'altération des traits du visage, pas d'bébétude. Rien autre chose qu'un état de malaise vague; un peu d'embarras gastrique. On prescrivit un purgatif salin, et le repos absolu.

Le même jour, les idées mélancoliques s'accusent davantage. M. J... prend en horreur l'appartement qu'il habite; il y étouffe, il y est empoisonné, dit-il, par des miasmes, il veut partir pour la campagne; il faut hâter les préparatifs si l'on ne veut pas que son odieuse maison devienne son tombeau. Il est inquiet, se lamente, repousse sa femme, refuse de manger sous le prétexte que ses aliments sont ou mal préparés, ou salés par des poussières délétères. Dans la journée du 28, après une nuit passée sans sommeil, ses plaintes redoublent. On parvient à grand'peine à faire accepter le purgatif prescrit la veille. D'abondantes évacuations ont lieu; elles ne sont pas suivies de calme, loin de là, car vers le soir surviennent des hallucinations de la vue et de l'ouïe. M. J... s'enferme dans sa chambre. Les supplications, les prières de sa femme, de son beau-père ne sont pas écoutées. Il devient menaçant, agressif. Tout le monde autour de lui s'effraye. On craint qu'il ne se précipite par la fenêtre de sa chambre à coucher ou qu'il ne cherche à s'échapper de l'appartement. Vers trois heures du matin, en proie à un accès de terreur provoqué par des hallucinations, il s'arme d'une canne à épée, il sort de sa chambre, fait sauter la serrure qui ferme la porte d'entrée de l'appartement, descend l'escalier, arrive chez le concierge qui, à la vue de l'arme, n'ose refuser d'ouvrir, et M. J... s'élance dans la rue. Il se dirige vers un poste de sergents de ville, il y réclame aide et protection. Le chef du poste cherche à calmer son exaltation, et le retient jusqu'à l'arrivée du beau-père. On envoie immédiatement prévenir le médecin de la famille, M. le docteur Wieland, et à six heures du matin, le 29 avril 1864, M. J... est amené dans la maison de santé que M. le docteur Mesnet et moi nous dirigeons.

Nous constatons à l'entrée l'existence de nombreuses préoccupations délirantes; presque toutes sont des idées de persécutions, auxquelles se mêlent des conceptions délirantes de nature hypochondriaque. M. J... se croit en butte à un système de machinations perfides. On veut le tuer, on lui envoie des émanations fétides dans son appartement. Tout le monde le trompe. Il est perdu. Nous le faisons coucher un peu malgré lui, et nous le plaçons sous la surveillance d'un domestique. Quelques heures après, nous nous rendons près de lui, et nous apprenons qu'il a été très-agité, renouvelant ses plaintes, et qu'il n'a pas paru s'inquiéter de se trouver dans un lieu qu'il ne connaît pas. Nous lui trouvons la physionomie altérée, mais il est sans fièvre; il ne veut prendre qu'un peu de bouillon. La journée du 29 est tout entière remplie par un délire vésanique très-nettement caractérisé; vers le soir les hallucinations de la vue augmentent, elles présentent quelques-uns des caractères des hallucinations du delirium tremens. Les renseignements qui nous ont été donnés nous permettent d'éloigner complétement l'idée d'un intoxication alcoolique. Jusqu'à ce moment il était à peu près impossible de déterminer ce à quoi nous allions avoir affaire. Mais le lendemain matin, 30 avril, nous vîmes le malade avec son médecin, M. le docteur Wieland; nous le trouvons avec la peau chaude, fébrile, le pouls un peu fréquent, la face animée, l'œil brillant, la langue est humide encore, le malade est toujours dominé par ses idées de persécutions; il désire qu'on prépare promptement son retour à la campagne, près de sa mère. Nous le tenons aux boissons délayantes, aux bouillons coupés. Nous faisons donner un lavement émollient.

Le 1er mai, à notre visite, la fièvre est plus vive, la peau plus chaude; le ventre est souple, indolore, sans gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais la physionomie a quelque chose de spécial qui éveille nos soupçons; nous examinons les régions thoraciques et abdominales, et nous trouvons une tache suspecte. D'un autre côté, l'intelligence nous semble moins troublée : les réponses sont plus nettes, plus promptes; les idées délirantes sont moins accusées, quelques souvenirs, puis des appréciations exactes se manifestent, l'état cérébral enfin paraît meilleur, mais l'état général est moins bon. Le diagnostic de fièvre typhoïde est désormais certain.

Jusqu'au 15 mai, il n'y eut à bien dire rien de particulier dans l'état de M. J... La fièvre parcourut régulièrement ses périodes; exempte de complications, elle paraissait devoir se terminer d'une manière favorable, quand tout à coup le délire reparut, non pas avec son caractère primitif, mais bien avec celui du délire fébrile. C'étaient des rêvasseries, un bavardage incohérent, des lambeaux de phrases dans lesquelles reparaissait souvent l'idée du départ pour la campagne. Il y eut alors des tremblements fibrillaires dans les lèvres, des soubresauts de tendons, de la carphologie. Tout cela se développa brusquement, et la forme adynamique se dessina. MM. les docteurs Pidoux et Hérard furent appelés en consultation. On décida qu'il y avait lieu de donner du musc associé au quinquina; du 15 au 17 cette médication fut continuée. Le 17 au matin, la parole est plus nette, l'intelligence est moins obtuse que les deux jours précédents; le malade se trouve mieux, il ne se plaint que d'une légère douleur à droite, dans les parois de la poitrine. Chaque jour l'auscultation nous avait renseigné sur l'état des voies respiratoires, nous étions certains qu'il n'y avait rien de plus la veille que des râles muqueux et sibilants; le 17 au soir, il y avait un point pneumonique à gauche, nous trouvions du souffle à la base, dans une étendue très-limitée, des râles crépitants disséminés dans les deux tiers de la hauteur.

Dans la journée, le pouls monte à 120. La peau est chaude, sans sécheresse. La langue se recouvre d'enduits noirâtres, de mucosités épaisses et visqueuses. Le délire paraît de nouveau, avec des hallucinations terrifiantes de la vue. A chaque instant, M. J... craint de tomber dans un précipice ouvert devant lui, il se jette de côté, il faut le maintenir dans son lit. Il reconnait à peine les personnes qui l'approchent. Urines involontaires. Vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine. Ventouses sèches promenées sur les cuisses. Potion avec 60 centigrammes de musc et 4 grammes d'extrait mou de quinquina. Nous continuons à lui donner du bouillon.

Le 18, carphologie, soubresauts de tendons; respiration anxieuse, 56 inspirations par minute; pouls à 120. Sécheresse de la peau et de la muqueuse buccale. Visage rouge, yeux animés, brillants. MM. les docteurs Pidoux, Hérard et Wieland le voient encore : ils conseillent des lotions vinaigrées, un lavement campbré, et du calomel à doses fractionnées. Après les lotions, deux vésicatoires sont appliqués aux mollets.

L'emploi de ces moyens n'amène pas de résultat beureux. Les symptômes s'aggravent et M. J... succombe le 21 mai.

L'examen nécroscopique ne put être fait.

Telle est cette observation dont j'ai beaucoup abrégé les détails : ce que je tenais, Messieurs, à vous signaler plus particulièrement, c'étaient les troubles vésaniques du début, et circonstance bien digne d'être remarquée, ce ne fut pas dans la famille de M. J... le premier cas de ce genre. Nous avons appris qu'un oncle de ce jeune homme était mort à trente ans, à peu près de la même manière. Nous avions assisté à l'évolution d'une affection typhoïde qui emprunta peut-être son cachet spécial, non pas seulement à la constitution sur laquelle elle se développait, mais encore à l'une de ces prédispositions mystérieuses dont les lois nous échappent si souvent.

Il était intéressant de rechercher des faits semblables à celui que nous venons de vous exposer, de voir si nous retrouvions la trace dans les écrits des médecins qui s'occupent spécialement des aliénations, de délires prodromiques de la fièvre typhoïde. Nous connaissions bien ce qui avait été publié sur les démences aiguës consécutives; mais les travaux consacrés aux troubles vésaniques de la première période sont moins nombreux et moins connus. Dans la thèse si complète de M. le docteur Loiseau sur les folies sympathiques, ces délires sont indiqués, mais d'une manière générale seulement. Le travail, devenu classique, de M. le docteur Brierre de Boismont sur le délire aigu des maisons d'aliénés, ne fait que toucher à un point de la question. Voici ce que dit M. Brierre de Boismont : « De toutes ces maladies, celle qui détermine le plus souvent le délire aigu est la fièvre typhoïde. Cette fièvre, qu'on a longtemps désignée sous le nom d'ataxique, est souvent fort difficile à reconnaître au début. Les malades sont agités, furieux, il faut les contenir avec la camisole de force; leur œil est hagard, leur physionomie menaçante. Le trouble de la raison est général; ils crient, gesticulent, parlent avec une extrême volubilité, ne répondent point aux questions qu'on leur adresse, par moments ils refusent de boire, la face est rouge, les yeux injectés, le pouls fébrile. L'obscurité du diagnostic se dissipe peu à peu à l'aide des signes fournis par le facies, le ventre, la langue et les circonstances commémoratives, etc. »

Cette description, d'une exactitude parfaite, reproduit les traits principaux du délire aigu; mais dans le cas qui nous occupe, nous n'avons pas eu ce degré d'excitation maniaque, qui va parfois jusqu'à la fureur. Nous avons eu plutôt la dépression mélancolique, bien plus en rapport d'ailleurs avec l'état adynamique qui se révéla plus tard. Une observation publiée par M. le docteur Lacannal dans les *Annales médico-psychologiques,* se rapproche des faits signalés par M. le docteur Brierre de Boismont. Il s'agit d'une fille de vingt-trois ans, envoyée de l'hôpital de Lourcine, à la Salpêtrière. Elle y arrive « maintenue par la camisole, qu'on est obligé de lui laisser à cause de son agitation. Assise sur un fauteuil, elle est tantôt silencieuse et dans une sorte de stupeur, tantôt elle pousse des cris, se livre à des mouvements convulsifs, et s'efforce de se débarrasser des liens qui la maintiennent. » Quatre jours se passent sans que le délire se modifie, l'état de la malade s'aggrave, et malgré la médication employée, elle tombe presque tout à coup de l'agitation dans une prostration extrême. De la contracture se manifeste aux membres thoraciques, un coma profond s'établit au sixième jour après l'entrée, et le huitième la malade succombe. A l'autopsie, on constate les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde : ulcérations des plaques de Peyer, et quelques follicules isolés, enflammés dans la partie supérieure de l'iléon.

M. Lacannal fait suivre cette observation des réflexions suivantes : « Cette observation, dit-il, est remarquable sous le rapport du diagnostic : 1° par la difficulté ou même l'impossibilité de reconnaître l'affection intestinale, la plupart des symptômes s'expliquant par l'affection cérébrale qui à elle seule absorbait toute l'attention. La petitesse du pouls, la fétidité de l'haleine sont, il est vrai, des symptômes de la lésion intestinale que nous avons constatée, mais cela pouvait-il suffire à établir un diagnostic? Pouvait-on penser à une fièvre typhoïde quand en même temps on observait des symptômes si évidents d'une affection cérébrale grave?

« 2° Ce fait est encore remarquable comme un exemple d'une maladie aiguë prise pour l'aliénation mentale. Cela arrive d'ailleurs assez fréquemment, et on voit souvent arriver dans les sections d'aliénés des malades qui ont une fièvre typhoïde, une méningite. Le diagnostic est souvent très-difficile. Rien de plus facile que de confondre ces maladies avec le délire maniaque aigu avec fièvre, qui est souvent le début d'un accès de manie de la paralysie générale. »

Nous trouvons dans le même nnméro des *Annales médico-psychologiques* une observation de M. le docteur Baillarger.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, qui entra, le 31 janvier 1841, dans le service de M. Métivié, à la Salpêtrière. Elle était à la suite de chagrins, venue à Paris, s'était placée comme demoiselle de magasin. Elle était habituellement triste; sa menstruation irrégulière, cependant sa santé n'était pas mauvaise. La maladie débute le 18 janvier.

---

marquer M. Sucquet, est celui qui traduit si bien à l'extérieur l'état actuel de la circulation dans cette partie du corps : ainsi, vient-il à se désemplir, comme dans la frayeur, on voit la face se décolorer et pâlir; au contraire, est-il distendu, comme cela s'observe chez l'homme en état d'ivresse ou bien chez l'homme en colère, la face devient vultueuse et rouge momentanément.

Quand cet appareil vasculaire dérivatif de la tête a été très-fréquemment distendu par l'afflux sanguin (ainsi que cela a lieu chez les ivrognes de profession), alors il finit par se multiplier et s'élargir d'une manière durable : aussi, chez eux, les joues, les oreilles, le nez sont-ils continuellement rouges. Le nez prend même des proportions nouvelles, il se déforme, se recouvre de veinules visibles à l'œil nu, et la dissection montre qu'il est devenu alors une sorte d'organe érectile. — Évidemment, le but d'une pareille circulation dérivative de la face doit être surtout de détourner de l'encéphale un afflux sanguin trop considérable et qui pourrait être dangereux.

Les faits et les déductions qui viennent d'être rappelés suffisent pour témoigner de tout l'intérêt que présente le travail de M. Sucquet au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie.

Votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Sucquet une mention honorable avec 1,500 fr.

V. — Dans un ouvrage ayant pour titre : *La folie devant les tribunaux,* M. Legrand du Saulle a exposé avec art et discuté avec talent les émouvants problèmes que soulève la médecine légale des aliénés. Abordant, par exemple, l'étude des testaments entachés de folie ou considérés comme tels, il a cru, pour pouvoir écrire avec autorité l'histoire médico-légale des dernières volontés, devoir interroger dans les hôpitaux de Paris un très-grand nombre d'agonisants. S'étant livré durant plusieurs années à ce genre de recherches dans le but de doser en quelque sorte la somme d'intelligence qui subsiste chez l'homme, aux moments avant-coureurs de sa dissolution physique, il a classé, à son point de vue particulier, les lésions si diverses qui conduisent à la mort et spécifié les conditions intellectuelles, morales ou affectives qui, suivant lui, permettent de tester sainement et librement.

L'auteur a aussi traité, avec un soin digne d'éloges, les questions médico-légales relatives aux névroses convulsives : il s'est appliqué, d'une part, à définir le retentissement possible de l'hystérie sur la raison et sur la criminalité, de façon à ne guère laisser désormais de prise à l'erreur, et il s'est aussi appliqué, d'autre part, à établir que l'épilepsie et le vertige épileptique modifient ordinairement, et d'une façon déterminée, le caractère, les habitudes, les mœurs, le degré de responsabilité et la capacité civile des malades. M. Legrand du Saulle a appuyé sa manière de voir sur des observations d'un intérêt saisissant, et il a procédé de même dans les chapitres consacrés à l'ivresse, à l'alcoolisme, à l'état mental des pellagreux, au somnambulisme naturel, à l'érotisme, à l'anthropophagie, à la monomanie, à la nostalgie, à la congestion et à l'bémorrhagie cérébrales, etc.

En exposant l'influence que les principales déviations de l'entendement humain peuvent exercer sur la criminalité, M. Legrand du Saulle a été amené à donner son opinion sur les plus graves sujets de psychologie et de pathologie : il l'a toujours fait avec clarté, sagesse et élévation. En montrant comment doit être conduite une expertise, de quelle façon il convient d'interroger les malades et de démasquer la fraude, il a certainement éclairé la route qui mène à la constatation exacte des phénomènes psychiques et morbides du cerveau, et rendu service à la science, à la magistrature et au barreau.

La commission propose d'accorder à M. le docteur Legrand du Saulle une mention honorable avec 1,500 fr.

VI. Elle propose également à l'Académie d'accorder la même marque de distinction à M. Desormeaux pour son invention de l'*endoscope,* et les utiles applications qu'il a su faire de cet instrument au diagnostic et au traitement des affections de l'urètre et de la vessie. L'endoscope permet, par exemplo, de reconnaître des lésions différentes qu'un symptôme commun avait fait réunir, sous le nom de *blennorrhée,* en une seule maladie, et, après avoir aidé à les distinguer, il donne le moyen de leur appliquer le traitement local qui leur convient le mieux, de le diriger de l'œil et d'arriver plus vite et plus sûrement à des guérisons fort difficiles à obtenir avec les moyens ordinaires. Il montre au chirurgien la disposition des rétrécissements confirmés de l'urètre et lui fournit de la sorte des indications précieuses, en même temps qu'il lui permet de les franchir et de les inciser dans le cas même où, par tous les autres moyens, il y a impossibilité de trouver leur orifice.

Dans la vessie, il fait reconnaître les tumeurs de nature diverse; les calculs dont l'œil peut apprécier la forme et le volume; l'état sain ou malade de la surface vésicale, ainsi que les dispositions que cette surface peut affecter autour des pierres enchatonnées.

Il est facile de voir, par ces quelques exemples, quel parti le chirurgien pourra tirer de pareilles notions dans les opérations qu'il aura à pratiquer sur la vessie.

L'usage de l'endoscope s'étend encore à d'autres organes que le spéculum ne peut atteindre, tels que la voûte des fosses nasales, la cavité utérine, la partie supérieure du rectum, etc.

En permettant aux yeux de diriger la main dans lo traitement de maladies chirurgicales, situées dans les organes intérieurs, l'usage de cet instrument a contribué au progrès de la chirurgie, et par les notions plus exactes qu'il a pu fournir dans le diagnostic de certaines affections, et par la sûreté plus grande qu'il a apportée dans l'emploi des moyens propres à les combattre.

Pendant trois ou quatre jours, céphalalgie frontale, très-grande faiblesse, sorte de stupeur, parole lente, réponses difficiles, insomnie, pas de délire, pas d'épistaxis. Le quatrième jour, application de vingt sangsues aux cuisses. Quelques heures après l'application des sangsues, délire général, convulsions. Deux médecins déclarent la malade aliénée et hystérique; ils engagent les parents à la placer dans une maison de santé. Pendant les jours suivants on se borne à donner des tisanes, le délire continue; la malade dit qu'elle va mourir, qu'elle a déshonoré sa famille, elle s'accuse d'avoir volé. Insomnie, agitation, cris, etc. Entrée à la Maison Dubois le 28 janvier, elle en sort le 31 pour être conduite à la Salpêtrière comme aliénée. La malade avait cherché à se jeter par la fenêtre. Voici la note textuelle portée sur le registre des entrées: « Mélancolie sans paralysie du mouvement ni du sentiment. Faiblesse très-grande, pas de céphalalgie. Insomnie, tristesse, hallucination de l'odorat. Elle dit sentir une odeur insupportable, une véritable peste.

Le 3 février, la malade est très-agitée, son délire est général; on obtient cependant quelques réponses aux questions qu'on fait. Tout ce qui se dit autour de la malade est bien compris par elle; ainsi, entendant prescrire des remèdes, elle se plaint que ses parents ne pourront pas payer. On cherche à lui persuader que cela ne coûtera rien, elle répète: je sais bien que vous ne me donnez pas cela pour rien, etc. Elle prétend n'avoir plus de bouche, qu'elle n'a pas de langue, etc. Les pommettes sont rouges et chaudes, les yeux brillants, injectés, agités de temps en temps de mouvements convulsifs; dents très-fuligineuses, langue sèche, commençant à se noircir au milieu; peau chaude, pouls très-petit, fréquent (120 pulsations); soubresauts des tendons presque continuels. Quand la malade veut montrer sa langue, elle n'y parvient qu'avec peine. Celle-ci est tremblante. La malade succombe le 6 février, vers le vingtième jour. A l'autopsie on trouve dans l'intestin grêle un grand nombre d'ulcérations qui deviennent de plus en plus larges et rapprochées à mesure qu'on avance vers le cæcum. Le gros intestin est sain. L'examen du cerveau est presque négatif; le feuillet viscéral de l'arachnoïde offre à peine quelques petites plaques opalines, près les glandes de Pacchioni; il a dans tout le reste de son étendue sa transparence normale.

La pie-mère est injectée, mais seulement dans ses grosses veines, les circonvolutions apparaissent presque partout à travers les membranes avec la couleur blanche; il n'y a à leur surface ni sérosité, ni injection fine, ni taches rouges de sang épanché. Entre les circonvolutions on trouve dans quelques points un peu de sérosité; les membranes s'enlèvent assez difficilement à cause de leur ténuité, il y a cependant près de la ligne médiane un peu d'épaississement, point d'adhérences; les circonvolutions ne sont pas injectées de sang à leur surface. A la base du cerveau, les membranes sont encore moins injectées et plus saines que sur la convexité. Consistance normale des deux substances.

M. Thore a publié d'intéressantes études sur les maladies incidentes des aliénés; la fièvre typhoïde a nécessairement trouvé sa place dans son travail, mais comme il ne s'est occupé que des désordres consécutifs à cette affection, nous ne voulons pas y insister ici. Il en est de même du mémoire de M. Sauvet; ces deux auteurs ont signalé la démence aiguë consécutive, en rapport d'ailleurs avec l'état d'anémie cérébrale qu'on constate dans des affections à longue durée, où la convalescence marche lentement. Mais la folie au début, telle que la montre notre observation, n'a pas échappé à MM. Baillarger, Marcé, Morel, Dumesnil, Schloger. Ils ont tous vu des malades se présenter à eux sous les apparences de la mélancolie avec stupeur, rester pendant plusieurs jours dans un état de dépression plus ou moins marquée, et la fièvre ne se révéler que plus tard avec ses caractères propres. Rien de plus facile à notre sens que de méconnaître au début une fièvre typhoïde qui s'annonce ainsi. L'aliéné mélancolique présente les mêmes troubles du côté des muqueuses et de l'appareil circulatoire: sa bouche se sèche, par suite du refus des aliments et des boissons. La constipation donne à son haleine une fétidité qu'on retrouve encore dans la fièvre; même torpeur, même engourdissement physique et moral. Le délire est-il plus bruyant, plus expressif? Il a les caractères du délire maniaque, son incohérence, ses impulsions violentes. Frappé de ces difficultés, cherchant à les résoudre, M. Dumesnil s'est appliqué à trouver un signe qui permît de diagnostiquer sûrement le début de la dothiénentérie; et en examinant les urines de deux malades soumis à son observation, il a constaté la coagulation de l'albumine par les réactifs accoutumés: trop judicieux, trop sage pour prétendre à l'infaillibilité de ce signe, M. Dumesnil le signale à l'attention des observateurs. Nous ne l'avons pas recherché nous-même, mais il nous semble que M. A. Voisin a eu raison d'en discuter la valeur. Dans beaucoup de cas l'albumine ne se révèle pas dans la fièvre typhoïde. M. Andral, M. Becquerel, M. Bouillaud rattachent sa présence à un état hyperhémique du rein, qui dans la dothiénentérie se rapproche des hyperhémies splénique, hépatique, cérébrale même. L'irrégularité de son apparition ne permet donc pas d'en faire un symptôme d'une importance absolue, et s'il est vrai qu'on l'ait rencontré surtout dans les cas graves, il n'est pas moins vrai encore qu'aussi souvent il a manqué.

Pour nous, les délires vésaniques survenant comme prodromes d'affections aiguës, fièvres typhoïdes, pneumonies, état puerpéral même, doivent être rangés dans la classe des folies sympathiques, dont la place dans le cadre de l'aliénation mentale est légitimement acquise. Nous n'avons eu d'autre but en vous présentant, Messieurs, une observation nouvelle, que d'appeler une fois de plus encore l'attention sur des faits qui ne sont pas très-communs. Il y a tout avantage, il nous semble, à rattacher, toutes les fois que l'occasion s'en présente, la folie aux troubles généraux de l'organisme de quelque nature qu'ils soient, à ne pas circonscrire d'une manière trop absolue les aliénations mentales dans le cercle étroit d'une spécialité. Cette doctrine qui nous rapproche de l'école dogmatique allemande, ne doit pas non plus être exclusive; mais elle a cela de bon, qu'elle permet de considérer les troubles de l'intelligence comme l'expression d'une lésion matérielle des organes, qu'elle soit ou non appréciable à nos moyens actuels d'investigation. Elle encourage les recherches, elle les guide parfois, et en faisant entrevoir le but à atteindre, elle indique aussi les procédés pour y parvenir. Chacun est apte à poursuivre des recherches de ce genre, et si, dans leur marche si souvent bizarre, dans leurs symptômes d'une mobilité extrême, les folies doivent être dirigées par des hommes qui s'appliquent à les suivre, les problèmes qu'elles soulèvent sont du domaine commun, chacun y peut apporter le tribut de ses appréciations, de ses recherches. Pour nous, bien souvent nous ne voyons que la maladie confirmée, le médecin qui assiste au début, qui depuis longtemps est au fait des prédispositions héréditaires ou acquises de ses malades, qui connaît leur tempérament, leurs habitudes, en sait bien plus que nous sur l'influence des causes générales ou spéciales qui ont préparé l'explosion du délire.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la douleur provoquée chez les choréiques.

Dans une dissertation inaugurale récente, M. Rousse appelle l'attention sur un phénomène signalé pour la première fois par M. le docteur Triboulet. Il s'agit d'une douleur siégeant, en des points déterminés, sur le trajet des nerfs, correspondant exactement à la distribution des mouvements choréiques. Cette douleur n'apparaît pas spontanément, mais on la provoque par la pression, et alors elle peut, si la pression est continuée graduellement, s'exagérer au point de devenir intolérable et d'amener des modifications remarquables du côté des mouvements et de l'intelligence.

Pour produire cette douleur, il faut presser avec la pulpe du doigt successivement sur toute l'étendue d'un nerf et de ses principales ramifications. On reconnaît et on circonscrit parfaitement, par ce mode d'exploration, la surface occupée par les points douloureux. On constate aussi que ce sont des points qui n'ont que 1 ou 2 centimètres de diamètre, et souvent on voit la douleur cesser brusquement pour reparaître ensuite 5 ou 6 millimètres plus loin.

M. Rousse, prévoyant les objections qu'on pouvait lui adresser, a eu soin d'explorer comparativement un sujet sain et un sujet choréique, ou mieux chaque côté du corps chez les individus atteints d'hémichorée. On remarque, dit-il, que la pression exercée dans certains points du côté malade provoque une douleur très-vive, tandis qu'une pression égale dans les points symétriques au côté sain n'est suivie d'aucune douleur.

Quant aux endroits précis où siégent les foyers douloureux, ils se confondent entièrement avec les points névralgiques indiqués par Valleix.

Une exploration de tous les jours permet de constater que la douleur ainsi provoquée, augmente avec la maladie et qu'elle diminue quand la chorée marche vers la guérison. Du reste, dans les alternatives de mieux, on observe un amoindrissement dans la douleur.

La pression exercée sur les points douloureux ne provoque pas seulement de la douleur, mais elle amène encore une exagération des mouvements involontaires. « Si, dit M. Rousse, l'on avait affaire à un enfant présentant dans les bras des convulsions musculaires peu marquées, on voyait aussitôt celles-ci devenir plus fréquentes, et amener des mouvements beaucoup plus étendus que ceux qui se produisaient avant l'exploration, passait-on à un sujet plus malade, le phénomène devenait plus évident, et l'on voyait l'enfant exécuter des gestes très-étendus et se jeter de tous les côtés. »

A côté des troubles de la motilité, la pression exercée sur les points douloureux en produit d'autres dans les facultés intellectuelles. « On sait, dit M. Rousse, que quelquefois la chorée produit des troubles dans les fonctions intellectuelles. Certains enfants deviennent plus capricieux et plus difficiles à conduire; chez d'autres la chorée amène un état d'idiotie plus ou moins marqué. Chez ces derniers l'exploration des foyers choréiques augmente cette idiotie à un point tel que quelquefois, pendant toute une journée, l'enfant est incapable de prononcer une parole raisonnable, de faire un acte en rapport avec l'état journalier de ses facultés intellectuelles. Des troubles se remarquent également dans la parole. Beaucoup d'enfants éprouvent par suite de la chorée une difficulté plus ou moins grande à parler. Les malades présentant cette particularité la voient beaucoup augmentée après l'exploration des foyers choréiques. »

Enfin les points douloureux persistent encore, quoique plus difficiles à constater, lorsqu'il y a en même temps de l'hyperesthésie ou de l'analgésie cutanée.

Guérison d'un cas d'épilepsie au moyen de cautérisations pharyngées.

Depuis les belles recherches du docteur Brown Séquard sur l'épilepsie de cause réflexe, la science a enregistré un certain nombre d'observations où la guérison fut obtenue à l'aide de cautérisations diverses. Voici un nouveau fait de ce genre, rapporté par le docteur Fontaine, dans le n° 1 des Bulletins de la Société médicale de l'Aube. Il s'agit d'une petite fille de neuf ans, sujette depuis sa première enfance à des attaques d'épilepsie devenues très-fréquentes. Elle eut une scarlatine et une angine couenneuse pour laquelle des cautérisations pharyngiennes furent pratiquées avec l'acide chlorhydrique. Or, depuis cinq mois il n'y a plus eu d'attaques d'épilepsie.

M. Fontane attribue avec raison la guérison à la cautérisation du pharynx. Ces cautérisations pratiquées sur un point intermédiaire entre le centre nerveux et le point de départ de l'aura qui était le cœur chez la malade, auraient exercé une certaine action sur les nerfs chargés de transmettre l'impression morbide, et par suite suspendu les attaques. M. Fontane cite à l'appui de cette explication les préceptes de Willis,

VII. — MM. Stœber et Tourdes ont adressé, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un ouvrage ayant pour titre: *Topographie et histoire médicale de Strasbourg et du département du Bas-Rhin.*

Cet ouvrage considérable est riche de documents utiles se rapportant: à la météorologie envisagée surtout dans ses rapports avec les maladies et avec la mortalité; à la statistique médicale; à l'étude des maladies endémiques et épidémiques de cette contrée; à l'histoire de l'ancienne Université de Strasbourg et de la Faculté nouvelle, etc. Il a fixé l'attention de la Commission et a paru digne d'une *citation très-honorable* dans le rapport.

Pareille citation est accordée à M. le docteur Moura pour un instrument imaginé par lui et servant à lier les polypes du larynx.

LONGET.

PRIX BARBIER.

Le prix Barbier devant être accordé *à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir* (1), la Commission a distingué deux travaux qui lui paraissent bien rentrer dans le programme de ce concours. D'une part un travail de MM. Baillet et Filhol, intitulé: *Études sur l'ivraie enivrante (Lolium temulentum)*; d'autre part un travail de MM. Vée et Leven, intitulé *Recherches chimiques et physiologiques sur un alcaloïde extrait de la fève de calabar.*

MM. Baillet et Filhol ont montré qu'il existe dans le *Lolium temulentum* deux substances toxiques bien distinctes par leurs propriétés physiques et chimiques aussi bien que par l'action sur l'économie animale. L'une de ces substances est insoluble dans l'eau et soluble dans l'éther, tandis que la deuxième se dissout très-bien dans l'eau et refuse, au contraire, de se dissoudre dans l'éther. Aucune de ces substances n'est volatile. Le principe actif soluble dans l'éther exerce sur le système nerveux une action stimulante spéciale qui n'est pas sans analogie avec celle de la strychnine. Le principe actif soluble dans l'eau produit une action stupéfiante qui se traduit par des phénomènes de prostration remarquables, rappelant ceux qu'on observe chez l'homme qui a abusé des liqueurs alcooliques. Cependant l'ivresse produite par le *Lolium* se distingue de celle que produisent les liqueurs alcooliques en ce qu'elle n'a pas pour effet, comme cette dernière d'obscurcir l'intelligence.

Le point important du travail de MM. Baillet et Filhol est donc d'avoir séparé, dans le produit toxique complexe tel que le présente l'extrait de l'ivraie enivrante, deux principes toxiques distincts par leurs propriétés chimiques et très-différents par leur action physiologique. Sans doute ce n'est point une analyse suffisante: les deux principes toxiques séparés ne sont point isolés à l'état de corps définis, et ils sont peut-être eux-mêmes encore complexes; mais les résultats signalés par MM. Baillet et Filhol sont des faits importants obtenus dans une bonne voie de recherches. C'est pourquoi la commission a voulu récompenser les auteurs et les engager à poursuivre dans la même direction ces études longues et difficiles.

MM. Vée et Leven ont porté leurs investigations sur l'extrait de la fève de calabar (semence du *Physostigma venenosum*), dont divers physiologistes ont bien établi, dans ces dernières années, l'action vénéneuse et démontré la propriété singulière de faire contracter la pupille quand on le dépose sur la conjonctive, cette propriété a fait que la fève de calabar a été considérée comme ayant une action antagoniste à celle de la belladone.

Le point nouveau et important du travail de MM. Vée et Leven est d'avoir séparé le principe actif pur. En effet, ces auteurs ont donné le moyen d'extraire de la fève de calabar une substance cristallisable capable de saturer les acides, à laquelle ils ont donné le nom d'*ésérine*. MM. Vée et Leven ont ensuite fait des expériences comparatives avec leur produit pur et l'extrait de la fève elle-même, et ils ont constaté que l'*ésérine* constituait le principe actif unique de la fève de calabar, en ce sens qu'elle possède sans exception toutes les propriétés toxiques et médicamenteuses de l'extrait. Ils ont montré:

1° Que l'*ésérine* produit sur la pupille et sur l'économie animale les mêmes effets que l'extrait de la fève de calabar, quelle que soit la voie d'absorption;

2° Qu'on peut opposer l'*ésérine* à l'atropine pour combattre la mydriase produite par cette dernière, et l'employer à l'intérieur dans les cas où la fève de calabar peut être prescrite. MM. Vée et Leven n'ont point encore fait l'analyse élémentaire de l'alcaloïde auquel ils ont donné le nom d'*ésérine*; ce sera un complément nécessaire de leur travail. Mais telles qu'elles sont, les recherches de MM. Vée et Leven ont fait faire un grand pas à l'histoire du principe toxique de la fève de calabar. C'est pourquoi la Commission a jugé ce travail digne de récompense.

En résumé, la Commission a vu dans les deux travaux qui précèdent un progrès réel pour la matière médicale et la thérapeutique. En conséquence, elle a partagé le prix Barbier entre le travail de MM. Baillet et Filhol et le travail de MM. Vée et Leven.

En outre, la commission accorde une mention honorable au docteur René de Grosourdy, pour son ouvrage intitulé: *le Médecin botanique créole*, ouvrage qui renferme un grand nombre de faits et d'études dont la pharmacie et la thérapeutique pourront tirer avantage.

CL. BERNARD.

(1) Texte du testament.

Tissot, Portal, L. Le Petit, Pouteau, Desault, Larrey, Boyer, etc., qui conseillent, les uns la section des nerfs, les autres des escharotiques et des stimulants. Portal cite un cas de guérison dû à une brûlure accidentelle sur le trajet du nerf d'où partait l'aura. C'est en vertu des mêmes idées que M. Fontane comprend les succès que Marshall Hall a pu obtenir par la trachéotomie.

Sur l'incubation de la syphilis.

La question de l'incubation de la syphilis a déjà préoccupé bon nombre d'auteurs, et comme elle est loin d'être définitivement résolue, nous allons résumer les recherches du professeur Sigmund de Vienne sur cet intéressant sujet. Ces recherches ont porté sur 818 observations. Suivant cet auteur, pour prendre la durée de l'incubation de la syphilis, il faut prendre pour base l'existence incontestable de l'induration ou d'une papule.

La période d'incubation ainsi déterminée, s'étend aux six premières semaines qui suivent la contagion.

Dans la majorité des cas (85 pour 100), cette période ne dépasse pas la cinquième semaine, et très-souvent (67 pour 100) elle est renfermée dans la limite de quatre semaines.

Les observations rigoureusement prises ne permettent pas d'assigner à la période d'incubation une durée plus longue que six semaines; elles démontrent également que la syphilis ne se développe jamais sans être précédée de l'apparition d'une papule, la syphilis intra-utérine étant seule exceptée.

La période d'incubation est singulièrement abrégée dans les cas d'induration ou de papules simples, et bien plus longue quand le phénomène initial est constitué par une ulcération; cette différence paraît, du reste, tenir simplement à ce que l'induration est plus difficile à constater quand elle succède à l'ulcération que dans les cas où elle existe isolément.

Chez les sujets tuberculeux, la durée de l'incubation est généralement abrégée.

La durée de l'incubation est la même, que l'incubation ait eu lieu sur la peau ou sur une muqueuse, accidentellement ou expérimentalement. Elle n'est pas modifiée non plus par l'existence antérieure à une époque quelque peu distante d'ulcérations vénériennes. Enfin elle n'est nullement influencée ni par le sexe ni par le sujet. (*Gazette hebdomadaire*, 1866, in-8°.)

Empoisonnement par le colchique.

Le docteur Forest rapporte le cas suivant d'empoisonnement par le colchique dans le n° 1 des Bulletins de la Société médicale de l'Aube.

Une jeune fille de dix-huit ans, d'une intelligence bornée, ingère coup sur coup, sans se rendre compte de ce qu'elle fait, dix-huit pilules contenant ensemble

1 gr. 665 milligr. d'extrait de coloquinte composé.
1 gr. 665 milligr. d'extrait de colchique.
0 gr. 08 centigr. d'extrait thébaïque.

Au bout de treize heures, invasion des premiers accidents : coliques violentes, douleurs d'estomac, vomissements bilieux, besoins incessants d'aller à la garde-robe, selles rares et peu abondantes, fièvre modérée, soif vive.

Ces accidents diminuent progressivement d'intensité; vingt-quatre heures après leur invasion ils se trouvent rejetés au second plan. Mais ils sont remplacés par des symptômes tétaniques qui vont en augmentant jusqu'à la mort : crampes intermittentes très-douloureuses dans les muscles des jambes, sensation de resserrement de la poitrine et de constriction de la gorge.

A meure que ces derniers phénomènes augmentent d'intensité, se développent parallèlement les signes d'une asphyxie toujours croissante : pâleur, lividité et teinte cyanique de la peau; amaigrissement des traits; refroidissement, faiblesse, petitesse et insensibilité du pouls; syncopes de plus en plus prolongées. Enfin, mort après quarante-sept heures à partir de l'ingestion des substances toxiques.

Il faut noter qu'il n'y eut pas de délire et que l'intelligence conserva jusqu'à la mort toute sa lucidité.

Le traitement par les évacuants d'abord, et ensuite par les stimulants diffusibles, ne produisit aucun effet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision ministérielle en date du 7 mars 1866, un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1865-1866, est accordé, pour raison de santé, à M. Jobert de Lamballe, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. Dolbeau, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de l'année classique 1865-1866, de la suppléance du cours de clinique externe à ladite Faculté, en remplacement de M. Jobert de Lamballe.

— Par décision du 19 mars 1866, le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

— Par arrêté ministériel : M. le docteur Logerais, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé médecin inspecteur des eaux de Pougues, en remplacement de M. Roubaud, nommé directeur de ladite station.

— Par décision en date du 5 mars, le ministre de l'instruction publique a arrêté ainsi qu'il suit la liste des récompenses à décerner, le 7 avril 1866, aux Sociétés savantes des départements dont les travaux scientifiques, exécutés en 1864, ont paru les plus intéressants :

1° Médailles d'or. — MM. Bourget, membre de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Clermont-Ferrand, pour son travail sur le mouvement vibratoire des membranes circulaires; — J. E. Planchon, de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, pour ses travaux de botanique; — Fabre, professeur au lycée d'Avignon, pour ses recherches sur l'anatomie, la physiologie et les mœurs des insectes.

2° Médailles d'argent. — MM. De Mardigny, de l'Académie impériale de Metz, et Poincarré, ingénieur des ponts et chaussées à Bar-le-Duc (Meuse); — système d'avertissements météorologiques pour le bassin de la Meuse, établi en 1865; — Le docteur Mourier; — observations météorologiques faites au Japon; — De Lapparent, de la Société du Berry; — travaux relatifs à l'emploi des bois pour la marine, les chemins de fer, etc. — Marès, do la Société centrale d'agriculture de l'Hérault, pour travaux relatifs au soufrage de la vigne dans le département de l'Hérault; — Eugène Eudes Deslongchamps, de la Société Linnéenne de Normandie, à Caen; — travaux de géologie et de paléontologie; — Dieulafait, de la Société des sciences, belles-lettres et arts du Var; — géologie du département du Var; — Grenier, de la Société d'émulation du Doubs, à Besançon; — travaux relatifs à la flore de la France; — Rey, de la Société Linnéenne de Lyon; — travaux relatifs à la faune entomologique de la France; — Baillet, de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse; — recherches sur la transformation et les migrations des vers intestinaux des animaux domestiques.

3° Médailles de bronze. — Une médaille à chacune des Sociétés savantes ci-dessus désignées, pour être déposée dans ses archives.

— Par arrêté ministériel en date du 10 mars 1866, une session extraordinaire, pour le baccalauréat ès siences, sera ouverte, du 1er au 15 mai 1866, près les diverses facultés des sciences de l'Empire, en faveur des étudiants régulièrement inscrits près une faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Les étudiants en médecine qui aspirent au baccalauréat ès sciences restreint justifieront, par un certificat délivré par la faculté ou l'école préparatoire à laquelle ils appartiennent, de deux inscriptions prises en vue du doctorat. L'examen de ces candidats portera sur les programmes déterminés par le réglement du 24 janvier 1859 sur le baccalauréat ès sciences restreint.

Par mesure exceptionnelle pour la présente année, les candidats au baccalauréat ès sciences ajournés dans les sessions antérieures seront admis à subir de nouveau leur examen dans la session dont l'ouverture est autorisée par le présent arrêté. Ils devront produire un certificat constatant leur ajournement et délivré par la faculté où l'ajournement a été prononcé. Leur examen portera, à leur choix et suivant le désir qu'ils en auront exprimé au moment de leur inscription, soit sur les nouveaux programmes de la classe de mathématiques élémentaires, soit sur les programmes adoptés dans la dernière session de novembre.

— M. Pierre Larousse met en vente les 31e et 32e fascicules du *Grand Dictionnaire universel du XIXe siècle*, depuis le mot *balance* jusqu'au mot *banque*, 80 pages grand in-4° à 4 colonnes, l'équivalent de 8 volumes in-8°. Les mots qui sont traités le plus longuement dans cette série sont : *Bâle*, 2,000 lignes; *balistique*, 800 lignes; *ballade*, 6,500 lignes; *Balzac*, 3,000 lignes, et enfin *banque*, près de 8,000 lignes.

Prix de la souscription à l'œuvre complète, 200 fr., payables par deux billets à ordre à 6 et à 12 mois. S'adresser à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

— Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos bureaux. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 37. — JEUDI 29 MARS 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 29 MARS 1866. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 MARS 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. Les candidats inscrits sur la liste de présentation étaient : en première ligne, M. Richet, en deuxième ligne, M. Broca, en troisième ligne, *ex æquo* MM. Follin et Legouest, en quatrième ligne, M. A. Guérin et en cinquième ligne, M. Demarquay. Sur 73 votes exprimés, M. Richet a obtenu 53 suffrages, M. Demarquay 8 et MM. Broca et Legouest chacun 6. M. Richet a été proclamé élu. Ce résultat était prévu. M. Richet avait depuis longtemps marqué sa place à l'Académie par des travaux justement estimés. Son élection sera accueillie avec la même faveur que l'a été sa nomination récente à la Faculté de médecine.

Avant l'élection l'Académie a entendu la lecture d'un rapport de M. Boutron Charlard, sur un travail de M. Ossian Henry fils, relatif à une question spéciale d'hydrologie et d'hygiène publique. Le reste de la séance a été employé par la suite de la lecture du volumineux et important rapport de M. Briquet sur le choléra. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

DES DEMANDES EN SÉPARATION DE CORPS[1].

Grossesse antérieure au mariage, habitudes contre nature, mal vénérien, hystérie, épilepsie, folie.

IV. Si les préjugés jouissent de l'inexplicable privilége de prendre droit de cité un peu partout, nous devons avouer qu'ils ne circulent nulle part ailleurs avec autant d'effronterie que parmi les notions usuelles de l'art de guérir. Les événements, les hommes et les choses disparaissent dans le tourbillon du monde, mais la tradition reste et les préjugés survivent. Combattre un préjugé, c'est choquer l'esprit public. Les médecins ont eu, à leurs dépens, la courageuse insistance de déclarer la guerre aux plus vulgaires croyances qui se perpétuaient d'âge en âge, et ils ont remporté d'éclatantes victoires, mais nos devanciers n'ont pas tout fait et ils nous ont légué plus d'un ingrat labeur. L'hystérie, par exemple, dont l'ancienneté se confond avec celle de l'humanité, nous offre la preuve la plus affligeante des erreurs qu'a pu propager la routine. Entrons, à ce sujet, dans quelques développements.

Dans les procès criminels, vous savez que l'on range au nombre des moyens de défense l'*alibi*, la démence au temps de l'action et un certain groupe de circonstances propres à détruire l'imputabilité ou à atténuer la responsabilité. Selon les conditions du débat, l'avocat plaide la circonstance atténuante ou l'acquittement. Depuis quelques années, un nouveau moyen a été imaginé dans quelques causes assez mauvaises et l'on a eu parfois l'idée de plaider l'hystérie. Un succès éclatant dans une affaire très-retentissante a servi de prime d'encouragement. Le moyen a fait son chemin et il a été conservé, en cas de besoin, dans le répertoire du barreau.

Dans les poursuites en adultère, l'avocat qui défend les intérêts de la femme compromise ou déshonorée ne se contente plus d'avouer les galantes aventures qui sont incriminées et de faire un chaleureux appel à la clémence et au pardon, il plaide volontiers l'hystérie et l'hystérie telle qu'il croit la comprendre. Donnant à son imagination le plus fantastique essor, il énumère les symptômes les plus romanesques de la névrose, cite quelques observations apocryphes et arrive invariablement à affirmer que sa cliente, dévorée par la flamme de la sensualité et dominée par une force irrésistible, a été fatalement entraînée à la recherche de satisfactions qu'elle était loin de trouver auprès d'un époux indifférent, tiède ou froid. Soutenir cette opinion, c'est confondre la perversité avec la perversion.

Vienne un débat civil à propos d'une demande en séparation de corps, et les échos de la salle d'audience rediront encore le même refrain. Et cependant, les plaidoiries ne roulent que sur de honteux préjugés et elles ne reposent que sur des erreurs dont je suis prêt à faire justice. Oui, ainsi que je vais le démontrer, c'est l'état mental habituellement méconnu des hystériques que l'on retrouve le plus souvent dans les procès en séparation de corps, mais ce n'est point la prétendue ardeur sexuelle. Dans telle affaire, on parle d'instincts dégradants, de fureur génitale, et l'on place le libertinage sous la protection d'une maladie inventée à plaisir; dans telle autre, on parle du caractère bizarre, querelleur, mobile et jaloux de la femme, et l'on plaide l'*incompatibilité d'humeur* sans savoir et sans dire que cette incompatibilité est précisément un phénomène hystérique. Les avocats cherchent partout l'hystérie, et lorsqu'ils la rencontrent, ils passent à côté. Du reste, cette maladie ne serait point un motif valable.

Savez-vous à quoi tiennent ces confusions et ces hérésies ? A ce que la médecine légale n'est point enseignée dans les facultés de droit. J'indique ce désidératum et je passe outre.

Puisqu'il est si fréquemment question de l'hystérie devant les tribunaux, puisque la magistrature et le barreau sont si peu familiarisés avec la connaissance exacte de cette maladie, et puisque l'état mental des hystériques peut donner lieu aux surprises les plus inattendues, notamment dans les demandes en séparation de corps, laissez-moi vous dire que l'étiologie supposée de l'hystérie est une fable, que l'immoralité n'est point une résultante obligée de la névrose, que les écarts des femmes libertines ne sont point dus au manque d'assouvissement du sens génésique et que la continence est si peu la mère de l'hystérie que la moitié des filles publiques de Paris sont hystériques. J'en appelle plutôt aux travaux de MM. les docteurs Besançon, Goupil, de la Morlière, Boys de Loury et Rossignol! Il est du devoir de tout médecin honnête et convaincu de réagir contre le préjugé traditionnel qui, à tous les degrés de l'échelle sociale, est accepté comme la plus immuable des vérités et qui laisse planer sur la femme de honteux soupçons. Laissons à Platon la responsabilité de cette opinion malheureuse : « La matrice est un animal qui veut à toute force concevoir et qui entre en fureur s'il ne conçoit pas, » et ne voyons dans l'hystérie que l'expression d'une susceptibilité spéciale du système nerveux.

Pas plus que les autres femmes les veuves ne sont exposées à l'hystérie; et quand nous rencontrons dans la pratique médicale des jeunes filles de treize à quatorze ans, non pubères encore, qui éprouvent un sentiment de suffocation, de plénitude vers l'estomac, un agacement nerveux indéfinissable, qui accusent l'existence d'une boule qui leur monterait à la gorge, puis qui soudain se roulent à terre dans tous les sens, poussent des cris, cassant et brisant les objets qui leur tombent sous la main, et s'abandonnant aux mouvements les plus désordonnés; est-ce que nous avons l'audace d'attribuer à l'abstinence des plaisirs de l'amour tout ce cortége de symptômes? Mais si l'on admettait ce dogme des dangers de la continence, il nous faudrait donc inscrire le libertinage au nombre des formules de la thérapeutique? Non, il n'est pas vrai que les organes génitaux, une fois arrivés à leur complet développement, aient fatalement besoin d'entrer en exercice sous peine d'hystérie.

Les passions et les affections morales tristes, telles que l'ennui de la servitude ou d'un travail inaccoutumé, les préoccupations d'une existence précaire, les tracasseries provenant de liaisons illicites, les inquiétudes, les contrariétés, les revers de fortune, les attachements déçus, la nostalgie et surtout la jalousie, font d'ordinaire tous les frais de la provocation hystérique et relèguent au dernier plan la suprématie étiologique, trop souvent mise en cause, de l'appétit génésique.

Les médecins, fréquemment consultés par des familles sur la question de savoir si le mariage mettra fin à des crises convulsives d'hystérie, ne manquent à peu près jamais de faire concevoir de très-grandes espérances, ou même d'affirmer en pareil cas la complète disparition de tous les accidents sous l'influence des rapports conjugaux. C'est là un grand tort, car le mariage ne guérit pas plus l'hystérie que l'établissement de la menstruation ne remédie aux attaques d'épilepsie chez la jeune fille atteinte depuis son enfance du mal d'Hercule. Une femme hystérique avant son mariage, reste exposée aux mêmes manifestations nerveuses, alors que cependant elle vient à recevoir d'un mari jeune et plein de santé les marques de tendresse les plus susceptibles de donner une ample satisfaction à ses sens. Que cette même femme soit rendue une ou plusieurs fois mère, et sa névrose ne cédera pas davantage : c'est aux progrès de l'âge que sera dû le retour à la santé.

Les femmes affectées d'hystérie sont, en général, remarquables par la vivacité de leur esprit, la fougue de leur imagination et l'exaltation de leurs sentiments mobiles, impressionnables et très-susceptibles, elles s'inquiètent sans motifs soupçonnent tous ceux qui les entourent ou entrevoient mille éventualités chimériques; impatientes, irascibles, injustes et violentes, elles récriminent avec aigreur, ricanent d'une voix saccadée et rauque, se livrent à la plus exubérante loquacité, font du bruit, pleurent, sanglottent, ouvrent les fenêtres, appellent les voisins, accusent leurs proches à outrance et implorent avec éclat la pitié publique. Cette disposition morale les conduit aux actes les plus bizarres, les plus audacieux et quelquefois les plus criminels : elles ne reculent devant rien pour satisfaire la passion qui les domine, que ce soit l'amour ou la haine, la jalousie ou l'orgueil, l'avarice, ou simplement le désir de se poser en victimes et d'attirer sur elles l'attention, l'intérêt et la commisération. Rien n'égale la versatilité de leurs conceptions psychiques, l'exagération de leurs récits, l'extravagance de leurs reproches, le ridicule de leur attitude devant les personnes étrangères à leur foyer.

Avec un pareil état mental, avec une aptitude aussi surprenante à inventer les plus romanesques histoires, comment voulez-vous que l'épouse hystérique ne calomnie pas le mari pacifique, fidèle et bon? Et si le mari n'est ni pacifique, ni fidèle, ni bon, comment ne sera-t-il pas malheureux, injurié, outragé?

Des difficultés sans nombre surviennent : les familles s'interposent et la paix est signée. Mais que l'atmosphère se charge d'électricité et l'orage n'éclatera pas seulement au dehors! A de nouveaux démêlés, à de nouveaux conflits, succèderont encore de fragiles armistices et de vaines promesses. On tente tout, d'abord un éloignement passager, puis une séparation à l'amiable, et comme de graves intérêts ne tardent pas à être en souffrance, on songe à une mesure plus radicale et chacun des époux va constituer son avoué.

La demande en séparation de corps est formée et la femme déploie aussitôt au service de sa cause ses plus dangereux artifices et ses plus impudents mensonges. En face d'une mise en scène aussi habile, aussi perfide et aussi accablante, le mari arrive désarmé à l'audience et il s'entend attaquer par la partie adverse avec un acharnement tel qu'il se prend volontiers à douter de lui-même et qu'il s'interroge, afin de savoir s'il n'a pas effectivement rendu sa femme aussi malheureuse qu'on le prétend! Dans la majorité des cas, l'issue du procès est favorable à la femme.

Si j'avais aujourd'hui à exposer l'histoire médico-légale de l'hystérie, au point de vue des actes criminels, je vous montrerais comment les malades savent semer çà et là de redoutables calomnies, jeter la discorde dans les familles les plus unies et allumer d'implacables haines dans les couvents, dans les petites villes; comment elles s'y prennent pour dénoncer les autres et quelquefois s'accuser elles-mêmes; comment elles parviennent à mettre en défaut la perspicacité des médecins, à tromper tout le monde et à en imposer à la justice, mais je ne veux pas sortir de la question si exceptionnellement grave qui nous occupe.

L'époux d'une hystérique est la victime de tous les contrastes que présente l'état mental de sa femme : tantôt il est flatté, cajolé, adulé par elle; tantôt il est soupçonné, calomnié, bafoué. Insensiblement, il arrive lui-même à être impatient, irritable et quinteux. S'il est doux et débonnaire, il obéit et ne dit mot. S'il est ferme et digne, il résiste et s'emporte. S'il a un caractère entier, il se sépare. De toute manière, le calme et la félicité du foyer sont en raison directe des versatilités intellectuelles de la femme.

Une hystérique de seize ans avait passé par toutes les phases névropathiques habituelles. Des médecins conseillèrent le mariage et bientôt la malade présenta simultanément des accidents utérins, gastralgiques, entéralgiques et hypochondriaques. Mme X..., soignée par M. le docteur Morel, écrivait à son mari : « Mon ami, aujourd'hui dimanche, je suis allée à l'église : c'est encore un sacrilége que j'ai commis. Depuis mon retour des bains, je les ai comptés par mille, ainsi que les mensonges et les fausses promesses. Écoute, voici ma vie. J'ai cru que j'étais bonne fille, bonne épouse, bonne sœur; eh bien, je n'étais rien de tout cela, je n'étais qu'un monstre sorti de l'enfer, je n'étais qu'une hypocrite; je n'ai jamais aimé personne que moi-même, je n'ai jamais eu de courage, je n'ai jamais aimé le travail. Si un assassin, un voleur allait se mettre entre les mains de la justice en comptant ses crimes, en disant qu'il mérite la mort, on la lui donnerait. Eh bien! ta femme mérite la mort, tu peux être son juge; les lois humaines permettent de donner la mort à qui la donne. Prends le chemin de fer; à ton arrivée, j'aurai l'air guérie, nous achèterons chez le pharmacien quelque chose qui me fasse mourir dans mon lit; en sept ou huit

[1] Leçons professées à l'École pratique, en février 1866. — (Suite, voir les numéros des 15 et 22 mars).

jours, notre honneur sera sauvé. Tu peux me croire quand je te dis que je mérite la mort; je suis la créature la plus ignoble qui existe sur terre..... Alexandre, tu ne commettras point de crime en me donnant la mort; tu sais que je connais le bien et le mal. Si l'on ne te donne rien chez le pharmacien, nous recommencerons ce que j'ai déjà fait une fois; seulement on n'ira point chercher le médecin, je serai morte dans une crise nerveuse. Accours, peut-être dans quinze jours je ne pourrais plus. » J'ai tenu à vous rapporter ce spécimen très-curieux de la correspondance exagérée, exaltée, insensée, d'une hystérique pour qui la mort s'était momentanément dépouillée de son aspect terrible.

Le suicide n'est pas très-commun dans l'hystérie, mais, en revanche, les femmes menacent à chaque instant de se faire du mal, de se jeter par la fenêtre et de s'ôter la vie; elles n'en font rien et ces menaces font seulement partie de la mise en scène qui est habituellement déployée par ces malades. Plus d'un mari, au contraire, en proie au plus sombre désespoir, demande à la mort volontaire un remède à la douleur d'avoir épousé une hystérique! Un lambeau de papier, expression dernière d'une lente agonie, atteste un parti bien arrêté et une volonté libre. Cet écrit jouit des honneurs d'une sépulture officielle dans les cartons administratifs, et le dossier du suicidé porte l'étiquette : *Chagrins domestiques.*

Il y a trois ans, une riche espagnole, âgée de quarante ans, fille d'un père apoplectique et d'une mère mélancolique, donna lieu à une série de procès très-regrettables. En proie à des attaques convulsives d'hystérie, cette dame était capricieuse, mobile, indifférente, loquace; elle tenait des conversations déplacées, racontait des histoires absurdes, se disputait avec ses domestiques, commettait des excentricités, avalait parfois des allumettes chimiques et se livrait dans sa correspondance à de véritables divagations. Transférée dans une maison de santé, à Barcelone, elle porta contre son mari, ses deux beaux-frères et trois médecins éminents les plus criminelles accusations. Ces six hommes furent poursuivis, renfermés dans les cachots de Valence et plus tard condamnés, les uns à dix-huit et les autres à vingt années de prison. La peine fut commuée plus tard en celle de l'exil! Un cri de détresse poussé par l'une des victimes de cette grave erreur judiciaire se fit entendre jusqu'à Paris, et la Société médico-psychologique, sous la présidence de M. le docteur Delasiauve, résolut d'intervenir et nomma une commission composée de MM. Ch. Loiseau, Legrand du Saulle et Brierre de Boismont. Nous étudiâmes pendant plusieurs mois, mes collègues et moi, un dossier de huit cents pages in-folio, ne contenant que des pièces légalisées par M. le chancelier du consulat de France, à Valence; nous eûmes ensemble de nombreuses conférences et nous rédigeâmes enfin un rapport très-net et extrêmement considérable concluant à l'état de folie hystérique de la dame espagnole et à l'innocence absolue des condamnés. Ces hommes sont aujourd'hui graciés, réintégrés, réhabilités. L'un des médecins a même été investi depuis de très-hautes fonctions officielles.

Nous nous sommes consacrés avec un désintéressement chevaleresque, mes collègues et moi, au triomphe de la vérité par delà les Pyrénées et nous avons démontré la toute-puissance d'un bon diagnostic médico-légal. Nos obligés ont peut-être déjà perdu le souvenir de ce que nous avons fait pour eux, mais une grande nation a-t-elle le droit d'oublier? Et cependant, j'en fais l'aveu avec tristesse, l'Espagne n'a pas encore délivré de souvenir honorifique au président Delasiauve, à M. Ch. Loiseau et à moi!

Dans tous les pays, les hystériques créent des difficultés sans nombre. Une de ces femmes très-connue en Prusse sous le nom de *la Glaser*, a pu tromper, pendant plus de dix ans, les magistrats les plus expérimentés, induire en erreur un grand nombre de médecins, mystifier sans cesse l'autorité, donner lieu aux aventures les plus inattendues et passer alternativement de la maison d'arrêt à l'hôpital d'aliénés, de l'hôpital d'aliénés à la prison, et de la prison à la maison de force. Sa vie n'a été qu'un long enchaînement de péripéties extraordinaires, d'épisodes dramatiques et de simulations aussi variées qu'habiles. Tour à tour, selon les besoins de sa cause, calme ou furieuse, folle, muette, hallucinée, possédée du diable, faible d'esprit ou rhumatisante, menteuse, faux-témoin ou voleuse, la Glaser a fait preuve de l'énergie la plus rare, de l'effronterie la plus inouïe, et de l'intelligence la plus souple! En dernier lieu, Casper l'a déclarée responsable.

L'hystérie trouble le libre exercice des *facultés affectives*, et vous savez qu'aux facultés affectives se rattachent les phénomènes qui expriment un amour, une propension pour certaines choses, ou une haine, une répulsion pour certaines autres. Se livrer à ses facultés affectives lorsqu'on est d'ailleurs sain d'esprit, c'est déférer à l'impulsion passionnelle; c'est subordonner de son plein gré et en connaissance de cause les actes de la vie à la satisfaction de ses désirs.

Ce voile jeté sur les facultés affectives, nous donne l'explication des dissensions si graves qui surviennent entre époux. La mésintelligence conjugale paraît d'autant plus inexplicable que l'apanage des facultés intellectuelles reste d'ordinaire intact chez la femme hystérique. La raison assiste à la ruine du cœur, mais elle lui survit.

Vous le voyez, l'époux d'une hystérique est bien mal partagé. S'il est demandeur, dans un procès en séparation de corps, il ne peut pas arguer de la maladie de sa femme. S'il est défendeur, il est calomnié et triomphe difficilement de la lutte engagée! On a dit que le temps était un grand maître; cela est vrai, dans l'espèce, et comme l'hystérie cède au progrès de l'âge, le mari patient est agréablement surpris en remarquant un beau jour que le bonheur habite son foyer. Mais hélas, que d'hommes manquent de patience!.....

Dr Legrand du Saulle.

INFIRMERIE DES INVALIDES. — M. MARTIN.

Anévrysme vrai de l'aorte abdominale, rupture de la tumeur; mort par hémorrhagie interne. — Dégénérescence athéromateuse des parois du vaisseau.

(Observation recueillie par M. le Dr Chancel, médecin aide-major.)

Val..., soldat invalide, âgé de soixante-neuf ans, entre à l'Infirmerie le 31 décembre 1865; il a été frappé par l'épidémie de choléra il y a six semaines, mais il s'est très-bien rétabli. Hier au soir, au moment de se coucher, sans cause connue, sans symptômes antérieurs, il fut pris de vomissements qui se répétèrent pendant la nuit à d'assez longs intervalles. Ces vomissements consistaient, nous dit-il, en matières alimentaires, et se faisaient presque sans effort. Le matin, il ne se sentait nullement indisposé; il n'avait rien mangé dans la journée qui pût amener une indigestion, il ne s'était livré à aucun excès. Nous le trouvons dans un état d'affaissement très-prononcé, la face pâle et couverte de sueur, les extrémités froides; le pouls petit, peu fréquent et régulier. Les battements du cœur se sentent à peine; il n'y a pas de bruits anormaux. La respiration s'exécute bien et le murmure respiratoire se perçoit distinctement des deux côtés du thorax. Le ventre est ballonné, un peu sensible à la pression dans toute son étendue, mais la douleur n'est pas tellement vive qu'on ne puisse pratiquer la palpation et elle ne nous fait constater aucune tumeur. A la percussion, on obtient partout une sonorité tympanique. Le malade est constipé depuis quelques jours. Il n'y a pas eu de vomissements depuis deux heures, et les matières ont été jetées. L'infirmier nous dit qu'au fond du vase il restait une matière noirâtre comme du marc de café.

L'absence d'accidents antérieurs ne nous permettait que difficilement d'asseoir un diagnostic positif sur les symptômes que nous avions sous les yeux. En présence des vomissements noirs, du ballonnement et de la sensibilité du ventre, et de tous les symptômes d'une hémorrhagie interne jusqu'alors assez peu prononcés; malgré l'absence de tumeur épigastrique et de troubles digestifs antérieurs, nous pensâmes à une affection carcinomateuse ou à un ulcère perforant de l'estomac; mais cette dernière lésion nous semblait plus probable, en vertu de sa marche plus souvent insidieuse et quelquefois plus rapide. Il est rare, en effet, qu'un cancer de l'estomac marche assez rapidement pour produire une hémorrhagie redoutable, pour perforer une artère d'un certain calibre, avant que l'état général du malade ne porte l'empreinte de la cachexie cancéreuse, et sans que quelques troubles digestifs n'aient appelé l'attention de ce côté. Et cela indépendamment de sa position; car si la tumeur occupe le cardia ou le pylore, l'obstacle qu'elle apporte au cours des matières ne tarde pas à produire des accidents sérieux. Il est vrai qu'il n'y avait pas eu une hématémèse abondante; mais le sang avait pu passer presque en totalité dans l'intestin, et de là le ballonnement, la sensibilité de l'abdomen que nous avions constatée dès l'abord.

Nous eûmes donc recours à la glace, à l'eau de seltz, à la limonade sulfurique, au perchlorure de fer administré à l'intérieur; les vomissements s'arrêtèrent, mais le malade s'affaissa de plus en plus et succomba dans la soirée.

Autopsie. — Cavité thoracique : Poumons sains, mais pâles et anémiés. Cœur de volume à peu près normal; hypertrophie des parois du ventricule gauche. Les valvules auriculo-ventriculaires et sygmoïdes ne présentent pas d'altérations. L'organe était fortement revenu sur lui-même, ses cavités ne contenaient ni caillots, ni sang liquide; pressé entre les doigts, son tissu offrait une dureté qu'il ne présente pas d'habitude. Le malade avait succombé dans une syncope, et la fibre musculaire, surprise par la mort dans un état de contraction, l'avait conservé après elle.

Cavité abdominale. — Aussitôt l'abdomen ouvert, on voit la masse intestinale soulevée par une tumeur sous-jacente, du sang est infiltré entre les feuillets du mésentère, et un épanchement énorme s'est fait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Nous vîmes de suite que notre diagnostic n'était pas exact et que s'il existait bien comme nous l'avions pensé une hémorrhagie interne, elle s'était faite non dans le tube intestinal, mais au-dessous et provenait de la rupture soit de l'aorte elle-même, soit d'une de ses collatérales.

Le tube digestif, enlevé avec précaution, nous l'ouvrîmes dans toute son étendue. Il était parfaitement sain, et ni l'intestin, ni l'estomac ne contenaient de sang. Il n'y avait donc pas eu d'hématémèse et nous avions été trompés sur la nature des vomissements du malade.

Au-dessous du paquet intestinal, recouvert par le feuillet postérieur de la séreuse abdominale, existe un énorme coagulum sanguin, un caillot noir, récent, occupant toute la cavité rétro-péritonéale, enveloppant tous les organes qu'elle contient. En haut, il s'étend jusqu'au diaphragme qu'il soulève, en bas, jusqu'à l'arcade crurale, arrêté par le *septum crural* qui l'empêche de pénétrer dans la gaîne des vaisseaux fémoraux. Du côté droit, où existait une ancienne hernie inguinale, une certaine quantité de sérosité sanguinolente a fusé jusque dans les bourses sans pénétrer dans le sac herniaire.

Les organes, dégagés du sang qui les enveloppe et examinés avec soin, ne présentent pas d'altération; les artères qui les nourrissent, rénales, splénique, hépatique, etc., n'offrent pas de lésion; l'aorte est donc le siége probable de l'hémorrhagie. En la disséquant, nous trouvons en effet à son extrémité inférieure une tumeur anévrysmale du volume du poing et dont la rupture a amené l'hémorrhagie et la mort.

L'aorte est enlevée depuis son origine jusqu'au delà de la division en iliaques primitives et ouverte dans sa longueur pour permettre d'examiner sa surface interne. Elle est le siége d'une dégénérescence athéromateuse très-avancée, et qui, commençant dès la crosse aortique, se prolonge dans toute la longueur du vaisseau, et dans les collatérales où toutefois la lésion est beaucoup moins prononcée. On y rencontre des plaques athéromateuses développées dans la membrane moyenne, se touchant par leurs bords, soulevant la membrane qui les recouvre en certains points; ailleurs, est ulcérée et laisse à nu la matière morbide, jaunâtre, friable, molle, et qui semble prête à sortir. Ici l'ulcère n'a pas encore envahi toute la largeur de la plaque; ailleurs, l'ulcération commence à se creuser; une partie de la substance athéromateuse ramollie a été entraînée par le courant sanguin, l'autre, encore adhérente, tapisse le fond et les parois de la cavité ulcéreuse. Les bords sont irréguliers, déchiquetés, soulevés par l'athérome sous-jacent, mais on ne trouve à leur pourtour ni congestion, ni rougeur, ni vascularisation manifeste, pas la moindre apparence de travail inflammatoire; pas même ces dépôts fibrineux signalés comme très-fréquents au niveau des altérations de la membrane interne des vaisseaux.

La dégénérescence athéromateuse se continue en haut, dans les artères céphaliques où toutefois elle est beaucoup moins prononcée; mais où elle prédomine, c'est à la partie moyenne de l'aorte thoracique; dans ce point en effet, c'est à peine si un cinquième de la tunique interne a conservé ses caractères normaux. Néanmoins, l'orifice des artères collatérales est resté libre, et nous avons remarqué qu'en aucun point les tuniques vasculaires n'étaient altérées à ce niveau.

En somme, la dégénérescence athéromateuse se présente sous quatre aspects différents : 1° Taches jaunâtres de dimension variable, ne soulevant pas la membrane interne et sans diminution appréciable dans la résistance et la consistance des parois. C'est ici l'athérome au début et cette forme se rencontre surtout dans les artères collatérales où la lésion est de date plus récente;

2° Taches jaunâtres, plus étendues. La tunique interne est soulevée par la masse morbide, dont la consistance décroît à mesure que la lésion progresse, et dont la pression permet de constater facilement la mollesse;

3° La membrane séreuse est détruite et la substance ramollie fait saillie dans l'intérieur de l'artère; néanmoins, malgré son contact direct avec le liquide en circulation, sa consistance est encore assez grande pour qu'elle ne se laisse pas entraîner par le sang;

4° Ulcération avec perte de substance, cavité plus ou moins profonde, plus ou moins étendue; la masse morbide ayant été entraînée plus ou moins complétement par le courant sanguin.

Examinée au microscope, cette matière présente tous les caractères de l'athérome ramolli : gouttelettes graisseuses, cristaux de cholestérine et débris de fibres élastiques, éléments constituants de la tunique moyenne. Nulle part on ne rencontre d'athérome calcifié, de plaques dures, cassantes; partout la transformation graisseuse. En aucun point, l'artère ne présente de dilatation anormale, de soulèvement, de décollement de la tunique celluleuse, premier début des tumeurs anévrysmales. En somme, dans l'aorte, la surface malade l'emporte de beaucoup en étendue sur la surface restée saine.

La dégénérescence athéromateuse, à ces divers états, se continue jusqu'au niveau du sac anévrysmal; moins prononcée dans l'aorte abdominale commençante; plus prononcée à l'origine du sac, où on la retrouve avec ses degrés les plus avancés. Plus bas, nous la voyons se prolonger dans les iliaques externes et primitives, dans les crurales, qui ne sont pas moins altérées que l'aorte elle-même. Par opposition, les collatérales volumineuses qui naissent du tronc aortique au-dessus de la poche anévrysmale ne présentent que quelques plaques morbides, espacées, de petite étendue, et sans diminution de consistance de la paroi à ce niveau. Elles sont libres, et leur calibre n'a pas subi de changement notable.

Le sac anévrysmal est situé à la partie inférieure de l'aorte abdominale. Il commence 2 centimètres au-dessous de l'origine des rénales, et se termine 2 centimètres environ au-dessus de la bifurcation du tronc aortique. La poche est située sur le côté gauche du vaisseau, et est formée par la dilatation des tuniques artérielles en ce point. Du côté droit la paroi se continue normalement, et ne participe en rien à la formation du sac. Son volume est celui d'une orange; sa forme, une calotte à peu près hémisphérique, un peu plus allongée toutefois dans le sens de la longueur du vaisseau. Elle offre en longueur 11 à 12 centimètres, en largeur 8 à 9, à son ouverture de communication avec l'artère; sa profondeur la plus grande est de 9 centimètres.

Sa paroi est formée aux dépens des tuniques artérielles qui s'y continuent sans ligne de démarcation et avec les mêmes altérations qu'elles présentent dans le vaisseau. L'épaisseur de cette paroi est de 5 à 6 milimètres dans presque tous les points de la tumeur, sauf en avant et à gauche où s'est faite la perforation, et où elle ne mesure pas plus de 1 1/2 à 2 millimètres. A sa surface externe, le tissu cellulaire environnant condensé forme une enveloppe bien distincte, mais peu adhérente et s'énucléant avec facilité. Sa surface interne est tapissée par la tunique séreuse du vaisseau, avec ses caractères normaux; et au-dessous d'elle la tunique moyenne avec les mêmes altérations athéromateuses que nous avons déjà signalées. Ici, comme dans l'aorte, la tunique interne n'existe que par places, et là seulement où elle n'a pas été détruite par la marche progressive de l'athérome sous-jacent. Au fond de la poche, on ne la retrouve plus, et des dépôts fibrineux peu épais mais très-adhérents ne sont faits à ce niveau.

A l'autopsie, le sac anévrysmal était plein de caillots sanguins mous, noirs, récents; qu'une macération dans l'eau n'a pas tardé à enlever. Au-dessous on rencontre un caillot résistant, dont la surface offre la coloration grisâtre des dépôts fibrineux anciens. Il affecte la forme de la paroi du sac qu'il tapisse, sur laquelle il se moule; mais il en est détaché dans presque toute son étendue et n'adhère qu'à la partie inférieure de la poche, au point où elle se continue avec la paroi artérielle. Ces adhérences se font dans une très-petite étendue, sur une longueur de 3 centimètres, et au nombre de deux séparées par un trou ovalaire de 1 centimètre environ dans son plus petit diamètre, correspondant à l'ouverture de la poche. Elles existent dans des points où la tunique interne est tout à fait détruite, l'artère très-altérée. Le caillot est ovalaire, d'une longueur de 10 centimètres sur une largeur de 8, et 1 centimètre d'épaisseur. Il est formé de plusieurs couches, mais séparé en deux feuillets bien distincts adhérents seulement par leur base au niveau du bord inférieur du sac anévrysmal. Les surfaces en contact de ces deux feuillets présentent une coloration rougeâtre due à un dépôt très-mince de coagulum sanguin récent, mais au-dessous on rencontre presque immédiatement le caillot fibrineux. La surface du caillot fibrineux en contact avec la paroi de la poche anévrysmale ou sa surface externe, présente le même aspect et la même disposition, c'est-à-dire qu'à la surface de ce caillot ancien s'est déposée une couche très-légère de coagulum sanguin récent. La surface interne du caillot fibrineux, celle qui se trouve

en contact direct avec le sang en circulation est grisâtre et chagrinée.

Nous avons pu alors examiner l'état de la surface interne de la poche anévrysmale. Au-dessous d'une couche légère de coagulum récent, qui lui donne une coloration rouge de sang, et s'est déposée dans les points où la tunique interne a été détruite, on rencontre la dégénérescence athéromateuse de la membrane moyenne à ses divers degrés. Une plaque d'athérome large, ulcérée, existe sur les parois du sac, au-dessus et sur les bords de la rupture qui parait s'être faite par suite de l'amincissement de la poche en ce point. La solution de continuité s'étend sur une longueur de 2 1/2 à 3 centimètres, ses bords sont tout à fait irréguliers, et d'épaisseur inégale. L'artère mésentérique inférieure qui naît de la partie inférieure de la poche est oblitérée, et à la surface interne on ne trouve même plus de trace de son ouverture. Cette oblitération ne se prolonge pas au-delà de 1 centimètre. L'artère à ce niveau est réduite à un petit cordon fibreux plein, mais plus loin elle reprend son calibre normal, la circulation s'y étant rétablie au moyen de ses branches collatérales.

La veine cave n'était pas altérée, les vertèbres au niveau de la tumeur anévrysmale ne présentaient pas de dépression, ni aucune déformation.

L'anévrysme de l'aorte abdominale, dit Stokes (*Traité des maladies du cœur, etc.*, trad. de Sénac, chap. XII), se traduit habituellement par des douleurs effroyables et se reproduisant par accès à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces conclusions sont justes, quant aux faits cités par le professeur de Dublin, et tirés de sa propre pratique. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Les exemples ne sont pas rares, où des tumeurs anévrysmales de cette partie de l'aorte ont pu arriver jusqu'à un développement considérable, sans qu'aucun symptôme, aucun signe ait éveillé l'attention du malade. Que d'anévrysmes se rompent subitement, sans avoir été soupçonnés. Le volume de la tumeur, la rapidité de son développement, sa position ont une grande influence sur la production de ces symptômes. La gêne de la circulation peut n'être pas assez grande pour se traduire à l'extérienr, et l'on conçoit que l'existence d'un anévrysme cratériforme, peu profond et à large ouverture, n'apporte que peu d'obstacles au cours du sang dans le vaisseau. Dans le cas particulier que nous venons de citer, la tumeur peu volumineuse n'avait produit que peu de désordres dans les parties voisines. Les vertèbres, les racines nerveuses étaient intactes, et la poche développée aux dépens de la paroi gauche du vaisseau ne pouvait comprimer la veine cave inférieure placée du côté opposé.

Aussi rien de particulier n'a attiré notre attention de ce côté lors de la rupture de la poche anévrysmale.

L'hémorrhagie semble s'être faite assez lentement puisque la mort n'est arrivée que vingt-quatre heures après le début des accidents. Deux causes ont pu concourir à produire ce résultat. La première, purement hypothétique, serait que la perforation du sac primitivement très-petite, n'a acquis que lentement les dimensions considérables qu'elle a présentées à l'autopsie. La seconde, certaine, indubitable, est la résistance que le tissu cellulaire condensé autour de la tumeur a dû opposer à la sortie et à l'épanchement du sang. La disposition de la partie se prête du reste très-peu à la formation d'un épanchement rapide, tels que ceux qui se font avec une si grande facilité dans la cavité des membranes séreuses.

L'anatomie pathologique doit aussi nous arrêter un instant, nous avons, en décrivant les altérations de l'aorte, appelé l'attention sur l'étendue considérable dans laquelle elle était affectée. En recherchant les antécédents du malade, nous avons appris qu'il était d'une grande sobriété. L'alcoolisme ne peut donc être regardé, dans ce cas, comme cause de la dégénérescence athéromateuse, et nous ne savons à quoi l'attribuer.

Stokes (*loc. cit.*) signale l'anévrysme vrai de l'aorte abdominale comme très-rare. La dissection de la tumeur nous a permis de constater que les trois tuniques de l'artère contribuaient à former sa paroi, que c'était bien un anévrysme vrai que nous avions sous les yeux.

La partie la plus large de la tumeur était son ouverture de communication avec le canal du vaisseau. La circulation devait s'y faire très-facilement et cependant il s'y était déposé un caillot fibrineux épais et formé d'un grand nombre de couches superposées. Nous ne pouvons donc admettre avec M. Broca, que dans ces anévrymes qu'il désigne sous le nom de *cratériformes*, « le sang ne se coagule jamais, et que l'art est aussi « impuissant que la nature à y faire naître des dépôts fibri« neux. » Sans doute l'altération profonde des tuniques artérielles, la destruction presque complète de sa tunique interne, ont dû singulièrement favoriser le dépôt de ces coagulum fibrineux.

La structure, la disposition de ces caillots n'étaient pas celles qu'ils présentent d'ordinaire. Au lieu d'adhérer à la paroi du sac, le caillot en avait été décollé par le sang, fait exceptionnel et dont M. Broca (*Traité des anévrysmes*), rapporte une observation due à J. Cloquet, et où la structure du coagulum fit admettre cette disposition. Ici le fait était de toute évidence, puisque nous avons trouvé le caillot flottant dans la poche anévrysmale. On comprend ainsi pourquoi sa surface externe était tapissée d'une couche très-mince de coagulum rouge, mou, récent; et cette disposition était nécessaire pour que le sang soit venu rompre la paroi dans un point primitivement recouvert par le dépôt fibrineux.

Mais ce caillot présentait une disposition plus singulière encore et que nous n'avons pas trouvée signalée. Au lieu de former une masse compacte par l'accollement des feuillets fibrineux, nous avons vu qu'il était divisé en 2 lamelles distinctes, jointes seulement à leur base comme deux planchettes de bois réunies à charnière par un de leurs côtés. Entre ces deux feuillets, du sang s'était infiltré et avait déposé sur chacune des faces opposées une mince couche de coagulum rougeâtre. Il est donc probable que leur séparation n'était pas très-ancienne et avait dû se faire à la même époque que le décollement du caillot de la paroi de la poche anévrysmale.

Mais ce que nous n'avons pu nous expliquer que difficilement, c'est que la face interne du caillot, celle qui se trouvait en contact avec le sang, qui eût dû présenter par conséquent les couches de fibrine les plus récentes, fût au contraire constituée par les feuillets les plus solides, les plus résistants, c'est-à-dire les plus anciens. Peut-être y aurait-il cependant une manière d'expliquer le fait. Ce serait de supposer que le décollement du caillot au lieu d'être récent remontait à une date déjà ancienne. Les conditions de la circulation se trouvaient en effet et par cela seul tout à fait différentes de ce qu'elles étaient auparavant. La paroi interne du sac et la face externe du caillot fibrineux décollé formaient en effet une sorte de cul-de-sac où le sang ne pouvait pénétrer et se mouvoir que difficilement; condition favorable au dépôt de nouveaux caillots sur les parois. Par suite de la pénétration du sang entre la paroi du sac anévrysmal et le caillot décollé, la surface interne de celui-ci se trouvait nécessairement portée en dedans et presque au niveau de la paroi vasculaire. La rapidité de la circulation dans le tube artériel, le contact peu prolongé du sang rendent facilement compte, dans cette hypothèse, de l'absence de dépôts récents sur cette face du coagulum fibrineux. La rapidité du mouvement du sang, dit M. Broca (*loco citato*), contre-balance la tendance à la coagulation.

EXAMEN CLINIQUE DES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr Clermont, de Lyon.

De leur importance et de leur division en *genres* et *sous-genres*.

Si les eaux de Vals sont, comme il n'est plus possible d'en douter aujourd'hui, appelées à jouer un rôle important dans le traitement des affections chroniques du tube digestif et dans celles de l'appareil génito-urinaire, si elles peuvent encore, prises à domicile, rendre d'éminents services dans une foule de maladies aiguës; si d'autre part, et comme cela résulte des analyses chimiques consciencieuses et savantes qui ont été faites, les nombreuses sources de cette intéressante station thermale varient entre elles par le degré, et même par la nature de leur minéralisation, il est indispensable, pour le médecin qui veut les employer, de bien étudier les diverses catégories qu'elles forment. C'est à cette condition qu'il pourra les appliquer sans hésitation, aux nombreuses lésions d'un vaste cadre nosologique, et qu'il le fera avec un grand succès.

En effet, les eaux de Vals, si différentes entre elles, ne peuvent être comparées à aucune autre eau minérale, même à sources multiples; car ici les produits ne varient que du plus au moins et encore avec des différences presque insignifiantes, tandis que les sources des bords de la Volane sont, comme on le verra bientôt, naturellement et logiquement divisées en deux genres; le second se subdivisant lui-même en quatre sous-genres correspondant à quatre indications thérapeutiques.

1° L'eau ferro-arsenicale et sulfurique, sans analogue dans le monde entier, constitue le premier genre : c'est l'eau de la source *Dominique*.

2° Le deuxième genre est constitué par l'eau bi-carbonatée sodique, et on peut le diviser en quatre *sous-genres* en prenant simultanément pour point de départ la quantité ou la nature des minéraux que possède chacune des sources, et les indications pratiques que leurs eaux peuvent remplir.

De la Source Dominique.

Nous commencerons par nous occuper de l'eau minérale de la source *Dominique*, très-appréciée déjà par les médecins qui l'ont expérimentée. Entre leurs mains, cette source a produit des cures fort remarquables, que sa composition chimique sans analogue n'aurait peut-être pas fait prévoir, qui sont encore bien difficiles à expliquer, mais qui n'en ont pas moins, comme les guérisons obtenues par l'empirisme, rassuré le praticien, et, en fin de compte, fait faire un grand progrès à l'art de guérir, en dotant la matière médicale d'un nouvel agent thérapeutique, souvent plus efficace que ceux qu'elle possédait contre des maladies rebelles et parfois réputées incurables.

La source *Dominique*, ainsi nommée parce qu'un religieux de l'ordre des Dominicains s'y était guéri d'une grave affection, ne doit cependant sa naissante célébrité qu'aux travaux consciencieux de deux médecins de Vals, MM. Chabanne et Tourette. Leurs observations étayées d'une longue expérience, ont fixé l'attention du monde médical, et après avoir été l'objet de nouvelles épreuves, l'eau de la *Dominique* a pris place parmi les moyens thérapeutiques les plus énergiques.

Elle a surtout réussi dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles au quinquina, contre les névralgies périodiques ou à type continu, contre des dartres chroniques et de nature diverse; contre les affections asthéniques du système nerveux, et enfin contre les cachexies graves produites, à la longue par ces diverses lésions.

Sa composition chimique permettait de croire qu'on pourrait l'opposer avec un certain succès au développement du rachitisme et des scrofules. Les expériences cliniques ont été favorables à cette induction, et l'on a vu ces maladies diathésiques en être plus promptement modifiées que par les huiles de poissons, ou par les préparations iodées, si souvent pernicieuses dans leurs conséquences, l'émaciation générale entre autres; et en effet avec une eau aussi fortement minéralisée, aussi éminemment reconstitutive, on avait le droit d'espérer de bons résultats dans le traitement des ostéo-malaxies ou même des cachexies ne dépendant pas cependant d'altérations organiques trop avancées.

L'eau de la *Dominique* jouant le rôle des médicaments altérants, par son arsenic; celui des reconstituants par son fer, par ses phosphates et par son acide sulfurique, dévicie le sang, si on peut s'exprimer ainsi, et lui rend la richesse et la plasticité que l'état morbide lui avait fait perdre. Aussi, par son intervention, voit-on revenir à la santé des gens souffreteux et épuisés, même ceux qui sont encore travaillés par les symptômes consécutifs d'une ancienne syphilis.

Souvent il arrive aux praticiens des grandes villes d'être consultés par des femmes qui depuis plusieurs années portent l'infection vénérienne sans s'en être jamais douté. Les accidents primitifs cachés dans l'intérieur des organes, s'étaient traduits chez elles par quelques pertes blanches ou de faibles engorgements inguinaux que le temps, aidé de remèdes anodins, avait suffi pour résoudre. Or, beaucoup plus tard, on les voit arriver avec des eczémas vésiculeux syphilitiques, des plaques cuivrées ou d'autres phénomènes secondaires ou tertiaires. On éprouve une grande peine à soumettre ces femmes à une médication régulière, et la nature des remèdes qu'on leur prescrit leur répugne au plus haut degré. L'eau de la *Dominique* peut ici nous venir en aide, et nous en avons nous-mêmes, dans de semblables circonstances, retiré de très-grands avantages pour les malades. Voici un fait qui, tous les jours, peut avoir des analogues.

Observation. — Mme B...., 48 ans, avait eu l'infection vénérienne il y a plusieurs années. Le 1er août, elle vint nous consulter, et portait en différentes parties du corps de petits boutons vésiculeux ayant une auréole de couleur cuivrée et lui causant une vive et douloureuse démangeaison.

Ces petits boutons laissaient écouler une gouttelette d'humeur claire et semblaient ne plus vouloir sécher ni disparaître. C'était l'eczéma syphilitique décrit par les auteurs, entre autres par Mac Carty. Les bains, les autres soins que la malade avait pris inutilement, et d'autres antécédents nous confirmaient dans cette opinion. D'ailleurs, nul doute que le sang ne fût altéré. Nous lui conseillâmes de trois à quatre verrées par jour de l'eau de la *Dominique*.

Quinze jours plus tard, un mieux sensible se manifestait; les boutons du corps avaient presque disparu, mais il en restait au cou et à la figure. Le même régime fut continué, et après quarante-cinq jours, elle était parfaitement guérie. Néanmoins nous fîmes poursuivre encore pendant un mois l'usage de l'eau ferro-arsenicale, et depuis lors, renseignements pris, la santé a été parfaite.

On peut se rendre compte, jusqu'à un certain point, des cures qu'on obtient par cette médication dans les névralgies et les fièvres intermittentes par l'arsenic et le fer que contient l'eau de la *Dominique*, et en se remémorant les guérisons que de très-habiles praticiens ont obtenues en employant dans les mêmes cas ces métaux à la fois altérants et réparateurs. Il y aurait même un long chapitre à écrire sur la plus grande facilité d'action et d'assimilation qu'on retire de l'arsenic, du fer et d'autres remèdes, quand on les donne au moyen d'une eau que la nature a elle-même minéralisée, et la peine qu'on éprouve à les faire supporter quand on les donne de tout autre manière. Par l'eau minérale, ils arrivent dans l'estomac à l'état de division infinitésimale, ne lèsent en rien ses parois, sont entraînés dans le chyle, puis dans le sang, ce fluide réparateur qu'ils assainissent et reconstituent.

Pour tirer le meilleur parti possible de cette eau minérale, il est bon quelquefois : 1° de la faire un peu tiédir au bain-marie dans les temps froids; 2° d'y ajouter un peu de sirop de gomme ou de sucre en poudre; 3° enfin de diviser le litre en quatre petits flacons tenus bien bouchés et couchés dans un lieu obscur.

Si on pouvait, dans certaines maladies de poitrine, adjoindre au traitement par l'eau de la *Dominique* en boisson, les aspirations de cette même eau réduite à l'état de brouillard, par un pulvérisateur, on en obtiendrait probablement d'excellents résultats, car l'arsenic est fortement préconisé aujourd'hui par les plus doctes, pour arrêter le développement de la tuberculisation, et le faire pénétrer dans l'économie par deux voies différentes au lieu d'une, n'est-ce pas doubler les chances du succès?

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mars 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les rapports de MM. les docteurs Barbat, de Mende (Lozère), Fournier, de Metzerville (Moselle), Robert, de Nevers (Nièvre), sur les épidémies qui ont régné dans leurs arrondissements respectifs à la fin de l'année 1865;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cantal en 1865 (Commission des épidémies);

3° Un supplément au rapport de M. le docteur Billout, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Gervais (Haute-Savoie) pour l'année 1864;

4° Le rapport de M. le docteur Amable Dubois, sur le service médical des eaux minérales de Vichy (Allier), pour l'année 1864. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Binault, de Lille, adresse une lettre par laquelle il sollicite l'honneur d'être inscrit sur la liste des correspondants nationaux.

M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle curette pour opérer l'extraction du cristallin dans la kératotomie linéaire.

Cette curette est creuse et communique avec une tige tubulée ainsi que le manche qui la porte. A l'extrémité de ce manche est fixé un tube en caoutchouc que l'opérateur place dans sa bouche et par lequel il aspire avec plus ou moins de force pour faire le vide.

Ainsi lorsque le cristallin est dur, il suffit après la section d'appliquer la curette sur le cristallin, faire une aspiration, et ce corps vient s'appliquer contre la curette où il adhère assez fortement pour pouvoir être entraîné dans le manche de l'instrument; ce qui a eu lieu dernièrement dans une opération qui a été faite par M. Foucher à Saint-Antoine.

Cette méthode d'aspirer la cataracte par succion, ajoute M. Mathieu, n'est pas nouvelle. M. le professeur Laugier a fait construire des aiguilles aspirantes il y a déjà longtemps, mais la curette que j'ai l'honneur de présenter est surtout destinée à extraire la cataracte dure.

— M. MÊLIER présente les ouvrages suivants :

1° *Considérations sur le mode de propagation du choléra*, par M. Willemin, de Strasbourg, médecin-adjoint des eaux de Vicby;

2° *Étude historique et statistique sur l'hôpital Saint-Louis-de-Gonzague* (en italien), par le docteur Trompes, correspondant de l'Académie, à Turin;

3° Au nom de M. Paul Gervais, professeur à la Faculté des sciences de Paris, un livre ayant pour titre : *Éléments des sciences naturelles, zoologie comprenant l'anatomie, la physiologie, la classification et l'histoire naturelle des animaux.*

— M. LARREY fait hommage à l'Académie, au nom de M. Sédillot, de la troisième édition du : *Traité de médecine opératoire.*

— M. CERISE présente, au nom de M. le docteur Rochard, un ouvrage intitulé : *Traitement des dartres par la méthode expulsive.*

— M. DEPAUL présente un ouvrage de M. le docteur Roubaud, intitulé : *Pougues, ses eaux minérales, ses environs.*

— M. MICHON soumet à l'examen de l'Académie, au nom de son auteur, un appareil destiné à la pratique des injections vaginales.

RAPPORT.

Hydrologie. — M. BOUTRON-CHARLAR, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Robinet et Gobley, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Ossian Henry fils, intitulé : *Analyse chimique des eaux de plusieurs sources et puits de la ville de Bar-le-Duc, suivie de considérations hygiéniques sur l'emploi de ces eaux.*

Voici les conclusions qui résument le travail de M. O. Henry :

1° Les eaux potables qui alimentent actuellement la ville de Bar-le-Duc prennent toutes naissance, soit dans le calcaire de Portland, soit dans les argiles Kimmeridge-Clay ;

2° Elles sont toutes de nature calcaire à base de bicarbonate de chaux;

3° Elles renferment par litre des quantités de principes minéralisateurs qui varient entre 0 gr. 204 et 0,488; elles sont donc dans la limite admise pour les eaux potables;

4° Aucune de ces eaux ne forme d'incrustations dans les réservoirs et tuyaux où elles circulent et séjournent;

5° Les sources qui communiquent avec l'Ornain et qui sont souillées par les infiltrations des eaux ménagères ne peuvent pas être employées comme boisson;

6° Les sources qui, au contraire, peuvent être utilisées, sont : la source du Val-Chaupin, la source Boureau et la source Parlemaille. Leur température constante leur donne une certaine importance au point de vue de l'hygiène et de la salubrité.

En résumé, dit en terminant M. le rapporteur, le travail de M. Henry fils, que la commission a examiné, lui paraît avoir été fait avec un soin scrupuleux et par des méthodes qui témoignent que l'auteur est tout à fait au courant des connaissances hydrologiques de notre époque, aussi propose-t-elle de le renvoyer au comité de publication. (L'Académie adopte.)

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de médecine opératoire.

La liste de candidature présentée par la section, porte :

En première ligne.	M. Richet.
En deuxième ligne.	M. Broca.
En troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique.	MM. Follin et Legouest.
En quatrième ligne.	M. A. Guérin.
En cinquième ligne.	M. Demarquay.

Le nombre des membres présents et prenant part au vote est de 73, majorité 37.

Au premier tour de scrutin, M. Richet obtient. .	53 voix.
M. Demarquay.	8 —
M. Broca.	6 —
M. Legouest.	6 —

M. Richet ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORT.

Choléra. — M. BRIQUET continue la lecture de son rapport sur le choléra.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 21 mars 1866, le docteur Constans, inspecteur général des asiles d'aliénés, a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux, en remplacement de M. le docteur Parchappe, décédé.

— Par décret du 12 mars 1866, ont été nommés :

A deux emplois de vétérinaire en premier : MM. Mollaret et Mennechy, vétérinaires en deuxième.

A deux emplois de vétérinaire en deuxième : MM. Maurel et Gillard, aides vétérinaires.

— L'Académie des sciences, dans sa séance d'avant-hier lundi, a élu M. Trécul, en remplacement de M. Montagne, dans la section de botanique.

— Le concours ouvert près la Faculté de médecine de Paris, pour sept places d'agrégés (section de médecine), s'est terminé lundi par la nomination de MM. Maurice Raynaud, Peter, Paul, Proust, Ball, Isambert et Blachez.

— Le jury du concours pour deux places de médecin au bureau central des hôpitaux, vient d'être arrêté de la manière suivante : *Juges titulaires* : MM. Charcot, Marrotte, Monneret, Vulpian, Laugier. — *Juges suppléants* : MM. Gubler et Richet.

— Aujourd'hui à deux heures a eu lieu, dans la salle des concours de l'Administration de l'assistance publique, la distribution des prix de l'internat en pharmacie.

PREMIÈRE DIVISION. — *Prix* : M. Pelhuche. — *Accessit* : M. Pierrhugues. — *Première mention* : M. Champigny. — *Deuxième mention* : M. Jannin.

DEUXIÈME DIVISION. — *Prix* : M. Guelliot. — *Accessit* : M. Gindre. — *Première mention* : M. Duménil. — *Deuxième mention* : M. Bornet.

Dans cette même séance ont été proclamés internes en pharmacie :

1. MM. Patrouillard, Duriez (Léon), Frébault, Blaquart, Houdou, Guichard, Pophillat, Cavy, Dessort.

10. MM. Taupin, Charbonnier, Bretet, Carrière, Peyrusson, Caignet, Duriez (Émile), Chollet, Grez, Sonnerat.

20. MM. Coutelas, Machabey, Bayard, Blanquinque, Chardon, Carbonel, Figarol, Harlay, Munier, Soulat.

30. MM. Le Beuf, Vié, Lextrait, Dussau, Meunier, Hallot, Lelu, Montier, Scherer, Champagneur.

40. MM. Fabries, Larnaudie, Lacoste, Ruc.

— L'Académie des sciences, dans sa séance du mardi 2 janvier, a décerné à M. le docteur Joulin un encouragement de 1,000 francs pour ses travaux intitulés : 1° *Anatomie et physiologie comparées du bassin des mammifères*; 2° *Mémoire sur le bassin, considéré dans les races humaines.*

— La maison Charrière, qui avait dû être mise en vente à la suite des si regrettables décès que nous avons annoncés, vient d'être adjugée à MM. Robert et Collin.

— M. Mathieu, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, vient d'être nommé chevalier de l'ordre royal de Léopold de Belgique.

— L'association générale des médecins de France tiendra sa séance annuelle dimanche 8 avril, sous la présidence de M. Rayer, dans le grand amphithéâtre de l'assistance publique.

Le même jour aura lieu le banquet offert à MM. les présidents et délégués des sociétés locales des départements. Il aura lieu à 7 heures et demie, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines. Le prix de la souscription est de 20 fr. On souscrit chez M. Aug. Brun, trésorier de la Société centrale, 23, rue d'Aumale.

Notice historique sur les médecins et sur l'assistance médicale à Orléans, par M. le docteur CHARPIGNON. Une brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25. Paris, Germer-Baillière, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 38. — SAMEDI 31 MARS 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 31 MARS 1866. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des complications cérébrales ou états méningitiques dans le choléra.

Nous avons dit, dans notre dernière Revue, que M. Mesnet, dans le compte rendu très-intéressant qu'il a fait de son service pendant deux mois de l'épidémie cholérique, avait plus particulièrement étudié les complications cérébrales ou méningitiques qui se sont offertes à son observation. C'est à cette partie de son travail que nous allons emprunter les faits et les considérations qui suivent.

Six malades de son service ont présenté des accidents cérébraux de forme méningitique survenus du quatrième au cinquième jour de la réaction; quatre sont morts, deux ont guéri. Chez les quatre premiers malades, qui n'avaient été atteints du choléra qu'à un degré peu avancé, la réaction s'était établie au début avec des allures franches et modérées, puis tout à coup elle était devenue irrégulière et comme vacillante dans sa marche; le malade se plaignait de céphalalgie, avait l'œil animé, la conjonctive injectée, la bouche sèche, et presque aussitôt arrivait au délire bruyant avec agitation. L'ensemble de ces caractères inflammatoires, auxquels venaient se joindre la carphologie, les soubresauts des tendons, la contraction et l'irrégularité des pupilles, parfois du trismus, et presque toujours la roideur du cou avec renversement de la tête en arrière, a été l'expression symptomatique commune à ces quatre malades.

M. Mesnet a noté chez deux seulement, dès leur entrée dans les salles, l'existence d'un symptôme anomal qui témoignait d'une perturbation déjà profonde des fonctions du système nerveux, alors que le choléra n'avait point pris chez ces malades une allure inquiétante; c'était une anesthésie complète de toute la surface du corps. C'est vers le quatrième jour d'une réaction aux apparences bonnes et régulières, que la tête se prit et que l'état méningitique apparut chez ces deux malades.

L'autopsie de ces quatre sujets n'a guère donné la raison anatomique de tous ces accidents. Chez un seul d'entre eux on a trouvé les caractères d'une véritable méningite. Dans les trois autres cas les lésions des membranes étaient si peu accusées qu'on dut mettre hors de cause la méningite. De l'avis de M. Mesnet, l'état méningitique a donc été à la méningite proprement dite ce que l'état typhoïde est à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire une expression de symptômes sans lésions fixes et bien déterminées. Les accidents cérébraux de la période de réaction n'ayant point pour cause manifeste l'inflammation des méninges, doivent être attribuées au trouble de la circulation et de l'innervation cérébrale.

« De même, dit M. Mesnet, que nous avons vu les perceptions et les mouvements spontanés de la pensée perdre de leur vivacité à mesure que le pouls s'affaiblissait et que la cyanose faisait des progrès, de même nous avons assisté au réveil des facultés intellectuelles, toujours proportionnel au rétablissement de la circulation. C'est qu'en effet l'excitation toute physiologique du liquide sanguin sur la fibre nerveuse est la condition indispensable de la manifestation des actes dévolus à l'appareil cérébral. Que le cours du sang soit ralenti ou précipité, qu'une modification survienne dans les éléments qui le constituent, et aussitôt nous voyons la fonction imparfaite compromise. Mais en dehors des conditions communes à tous les cholériques qui ont passé par les deux périodes d'algidité et de réaction, il faut, pour expliquer les accidents dont nous parlons, une prédisposition particulière à l'individu lui-même. L'expérience de tous les jours ne nous démontre-t-elle pas qu'il existe chez certaines personnes une disposition particulière qui détermine, soit dans l'exercice de quelqu'une de leurs fonctions, soit dans l'impression produite par les agents extérieurs, des phénomènes tout à fait différents de ceux qui ont lieu chez la plupart des autres hommes dans des circonstances semblables? Quand nous voyons survenir quelques complications cérébrales dans le cours d'une pneumonie, d'un érysipèle, d'un rhumatisme, quelle autre raison pouvons-nous en donner, l'alcool étant exclu, que la prédisposition organique? Héréditaire ou acquise, la prédisposition cérébrale nous semble donc devoir être prise en considération dans l'étiologie générale des malades atteints de complications vers le cerveau dans la période de réaction du choléra. »

Tandis que dans le plus grand nombre des cas toute trace de désordre, soit du côté du cerveau, soit du côté de la moelle s'éteint progressivement et que l'équilibre se rétablit peu à peu dans les appareils de l'innervation, M. Mesnet a constaté une marche toute différente chez deux malades qui furent pris à l'improviste de contracture des extrémités et de délire suicide impulsif. Ce qu'il y eut de remarquable dans ces deux cas, c'est que l'apparition de ces accidents, leur développement, l'exagération même à laquelle ils sont arrivés, ne furent point encore en rapport avec la gravité des symptômes cholériques. L'influence épidémique ne s'était révélée que par un appareil symptomatique peu inquiétant; son expression avait été si modérée, qu'on faisait rentrer ces malades dans le cadre du choléra léger. Arrivés à la convalescence, ils présentèrent la contracture des extrémités. L'un d'eux s'étant livré à d'imprudentes ablutions d'eau froide dix jours après le début de la diarrhée, fut pris subitement de tétanie; il guérit toutefois, après avoir eu un gonflement critique des parotides terminé par résolution. Le deuxième fut pris brusquement, au milieu de la convalescence, sans cause apparente, de contracture très-marquée des fléchisseurs des doigts et des orteils, d'un léger trismus et d'une rétention d'urine liée vraisemblablement à la contracture du sphincter vésical. Les jours suivants il eut une fièvre intense. Puis le sixième jour de l'invasion de ces accidents, après être resté vingt-quatre heures en proie à une très-grande agitation avec fièvre violente et à des douleurs lancinantes atroces dans tous les membres et dans le thorax, avec intégrité parfaite des fonctions cérébrales, il entra tout à coup dans un accès de délire, durant lequel il se frappa violemment et à coups redoublés sur la région du sinciput avec l'urinoire de plomb qui était sur sa table. Un quart d'heure après cette tentative de suicide le calme était revenu, et il était sorti de ce désordre intellectuel aussi brusquement qu'il y était entré. Il succomba quelques jours plus tard aux progrès d'un érysipèle qui avait pris naissance à la racine du nez, loin des plaies qu'il s'était faites à la tête.

Que s'était-il passé du côté du système nerveux? se demande M. Mesnet. L'autopsie ne révéla aucune trace de méningite, ni vers le cerveau ni vers les membranes de la moelle. Tout l'axe cérébro-spinal avait conservé sa couleur et sa consistance. On ne trouva que l'état piqueté, sablé de la substance cérébrale, lésion anatomique tant de fois constatée à la suite du délire aigu des aliénés, et qui pouvait expliquer jusqu'à un certain point l'impulsion aveugle à laquelle ce malade avait obéi en tentant de se suicider. Ce fut un accès de fureur maniaque qui eût pu tout aussi bien, suivant M. Mesnet, se traduire par des impulsions homicides. Vouloir expliquer ce fait par de la méningite, dit-il, ce ne serait pas l'interpréter à sa juste valeur; il y eut quelque chose de plus qu'on ne saurait séparer de la contracture elle-même, et il a dû se passer du côté du cerveau ce qui du côté de la moelle se trahissait par de la tétanie.

En présence d'un pareil acte, il était intéressant de rechercher si les dispositions antérieures, héréditaires ou acquises, jusque-là méconnues, n'en avaient point préparé l'explosion. C'est ce qu'a fait M. Mesnet. Il a constaté que ce malade n'avait été sous aucune des influences qui y disposent, telles que l'épilepsie ou l'alcoolisme. Il ne connaît ni fous ni épileptiques dans sa famille, et lui-même n'avait jamais fait d'excès. On se trouvait donc, en définitive, et c'est là la conclusion de M. Mesnet, en présence d'un acte isolé, sous la dépendance d'un état cérébral particulier, qui, s'il n'appartient pas au choléra, a été certainement préparé par lui.

Néphrite double avec accidents d'urémie.

Les cas d'urémie dans les affections inflammatoires des reins ne sont pas excessivement communs. Voici un exemple cependant; il nous a été transmis par M. Bourdillat, interne du service de M. Demarquay.

M. X..., âgé de quarante-quatre ans, entre le 7 février 1866 dans le service de M. Demarquay, pour une paralysie de la vessie déjà ancienne. Ce malade, qui n'a jamais eu de gravelle, accuse, en outre de douleurs vives à la région lombaire, une constipation opiniâtre, de la faiblesse dans les membres inférieurs et une perversion de la sensibilité de ces parties. L'urine, qui ne s'écoule plus que par regorgement, est moins abondante qu'à l'état normal. Elle exhale une odeur ammoniacale très-prononcée et laisse déposer par le refroidissement une épaisse couche de mucosités. Traitée par la chaleur et par l'acide azotique, elle ne donne pas d'albumine. Le malade n'a jamais présenté de troubles de la vue, ni des sens spéciaux. L'appétit est conservé. Il n'existe pas d'état fébrile.

Cet état persiste sans modification notable jusque vers le huitième jour. A cette époque (15 février) l'urine devient plus fétide, le dépôt muco-purulent plus abondant. Les injections d'eau tiède pratiquées jusqu'ici sont remplacées sans beaucoup de succès par celles de permanganate de potasse, si souvent utiles en pareille circonstance. L'urine, abandonnée à elle-même, se sépare en deux couches, l'une supérieure transparente, l'autre inférieure opaque très-abondante. Pas plus que la première fois, les réactifs n'y décèlent la présence de l'albumine.

Quelques jours plus tard (22 février) le malade est pris de frissons longs et répétés, de vomissements incoercibles, de céphalalgie violente. La douleur lombaire persiste avec toute son acuité; le pouls est petit et concentré, la peau chaude et sèche, la respiration régulière. Il existe un peu d'hébétude sans délire, l'inappétence est complète. La fonction urinaire ne présente aucun symptôme nouveau digne d'être signalé. On ne constate aucune trace d'hydropisies à la face, aux membres inférieurs, ni dans les diverses séreuses de l'économie.

Deux vésicatoires appliqués à la région épigastrique et à la région lombaire semblent ralentir les accidents pendant quelques jours.

Le 4 mars, le malade est pris de troubles nerveux encore fugitifs, mais d'un pronostic grave. Il éprouve de temps en temps, du côté gauche, des soubresauts passagers, des tressaillements musculaires, qui se réveillent sous l'influence de toutes les excitations physiques et morales. Ces mouvements convulsifs cloniques alternent avec des grincements de dents involontaires. La parole est embarrassée; il existe une certaine torpeur physique et intellectuelle. Les vomissements persistent.

Les jours suivants, les convulsions se généralisent et se produisent sous la forme de véritables crises, qui se répètent à des intervalles variables. Les muscles de la face prennent une large part à ces troubles fonctionnels, et les yeux sont agités de mouvements convulsifs rapides. Les pupilles sont dilatées également à droite et à gauche. Pendant l'intervalle des crises le malade reprend connaissance, mais il reste assoupi. Lorsqu'on le pince fortement, les mouvements réflexes se produisent, mais avec une certaine lenteur. La constipation et les vomissements continuent. L'urine épaisse et sanguinolente exhale une odeur de macération repoussante.

Peu à peu le malade perd conscience de ses actes; un délire calme s'établit, les muscles se détendent, la sensibilité s'émousse et le malade meurt dans le coma (7 mars 1866).

Autopsie. — Système cérébro-spinal. Les enveloppes de l'encéphale et de la moelle sont congestionnées. Le liquide céphalo-rachidien est plus abondant que de coutume. La pie-mère cérébrale présente sur la convexité des hémisphères de fausses membranes albumineuses. Le cerveau un peu ramolli présente un piqueté rouge. Les ventricules sont remplis de sérosité. La faux du cerveau est complétement ossifiée.

Le cœur est mou, graisseux, sans lésions des orifices.

Les deux poumons sont congestionnés à leur base.

L'estomac présente un épaississement de la muqueuse avec coloration ardoisée.

Les reins sont enveloppés par une couche de tissu cellulaire plus dense et plus adhérent que de coutume.

Le rein gauche, augmenté de volume, présente une coloration brune foncée. Le tissu en est plus mou qu'à l'état normal. Les calices et le bassinet sont remplis de cette substance ichoreuse et purulente que l'on retirait de la vessie, dans les derniers instants de la miction. Le bassinet communique par des orifices largement ouverts avec sept ou huit foyers purulents, disséminés dans la substance corticale. Ces foyers, très-étendus, ont des parois lisses et unies, extérieurement semblables à la muqueuse des calices et des bassinets. Par la compression on fait refluer facilement le liquide qu'ils contiennent dans le conduit excréteur du rein, et réciproquement.

Le rein droit atrophié présente à un degré beaucoup moindre les altérations que nous avons rencontrées dans son congénère.

Les uretères, plus volumineux qu'à l'état normal, ont leurs parois noirâtres et congestionnées.

La vessie présente cette même coloration ardoisée que l'on retrouve dans toute la longueur de l'appareil urinaire. La muqueuse offre tous les caractères de l'inflammation chronique.

Cette observation, ajoute M. Bourdillat, renferme l'exemple assez rare, d'après M. Rayer, d'abcès du parenchyme rénal ve-

nant s'ouvrir dans les calices. Les foyers purulents sont remarquables eux-mêmes par leur volume, par leur nombre, et par leur communication permanente avec les bassinets.

Une autre particularité plus intéressante, parce qu'elle touche à un point de doctrine, est l'existence de lésions encéphaliques étendues et capables d'expliquer les désordres nerveux qui ont précédé la mort.

Dans la mesure d'un fait isolé, cette observation vient donc à l'appui de la doctrine anatomique, qui rattache les troubles nerveux de l'urémie à des altérations organiques appréciables des centres nerveux.

Cette interprétation n'infirme en rien d'ailleurs l'hypothèse d'une intoxication sanguine, qui a pu jouer, par rapport aux lésions anatomiques, le rôle de cause à effet.

Quelques exemples de difficultés de diagnostic médical.

Ce serait un bien triste, mais un bien instructif tableau que celui des conséquences pratiques funestes que peuvent entraîner les erreurs de diagnostic. Une esquisse de ce genre a été déjà tentée pour la chirurgie dans un ouvrage du regrettable professeur Alquié (de Montpellier), intitulé : *Chirurgie conservatrice et moyens de restreindre l'utilité des opérations,* ouvrage très-curieux sous ce rapport et qui n'est peut-être pas assez connu. On n'y lit pas sans frémir les exemples des suites malheureuses d'opérations graves faites sans nécessité ou sur de fausses indications. En médecine, où l'intervention de l'art est moins directe et moins décisive dans ses résultats, les conséquences que peuvent avoir les erreurs de diagnostic sont en général moins fâcheuses. Mais malgré les progrès considérables qu'a faits de nos jours l'étude du diagnostic, les causes d'erreur y sont malheureusement encore beaucoup plus nombreuses et plus difficiles à éviter qu'en chirurgie. Aussi ne saurait-on trop encourager tous les travaux et toutes les recherches qui ont pour objet de diminuer les sources d'erreurs, en multipliant et en étendant de jour en jour nos moyens d'investigation, ou de nous prémunir contre celles que nous croirions, souvent à tort, pouvoir éviter le plus aisément, en nous montrant les piéges que les maladies les plus simples en apparence tendent parfois à notre sagacité.

C'est sur quelques faits de ce dernier ordre que nous voulons appeler un instant l'attention de nos lecteurs. Ces faits nous les empruntons à une très-bonne dissertation sur les difficultés du diagnostic médical, soutenue tout récemment par M. le docteur A. Riant.

Voici, entre autres, quelques-uns des exemples de difficultés particulières de diagnostic qui se sont présentés à l'observation de notre jeune confrère pendant l'exercice de son internat.

Le premier est relatif à la variole, non pas à la période prodromique de la variole, qui peut si souvent, en effet, laisser le diagnostic incertain, mais à sa période d'éruption elle-même. On sera moins surpris quand on saura qu'il s'agit d'un jeune enfant.

A l'hospice des Enfants-Assistés, un jeune enfant est présenté à la Crèche, comme atteint de variole. Il est vacciné sur-le-champ, et la vaccine réussit. Le troisième jour, l'éruption supposée variolique paraît complète, mais avec un singulier caractère de rougeur et de concentration à la face. De plus, les pustules étaient groupées sur les membres, sans le caractère de dissémination propre à la variole. Après examen très-attentif, il fut reconnu que la prétendue éruption variolique était une éruption syphilitique. L'éruption, comme celle de la variole, avait commencé à la face, et ne s'était étendue au dos qu'au bout de vingt-quatre heures; les pustules étaient ombiliquées et d'une remarquable ressemblance avec celles de la variole : base rouge, assez étendue, soulèvement épidermique aplati et largement creusé au centre, couche blanche sous l'épiderme paraissant annoncer une suppuration prochaine. Mais un examen complet fit voir que les pustules étaient dures, sans épanchement séreux ou plastique, la rougeur était légèrement cuivrée et ne disparaissait pas sous la pression du doigt. Enfin le groupement de l'éruption était anomal, en croissants et par plaques isolées. D'autre part, tous les signes de la syphilis infantile faisaient défaut : pas de mal de gorge, pas d'engorgement ni de pléiades ganglionnaires, pas de pustules plates à l'anus. Le traitement confirma ce dernier diagnostic. Au bout de trois jours d'usage de bains de sublimé, l'éruption pâlit et les boutons ecthymateux commencèrent à s'éteindre.

—Un malade présente dans une grande étendue de la plèvre, d'un côté, tous les signes classiques d'une pleurésie. Mais si on ausculte quelques jours après, on trouve dans ces mêmes limites un énorme gargouillement, et on a de la peine à se défendre de l'idée d'une immense caverne. M. Riant a observé un cas de ce genre avec MM. Blachez, Proust et Magnac, dans le service de M. le professeur Nat. Guillot, à la Charité. On trouvait en arrière, dans toute la hauteur du poumon gauche, un gargouillement type, qui pouvait faire croire à l'existence d'une ou de plusieurs vastes cavernes. Quelques jours après, tous ces symptômes étaient dissipés, et la respiration avait reparu, normale et sans râle.

Les cas de ce genre se sont beaucoup multipliés dans ces derniers temps. On sait maintenant que ce pseudo-gargouillement n'est qu'une forme de frottement humide déterminé par des fausses membranes molles, renforcé et modifié par le bruit respiratoire. Mais on a dû s'y tromper plus d'une fois.

Autre exemple d'un diagnostic difficile.

Une femme entre dans la salle Sainte-Madeleine à la Charité (service clinique de M. Bouillaud) avec une ascite énorme; infiltration séreuse généralisée. L'abdomen était trop développé pour faire admettre une affection cardiaque. On était plus naturellement conduit à l'idée d'une maladie du foie; mais de quelle nature? Il était impossible de tirer parti de la percussion avec un abdomen aussi volumineux. Une ponction est pratiquée; après la ponction, on palpe, on percute, et on trouve un foie énorme, descendant très-bas. L'idée de cirrhose fut écartée. Le cœur présentait un souffle mitral assez intense. Grande indécision. La lésion cardiaque paraissait trop minime pour être considérée comme l'origine d'une hydropisie aussi considérable. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital et après plusieurs ponctions successives, la malade mourut. A l'autopsie on trouva en avant et au-dessous d'un foie fort petit et présentant le type de la cirrhose une dégénérescence péritonéale ayant l'épaisseur de 15 centimètres et prolongeant la surface du foie vers l'abdomen de 15 à 20 centimètres.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'antagonisme d'action de l'opium et de la belladone.

La discussion qui a été récemment soulevée au sujet de ce point de pharmacodynamie a déterminé M. le docteur Erlenmeyer, de Bendorf, à instituer une série d'expériences propres à déterminer avec plus de précision les rapports qui existent entre l'action de l'atropine et celle de la morphine. Il a eu, en outre, l'occasion de traiter un cas d'empoisonnement excessivement grave par l'atropine, et la morphine lui a paru avoir, dans ce cas, une utilité incontestable.

A la suite de l'injection de l'atropine à l'intérieur, on observe d'abord la dilatation de la pupille, puis l'accélération du pouls, qui est d'autant plus considérable et se produit plus rapidement que la dose employée est plus élevée.

A la suite des injections hypodermiques d'atropine, c'est l'accélération du pouls qui s'observe en premier lieu et apparaît déjà au bout de six minutes environ. La sécheresse et l'injection de la gorge, de la langue et du nez, et l'injection de la conjonctive se produisent au bout de douze minutes à peu près. L'injection des joues doit encore être signalée comme étant un symptôme assez constant.

La morphine, administrée en injections hypodermiques, produit d'abord un ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires, le rétrécissement de la pupille, la pâleur du visage et parfois des vomissements répétés.

Lorsqu'on administre d'abord l'atropine et ensuite la morphine, le pouls, accéléré par l'atropine, ne se ralentit pas; il se précipite au contraire davantage. Les mouvements respiratoires d'abord accélérés, se trouvent ralentis du double; la pupille dilatée revient sur elle-même et se rétrécit. La sensation de sécheresse de la gorge, loin d'être diminuée, s'exagère notablement.

Lorsqu'on injecte la morphine d'abord et l'atropine ensuite, le pouls, ralenti d'abord, ne revient pas seulement à sa fréquence primitive, mais encore il s'accélère et même de manière à dépasser le chiffre auquel il est amené par l'emploi de l'atropine seule. Les mouvements respiratoires ne sont guère modifiés dans les conditions dont il s'agit; la pupille, rétrécie par l'action de la morphine, se dilate sous l'influence de l'atropine. Après l'injection de morphine, la sensation de sécheresse à la gorge n'est pas accusée; mais après l'injection d'atropine, elle se prononce plus que si cette injection n'avait pas été précédée de celle de la morphine.

Lorsque les deux alcaloïdes sont injectés simultanément, l'accélération du pouls atteint son maximum et persiste plus longtemps que dans les cas précédents; les mouvements respiratoires ne sont pas accélérés au même degré; la dilatation de la pupille ne commence qu'au bout d'une demi-heure et est, en somme, insignifiante; la sécheresse de la gorge se fait sentir au bout de dix minutes et atteint son maximum, tant au point de vue de son intensité qu'à celui de l'étendue qu'elle occupe.

En résumé donc, l'atropine et la morphine ne sont pas des antidotes au point de vue du pouls. La morphine renforce au contraire à divers degrés l'action de l'atropine.

Ces deux alcaloïdes paraissent être des antagonistes, au point de vue de leur influence sur les mouvements respiratoires.

Ils sont manifestement antagonistes au point de vue de leur action sur la pupille, mais leurs effets s'ajoutent pour ce qui est de la sécheresse de la gorge, et surtout lorsqu'on les injecte tous les deux au même moment.

Il en est encore de même, selon toute apparence, relativement à leur mode d'action sur les nerfs sensitifs. Dans bien des névralgies, quand l'un ou l'autre des alcaloïdes employé isolément échoue, on réussit parfaitement en les donnant simultanément. Cette combinaison paraît avoir une plus grande énergie d'action que chaque alcaloïde employé isolément.

Il n'est point possible de se prononcer aujourd'hui au sujet de l'action qu'ils exercent sur les organes digestifs (vomissements, etc).

Pour ce qui est enfin de l'action narcotique proprement dite, M. Erlenmeyer, contrairement aux expériences de M. Camus (*Gaz. hebd.*, 1865, nº 32) a pu voir, à plusieurs reprises, les symptômes de cet ordre produits par un alcaloïde, se dissiper sous l'influence de l'autre alcaloïde.

Dans l'observation d'empoisonnement rapportée par M. Erlenmeyer, l'énorme dose de 10 centigrammes d'atropine avait été ingérée, et on n'avait administré un vomitif que fort tardivement. Les effets de cette dose, certainement mortelle, ont été combattus par une dose égale de morphine, administrée en plusieurs fois en injections hypodermiques, et il n'est guère permis de douter, en lisant les détails du fait, que le malade ait dû son salut à cette médication. (*Arch. gén. de méd.*, mars 1866.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 21 mars 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Faliu adresse à la Société une observation d'extirpation de polype du col de l'utérus à l'aide d'une nouvelle pince. Commission : MM. Tarnier, Tillaux, Le Fort.

— M. le docteur Davat, d'Aix, membre correspondant, adresse une note à l'occasion de la discussion sur l'*ophthalmie purulente.*

Voici un extrait de cette communication :

J'ai pris pour habitude et pour règle :

1º De placer l'œil dans l'immobilité;

2º De l'isoler de la lumière et de l'air;

3º D'agir sur l'œil médiatement deux à trois fois par jour seulement, et immédiatement constamment.

En dehors des moyens généraux réclamés par le tempérament, le traitement local que j'emploie et qui remplit les précédents préceptes, consiste à recouvrir la paupière de l'œil malade de deux rondelles de linge superposées, sur lesquelles on a répandu une double couche du mélange suivant :

Blanc d'œuf.	nº 1.
Alun de roche pulvérisé. .	1 gramme.
Sublimé d'hydrargire. . .	0 gr. 20.

Battez ensemble.

Quand il y a douleur, photophobie, le mélange peut être additionné de laudanum ou d'atropine.

Les rondelles en se desséchant adhèrent sur les paupières, fixent l'œil, l'isolent de l'air et du jour; elles sont un bon antiphlogistique. On les renouvelle suivant l'intensité de la lésion oculaire, quand il y a lieu de laver l'œil et de le cautériser. Le pansement répété soir et matin suffit généralement.

— M. Larrey fait hommage de son rapport sur le travail de M. le docteur H. Dumont, sur la maladie dite des sucreries.

— M. Didiot, médecin principal des hôpitaux militaires, adresse un mémoire sur le choléra à Marseille en 1865.

A propos du procès-verbal :

Anesthésie locale par l'éther pulvérisé.

M. MARJOLIN. J'ai pratiqué deux opérations après avoir essayé l'anesthésie locale. M. Luer avait bien voulu faire fonctionner son appareil, l'éther était parfaitement pur.

Il s'agissait dans le premier cas de réséquer l'extrémité d'un fémur saillant à travers une plaie; dans le second, d'ouvrir un kyste renfermant une exostose épiphysaire qu'une fracture accidentelle avait rendue complétement mobile.

Nous opérions dans une très-grande salle et cependant il s'y était accumulé une telle quantité de vapeur d'éther, qu'un corps en ignition eût probablement créé un danger véritable. J'ai été, pour ma part, étourdi pendant plus d'une heure; le second de mes opérés a été aussi fort incommodé et jeté dans un état nerveux fort pénible.

Chez les deux opérés, l'anesthésie a été imparfaite. Chez le premier, il y a eu dans la journée une hémorrhagie en nappe assez abondante.

M. LE FORT. Je suis convaincu que l'anesthésie locale par l'éther doit être absolument réservée aux petites opérations et aux ouvertures d'abcès. Je ne suis donc pas surpris de ce que M. Marjolin vient de nous dire. Il est important de se servir d'éther rectifié; il n'est pas douloureux au contact des tissus, parce qu'il ne contient pas d'alcool, et il en faut une moindre quantité pour obtenir la réfrigération, ce qui est important.

Appareil en cuir pour la coxalgie.

M. GIRALDÈS, après avoir présenté son nouvel appareil à l'Académie, M. Bouvier est venu le montrer à la Société de chirurgie. Il a reçu ici un moins bon accueil, et j'ai eu pour ma part la malencontreuse idée de montrer que M. Hilton avait déjà fait construire et employé un appareil semblable.

— M. Bouvier a bien voulu tenir compte de mon observation, et, sur sa demande, je lui ai fourni les indications nécessaires; il a pu ainsi étudier l'ouvrage de M. Hilton. Notre collègue est venu dans la dernière séance vous dire le résultat de son examen.

Tout serait donc pour le mieux si M. Bouvier, au lieu de parler simplement de l'appareil de M. Hilton, n'avait critiqué son ouvrage et n'avait aussi, en parlant de l'appareil, commis quelques erreurs d'appréciation. La note que notre collègue a rédigée pour le procès-verbal ne reproduit pas exactement ce qu'il nous a dit en séance; cependant les critiques que je vais présenter ont encore leur raison d'être.

D'après M. Bouvier, les leçons de M. Hilton ne seraient que la reproduction des idées qu'avaient soutenues quatre-vingt-dix ans auparavant David de Rouen.

On est toujours bienvenu quand on réclame pour un auteur de son pays; mais le livre de M. Hilton n'est en aucune façon le décalque de colui de David. Ces deux ouvrages n'ont pas plus de ressemblance qu'une feuille de papier et une feuille de cuir.

Le mémoire de David a quelques pages seulement; il s'occupe de la carie de la colonne vertébrale, des abcès par congestion, très-incidemment des maladies articulaires. Attribuer à David l'honneur d'avoir posé en précepte le principe du repos des jointures, comme base de leur thérapeutique, c'est lui attribuer rétroactivement un mérite auquel son ouvrage ne lui donne aucunement droit. M. Hilton a trente ans de pratique à Guy's Hospital, c'est un ancien élève de l'école de Paris et de A. Cooper. Il a fait au collége des chirurgiens six leçons sur les affections de la hanche pendant trois années consécutives, et ce sont ces dix-huit leçons qu'il a réunies en un gros volume, où la question est étudiée d'une manière approfondie. Les observations qu'il a rapportées ne sont pas écourtées, ainsi que le disait M. Bouvier; elles ne sont pas non plus au nombre de trois seulement,

il y en a une dizaine. On ne peut donc établir d'analogie entre deux ouvrages aussi différents.

Quant à l'appareil, M. Bouvier a bien reconnu qu'il était en cuir moulé, mais il a cru qu'il consistait en une simple attelle. Oui, si l'on appelle ainsi un appareil qui enveloppe toute la circonférence du membre, le bassin et se moule exactement sur les parties. D'ailleurs M. Hilton a le soin de nous montrer un peu plus loin ce que l'on peut faire avec de simples attelles. Il suffit de jeter les yeux sur les figures qui accompagnent les descriptions de M. Hilton pour être convaincu.

L'appareil de M. Hilton est bouclé au lieu d'être lacé, il n'est pas renforcé de lames métalliques, de plus il est complété par une attelle munie d'une semelle, à l'aide de cet ajutage on immobilise la jambe et le pied. Voilà les vraies et les seules différences.

Les renforts métalliques ont été utilisés et conseillés par Brodie; le cuir moulé a été dès 1859 employé en France pour un appareil à coxalgie. C'est M. Mathieu qui s'en est servi pour un appareil qu'il construisait pour un malade soigné par MM. Ch. Bernard et Bouvier.

M. BOUVIER. Je suis bien aise que M. Giraldès ait constaté que j'avais rectifié dans ma note quelques erreurs qui m'étaient échappées pendant l'improvisation. Je suis tout aussi disposé à me laisser convaincre en ce qui touche à l'appareil de M. Hilton. Je le répète, la question de priorité ne saurait me préoccuper, j'ai déclaré dès le principe que j'étais heureux de me trouver en conformité de vues et d'opinion avec M. Hilton à propos d'un appareil que je crois appelé à rendre de véritables services.

Mais je n'accepte pas la réclamation de M. Mathieu que M. Giraldès a rappelée; son appareil est en cuir moulé, mais composé de plusieurs pièces. Celui de M. Hilton et le mien sont d'un seul morceau, c'est là un principe essentiel.

Je veux surtout me défendre d'avoir critiqué M. Hilton. Je n'ai pas dit que son ouvrage fût un décalque de celui de David. J'ai dit au contraire qu'il devait lui être inconnu.

Y avait-il inconvénient à rapprocher l'œuvre modeste du chirurgien de Rouen des études approfondies de M. Hilton? Je me crois en droit de maintenir que les deux auteurs sont arrivés à la même conclusion pratique. Il est vraiment intéressant de montrer dans un ouvrage ancien la formule du principe moderne pour le traitement des affections articulaires.

David n'a pas fait de monographie, cela est vrai, mais il s'occupe de la coxalgie dans le corps de son mémoire et dans les notes qu'il y a annexées.

M. GIRALDÈS. Je ne voudrais pas que l'on crût que j'ai voulu amoindrir l'ouvrage de David. Il n'y a que deux observations et incidemment quelques notes relatives aux affections de l'articulation coxo-fémorale. David parle beaucoup des caries articulaires, du mal de Pott, de la nécessité de ne pas ouvrir les abcès par congestion, mais ne pose pas en précepte l'immobilité comme méthode de traitement des affections articulaires.

Cet ouvrage ne ressemble pas plus à celui de M. Hilton que la médecine opératoire de M. Velpeau à celle de Dionis.

M. LEFORT. Il est un point surtout bien étudié par Hilton, ce sont les douleurs articulaires. Il a surtout cherché à bien montrer comment elles se produisaient.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TARNIER. Messieurs, en mettant la question des maternités à l'ordre du jour, la Société de Chirurgie ne fait que poursuivre une œuvre déjà commencée par elle : personne, en effet, n'a oublié le retentissement mérité de cette discussion, où vous avez cherché et établi les règles applicables à la salubrité des hôpitaux généraux. L'hygiène des maternités n'est, en réalité, que le complément de votre première enquête; elle en est le corollaire obligé.

La fièvre puerpérale, vous le savez, frappe chaque année une quantité considérable de femmes en couches; il faut en enregistrer le nombre pour servir d'enseignement; mais aucun médecin, aucun administrateur, aucun pays ne doit être accusé en particulier. Partout le mal est le même; dans le monde entier les hôpitaux de toutes les grandes villes sont ravagés par le même fléau. L'importance du débat qui vous est soumis est donc universelle, et votre jugement sera aussi vrai pour Paris ou Londres que pour Berlin, Vienne et Saint-Pétersbourg. Nous sommes en mesure, je crois, d'indiquer, au moins en partie, la cause du mal et les moyens d'y remédier, car nous possédons actuellement de très-nombreux travaux sur la mortalité des nouvelles accouchées, et ce n'est pas en vain, je l'espère, que nous poursuivrons le but que nous nous proposons d'atteindre. L'opportunité de cette discussion ne saurait donc être mise en doute. Tout le monde est animé du même zèle, et pendant que les médecins démontrent la cause d'une aussi grande mortalité, le directeur de l'assistance publique se dispose à ne reculer devant aucune mesure capable d'amoindrir la fréquence des maladies puerpérales; c'est donc un devoir pour nous de dire la vérité, quelque triste qu'elle soit.

Notre tâche est d'ailleurs simplifiée par l'étude déjà faite par vous sur l'hygiène hospitalière. Il est inutile de revenir à une discussion générale pour répéter ce qui est dit dans nos bulletins de l'année 1864. Une maternité doit être construite suivant les mêmes règles qu'un autre hôpital : même situation, en un lieu salubre, aéré et sur un vaste emplacement; même orientation, même nombre d'étages, même nombre de lits pour un espace donné. Peut-être convient-il cependant de faire remarquer qu'une nouvelle accouchée a besoin d'un plus grand nombre de mètres cubes d'air que tout autre malade en raison de l'odeur qui s'échappe des lochies. On n'oubliera pas davantage que l'enfant nouveau-né est placé près de sa mère, et qu'il contribue pour sa part à la viciation de l'air. Quant à la ventilation, je répéterai, après bien d'autres, que la ventilation dite naturelle est la meilleure. Je n'irai pas plus loin dans cette revue des conditions hygiéniques applicables aux hôpitaux, et j'aborderai plus directement mon sujet : *Y a-t-il des règles particulières à observer pour la construction et l'aménagement d'une maternité?* Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, parce qu'une maternité est un hôpital spécial réservé à des maladies spéciales. Pour traiter convenablement ce point particulier de mon argumentation, j'examinerai successivement les trois questions suivantes : 1° Quelle est la mortalité des femmes en couches? 2°. Quelles sont les causes de cette mortalité? 3° Quelle doit en être la prophylaxie?

1° *Mortalité des femmes en couches.* — Depuis longtemps la mortalité des femmes en couches a préoccupé les médecins. On connaissait le mal sans savoir au juste quelles étaient son étendue et sa gravité. Tenon combla en partie cette lacune et fit voir dans quelle proportion les décès des nouvelles accouchées entraient dans la mortalité générale. Cet auteur déplorait le triste état où étaient placées, de son temps, les femmes en couches, et montrait qu'il en mourait une sur quinze. L'exactitude de ses recherches constituait un véritable progrès; mais une partie de la vérité resta dans l'ombre parce qu'on n'eut pas l'idée de comparer la mortalité de la ville et celle de l'hôpital. On savait d'ailleurs que les maladies puerpérales se développaient par épidémie, et on en concluait que, si la mortalité était effroyable à l'hôpital, elle devait être, sans aucun doute, très-grande en ville. J'étais imbu de ces idées quand j'eus l'occasion d'observer une effroyable mortalité qui éclata en 1856, à la Maternité, pendant que j'y étais interne. Sur 2,239 accouchements il y eut 112 décès, soit 1 décès sur 19,62 accouchements. Dans le mois de mai seulement il y eut 32 accouchements et 31 décès. La gravité de l'épidémie était d'ailleurs aussi grande à l'hôpital des Cliniques et à Cochin, malgré la médication par le sulfate de quinine, qui avait été instituée dans ce dernier hôpital par M. Beon. De pareils désastres étaient bien faits pour faire réfléchir; j'interrogeai mes maîtres, et partout on me répondit que la mortalité était aussi grande en ville qu'à l'hôpital, et que, si la mortalité y était moins apparente, cela tenait, me disait-on, à ce que les cas de mort causés par la fièvre puerpérale y étaient masqués et comme perdus au milieu de la mortalité générale, et souvent, ajoutait-on, le rapport des médecins vérificateurs des décès, mal renseignés, devait contenir de fausses indications sur la cause véritable de la mort.

Toutes ces allégations manquaient de démonstration scientifique, et je résolus de dresser une statistique où je comparerais la mortalité de la ville et celle de l'hôpital. M. Delpech, dont j'étais l'interne, voulut bien m'aider et me fit ouvrir les portes de la mairie du 5e arrondissement (ancien 12e), où je pus m'installer pendant tout le temps que durèrent mes recherches. Pour obtenir un résultat aussi exact que possible, je feuilletais le registre de décès de l'année 1856, acte par acte, et chaque fois qu'une femme était morte de 15 à 50 ans, je me demandais si elle n'était pas morte à la suite d'un accouchement. Pour le vérifier, je recherchais aussitôt dans le registre des naissances, soit à son nom, soit à celui de son mari, si elle était accouchée dans le mois qui avait précédé sa mort, et j'ai considéré comme morte de maladie puerpérale chaque femme qui s'est trouvée dans cette condition; cette manière de procéder n'a donc pu que grossir le chiffre de la mortalité et nullement le diminuer. La clientèle civile me donna ainsi 3,222 accouchements et 14 décès seulement. Encore je dois ajouter que, sur ces 14 décès, quatre femmes étaient mortes, il est vrai, chez elles, mais après avoir été accouchées à la Maternité, d'où elles étaient sorties malades. La mortalité de la ville n'était donc que de 10 sur 3,222 accouchements, ou de 1 sur 322, tandis qu'à la Maternité, pour la même année, elle était de 1 sur 19. J'avais en outre à ma disposition une autre statistique qui prouvait que, sur 712 accouchements faits par les soins du Bureau de bienfaisance, cinq femmes seulement avaient succombé, soit 1 sur 142,40. Je pouvais donc affirmer, preuves en main, que la mortalité de l'année 1856 avait été 17 fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile. Toutes ces recherches ont été publiées en 1857 dans ma thèse inaugurale (Paris. Avril 1857). Elles établissent la proportion suivante dans la mortalité des nouvelles accouchées :

Maternité..................	1 sur 19,62.
Clientèle de la ville......	1 sur 322,20.
Bureau de bienfaisance...	1 sur 142,40.

Personne ne s'attendait à un résultat pareil, et, le premier, j'en fus singulièrement étonné. Quelques médecins, difficiles à convaincre, élevèrent même des doutes sur cette statistique. M. Velpeau pria M. Trébuchet de faire de nouvelles recherches sur ce sujet; ce nouveau travail montrait bientôt que, dans toute la ville de Paris, il meurt 4 accouchées sur 1,000 dans la clientèle civile.

Il était désormais prouvé que la mortalité de l'hôpital est hors de toute proportion avec celle de la ville. Je crois avoir été le premier à en donner la démonstration, et je réclame la priorité parce que ces recherches n'ont pas été sans importance et qu'elles sont d'ailleurs le point de départ de nouvelles investigations qui amèneront un jour ou l'autre une réforme radicale dans l'hygiène de nos hôpitaux. Je m'étonne donc que M. Lefort n'ait pas cité ma thèse dans son livre et qu'il ne parle que de mon mémoire de 1858 (*De la fièvre puerpérale.* Paris, 1858, in-8°). Mon collègue m'accorde encore, il est vrai, la priorité sur les travaux publiés à l'étranger, mais cette citation, faite en passant, ne l'a pas empêché d'écrire un passage que je lui demande la permission de lire en entier. J'aurai si souvent l'occasion de parler avec éloges du livre de M. Lefort que je puis bien me permettre de commencer par une critique. « Moins heureux, dit M. Lefort, que pour les maternités étrangères, nous ne pourrions tracer « aujourd'hui, faute de documents scientifiques, l'histoire médicale « de la Maternité. Ce n'est pas toutefois que plusieurs travaux importants ne soient sortis de l'École d'accouchements de Paris, et « plusieurs épidémies ont eu leurs historiens; mais ces derniers se « sont presque toujours bornés à faire l'histoire anatomique ou symptomatologique de la fièvre puerpérale, quelquefois à vanter telle méthode thérapeutique de préférence à telle autre (en réalité aussi « impuissante), sans examiner la question si importante de l'étiologie « et sans nous fournir d'éléments statistiques suffisants pour le « chiffre de la mortalité par fièvre puerpérale. » (Lefort. Paris 1866. Pages 226 et 227).

Je réclame contre cette appréciation qui n'est ni juste ni vraie, et je pourrais citer, avant mes recherches personnelles, la thèse d'un ancien interne de la Maternité, M. Lasserre, qui contient nombre de faits intéressants sur l'étiologie de la fièvre puerpérale.

Je disais, il y a quelques instants, que la comparaison de la mortalité de la ville et de l'hôpital avait été le point de départ de nombreux travaux. En 1858, Baines fit en effet pour Londres ce que j'avais fait pour Paris, et comme moi il trouva que la mortalité était effroyablement plus considérable à l'hôpital; comme moi aussi, il trouva quelques incrédules quand parut son premier mémoire. En 1860, Crédé, à Leipsig, entreprenait un travail analogue et arrivait au même résultat. En 1862, M. Husson (*Étude sur les hôpitaux de Paris*) nous fait connaître la mortalité des femmes en couches dans tous les hôpitaux de Paris de l'année 1802 à l'année 1862. Nous ne trouvons pas, il est vrai, dans son livre, la mortalité de la ville, mais quand on connaît la clef de cette comparaison, le chiffre des décès dans les hôpitaux suffit, et les recherches de M. Husson nous fournissent ainsi des documents extrêmement importants. Voici ces chiffres (Husson, *Étude sur les hôpitaux*, page 253) :

Maternité.....	160,704	accouch.	8,124	décès	= 5,6 0/0	= 1 s. 19.
Cliniques.....	24,295	—	1,143	—	= 4,7 0/0	= 1 s. 21,2.
Hôtel-Dieu....	25,314	—	831	—	= 3,2 0/0	= 1 s. 30,4.
Saint-Louis...	19,038	—	780	—	= 4, 0/0	= 1 s. 24,7.
Saint-Antoine.	5,204	—	349	—	= 6,7 0/0	= 1 s. 14,8.
Lariboisière...	5,022	—	395	—	= 7,86 0/0	= 1 s. 12,7.

La mortalité est donc de 1 sur 19 à la Maternité, de 1 sur 21 à l'Hôpital des cliniques, de 1 sur 30 seulement à l'Hôtel-Dieu, qu'on a tant décrié. A l'hôpital Saint-Louis, la mortalité est de 1 sur 24 (de l'année 1808 à l'année 1862). Je m'arrête sur ces chiffres, parce que j'ai souvent entendu dire que l'hôpital Saint-Louis était un modèle, et que dans ses anciennes salles on ne voyait que de loin en loin mourir une femme en couches. Que de fois j'ai entendu médecins et chirurgiens des hôpitaux affirmer ces résultats satisfaisants en toute conscience, et les expliquer de telle ou telle façon! Peine perdue! la vérité est que la mortalité est presque aussi grande à Saint-Louis qu'aux Cliniques, et plus considérable qu'à l'Hôtel-Dieu. Les deux hôpitaux les plus maltraités sont Saint-Antoine et Lariboisière : dans le premier, la mortalité des nouvelles accouchées est de 1 sur 14, et de 1 sur 12 dans le second, malgré le luxe qui les entoure.

Après le travail de M. Husson parut, en 1863, le Mémoire de Hugenberger, qui fait pour Saint-Pétersbourg la comparaison de la mortalité de la ville et de l'hôpital. Les recherches entreprises en France se trouvèrent ainsi confirmées en Russie. En 1864, Späth et Braun arrivèrent aux mêmes résultats pour la ville de Vienne.

Tant de travaux ne pouvaient pas passer inaperçus, et en 1864 le Comité consultatif d'hygiène chargea M. Malgaigne de faire un rapport sur la mortalité des femmes en couches. Ce rapport fut publié dans le *Bulletin officiel* du ministère de l'intérieur (Paris, 1864). On y trouve des documents extrêmement précieux. M. Husson, qui faisait partie de la Commission dont M. Malgaigne était le rapporteur, voulut bien faire dresser une statistique qui comprend tous les accouchements de Paris pour les années 1861 et 1862, et met en regard le nombre des accouchements et celui des décès : 1° dans les hôpitaux; 2° dans les bureaux de bienfaisance; 3° en ville, en dehors des bureaux. Voici cette statistique :

1861 :

Dans les hôpitaux......	7,226	accouch.	693	décès	= 1 sur 10,42
Bureaux de bienfaisance.	6,212	——	32	—	= 1 sur 194,12
En ville...............	44,481	——	262	—	= 1 sur 169,80

1862 :

Dans les hôpitaux......	6,971	accouch.	476	décès	= 1 sur 14,64
Bureaux de bienfaisance.	6,422	——	39	—	= 1 sur 164,66
En ville...............	42,796	——	226	—	= 1 sur 160,88

En groupant ces chiffres, on trouve, pour l'ensemble des deux années :

Dans les hôpitaux.........	14,497	accouch.	1,169	décès.
Eu ville et dans les bureaux.	99,911	——	559	—

Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux que dans la ville, on y aurait compté à peine 80 décès au lieu de 1,169. Mille quatre-vingt-dix femmes en deux années, ou cinq cents quarante-cinq par an, frappées de mort à l'hôpital, et qui probablement auraient été épargnées si elles avaient pu accoucher en ville!

Je sais bien que l'administration a été émue par ces chiffres; aussi dit-elle bien baut que les années 1861 et 1862 ont été exceptionnellement meurtrières, et qu'il ne faut pas les prendre pour point de comparaison. Prenons donc les deux années suivantes, c'est-à-dire 1863 et 1864, et nous trouverons :

1863 :

A l'hôpital.................	7,350	accoucb.	499	décès	= 1 sur 15
Bureaux de bienfaisance....	6,839	——	24	—	= 1 sur 284

1864 :

A l'hôpital.................	7,166	accouch.	578	décès	= 1 sur 12
Bureaux de bienfaisance....	6,953	——	52	—	= 1 sur 133

Les résultats, on le voit, ne sont pas plus favorables pour les années 1863 et 1864 que pour les deux années précédentes; il faut s'incliner devant eux, et reconnaître que malheureusement ils ne varient guère.

Le rapport de M. Malgaigne contient en outre une statistique dressée par M. de Lurieu pour les hôpitaux des départements, où nous trouvons la preuve qu'en province, comme à Paris, la mortalité des maternités est relativement considérable.

Dans les hôpitaux de Lyon on compte 1 décès sur 43 accouchements.

Bordeaux, Lille, Reims, Strasbourg, Grenoble, Saint-Étienne, donnent pour leurs hôpitaux 1 décès sur 19.

Toulouse, Bourg, Troyes, Marseille, Châteauroux, Amiens, Colmar, Nantes, Nancy, Orléans, donnent 1 décès sur 37.

Laon, Versailles, Caen, Limoges, Tours, Blois, Dijon, Chambéry, Nîmes, Bar-le-Duc, Poitiers, Brest, Périgueux, Meaux, Angoulême, Arras, Moulins, Châlons-sur-Marne, Avignon, Montpellier, Metz, Le Mans, Perpignan, Mâcon donnent 1 décès sur 38.

Beauvais, Chartres, Évreux, Lons-le-Saunier, Valence, Romans, Aix, Mulhouse, Albi, Verdun, Douai, Ajaccio, Vesoul, Provins, Saint-Quentin, Alençon, Niort, Nevers, Cherbourg, Draguignan, donnent 1 décès sur 78.

Nous étions, vous le voyez, déjà riches en statistiques importantes quand il y a quelques semaines à peine, parut le livre de M. Lefort (*Des Maternités*, Paris 1866). Le travail de notre collègue est incontestablement le plus complet de tous; M. Lefort y a ajouté un mérite particulier en visitant un grand nombre d'hôpitaux étrangers et c'est sur place qu'il a recueilli bon nombre de renseignements qu'il publie aujourd'hui. Son livre sera donc favorablement apprécié dans tous les pays et on devra le consulter chaque fois qu'on voudra étudier l'hygiène des maternités. Au point de vue qui nous occupe en ce moment, qu'a fait M. Lefort? Il a additionné ma statistique, celles de Barnes, Crédé, Husson, Hugenberger, Späth, Braun, Malgaigne, de Lurieu; il y a ajouté celles d'un grand nombre d'autres pays: Prague, Munich, Gœttingue, Berlin, Francfort, Pesth, Moscou, Dublin, etc.,

et il arrive ainsi au chiffre énorme de 1,813,093 accouchements qui sont répartis de la manière suivante :

A l'hôpital : 888,312 accouchements, 30,594 décès, soit 1 mort sur 29.

En ville : 934,781 accouchements, 4,405 décès, soit 1 mort sur 212.

La même statistique semble prouver qu'on meurt moins à Londres qu'à Paris, moins à Paris qu'à Munich et à Saint-Pétersbourg.

Ces chiffres expriment-ils une vérité qui soit indistinctement applicable à toutes les villes ? Il est permis d'en douter, parce que M. Lefort a réuni dans sa statistique un grand nombre d'hôpitaux dont la population est tantôt considérable comme dans les grandes villes et tantôt très-petite comme dans la plupart des provinces de la France et de l'étranger. Cette différence dans la population des maternités est presque constamment suivie par une différence semblable dans la mortalité, qui devient proportionnellement plus grande ou plus faible suivant que les nouvelles accouchées sont agglomérées en plus ou moins grand nombre. Il ne faudrait donc pas prendre les chiffres de M. Lefort en bloc, pour les comparer avec ce qui se passe à Paris.

Je doute, d'un autre côté, que les statistiques recueillies à l'étranger pour la clientèle civile soient aussi complètes que celle de Paris et recueillies avec autant de soin. Ce serait là une nouvelle cause d'erreur.

Quoi qu'il en soit, malgré ces critiques qui s'adressent non pas à l'auteur mais à la nature même du travail qu'il avait entrepris, il ressort des recherches de M. Lefort que la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux est hors de toute proportion avec ce qu'elle est en ville.

Ma première statistique portait sur 6000 accouchements environ, et avec d'aussi faibles ressources j'étais arrivé, il y a dix ans, à la même conclusion, à la même démonstration que M. Lefort qui a mis en œuvre une statistique de deux millions d'accouchements. J'avoue que ce n'est pas sans un certain plaisir que je constate cet accord, car j'y trouve la preuve que mon premier travail avait exprimé la vérité.

Avant d'en finir avec ces statistiques déjà très-longues à entendre, je voudrais bien pouvoir établir quelle est la mortalité des femmes en couches dans les villages et dans les hameaux. Mais ici les matériaux me manquent à peu près complétement ; je fais donc appel à tous ceux qui pourront combler cette lacune. Je crois cependant, si j'en juge par quelques renseignements, qu'on ne meurt pas moins dans les villages que dans les villes. On trouve, en effet, dans Tenon, une note où se trouve relatée la mortalité des femmes en couches dans quarante villages de Prusse, de l'année 1774 à l'année 1776. Pendant ce temps, on y compta 1 mort pour 80 naissances. Je puis encore prendre un autre exemple, celui de mon village où il se fait environ trente accouchements par an d'une manière à peu près régulière. Cela ferait un total de 300 accouchements pour ces dix dernières années ; or, pendant le même laps de temps, je puis assurer que deux femmes en couches y sont mortes de péritonite puerpérale ; soit 1 décès sur 150 accouchements. Si je m'en tenais à ces chiffres, je dirais que la mortalité est aussi grande dans les villages qu'à Paris ; mais pareille conclusion serait prématurée.

Je termine ici ce long exposé que je résumerai ainsi : il est parfaitement démontré que les maladies puerpérales font périr chaque année des milliers de femmes en couches, et on reste certainement au-dessous de la vérité en disant que cette mortalité est au moins huit fois plus considérable à l'hôpital qu'en ville.

M. LÉON LEFORT. Je serais désolé que M. Tarnier pût voir, même à tort, un déni de justice dans la phrase qu'il a citée. J'ai insisté dans les premières pages de mon livre sur la part importante qui revient à notre collègue dans la démonstration de la différence qui existe entre la mortalité des maternités et celle de la ville. Je ne me suis pas contenté d'une citation ; j'ai donné, en les lui rapportant, comme ce n'était du reste qu'un devoir, les chiffres rassemblés par lui en 1858.

Dans une autre partie de mon travail, je manifeste le regret de n'avoir pu trouver en France les éléments d'une histoire médicale de la Maternité de Paris, et je regrette d'avoir trop raison sur ce point. J'avais pu, grâce aux publications faites pour Vienne par Späth et Braun, pour Prague par Naumann, pour Saint-Pétersbourg par Hugenberger, pour Moscou par la direction médicale et administrative, pour Dublin par Sinclair et Johnson, résumer l'histoire médicale, la succession des épidémies, de ces divers établissements. Pour Paris, je n'ai rien trouvé, et il n'y a rien de semblable. M. Tarnier nous a donné l'histoire d'une année de la Maternité ; plusieurs de nos collègues d'internat en ont fait autant ; mais on peut à peine sur cinquante années refaire l'histoire de cinq ou six années, séparées par des intervalles plus ou moins longs.

Pour ce qui concerne la statistique, j'ajoute : qu'en Russie, les observations des malades des hôpitaux, observations rédigées en latin, sont en général appendues aux lits des malades. En ville, chaque médecin inscrit sur un registre à souche les noms des malades qui viennent à mourir dans sa clientèle, et cette feuille est envoyée au médecin d'arrondissement chargé de les centraliser.

En Allemagne, en Angleterre, les observations sont prises avec une rigueur que nous ne connaissons malheureusement pas en France.

M. TARNIER. J'en demande pardon à M. Lefort, mais de ce que chaque médecin a ce registre mortuaire, il ne s'ensuit pas que l'on puisse exactement connaître le nombre des accouchements de la ville.

M. LEFORT. Je ne comprends pas bien l'objection. Les déclarations de naissances, les déclarations de décès sont, comme nombre, exactes dans tous les pays, puisque c'est la constatation de l'état civil qui commence ou qui finit pour l'individu. Ce qu'il importe pour nous, c'est que le décès d'une femme en couches soit ou puisse être rapporté à sa véritable cause. Or, en France, une femme meurt vingt jours après son accouchement, d'une pneumonie puerpérale ; le médecin vérificateur des décès qui n'a pas soigné le malade, porte sur sa déclaration : pneumonie. En Angleterre, depuis ces dernières années, en Russie depuis longtemps, la déclaration de décès est faite par le médecin traitant lui-même ; de là, je le répète, une rigueur dans la statistique qui peut ne pas être absolue, mais qui est de beaucoup supérieure à ce qui existe à Paris.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*.

Paris, le 27 mars 1866.

Mon cher confrère,

On lit dans la huitième livraison du *Traité élémentaire de pathologie interne* de M. le professeur Monneret, article *Morve* :

« On a, dans les livres, et nous avons nous-*même* commis la même « faute dans le *Compendium*; on a divisé et subdivisé à l'excès les « formes de la *Morve*. (Page 590.)

... « Qu'il nous soit permis, enfin, de citer l'article MORVE du « *Compendium de médecine pratique*, où se trouvent rassemblés « tous les documents importants sur cette maladie, et qui a été mis à « contribution par beaucoup d'auteurs, sans qu'ils aient indiqué la « source à laquelle ils avaient puisé. » (Pages 605-606.)

Mon nom n'ayant pas été cité, et le mot *même* étant au singulier, beaucoup de lecteurs en ont conclu, contre le gré de l'auteur, bien certainement, — que la rédaction de l'article MORVE du *Compendium* appartient *exclusivement* à M. Monneret.

Or, c'est précisément le contraire.

Dans sa thèse d'agrégation, M. le docteur Jules Simon vient d'attribuer *exclusivement* à M. Monneret l'article FIÈVRE PUERPÉRALE du *Compendium*.

Or, cet article m'appartient exclusivement.

Il faut en finir avec des erreurs volontaires ou involontaires, dont je m'abstiens de rechercher la source, mais que désavoue, — je n'en doute pas, — mon honorable collaborateur. — Je déclare donc publiquement :

1° Que j'ai collaboré à la presque totalité des articles du *Compendium*, soit pour la bibliographie étrangère, soit pour une certaine partie de l'article lui-même. — (Phthisie pulmonaire, pneumonie, syphilis, etc.)

2° Que voici la liste des principaux articles du *Compendium* dont la rédaction m'appartient *complétement, intégralement, exclusivement, absolument* :

Dentition (*Maladies produites par la*). — Diabète. — Diaphragme (*mal. du*). — Diarrhée. — Douleur. — Dyssenterie. — Elephantiasis. — Empyème. — Épilepsie. — Érysipèle. — Érythème. — Exanthèmes. — Face (*séméiologie et mal. de la*). — Foie (*mal. du*). — Folie. — Gale. — Gastorrhagie. — Glotte (*mal. de la*). — Gravelle et calculs urinaires. — Grippe. — Hématémèse. — Hématurie. — Hémorrhoïdes. — Hydrorachis. — Hydrothorax. — Icthyose. — Hoquet. — Iliaques (*tumeurs phlegm. des fosses*). — Insectes morbipares. — Intestin (*maladies de l'*). — Larynx (*mal. du*). — Leucorrhée. — Lichen. — Lupus. — Métrorrhagie. — Moelle épinière (*mal. de la*). — Morve. — Névralgie. — Ovaires (*maladies des*). — Papules et maladies papuleuses. — Peau (*mal. de la*). — Pemphygus. — Peste. — Phlébite. — Plomb (*maladies produites par le*). — Pneumothorax. — Psoriasis. — Puerpérale (*fièvre*). — Pyohémie. — Rectum (*mal. du*). — Rougeole. — Sang (*composition et altérations du*). — Scarlatine. — Sciatique. — Septicohémie. — Spermatorrhée. Suette. — Syphilides. — Teigne. — Tétanos. — Urine (*séméiologie et altération de l'*). — Urticaire. — Utérus (*mal. de l'*). — Vaccine. — Vomissement. — Vulve (*mal. de la*).

J'espère, mon cher confrère, que, dans l'intérêt de la vérité et de l'équité, vous voudrez bien donner place à cette lettre dans les colonnes de votre estimable journal.

Agréez, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments confraternels.

L. FLEURY.

— Les épreuves du concours de l'agrégation en chirurgie commenceront mercredi 4 avril, à quatre heures.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 39. — MARDI 3 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 3 AVRIL 1866. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observation de chorée rhumatismale.

Par M. ODIER (de Genève), interne des hôpitaux.

(Lue à la Société médicale d'observation.)

Mlle M. F..., dix-huit ans, tempérament lymphatique arthritique héréditaire, peau fine et blanche, yeux bleus, cheveux blonds, embonpoint moyen, taille ordinaire, est habituellement d'une bonne santé, quoique délicate, et a les muqueuses respiratoires impressionnables; elle a été élevée à la campagne, habite Paris depuis un an et jouit de tous les avantages que donne la fortune. Elle n'a jamais eu de scarlatine, ni d'affections cutanées, sauf un peu d'acné et quelques furoncles; mais dans son enfance elle a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui n'a laissé aucune trace de son passage.

Sa mère était d'une bonne santé, sa grand'mère maternelle a aujourd'hui quatre-vingt-cinq ans et est bien portante. Son père a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire avec complications cardiaques persistantes.

Mlle M... a été atteinte, le 3 mai, de douleurs subaiguës aux articulations du coude et du poignet avec embarras gastrique très-prononcé, et traitée par un purgatif, de la tisane avec du nitrate de potasse, des onctions avec du laudanum, et de la ouate autour des articulations.

Toutes les articulations se prirent les unes après les autres, même celles de la colonne vertébrale : c'est un rhumatisme essentiellement erratique caractérisé surtout par la douleur; l'élément inflammatoire joue un rôle très-secondaire. L'élément nerveux dominait déjà. Dans toute cette phase, absence de sommeil, l'état gastrique fut promptement modifié et permit pendant toute la durée de la maladie une alimentation modérée.

Le 16 mai au matin, le rhumatisme avait complétement disparu, et c'est dans la journée que les phénomènes nerveux se sont manifestés : céphalalgie, vomissements, embarras de la parole, état d'hébétude et de rire presque continuel.

Le 17, elle sent que sa langue va s'arrêter et dit à Mme T..., qui venait la voir : « Je vais devenir muette. »

Le soir, les vomissements reparaissent ainsi que la céphalalgie; il y avait une excitation générale telle, que son médecin, M. le docteur Gros, fit demander en consultation M. Rayer. On appliqua de suite huit sangsues à la face interne et supérieure des cuisses.

Tels sont les renseignements qui m'ont été fournis par mon ami M. Gros, qui me pria de vouloir bien rester auprès de sa malade, dont l'état le préoccupait.

Voici ce que je constatai à mon arrivée :

Décubitus dorsal. Faciès peu expressif. Mouvements des membres supérieurs spontanés, continuels, excessivement légers, plus forts à droite, une impatience musculaire augmentant d'intensité lorsqu'on regarde la malade ou qu'on a l'air de s'occuper d'elle.

Quant aux mouvements volontaires, ils sont empreints d'une certaine incertitude que le mot d'hésitation caractérise le mieux. Ainsi, lorsque je dis à la malade de me serrer la main, le mouvement ne s'exécute pas immédiatement; mais, après un instant de réflexion, regardant sa main, d'une manière saccadée et exagérée.

La sensibilité ne présente rien d'anomal : elle est perçue immédiatement à l'endroit même, sans irradiations et sans augmentation. Le corps agissant est reconnu, les températures appréciées; cependant je dois dire que, comparées au côté gauche, les températures extérieures, chaleur et froid, sont plus vivement senties au membre supérieur droit. En sorte qu'en définitive les sensibilités tactile, de piqûre, de chatouillement et de température, sont pour ainsi dire normales.

Je ne trouve pas de différence de température. La peau est chaude, plutôt sèche; le pouls fébrile, animé, un peu dur, résistant et plein des deux côtés.

Coloration rouge des pommettes, yeux un peu injectés, langue pointue, rouge et collante, soif, anorexie.

La tête n'est pas immobile, mais soit que l'on regarde la malade, soit qu'on n'ait pas l'air de l'observer, on voit la tête s'incliner à droite ou à gauche, par un mouvement vif et rapide, comme si la malade éprouvait le besoin de la changer souvent de place. Les mouvements de flexion sont plus forts, plus rapides à droite, et dans les intervalles la tête est plutôt inclinée à droite. Les globes oculaires participent au même mouvement, les pupilles sont moyennement dilatées et égales, le regard est un peu vague, ce qui enlève à la physionomie de son expression habituelle. Les paupières se ferment et s'ouvrent en même temps que les sourcils se froncent. La malade ouvre et ferme la bouche par moments. Elle ne parle pas sans qu'on lui adresse la parole, et dans ce cas les réponses sont brèves et par monosyllabes, comme s'il y avait un essoufflement saccadé.

La mémoire ne paraît pas altérée, l'intelligence est un peu affaiblie; elle reconnaît ceux qui l'entourent, mais ne comprend pas sa situation.

L'auscultation du poumon ne fournit aucun signe positif. Le cœur présente des battements un peu plus énergiques; le premier temps est accompagné d'un bruit de souffle doux, s'entendant à la fin du premier temps; plus fort à la pointe, il diminue à mesure que l'on se rapproche de la base pour disparaître complétement au delà. Les vaisseaux du cou ne donnent pas de bruits anormaux.

Ventre normalement développé, souple, non douloureux, selles nulles depuis vingt-quatre heures. Du reste la malade assure ne souffrir de nulle part.

Les accidents que je viens de décrire suivent une marche ascensionnelle de huit heures du soir à minuit.

A ce moment il est impossible de ne pas reconnaître une chorée aiguë généralisée, plus forte cependant à droite qu'à gauche. Les muscles des membres supérieurs et inférieurs, du dos, de l'abdomen, du pharynx, du cou, de la face, de la langue, sont atteints de mouvements convulsifs. L'intelligence diminue rapidement, et vers six heures du matin a complétement disparu.

A ce moment trois personnes peuvent à peine tenir la malade dans son lit, tant les mouvements sont violents.

La respiration seule se fait facilement.

M. Rayer, appelé de nouveau en consultation avec M. Gros, prescrit du sirop d'éther et du sirop de morphine, dont on fait ingérer une cuillerée à dessert de chaque toutes les heures.

Le 22, M. Rayer et M. Gros prescrivent des sangsues qu'on place successivement aux apophyses mastoïdes au nombre de huit.

Dans la nuit, il y a un peu rémission dans l'intensité des symptômes. On reprend le sirop de morphine et l'éther.

Le 23 au matin, nous constatons que les mouvements choréiques sont moins intenses et que la malade peut jusqu'à un certain point commander à ses muscles; elle cherche le repos et l'absence d'impressions extérieures qui sont suivies de convulsions assez fortes.

La mémoire est anéantie et l'intelligence est nulle. Elle ne sait où elle est et ne reconnaît même pas son père; à peine quelques monosyllabes s'échappent de temps en temps de ses lèvres.

Lavement d'assa fœtida, sirop de morphine et d'éther toutes les heures. Bouillon froid.

Le 25. Sueurs abondantes suivies d'un peu de sommeil, à la suite duquel la malade peut tenir un verre et boire. Les convulsions des membres ont encore diminué. La face est plus calme, le trismus et les grincements de dents persistent seuls par intervalles. La constipation opiniâtre depuis le début de la maladie cède aujourd'hui à la suite d'un lavement émollient; mais la parole est toujours fort difficile.

Potion avec 2 grammes d'extrait mou de quinquina, sirop de morphine et d'éther, une cuillerée à dessert toutes les heures. Bouillon et œufs.

Le 26. Quatre heures de sommeil pendant la nuit. Aujourd'hui les mouvements choréiques des membres ont disparu et la malade se sert spontanément de ses bras; elle se maintient un instant assise dans son lit. Elle est triste, ce qui est dû à son intelligence en partie revenue; elle comprend ce qui lui manque, elle voit l'état dans lequel elle est, devine ce qui lui est arrivé par l'appareil de médecins, de gardes autour d'elle, et gémit de ne pouvoir exprimer ce qu'elle pense, sa langue n'obéissant pas encore à sa volonté.

15 grammes d'huile de ricin, qui amènent 3 selles; et le soir, vésicatoire aux jambes. Bouillon, œufs.

Le 27. A peu près 6 heures de sommeil. L'amélioration continue; elle peut aujourd'hui mâcher quelques aliments solides... L'intelligence est plus développée... Elle adresse la parole à ceux qui l'entourent, leur témoigne une affection exagérée, et tutoie tout le monde. 3 selles involontaires... Elle demande aujourd'hui le bassin pour uriner.

Extrait mou de quinquina, 2 grammes. Bordeaux et viande rôtie.

Le 29. A bien dormi pendant la nuit. J'examine le soir la malade et constate ce qui suit :

Décubitus dorsal, habituel. Lorsqu'on la place sur le côté gauche, elle se fatigue rapidement et demande à être placée sur le dos. Le décubitus latéral droit n'est absolument pas supporté. Lorsqu'on l'assoit sur son lit, elle se laisse glisser de suite.

La tête est toujours appuyée sur les coussins; la malade n'essaye même pas à la relever. M. Rayer et M. Gros ont remarqué, du reste, que la tête a toujours été dans une demi-extension depuis le début de la maladie.

L'expression de la physionomie est plutôt triste et peu expressive : lorsqu'elle sourit, ce n'est que pendant un instant, et la figure reprend son aspect morne. Pas de strabisme, pas d'amaigrissement.

La langue sort plus facilement de la bouche; elle présente une morsure sur son bord gauche en voie de cicatrisation.

La voix a toujours quelque chose de traînant et plaintif.

La parole est uniformément lente; les syllabes sont toutes prononcées également. Elle répond plus difficilement qu'elle ne parle spontanément, et toujours par des phrases très-courtes...

Les pensées sont très-bornées et rares, et la mémoire est incom-

FEUILLETON.

PRIX DE STATISTIQUE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Les commissions auxquelles l'Académie délègue le jugement du concours de statistique ouvert devant elle par M. de Montyon, n'ont pas manqué de signaler à l'attention des concurrents un double écueil, qu'elles rencontrent presque tous les ans et qu'elles doivent éviter. D'un côté, elles peuvent être taxées de sévérité lorsqu'elles sont contraintes d'écarter des ouvrages qui ne sont pas dépourvus de mérite, mais dans lesquels les recueils d'observations n'ont rien d'original, rien qui appartienne en propre à l'auteur. Elles ont à craindre, d'un autre côté, de détourner le prix de la destination véritable que le fondateur avait en vue presque uniquement, si elles viennent à concéder ce prix à d'excellentes pièces qui ne sont point de la statistique, mais bien des dissertations plus ou moins étendues auxquelles la statistique n'a fourni que des éléments connus ou préparés antérieurement.

Pour le concours de 1865, la commission n'a pas eu cette préoccupation. Elle avait sous les yeux un immense travail qui présente à la fois réunies les conditions d'originalité, de multiplicité des faits, de conséquences souvent immédiates, d'une persévérance dans les recherches qu'aucune difficulté n'a pu arrêter, enfin d'une exactitude consciencieuse qui ne dissimule aucune des erreurs restées possibles. La commission n'a pas hésité à décerner le prix à ce remarquable travail. Il est dû à M. Chenu, médecin principal de l'armée, et il a paru en un volume de plus de sept cents pages grand in-4°, presque toutes remplies de tableaux, sous le titre de *Rapport au conseil de santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical dans les ambulances de Crimée, etc., pendant la campagne d'Orient.* Ce titre fait voir que l'auteur s'adresse principalement au corps médical et aux administrateurs militaires. Mais il n'est personne que ses développements statistiques ne doivent intéresser, et c'est par la statistique seule qu'il veut porter le jour sur un ensemble de faits très-importants pour le pays. Aussi s'est-il montré très-sobre de réflexions, bien qu'elles s'offrent de toutes parts à l'esprit du lecteur. Rendre compte du service médico-chirurgical, c'était de toute nécessité retracer le pénible spectacle des horreurs de la guerre. L'auteur a su, par la gravité et la simplicité de sa parole, imprimer à son rapport le caractère que le sujet même imposait; et cependant il a plutôt laissé parler la statistique. Pour qu'elle fût bien comprise, il l'a fait précéder d'un récit très-abrégé des faits qui ont marqué pendant trois ans la présence des armées alliées en Orient. Ce n'est qu'une simple chronique : elle est navrante. Ce n'est pas d'admiration seulement, c'est presque de respect qu'on se sent pénétré en voyant le courage, l'énergie, la constance sans égale de nos soldats lutter à la fois contre les maladies, les froids les plus vifs et les obstacles sans cesse renaissants d'une défense héroïque. Tout le monde sait comment dès le début le choléra envahit l'armée française; plus tard le typhus vint ravager à la fois le camp et les hôpitaux. La guerre, quelque meurtrière que la rende la précision des armes récemment inventées, a moins enlevé d'hommes que les maladies et les intempéries qui ont régné pendant le long siége de Sébastopol. Il suffira de dire à cet égard que le nombre des soldats tués sur le champ de bataille n'est que de 10,240 sur un total de 95,625 décès. L'armée française, à laquelle ces nombres se rapportent, a vu successivement passer dans ses rangs 309,268 hommes, et l'effectif, d'abord inférieur à 30,000, ne s'est élevé jusqu'à 150,000 que dans les derniers mois.

L'armée anglaise, sur un total de 97,864 hommes envoyés en Orient, en a perdu 22,182. La proportion est bien moindre; mais dans le nombre des décès anglais on n'a pas compris ceux qui ont eu lieu parmi les blessés après le retour des armées; tandis que les décès de cette espèce sont pour une grande part dans le total des pertes de l'armée française. Les proportions des pertes des deux armées se rapprochent dès lors. Il faut néanmoins reconnaître que le service médical anglais a eu le plus de succès. Il n'en était pas ainsi dans les premiers mois de la guerre. Les troupes anglaises perdirent d'abord beaucoup plus d'hommes que les nôtres. Mais il semble qu'à mesure que les combats se prolongeaient, on put donner à ces troupes, beaucoup moins nombreuses, un service médical plus complet, et surtout leur éviter les transports de malades et de blessés à Constantinople, transports qui ont eu lieu dans les plus fâcheuses conditions. Qu'on ne croie pas que le zèle de nos médecins militaires se soit ralenti. Le nombre des morts qu'ils ont laissés en Crimée ne prouve que trop qu'ils ne se sont pas épargnés. Ce nombre, proportion gardée, est supérieur à celui des officiers, et bien peu différent de celui des soldats. Il faut donc admettre que dans les guerres lointaines, en des climats si rigoureux, il y a obligation pour la France de doter ses armées d'un service de santé et d'administration monté bien plus fortement qu'on ne s'y croyait astreint dans les anciennes guerres, exécutées sous d'autres conditions et surtout avec d'autres armes.

Que si l'on est frappé des nombres qui viennent d'être cités, on le sera bien davantage en lisant dans le rapport de M. Chenu (p. 617) que les morts de l'armée russe ne sont pas estimées à moins de 630,000, près de sept fois celles des Français.

Il convient de se borner à la mention de ces quelques nombres. La statistique est ici tellement triste, même après une victoire d'une si

plète, ce qui l'empêche de terminer ce qu'elle veut dire. Depuis aujourd'hui, elle n'a plus de frayeur, ce qui était dû à des hallucinations de la vue (animaux fantastiques qui lui apparaissaient), et à des illusions de la vue, les meubles de la chambre revêtant parfois des formes bizarres et animées.

L'auscultation du cœur fait reconnaître un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, et un léger bruit de souffle doux dans les vaisseaux du cou.

Le membre thoracique droit paraît plus flasque; les muscles paraissent remplir moins complétement la peau. Les doigts sont fléchis dans le creux de la main; lorsqu'on cherche à les étendre, on éprouve un peu de résistance, qu'on parvient, du reste, à vaincre facilement; mais sitôt qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils reprennent leur position première. Les mouvements spontanés qu'exécute la malade sur commande se font lentement, incomplétement, et nécessitent l'intervention de la vue.

Dans l'état de repos, la malade place son membre droit parallèlement à son corps, et se sert du membre gauche pour saisir les objets qu'on lui présente. Lorsqu'on lui en fait l'observation, elle répond qu'elle n'est pas sûre de son bras droit.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité. La température est la même.

Le membre thoracique gauche est dans un état normal. Il n'existe plus aucun mouvement choréique. Les membres inférieurs ne présentent pas de mouvements choréiques apparents : ils sont toujours immobiles. On comprend du reste facilement que nous n'ayons pu vérifier nous-même l'état de ces parties.

Le caractère de la malade est empreint d'une douceur excessive, je dirai même exagérée. Une voisine qui joue un air de valse sur le piano détermine chez notre malade un état nerveux qu'elle cherche à dominer un instant; mais au bout de cinq minutes des larmes surviennent, et je constate alors l'apparition de quelques mouvements choréiques dans les membres thoracique et abdominal droits, ainsi que dans la face. On fait cesser la musique, et au bout d'un instant tout rentre dans le calme. M. Rayer et M. Gros ont fait cesser l'usage du sirop d'éther et continuent celui de l'extrait mou de quinquina à la dose de 2 grammes.

Le 30, sommeil excellent... La mastication est possible.

Le 31, la position assise dans son lit est possible pendant deux heures.

Le 1er juin, la malade s'est couchée sur le côté gauche pour la première fois. La mémoire et l'intelligence sont revenues, et la malade s'est informée de l'état de santé de ses parents et amis.

Le 2, on la lève; elle reste deux heures dans un fauteuil.

Le 3 juin, elle se rend dans une chambre voisine, soutenue par deux personnes. Je constate alors qu'elle lance sa jambe droite en avant, comme les malades dits ataxiques... M. Gros me fait remarquer qu'il existe une véritable hyperesthésie de tout le côté gauche.

Le 6, la malade, qui se lève tous les jours, marche seule, ne lance plus la jambe droite : l'hyperesthésie a disparu.

Dès lors, la convalescence marche rapidement, et le 22 juin, dans une dernière visite, je constatais que la marche était normale. L'intelligence est normale, le souffle cardiaque a disparu, ainsi que celui des vaisseaux du cou.

La malade est envoyée en Suisse, où elle passe l'été.

Depuis cette époque, elle ne s'est jamais ressentie de sa maladie et a toujours joui d'une bonne santé.

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DES TUMEURS,

Par M. Fano.

Obs. I. — *Ostéosarcôme* (*tumeur fibro-plastique*) *de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation de la cuisse; guérison. Dix mois après, développement d'un ostéosarcôme de l'humérus.*

Nous avons rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* (23 juin 1864) l'histoire d'une malade à laquelle nous avons pratiqué l'amputation de la cuisse le 1er décembre 1863, pour un *ostéosarcôme* de l'extrémité supérieure du tibia. La plaie résultant de cette opération était complétement cicatrisée au bout de sept semaines et la patiente avait recouvré la santé.

Au microscope, on ne trouva dans les parties blanches de la tumeur que du *tissu fibro-plastique*, des *medullocèles* assez nombreux s'y rencontrent aussi; mais l'élément important est *l'élément fusiforme*. La tumeur n'est ni un *squirrhe* ni une tumeur à *myéloplaxes*. »

Je m'étais promis de suivre la malade, pour m'assurer s'il n'y aurait pas quelque récidive sur place ou quelque manifestation morbide semblable à la première sur quelque autre point de l'économie. Ce sont les résultats de cette enquête que je publie pour servir de complément à l'observation précédente.

Dix mois après l'époque où l'amputation de la cuisse a été faite, le bras *gauche* a commencé à se tuméfier. Depuis, le gonflement a augmenté peu à peu. Le 20 octobre 1865, c'est-à-dire vingt-trois mois environ après la guérison de la plaie, *toute la moitié supérieure de l'humérus est le siége d'une tuméfaction considérable*. Le bras gauche mesure *32 centimètres* de circonférence, pendant que le bras droit n'en compte que 28. La tumeur est mal circonscrite en haut et en bas; de forme généralement sphérique, dure, un peu dépressible, sans battements. Le reste du membre supérieur offre un léger œdème. La patiente n'accuse de douleurs dans la tumeur que lorsqu'elle se remue ou qu'elle expose le bras à l'action de l'air froid. Par contre, elle éprouve souvent des douleurs dans le côté gauche de la poitrine et jusque dans la gorge. Il lui est impossible d'imprimer au membre supérieur gauche le moindre mouvement. La face postérieure de l'omoplate gauche semble un peu tuméfiée au-dessus de la mamelle gauche, près de l'aisselle existe une tumeur du volume d'une noix, très-dure, très-douloureuse à la pression ; la peau qui la recouvre a déjà perdu sa mobilité.

Le moignon de la cuisse amputée est en très-bon état. La santé générale n'est pas altérée; la patiente conserve de l'embonpoint, mais pas d'appétit.

La tumeur du bras présente tous les caractères d'un *ostéosarcôme* de l'humérus; la tumeur sus-mammaire, tous les caractères du *squirrhe lardacé*.

Obs. II. — *Tumeur fibro-plastique avec infiltration mélanique du derme ou sarcôme mélanique, résultant de la dégénérescence d'une verrue à la région dorsale. Ablation de la masse morbide. Examen microscopique.*

M. G..., âgé de soixante-sept ans, marchand de vins, est très-bien constitué, d'une bonne santé habituelle. Ses parents sont morts âgés. Il nous rapporte qu'il a eu, de tout temps, une verrue entourée d'une tache noire, à la région dorsale, un peu au-dessous du niveau de la ligne allant d'une épine de l'omoplate à l'autre. Actuellement, il existe une autre petite verrue au-dessous de la tumeur dont il va être question.

Il y a trois mois que la verrue principale a commencé à grossir, sans que le malade éprouvât la moindre douleur. Aujourd'hui, il existe dans la région que nous avons indiquée, une tumeur en *forme de champignon, lobulée, rougeâtre, d'une consistance qui rappelle celle de la chair*, grande comme une pièce de 5 francs en argent, et paraissant s'implanter par un large pédicule dans l'épaisseur du derme. Autour de la surface d'implantation, la peau présente, dans uno zone de 2 centimètres de large, un *cercle d'un bleu noirâtre* rappelant la coloration de la matière mélanique.

Le 5 février dernier, je pratique l'ablation de la tumeur : pour cela, je la circonscris à la base et au delà des portions du derme tout à fait saines, par deux incisions semi-lunaires se regardant par la concavité. La masse morbide est disséquée profondément, ou pour mieux dire, la peau sur laquelle elle s'implante est séparée des parties subjacentes auxquelles elle est unie par un tissu cellulaire normal. Quelques artérioles divisées sont liées immédiatement, puis la plaie pansée à plat.

Les suites de l'opération sont heureuses; la plaie se recouvre bientôt d'une membrane granuleuse et, au moment où j'écris ces lignes, 24 février, elle commence à se cicatriser à la circonférence. L'opéré n'a pas eu de fièvre et a été nourri d'une manière graduelle, à partir du moment de l'ablation de la tumeur.

Examen de la tumeur. — Divisée suivant le diamètre antéro-postérieur, la surface de la coupe a un aspect lobulé et ressemble un peu au tissu du rein. En râclant cette surface, on ramasse sur la lame du couteau une certaine quantité de suc. La peau sur laquelle s'implante le pédicule de la tumeur semble parfaitement saine dans ses couches profondes; les couches superficielles seules présentent une apparence gris-noirâtre dans une épaisseur de 1 millimètre; les mailles du derme paraissent simplement infiltrées de matières noires. Au niveau de cette infiltration, le derme est plus épais que dans les parties environnantes.

Examen microscopique de la tumeur, par MM. Cornil et Ranvier. — La coupe de la tumeur est lisse, humide et demi-transparente, elle ne fournit pas de liquide *laiteux*, ni par le râclage, ni par la pression. Des fragments râclés et dilacérés à la surface de section présentent des noyaux ovoïdes et des cellules allongées ovoïdes. Les noyaux sont volumineux (0mm,009 sur 0,006) et possèdent un nucléole brillant. Ce sont des *noyaux et des cellules embryo-plastiques et fibro-plastiques*. Dans certains points les cellules sont sphériques.

Après avoir fait durcir la tumeur, nous en avons fait des préparations avec le rasoir, pour en apprécier la texture. Les éléments qui la composent sont les uns au contact des autres, séparés seulement par de la matière amorphe, et en certains points par des fibrilles parallèles. Tous ces éléments sont cohérents les uns aux autres; il n'y a ni trame, ni alvéoles, dans lesquelles des cellules sont libres comme dans le cancer. Les vaisseaux obtenus sur ces préparations ont des parois très-minces et sont en contact direct avec les éléments précédents.

La tumeur pédiculée présente en un mot tous les caractères des tumeurs embryo-plastiques (sarcôme). La peau à laquelle elle adhère offre un derme très-épaissi, de couleur sépia ; au microscope, on trouve des *noyaux* et des *cellules embryo-plastiques*, semblables à ceux de la tumeur, infiltrés de pigment noir et brunâtre partout où le tissu profond du derme a la coloration mélanique. En pratiquant des coupes minces, perpendiculaires à la surface de la peau, dans les points précédents, on constate que l'épiderme ne présente pas de modification; que les cellules du corps muqueux de Malpighi sont infiltrées de pigment; le centre des papilles et le derme proprement dit renferment aussi du pigment.

Les papilles hypertrophiées présentent un grand nombre de noyaux sphériques, de nouvelle formation, de 0mm,005 à 0mm,006, sans nucléoles, et quelques noyaux ovoïdes plus longs et nucléolés (*embryo-plastiques*). Les mêmes éléments se sont aussi développés dans le derme; on y rencontre souvent du pigment.

Ainsi, les deux portions de la tumeur, la portion pédiculée et la portion cutanée, ne diffèrent que par la présence de granulations colorées. La tumeur est un sarcôme mélanique, variété de tumeur habituellement fort grave et sujette à une généralisation assez prompte.

Cette dernière opinion appartient à MM. Cornil et Ranvier.

Pour mon compte je chercherai, en suivant le malade pendant plusieurs années, si dans le cas précédent elle se justifie.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Chloroforme. — Insuccès. — Mort.

Par M. le Dr Ad. Filliette (de Divonne).

Au moment où la question de l'efficacité du chloroforme dans l'*éclampsie* est traitée dans les colonnes de la *Gazette des Hôpitaux*, et que M. de Soyre paraît n'attacher à la valeur de cet agent qu'une médiocre confiance, tandis que M. Liégard (no du 10 février) le considère comme un « remède héroïque et la seule ancre de salut pour les accoucheurs », il n'est peut-être pas sans intérêt de publier la relation d'un fait malheureux que j'ai observé dernièrement, et qui montre qu'en dépit des inhalations anesthésiques, les convulsions puerpérales continuent à être une des plus terribles affections que le praticien est appelé à rencontrer.

Le 21 décembre dernier, je fus appelé à six heures du soir auprès de la femme X... âgée de 22 ans, d'une vigoureuse et robuste constitution, fort active et laborieuse, et parvenue à sept mois et demi d'une première grossesse sans en avoir eu d'autre incommodité qu'un peu d'œdème au pourtour des malléoles.

La veille elle avait éprouvé du mal de tête, et dans la journée du 21, il lui était survenu brusquement une douleur atroce au creux de l'estomac, accompagnée de fièvre et de nausées. A mon arrivée, je trouvai cette femme couchée dans son lit, sur le dos, et répondant parfaitement à toutes les questions. La région épigastrique est le siége de très-violentes douleurs qu'augmente le simple attouchement de la main.

La respiration est accélérée; le pouls est mou, dépressible et bat quatre-vingts fois par minute. La peau est modérément chaude. Le ventre, tout à fait indolent, est celui d'une femme enceinte de sept à huit mois. La face est un peu bouffie, et les paupières manifestement

---

haute importance pour la France, qu'il est permis de l'abréger. Cependant il reste à dire encore que pour parvenir à compléter l'histoire de chaque blessure, ce qui fait le principal mérite et ce qui occupe la plus grande partie du rapport de M. Chenu, il a eu à constater par des bulletins spéciaux toutes les phases des traitements suivis depuis les ambulances jusque dans les hôpitaux en France. Pour éviter toute confusion, il a été nécessaire de rédiger plus de onze cent mille bulletins, parfois huit ou dix pour le même blessé ou le même malade. On conçoit par là comment ce travail a duré près de huit ans, et comment l'auteur n'a pu livrer à la publicité que les noms des militaires guéris et pensionnés. Il paraît que l'historique de tous les noms aurait exigé près de dix volumes aussi considérables. Sans les souscriptions officielles, il est aisé de sentir que l'impression de la partie publiée n'aurait pu avoir lieu : s'il faut louer M. le docteur Chenu de l'avoir entreprise avec ses seules ressources, il faut en même temps louer le Gouvernement d'avoir contribué à la publication d'un volume aussi instructif, après en avoir mis largement tous les matériaux à la disposition de l'auteur. Il y a là de grandes leçons pour tous ceux qui voudront simplement en parcourir les pages, et appuyer ainsi de telles leçons sur une statistique publique témoigne d'une grande hauteur de vues.

Lorsqu'on rapprochera du grand et beau travail de M. Chenu les autres pièces du concours de cette année, toute comparaison ne pourra qu'en diminuer singulièrement la valeur. Il n'y a donc à en faire aucune, et plusieurs de ces pièces ont isolément paru mériter d'être mentionnées par votre commission.

Elle a remarqué spécialement un mémoire intitulé : *Du goître à Plancher-les-Mines*, par M. le docteur Poulet. Ce mémoire est pour ainsi dire la statistique de Plancher-les-Mines, village bien connu de la Haute-Saône. Douze années de pratique médicale ont permis à l'auteur d'examiner avec soin toutes les circonstances du sol, du climat, des habitudes hygiéniques de la population qui s'élève à plus de 1,700 habitants, et ses descriptions se font bien comprendre. Le nombre des goîtreux, au milieu de cette population industrieuse, très-active et relativement aisée, n'est pas moindre de 351, un peu plus du cinquième de la population. Les femmes sont le plus atteintes par cette difformité : sur 100 hommes, on ne voit que 13 goîtreux; sur 100 femmes, près de 27; c'est plus du double. Chez les enfants, on ne constate que rarement les caractères du goître avant l'âge de douze ans. Sur 388 enfants au-dessous de cet âge, on ne comptait que 20 goîtreux. Ainsi, la proportion des malades monte à 25 sur 100 dans les âges supérieurs. La maladie paraît attaquer les étrangers aussi fortement que les natifs de Plancher-les-Mines. L'observation était possible, car en peu d'années, de 1856 à 1861, les besoins de l'industrie locale ont attiré une immigration croissante, et la population a passé de 1,514 à 1,730 habitants. Mais dans les familles nouvellement arrivées, ce sont plutôt les adolescents qui sont envahis par le goître. Il ne saurait être question ici de suivre l'auteur au point de vue médical, pas plus que l'excellent travail du docteur Chenu n'a été considéré au point de vue chirurgical qui en domine toutes les parties. Il convient cependant de rapporter sous toutes réserves la conclusion du mémoire de M. Poulet : c'est que le goître est le résultat de l'humidité permanente et froide qui règne toute l'année à Plancher-les-Mines, village encaissé dans une vallée dirigée du sud au nord. Selon lui, il ne faut chercher la cause du goître ailleurs que dans l'humidité de l'air et surtout du sol, et il recommande le drainage.

Avant de quitter cet intéressant mémoire, il semble utile d'ajouter des remarques que suggèrent certains passages de ces recherches bien dirigées d'ailleurs. Ces remarques peuvent servir aux savants qui se dévouent aux pénibles travaux de la statistique. En discutant l'effet possible de la nature des eaux, l'auteur trouve sur :

567	individus	buvant de l'eau de source.. .	114 goîtreux.
275	»	buvant de l'eau de rivière.. .	74 »
340	»	buvant de l'eau de puits.. . .	54 »
43	»	buvant de l'eau de ruisseau.. .	9 »
1224			261

On voit sur-le-champ que l'avantage semble du côté de l'eau de puits, et M. Poulet se donne quelque peine pour démontrer que cet avantage n'est qu'apparent. Il aurait pu dire qu'il est fortuit et qu'il n'y avait pas à s'en occuper le moins du monde. Le calcul des probabilités démontre que, quand des observations donnent le rapport 261/1224 = 0,21 ou environ 1/5, il n'est pas permis de conclure quoi que ce soit des variations de ce rapport entre les groupes naturels qui composent le nombre total 1,224. Ce nombre est beaucoup trop petit pour qu'une cause, constante cependant pour tous les groupes, ne laisse pas subsister entre les résultats de chacun de ces petits groupes de fortes différences. Il n'y avait donc pas à s'arrêter à celles que l'auteur rencontrait, et si une conclusion était à en tirer, c'est que les différentes eaux paraissaient agir de la même manière.

Dans un autre passage, l'auteur donne des indications imparfaites sur la mortalité. Ce serait manquer de justice que de ne pas faire observer que ce qui touche les tables de mortalité, ou plus clairement la loi de la durée de la vie, est toujours la partie la plus faible de toutes les statistiques. Les procédés les plus erronés sont malheureusement répandus sur ce sujet, même dans des ouvrages spéciaux.

L'auteur constate que le nombre moyen des décès est de 31,8 sur 1000 habitants, et il pense que ce rapport dénote une mortalité bien plus forte que la moyenne de toute la France, dont les décès n'at-

infiltrées. La physionomie exprime l'anxiété. J'examine les malléoles. Elles ne présentent aucune trace d'œdème, quoique la malade et son entourage affirment qu'elles étaient auparavant le siége d'un engorgement notable. L'examen de la poitrine ne révèle aucune lésion du cœur ni de poumons. La douleur est limitée aux environs de l'appendice xyphoïde dans l'étendue d'un décimètre carré environ. Une sage-femme avait prescrit des applications de linges chauds et une infusion de tilleul. Depuis deux heures de l'après-midi, l'état était resté le même. J'aurais désiré examiner l'urine. On ne put m'en procurer, et je remis à plus tard le soin de le faire ; mais je déclarai en présence des symptômes qu'il y avait à craindre l'invasion d'attaques éclamptiques. Ne prévoyant pas cependant leur subite arrivée, j'ordonnai simplement des cataplasmes laudanisés, et une potion calmante renfermant 0gr,10 d'extrait gommeux d'opium.

Vers neuf heures on vint me chercher en toute hâte m'annonçant qu'un premier accès venait de se manifester. Je trouve la malade dans le coma. Respiration stertoreuse, écume à la bouche, résolution des membres, etc. Je fais appliquer des sinapismes aux mollets et aux cuisses, et je pratique une saignée de 500 grammes. A peine le sang a-t-il cessé de couler, qu'un second accès se déclare, sans que la femme ait repris connaissance. N'osant assumer sur moi la responsabilité d'un accouchement prématuré, je demandai l'assistance d'un confrère qui partagea mon avis, qu'il fallait au plus tôt débarrasser l'utérus. Comme il n'y avait aucun commencement de travail spontané, la pocbe des eaux fut rompue avec une sonde de femme. Il était environ dix heures et quart. Un troisième accès avait eu lieu quelques instants auparavant, et avait duré plus d'une minute. 4 grammes de seigle ergoté furent administrés en lavement et par la bouche pour activer le travail provoqué par nos manœuvres. Vers onze heures, quatrième accès plus violent et plus long que les précédents. C'est alors que je me décidai à employer le chloroforme, et tout le reste de la nuit la malade fut soumise aux inhalations de cet agent anesthésique. Le travail marcha régulièrement, et à six beures du matin, la tête ayant franchi l'ouverture de la matrice, j'employai le forceps pour hâter la sortie du fœtus. Je retirai ainsi un enfant privé de vie, dont la mort paraissait être assez récente. Pendant tout ce temps, la femme était restée dans le coma le plus profond, en proie à des accès dont le nombre ne fut pas compté, mais qui revenaient à des intervalles approximatifs de trois quarts d'heure ou d'une heure.

La respiration était stertoreuse, ronflante, accompagnée de bruits laryngés, et son retentissoment empêchait de distinguer ce qui se passait dans l'utérus, de sorte qu'il m'était impossible de savoir si le fœtus vivait ou non. La bouche était remplie d'écume sanguinolente, la face cyanosée, les extrémités refroidies, etc. — Le placenta fut expulsé peu de temps après la sortie de l'enfant. Mais contre mon espoir les accès continuèrent à se répéter comme auparavant, et à neuf heures, voyant l'insuccès du chloroforme, j'appliquai deux larges vésicatoires aux cuisses, de nouveaux sinapismes aux mollets et aux bras, vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, et une potion stibiée à 0,40. Mais l'asphyxie continua à faire des progrès, et la mort arriva à midi.

Ainsi donc, voilà une femme enlevée en quelques heures par l'éclampsie et chez laquelle le chloroforme a été employé d'une manière continue pendant dix heures consécutives. Le seul résultat que cette médication ait amené a été d'abréger la durée des crises, et peut-être d'en éloigner un peu le retour. Dès les premières inhalations, l'accès était comme enrayé et se bornait à quelques contractions toniques des muscles de la face et des membres, suivies rapidement de la période de résolution. On laissait encore quelque temps la compresse imbibée de liquide sous le nez de la malade, puis on l'éloignait un peu, on la rapprochait de temps en temps, surtout lorsqu'il y avait menace de nouvelles convulsions. Les crises paraissaient aussi être retardées. Je n'ai pas mesuré, la montre à la main, l'intervalle qui les séparait, mais je crois pouvoir affirmer qu'il était environ plus grand d'un quart d'heure après le début de la chloroformisation, et qu'il resta sensiblement le même jusqu'à la terminaison fatale. Là se borne le mince bénéfice que nous ait procuré l'anesthésie dans ce cas.

En résumé j'ai voulu, par la relation de cette observation, qui me paraît intéressante par le mode de début de la maladie coïncidant avec la disparition de l'œdémie malléolaire, mettre en garde contre un engoûment excessif pour le chloroforme dans l'éclampsie et montrer qu'il ne faut pas trop compter sur l'infaillibilité de ce prétendu moyen héroïque. Ceci soit dit, sans rien lui retirer de sa juste importance dans certains cas. Comme toute médication, et peut-être plus que toute autre, il a eu des succès, mais les revers ne lui manquent pas non plus.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action physiologique et thérapeutique de la narcéine.

M. le docteur Liné, ancien interne des hôpitaux, après avoir expérimenté la narcéine sur un certain nombre de malades dans le service de M. Delpech, résume de la sorte les résultats de ses observations dans sa thèse inaugurale.

1° La narcéine est incontestablement, de tous les alcaloïdes contenus dans l'opium, celui qui possède la propriété dormitive poussée au plus haut point; à doses égales, *dans la majorité des cas*, la morphine, de même que la codéine, ne produisent pas un sommeil aussi prolongé et aussi complet.

2° La narcéine, outre cette grande puissance hypnotique, possède sur la morphine un avantage bien réel et de plus extrêmement précieux, celui de ne provoquer qu'à un très-faible degré les phénomènes physiologiques consécutifs au sommeil, qui accompagnent l'action thérapeutique de la morphine et des sels de cette base. En outre la transpiration ne se produit pas avec une abondance semblable à celle que l'on observe à la suite de la médication opiacée.

Les vomissements sont fort rares; les nausées et l'inappétence sont un peu plus fréquents.

La narcéine, par son action sur l'intestin, diffère sensiblement de la morphine; au lieu de produire comme cette dernière une constipation souvent rebelle, donnée à faible dose, elle procure aux malades des garde-robes faciles; donnée à une dose plus élevée, elle occasionne de la diarrhée.

3° La propriété soporitive n'est pas la seule que possède la narcéine; elle calme aussi les douleurs comme la morphine et les préparations opiacées.

Parmi les différentes actions observées sur les appareils de sécrétion, il en est une qui est assez constante : c'est l'influence exercée sur les reins. L'anurie plus ou moins prononcée est un fait assez fréquent, surtout lorsque les doses employées sont assez élevées. Peut-être pourrait-on utiliser cette particularité d'action de la narcéine chez les enfants atteints d'incontinence nocturne d'urine.

De la compression des artères dans les convulsions.

Il y a déjà longtemps, plusieurs médecins, parmi lesquels il faut citer en première ligne M. Trousseau, ont appelé l'attention sur la compression des artères carotides, pendant les accès d'épilepsie et d'éclampsie, mais surtout pendant les accès de convulsion chez les enfants. M. le docteur Fevez a publié, dans le Bulletin de la Société médicale d'Amiens pour l'année 1863, trois cas de succès obtenus à l'aide de ce moyen.

Dans la première observation il s'agit d'une petite fille de six ans qui avait depuis quelques jours des mouvements convulsifs de la face. Appelé au moment où cette enfant était en proie à une violente attaque convulsive des muscles du côté gauche, avec trismus, écoulement de sang par la bouche et morsure de la langue, M. Fevez essaya la compression de la carotide droite. Les convulsions s'arrêtèrent immédiatement. La petite malade devint calme, et s'endormit; au bout d'un quart d'heure elle se réveilla parfaitement bien et avec toute sa connaissance.

Le sujet de la seconde observation est une jeune fille de sept ans, qui, à la suite d'une chute, fut prise de convulsions d'une violence extrême. La compression de la carotide gauche fut faite et à l'instant même tous les phénomènes de convulsion s'arrêtèrent, les mâchoires se desserrèrent et la petite malade finit par s'endormir. Au bout de quelques heures, sa connaissance était redevenue parfaite.

Dans le troisième cas, un enfant de deux ans et demi, qui jouait avec d'autres enfants, fut pris de convulsions limitées d'abord au côté gauche, puis généralisées. La carotide droite fut comprimée, à l'instant tout le côté gauche resta immobile, tandis que le côté droit était encore dans l'état convulsif. On comprima alors la carotide gauche et les convulsions du côté droit cessèrent immédiatement. Le malade s'endormit et au bout d'une demi-heure il se réveilla parfaitement gai.

La compression des carotides n'est efficace qu'autant que l'on évite certains inconvénients. En premier lieu il faut que la main qui comprime, tout en conservant sa position par rapport à l'artère, suive les mouvements du malade. On reconnaîtra que la compression est efficace à un battement artériel assez fort que l'on perçoit au-dessous du doigt du côté du cœur.

Un autre obstacle, c'est l'enfoncement de la peau du cou par la pression des doigts; enfoncement qui fait que le larynx est comprimé et que le malade semble menacé d'étranglement. Pour éviter cet inconvénient, il faut, avant d'appliquer le doigt compresseur, pincer la peau du cou et le porter en dedans du côté du larynx. De cette manière la pression de cet organe n'a pas lieu.

Enfin il faut éviter de comprimer la veine jugulaire interne, parce qu'elle produirait dans le crâne une congestion que l'on veut éviter. Il faut pour cela n'employer qu'une surface rétrécie pour exercer la compression; le pouce ou un seul doigt suffit. Si l'on veut employer plusieurs doigts, afin d'avoir plus de force, il faut que ces deux doigts soient placés l'un à côté de l'autre suivant l'axe de l'artère et non transversalement.

On ne comprime de la sorte que l'artère et on obtient l'effet désiré.

Traitement du zona par le chloroforme.

Le *Bulletin de la Société médicale de l'Aube*, n° 1, contient quatre observations de zona traité au moyen d'applications de chloroforme, par le docteur Crépinel.

La première de ces observations est relative à une femme de soixante-dix ans, ayant un zona qui l'empêchait de dormir depuis cinq semaines. La guérison eut lieu en dix jours.

Dans la seconde, il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans. Guérison en huit jours.

La troisième concerne un voyageur, chez qui l'éruption ne datait que de deux jours. Au bout de cinq jours de traitement, ce malade put continuer sa route.

Enfin, le sujet de la quatrième observation est une jeune fille de neuf ans, qui avait un zona depuis douze jours. Guérison en sept jours.

M. Crépinel prétend que le fait le plus frappant de l'emploi du chloroforme, c'est la cessation complète très-rapide des douleurs insupportables qui accompagnent le zona.

Voici la formule de M. Crépinel :

Huile d'amande douce. . . .	20 grammes.
Chloroforme.	4 —

Faire cinq ou six applications sur tous les groupes de vésicules dans les vingt-quatre heures. Agiter le liquide avant chaque application, et couvrir immédiatement les parties enduites avec le côté d'un morceau d'ouate dont on aura enlevé préalablement la partie glacée.

La dose du chloroforme peut être portée de 4 à 6 grammes, suivant l'intensité des douleurs. Chez les enfants, M. Crépinel ne dépasse pas la dose de 2 grammes pour la même quantité de véhicule.

Généralement les douleurs disparaissent en un ou deux jours et la guérison est complète en six ou huit jours. La réussite

---

teignent que le rapport de 24,6 sur 1000. Il s'en prend donc aux épidémies, qui ont frappé presque tous les ans sa résidence durant les années dont il a fait le relevé. Ses réflexions sont sans doute fondées; mais il aurait dû considérer que le rapport du nombre des décès à la population n'indique ce qui se passe dans deux pays différents que si les deux populations sont composées de la même manière. Une population qui croît avec rapidité, comme celle de Plancher-les-Mines, peut subir un plus grand nombre de décès, quoique la longévité y soit plus grande que dans une population qui n'augmente qu'avec lenteur, comme celle de la France. Un travail spécial était donc indispensable pour juger de la grandeur de la mortalité, même au milieu des épidémies. La distribution des décès par âges, que donne ensuite l'auteur, ne suffit pas non plus à résoudre la question qu'il s'est posée; et il n'y a pas lieu de comparer un relevé de ce genre avec la Table de Deparcieux, construite par un tout autre procédé. Toutes les tables de décès construites par le procédé qu'on appelle très-injustement la méthode de Halley, sont erronées presque nécessairement. Il est vrai que c'est un procédé bien commode, mais, il faut le redire, c'est un procédé qui n'apprend rien, et qui a conduit à des erreurs nombreuses et très-graves dans les applications. Pour une petite population que l'on connaît bien, rien n'est plus facile que de construire une table de mortalité sur un petit nombre d'années, dix par exemple; mais les recherches préparatoires sont bien plus pénibles que ne l'est le relevé des registres de l'état civil, qu'on a décoré du nom de méthode de Halley.

Encore une fois, il ne serait pas juste de mettre entièrement au compte de l'auteur ces fautes, dont l'origine est évidemment dans la confiance qu'il croyait devoir aux ouvrages de ses devanciers. Au contraire, ses observations propres paraissent généralement exactes. Votre commission lui accorde une mention très-honorable.

Votre commission a regardé encore comme méritant d'être mentionnés honorablement deux autres ouvrages qui cependant n'ont pas à beaucoup près la même profondeur, la même solidité que les précédents.

L'un est une *Statistique des varices et du varicocèle,* publiée dans la *Gazette médicale* par le docteur Sistach. Toute la partie statistique est extraite des comptes rendus du recrutement de l'armée. L'auteur a classé les départements de la France d'après les nombres proportionnels des exemptions prononcées par les conseils de révision. Il a pensé que ces nombres devaient représenter à peu près les rapports des nombres véritables qui expriment la distribution de ces maladies. Il a même dressé deux cartes d'après ces rapports, et a donné à chaque département une teinte plus ou moins foncée suivant la grandenr des nombres. On concevra facilement combien ce classement peut laisser à désirer, si l'on réfléchit que devant les conseils de révision les motifs d'exemption sont placés dans des rangs très-différents par les préjugés des populations diverses: de sorte qu'un motif peut ne venir jamais, pour ainsi dire, à l'application dans un département, et qu'au contraire il soit toujours appliqué dans un autre. Quoi qu'il en soit, en prenant l'ensemble des nombres pour toute la France, il est visible qu'on obtient un minimum. Or ce minimum excède 3 pour 100. Il y a donc là un sujet d'études nouvelles d'une importance véritable, et l'auteur a eu raison d'appeler l'attention sur ces deux maladies.

Le dernier ouvrage remarqué par votre commission rend compte de l'*Industrie du département de l'Hérault.*

On ne saurait trop encourager les recherches qui ont pour objet la constatation de l'état actuel de toutes les industries locales et du commerce qui en résulte. Malheureusement les obstacles que rencontre sur ce terrain la statistique consciencieuse sont des plus difficiles à surmonter. L'auteur du petit volume dont il s'agit, M. Saintpierre, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon (cette année, presque toutes les pièces envoyées au concours sont signées par des membres du corps médical), M. Saintpierre n'a donc pu donner des nombres plus ou moins exactement recueillis, mais seulement des évaluations qui, sauf quelques chiffres officiels, semblent à peu prés conjecturales. Au total, il fixe à 129 millions le produit des industries de l'Hérault. Dans cette somme, la fabrication des vins et des alcools entrerait pour 64 millions, et les soies pour 4 millions. Il ne serait pas très-facile de dire pourquoi, en classant une partie de ces produits sous le nom d'industrie agricole, le reste des récoltes de l'agriculture n'y a pas été réuni. A la vérité, M. Saintpierre regarde le vin comme une véritable fabrication; il dit qu'aujourd'hui tout le monde en connaît les secrets, et qu'on sait bien que les vins de tous les crus se manufacturent à Cette. Cependant, comme il admet qu'il faut du jus de raisin pour faire du vin, et qu'il affirme que les trop fameuses fabriques du port de Cette ne font qu'améliorer les vins véritables par des procédés qui n'augmentent pas la quantité de la matière première, mais la font seulement changer de nom, il semble que sur les 64 millions une part très-considérable doit rentrer dans les produits de l'agriculture, et non grossir ceux de l'industrie. Si le travail de M. Saintpierre n'a pas la précision qu'exige la statistique, ce n'en est pas moins une source de renseignements qui seront précieux, car même de nos jours les richesses nationales sont bien peu connues dans les derniers éléments.

BIENAYMÉ.

La Trichina spiralis d'Owen. — Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine. le 13 février 1866, par le docteur Prosper DE PIÉTRA SANTA, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur. In-8 de 24 p., avec fig. intercalées dans le texte. 1 fr. 25. Paris, 1866. J. B. Baillière et fils.

de ce moyen est d'autant plus sûre et plus prompte qu'il est employé à une époque plus rapprochée de l'invasion.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 février. — Présidence de M. GUIBOUT, president.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Deux n^{os} de la *Revue d'hydrologie* de Strasbourg ;

2° Une lettre par laquelle M. le docteur Delmas remercie la Société du titre de membre correspondant qu'elle lui a décerné;

3° Une lettre par laquelle M. le docteur Perrin sollicite l'honneur d'être admis dans la Société comme membre titulaire, et annonce pour une prochaine séance la lecture d'un mémoire inédit;

4° Une lettre par laquelle M. le docteur Fraigniaud sollicite également l'honneur d'être admis dans la Société comme membre titulaire, et annonce pour une prochaine séance la lecture d'un mémoire inédit.

RAPPORTS.

M. GÉRY fils fait un rapport sur les titres antérieurs et la moralité du docteur Charrier, candidat au titre de membre résidant.

Conformément aux conclusions du rapport, et après dépouillement du scrutin, M. Charrier est élu membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

M. BOYS DE LOURY lit un rapport moral sur la candidature de M. le docteur Aimé Martin au titre de membre résidant.

Conformément aux conclusions du rapport et après dépouillement du scutin, M. Aimé Martin est élu membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

DISCUSSION SUR LES REVACCINATIONS.

L'ordre du jour appelle la reprise de la discussion sur les vaccinations et les revaccinations.

M. DUPARCQUE rappelle que les questions à l'ordre du jour, notamment en ce qui concerne l'insuffisance préservatrice du vaccin humain, ont préoccupé dès longtemps les médecins.

Il y a vingt-cinq ans, en 1841, l'Académie, alors royale, de médecine de Paris accueillait et honorait d'une médaille un travail avec statistique sur les varioles, les varioloïdes, les vaccinations et les revaccinations, dans lequel M. Duparcque signalait particulièrement la dégradation que lui avaient présentée les pustules vaccinales de moins en moins développées et ne laissant que des cicatrices exiguës, superficielles, non ou peu gaufrées.

De la coïncidence, de l'accroissement des cas de varioloïde, et de décès consécutifs avec ces modifications de l'éruption vaccinale, il avait aussi conclu à un affaiblissement que le virus vaccin éprouverait dans sa transmission de bras à bras. Cet affaiblissement lui paraissait se manifester de plus en plus, à mesure que, par sa diffusion, le virus s'éloignait de sa source primitive le cow-pox. Il insistait sur la nécessité de renouveler le plus souvent possible le vaccin en le puisant à sa source première, et sur l'utilité de soumettre aux revaccinations les individus vaccinés de bras à bras.

Ces appréciations sur l'influence détériorante de la vaccination humaine, généralement admises, ont été depuis corroborées par la multiplicité croissante des varioloïdes et surtout des décès consécutifs qui vient si vivement réveiller l'émotion et les préoccupations des praticiens.

Et cependant M. Duparcque, bien qu'un des premiers promoteurs de l'accusation portée contre la vaccine de bras à bras d'altérer la puissance du vaccin, et d'être la cause de son insuffisance préservatrice, a été conduit, après plus mûr examen et une interprétation plus réfléchie des faits, à modifier son opinion, à décharger le vaccin de bras à bras des reproches d'altérer le virus vaccin, et d'être la cause de son insuffisance préservatrice. Voici le résumé de ses motifs et raisons.

L'accroissement progressif des varioloïdes et des décès consécutifs n'a fait que suivre parallèlement, et sans changement de rapport numérique, la propagation considérablement ascendante de la vaccination de bras à bras.

D'après la statistique officielle des vaccinations dans le département de la Seine ; de 5,204 seulement, chiffre de 1826, elles étaient montées à celui de 15,924 en 1840, et atteignaient 37,040 en 1865.

Ainsi, les rapports relatifs se sont conservés, bien que le vaccin transmis de bras à bras s'éloignât de plus en plus de sa source animale.

Autres remarques non moins évidentes et concluantes :

1° Le vaccin provenant de pustules uniques ou multiples qui semblent, par leur faible développement et par l'effacement des cicatrices, accuser un affaiblissement du virus, provoque par son inoculation, au moins chez un certain nombre de sujets, des pustules ne laissant rien à désirer comme manifestation éruptive et témoignant d'une action énergique du virus employé.

2° Une partie, et c'est même la plus grande de ces vaccinés (de ceux-là mêmes dont l'éruption a été si peu développée et n'a laissé que des stigmates plus ou moins douteux), n'en est pas moins indemne de la variole; et un certain nombre est récalcitrant aux revaccinations, preuves évidentes que la faculté préservatrice du vaccin n'a pas de rapport avec le plus ou moins d'énergie de son action éruptive, et que cette faculté inhérente au virus n'est nullement altérée.

3° Si le vaccin était altéré dans sa puissance et sa durée préservatrice par la transmission de bras à bras, cette altération, quelle qu'elle soit, devrait se prononcer, augmentée par sa migration incessante, jusqu'à extinction plus complète de ses propriétés primitives. Ce terme serait fatalement arrivé, maintenant qu'il est si disséminé, si répandu après plusieurs générations de transmission de bras à bras.

Mais il n'en est heureusement pas ainsi, puisque les facultés préservatrices et modificatrices persistent telles qu'elles étaient depuis longtemps.

Le virus vaccin conserve donc virtuellement, et quels que soient les milieux qu'il traverse, ses propriétés, ses facultés intrinsèques primitives. A quoi attribuer les différences que présentent ces manifestations d'action et de résultat, qui témoignent d'une préservation complète et durable pour les uns, insuffisante et limitée pour d'autres ? Mais tout simplement à la diversité des organismes, des constitutions, des aptitudes physiologiques et pathologiques. Ces différences sont individuelles, personnelles, intransmissibles.

Il en est, sous ce rapport, du virus vaccin comme de tous les virus, dont le principe est resté toujours un, mais dont l'action et les manifestations pathologiques sont modifiées et variées selon les individus ou sujets. La variole elle-même est soumise à cette loi comme les maladies spécifiques virulentes. Une variole discrète, bénigne, une varioloïde même, engendrent par contagion des varioles confluentes et *vice versa*. L'histoire des inoculations de la variole fournit des exemples analogues.

En dehors de cette explication si péremptoire, il ne resterait qu'à porter sur le virus vaccin lui-même l'accusation d'insuffisance de puissance et de durée préservatrice.

Les expérimentations de vaccine animale sont encore trop peu nombreuses et de date trop récente pour fixer sa valeur et sa durée préservatrices, et que pourrait faire présumer, mais que ne prouve pas le plus grand développement des pustules produites par l'inoculation de ce vaccin.

Au temps, à un avenir plus ou moins éloigné à prononcer sur la valeur et la durée préservatrice du vaccin animal, à prouver son innocuité, à dévoiler ses inconvénients et ses dangers.

Jusque-là et en attendant, continuons une légitime confiance en la vaccine humaine qui n'a pas failli dans ses bienfaits, de préserver le plus grand nombre, de modifier favorablement chez les autres la variole secondaire, et dont les inconvénients et les dangers connus et appréciés peuvent être efficacement prévenus et conjurés : l'insuffisance préservatrice par les revaccinations, la transmission des maladies contagieuses et virulentes, et particulièrement la syphilis, par des précautions faciles à prendre dans l'opération de l'inoculation de bras à bras.

M. LUNIER fait la communication suivante : Note sur les revaccinations pratiquées à l'asile de Saint-Yon. (Voir notre numéro du samedi 17 mars.)

M. SALES-GIRONS lit une lettre adressée de Londres à la *Revue médicale*, dans le but de savoir si, malgré la violence de l'épizootie qui sévit en Angleterre, il convient de prendre sur les animaux du virus vaccin pour l'inoculer à l'homme.

MM. DUPARCQUE GÉRY père et **LUNIER** répondent négativement à cette question.

M. GÉRY père rapporte, à l'appui des documents statistiques fournis par M. Lunier, qu'il a revacciné une mère et ses deux filles avec du vaccin pris sur une personne adulte qui avait été revaccinée.

Chez la mère, 6 boutons se sont développés consécutivement aux 6 piqûres. Chez l'aînée des filles, âgée de dix-neuf ans, il s'est développé 2 boutons de fausse vaccine.

La probabilité du résultat positif des revaccinations paraît donc en raison de l'âge du sujet qu'on revaccine.

En outre, ce fait prouve qu'avec du vaccin provenant d'une revaccination, on peut obtenir une vaccine de bon aloi.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

— L'auteur de l'article *anévrysme aortique*, publié dans notre numéro de jeudi dernier, est M. Chauvel et non M. Chancel.

Bulletin de la société impériale de chirurgie de Paris pendant l'année 1866. Deuxième série, tome sixième. Un vol. in-8° de 600 pages. Prix : 7 francs. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 39. — MARDI 3 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 3 AVRIL 1866. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observation de chorée rhumatismale.

Par M. ODIER (de Genève), interne des hôpitaux.

(Lue à la Société médicale d'observation.)

Mlle M. F..., dix-huit ans, tempérament lymphatique arthritique héréditaire, peau fine et blanche, yeux bleus, cheveux blonds, embonpoint moyen, taille ordinaire, est habituellement d'une bonne santé, quoique délicate, et à les muqueuses respiratoires impressionnables; elle a été élevée à la campagne, habite Paris depuis un an et jouit de tous les avantages que donne la fortune. Elle n'a jamais eu de scarlatine, ni d'affections cutanées, sauf un peu d'acné et quelques furoncles; mais dans son enfance elle a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui n'a laissé aucune trace de son passage.

Sa mère était d'une bonne santé, sa grand'mère maternelle a aujourd'hui quatre-vingt-cinq ans et est bien portante. Son père a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire avec complications cardiaques persistantes.

Mlle M... a été atteinte, le 3 mai, de douleurs subaiguës aux articulations du coude et du poignet avec embarras gastrique très-prononcé, et traitée par un purgatif, de la tisane avec du nitrate de potasse, des onctions avec du laudanum, et de la ouate autour des articulations.

Toutes les articulations se prirent les unes après les autres, même celles de la colonne vertébrale : c'est un rhumatisme essentiellement erratique caractérisé surtout par la douleur; l'élément inflammatoire joue un rôle très-secondaire. L'élément nerveux dominait déjà. Dans toute cette phase, absence de sommeil, l'état gastrique fut promptement modifié et permit pendant toute la durée de la maladie une alimentation modérée.

Le 16 mai au matin, le rhumatisme avait complétement disparu, et c'est dans la journée que les phénomènes nerveux se sont manifestés : céphalalgie, vomissements, embarras de la parole, état d'hébétude et de rire presque continuel.

Le 17, elle sent que sa langue va s'arrêter et dit à Mme T..., qui venait la voir : « Je vais devenir muette. »

Le soir, les vomissements reparaissent ainsi que la céphalalgie; il y avait une excitation générale telle, que son médecin, M. le docteur Gros, fit demander en consultation M. Rayer. On appliqua de suite huit sangsues à la face interne et supérieure des cuisses.

Tels sont les renseignements qui m'ont été fournis par mon ami M. Gros, qui me pria de vouloir bien rester auprès de sa malade, dont l'état le préoccupait.

Voici ce que je constatai à mon arrivée :

Décubitus dorsal. Faciès peu expressif. Mouvements des membres supérieurs spontanés, continuels, excessivement légers, plus forts à droite, une impatience musculaire augmentant d'intensité lorsqu'on regarde la malade ou qu'on a l'air de s'occuper d'elle.

Quant aux mouvements volontaires, ils sont empreints d'une certaine incertitude que le mot d'hésitation caractérise le mieux. Ainsi, lorsque je dis à la malade de me serrer la main, le mouvement ne s'exécute pas immédiatement; mais, après un instant de réflexion, regardant sa main, d'une manière saccadée et exagérée.

La sensibilité ne présente rien d'anomal : elle est perçue immédiatement à l'endroit même, sans irradiations et sans augmentation. Le corps agissant est reconnu, les températures appréciées; cependant je dois dire que, comparées au côté gauche, les températures extérieures, chaleur et froid, sont plus vivement senties au membre supérieur droit. En sorte qu'en définitive les sensibilités tactile, de piqûre, de chatouillement et de température, sont pour ainsi dire normales.

Je ne trouve pas de différence de température. La peau est chaude, plutôt sèche; le pouls fébrile, animé, un peu dur, résistant et plein des deux côtés.

Coloration rouge des pommettes, yeux un peu injectés, langue pointue, rouge et collante, soif, anorexie.

La tête n'est pas immobile, mais sitôt que l'on regarde la malade, soit qu'on n'ait pas l'air de l'observer, on voit la tête s'incliner à droite ou à gauche, par un mouvement vif et rapide, comme si la malade éprouvait le besoin de la changer souvent de place. Les mouvements de flexion sont plus forts, plus rapides à droite, et dans les intervalles la tête est plutôt inclinée à droite. Les globes oculaires participent au même mouvement, les pupilles sont moyennement dilatées et égales, le regard est un peu vague, ce qui enlève à la physionomie de son expression habituelle. Les paupières se ferment et s'ouvrent en même temps que les sourcils se froncent. La malade ouvre et ferme la bouche par moments. Elle ne parle pas sans qu'on lui adresse la parole, et dans ce cas les réponses sont brèves et par monosyllabes, comme s'il y avait un essoufflement saccadé.

La mémoire ne paraît pas altérée, l'intelligence est un peu affaiblie; elle reconnaît ceux qui l'entourent, mais ne comprend pas sa situation.

L'auscultation du poumon ne fournit aucun signe positif. Le cœur présente des battements un peu plus énergiques; le premier temps est accompagné d'un bruit de souffle doux, s'entendant à la fin du premier temps; plus fort à la pointe, il diminue à mesure que l'on se rapproche de la base pour disparaître complétement au delà. Les vaisseaux du cou ne donnent pas de bruits anormaux.

Ventre normalement développé, souple, non douloureux, selles nulles depuis vingt-quatre heures. Du reste la malade assure ne souffrir de nulle part.

Les accidents que je viens de décrire suivent une marche ascensionnelle de huit heures du soir à minuit.

A ce moment il est impossible de ne pas reconnaître une chorée aiguë généralisée, plus forte cependant à droite qu'à gauche. Les muscles des membres supérieurs et inférieurs, du dos, de l'abdomen, du pharynx, du cou, de la face, de la langue, sont atteints de mouvements convulsifs. L'intelligence diminue rapidement, et vers six heures du matin a complétement disparu.

A ce moment trois personnes peuvent à peine tenir la malade dans son lit, tant les mouvements sont violents.

La respiration seule se fait facilement.

M. Rayer, appelé de nouveau en consultation avec M. Gros, prescrit du sirop d'éther et du sirop de morphine, dont on fait ingérer une cuillerée à dessert de chaque toutes les heures.

Le 22, M. Rayer et M. Gros prescrivent des sangsues qu'on place successivement aux apophyses mastoïdes au nombre de huit.

Dans la nuit, il y a un peu rémission dans l'intensité des symptômes. On reprend le sirop de morphine et l'éther.

Le 23 au matin, nous constatons que les mouvements choréiques sont moins intenses et que la malade peut jusqu'à un certain point commander à ses muscles; elle cherche le repos et l'absence d'impressions extérieures qui sont suivies de convulsions assez fortes.

La mémoire est anéantie et l'intelligence est nulle. Elle ne sait où elle est et ne reconnaît même pas son père; à peine quelques monosyllabes s'échappent de temps en temps de ses lèvres.

Lavement d'assa fœtida, sirop de morphine et d'éther toutes les heures. Bouillon froid.

Le 25. Sueurs abondantes suivies d'un peu de sommeil, à la suite duquel la malade peut tenir un verre et boire. Les convulsions des membres ont encore diminué. La face est plus calme, le trismus et les grincements de dents persistent seuls par intervalles. La constipation opiniâtre depuis le début de la maladie cède aujourd'hui à la suite d'un lavement émollient; mais la parole est toujours fort difficile.

Potion avec 2 grammes d'extrait mou de quinquina, sirop de morphine et d'éther, une cuillerée à dessert toutes les heures. Bouillon et œufs.

Le 26. Quatre heures de sommeil pendant la nuit. Aujourd'hui les mouvements choréiques des membres ont disparu et la malade se sert spontanément de ses bras; elle se maintient un instant assise dans son lit. Elle est triste, ce qui est dû à son intelligence en partie revenue; elle comprend ce qui lui manque, elle voit l'état dans lequel elle est, devine ce qui lui est arrivé par l'appareil de médecins, de gardes autour d'elle, et gémit de ne pouvoir exprimer ce qu'elle pense, sa langue n'obéissant pas encore à sa volonté.

15 grammes d'huile de ricin, qui amènent 3 selles; et le soir, vésicatoire aux jambes. Bouillon, œufs.

Le 27. A peu près 6 heures de sommeil. L'amélioration continue; elle peut aujourd'hui mâcher quelques aliments solides... L'intelligence est plus développée... Elle adresse la parole à ceux qui l'entourent, leur témoigne une affection exagérée, et tutoie tout le monde. 3 selles involontaires... Elle demande aujourd'hui le bassin pour uriner.

Extrait mou de quinquina, 2 grammes. Bordeaux et viande rôtie.

Le 29. A bien dormi pendant la nuit. J'examine le soir la malade et constate ce qui suit :

Décubitus dorsal, habituel. Lorsqu'on la place sur le côté gauche, elle se fatigue rapidement et demande à être placée sur le dos. Le décubitus latéral droit n'est absolument pas supporté. Lorsqu'on l'assoit sur son lit, elle se laisse glisser de suite.

La tête est toujours appuyée sur les coussins; la malade n'essaye même pas à la relever. M. Rayer et M. Gros ont remarqué, du reste, que la tête a toujours été dans une demi-extension depuis le début de la maladie.

L'expression de la physionomie est plutôt triste et peu expressive : lorsqu'elle sourit, ce n'est que pendant un instant, et la figure reprend son aspect morne. Pas de strabisme, pas d'amaigrissement.

La langue sort plus facilement de la bouche; elle présente une morsure sur son bord gauche en voie de cicatrisation.

La voix a toujours quelque chose de traînant et plaintif.

La parole est uniformément lente; les syllabes sont toutes prononcées également. Elle répond plus difficilement qu'elle ne parle spontanément, et toujours par des phrases très-courtes...

Les pensées sont très-bornées et rares, et la mémoire est incom-

FEUILLETON.

PRIX DE STATISTIQUE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Les commissions auxquelles l'Académie délègue le jugement du concours de statistique ouvert devant elle par M. de Montyon, n'ont pas manqué de signaler à l'attention des concurrents un double écueil, qu'elles rencontrent presque tous les ans et qu'elles doivent éviter. D'un côté, elles peuvent être taxées de sévérité lorsqu'elles sont contraintes d'écarter des ouvrages qui ne sont pas dépourvus de mérite, mais dans lesquels les recueils d'observations n'ont rien d'original, rien qui appartienne en propre à l'auteur. Elles ont à craindre, d'un autre côté, de détourner le prix de la destination véritable que le fondateur avait en vue presque uniquement, si elles viennent à concéder ce prix à d'excellentes pièces qui ne sont point de la statistique, mais bien des dissertations plus ou moins étendues auxquelles la statistique n'a fourni que des éléments connus ou préparés antérieurement.

Pour le concours de 1865, la commission n'a pas eu cette préoccupation. Elle avait sous les yeux un immense travail qui présente à la fois réunies les conditions d'originalité, de multiplicité des faits, de conséquences souvent immédiates, d'une persévérance dans les recherches qu'aucune difficulté n'a pu arrêter, enfin d'une exactitude consciencieuse qui ne dissimule aucune des erreurs restées possibles. La commission n'a pas hésité à décerner le prix à ce remarquable travail. Il est dû à M. Chenu, médecin principal de l'armée, et il a paru en un volume de plus de sept cents pages grand in-4°, presque toutes remplies de tableaux, sous le titre de *Rapport au conseil de santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical dans les ambulances de Crimée, etc., pendant la campagne d'Orient.* Ce titre fait voir que l'auteur s'adresse principalement au corps médical et aux administrateurs militaires. Mais il n'est personne que ses développements statistiques ne doivent intéresser, et c'est par la statistique seule qu'il veut porter le jour sur un ensemble de faits très-importants pour le pays. Aussi s'est-il montré très-sobre de réflexions, bien qu'elles s'offrent de toutes parts à l'esprit du lecteur. Rendre compte du service médico-chirurgical, c'était de toute nécessité retracer le pénible spectacle des horreurs de la guerre. L'auteur a su, par la gravité et la simplicité de sa parole, imprimer à son rapport le caractère que le sujet même imposait; et cependant il a plutôt laissé parler la statistique. Pour qu'elle fût bien comprise, il l'a fait précéder d'un récit très-abrégé des faits qui ont marqué pendant trois ans la présence des armées alliées en Orient. Ce n'est qu'une simple chronique : elle est navrante. Ce n'est pas d'admiration seulement, c'est presque de respect qu'on se sent pénétré en voyant le courage, l'énergie, la constance sans égale de nos soldats lutter à la fois contre les maladies, les froids les plus vifs et les obstacles sans cesse renaissants d'une défense héroïque. Tout le monde sait comment dès le début le choléra envahit l'armée française; plus tard le typhus vint ravager à la fois le camp et les hôpitaux. La guerre, quelque meurtrière que la rende la précision des armes récemment inventées, a moins enlevé d'hommes que les maladies et les intempéries qui ont régné pendant le long siége de Sébastopol. Il suffira de dire à cet égard que le nombre des soldats tués sur le champ de bataille n'est que de 10,240 sur un total de 95,625 décès. L'armée française, à laquelle ces nombres se rapportent, a vu successivement passer dans ses rangs 309,268 hommes, et l'effectif, d'abord inférieur à 30,000, ne s'est élevé jusqu'à 150,000 que dans les derniers mois.

L'armée anglaise, sur un total de 97,864 hommes envoyés en Orient, en a perdu 22,182. La proportion est bien moindre; mais dans le nombre des décès anglais on n'a pas compris ceux qui ont eu lieu parmi les blessés après le retour des armées; tandis que les décès de cette espèce sont pour une grande part dans le total des pertes de l'armée française. Les proportions des pertes des deux armées se rapprochent dès lors. Il faut néanmoins reconnaître que le service médical anglais a eu le plus de succès. Il n'en était pas ainsi dans les premiers mois de la guerre. Les troupes anglaises perdirent d'abord beaucoup plus d'hommes que les nôtres. Mais il semble qu'à mesure que les combats se prolongeaient, on put donner à ces troupes, beaucoup moins nombreuses, un service médical plus complet, et surtout leur éviter les transports de malades et de blessés à Constantinople, transports qui ont eu lieu dans les plus fâcheuses conditions. Qu'on ne croie pas que le zèle de nos médecins militaires se soit ralenti. Le nombre des morts qu'ils ont laissés en Crimée ne prouve que trop qu'ils ne se sont pas épargnés. Ce nombre, proportion gardée, est supérieur à celui des officiers, et bien peu différent de celui des soldats. Il faut donc admettre que dans les guerres lointaines, en des climats si rigoureux, il y a obligation pour la France de doter ses armées d'un service de santé et d'administration monté bien plus fortement qu'on ne s'y croyait astreint dans les anciennes guerres, exécutées sous d'autres conditions et surtout avec d'autres armes.

Que si l'on est frappé des nombres qui viennent d'être cités, on le sera bien davantage en lisant dans le rapport de M. Chenu (p. 617) que les morts de l'armée russe ne sont pas estimées à moins de 630,000, près de sept fois celles des Français.

Il convient de se borner à la mention de ces quelques nombres. La statistique est ici tellement triste, même après une victoire d'une si

plète, ce qui l'empêche de terminer ce qu'elle veut dire. Depuis aujourd'hui, elle n'a plus de frayeur, ce qui était dû à des hallucinations de la vue (animaux fantastiques qui lui apparaissaient), et à des illusions de la vue, les meubles de la chambre revêtant parfois des formes bizarres et animées.

L'auscultation du cœur fait reconnaître un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, et un léger bruit de souffle doux dans les vaisseaux du cou.

Le membre thoracique droit paraît plus flasque; les muscles paraissent remplir moins complétement la peau. Les doigts sont fléchis dans le creux de la main; lorsqu'on cherche à les étendre, on éprouve un peu de résistance, qu'on parvient, du reste, à vaincre facilement; mais sitôt qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils reprennent leur position première. Les mouvements spontanés qu'exécute la malade sur commande se font lentement, incomplétement, et nécessitent l'intervention de la vue.

Dans l'état de repos, la malade place son membre droit parallèlement à son corps, et se sert du membre gauche pour saisir les objets qu'on lui présente. Lorsqu'on lui en fait l'observation, elle répond qu'elle n'est pas sûre de son bras droit.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité. La température est la même.

Le membre thoracique gauche est dans un état normal. Il n'existe plus aucun mouvement choréique. Les membres inférieurs ne présentent pas de mouvements choréiques apparents : ils sont toujours immobiles. On comprend du reste facilement que nous n'ayons pu vérifier nous-même l'état de ces parties.

Le caractère de la malade est empreint d'une douceur excessive, je dirai même exagérée. Une voisine qui joue un air de valse sur le piano détermine chez notre malade un état nerveux qu'elle cherche à dominer un instant; mais au bout de cinq minutes des larmes surviennent, et je constate alors l'apparition de quelques mouvements choréiques dans les membres thoracique et abdominal droits, ainsi que dans la face. On fait cesser la musique, et au bout d'un instant tout rentre dans le calme. M. Rayer et M. Gros ont fait cesser l'usage du sirop d'éther et continuent celui de l'extrait mou de quinquina à la dose de 2 grammes.

Le 30, sommeil excellent... La mastication est possible.

Le 31, la position assise dans son lit est possible pendant deux heures.

Le 1er juin, la malade s'est couchée sur le côté gauche pour la première fois. La mémoire et l'intelligence sont revenues, et la malade s'est informée de l'état de santé de ses parents et amis.

Le 2, on la lève; elle reste deux heures dans un fauteuil.

Le 3 juin, elle se rend dans une chambre voisine, soutenue par deux personnes. Je constate alors qu'elle lance sa jambe droite en avant, comme les malades dits ataxiques... M. Gros me fait remarquer qu'il existe une véritable hyperesthésie de tout le côté gauche.

Le 6, la malade, qui se lève tous les jours, marche seule, ne lance plus la jambe droite : l'hyperesthésie a disparu.

Dès lors, la convalescence marche rapidement, et le 22 juin, dans une dernière visite, je constatais que la marche était normale. L'intelligence est normale, le souffle cardiaque a disparu, ainsi que celui des vaisseaux du cou.

La malade est envoyée en Suisse, où elle passe l'été.

Depuis cette époque, elle ne s'est jamais ressentie de sa maladie et a toujours joui d'une bonne santé.

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DES TUMEURS,

Par M. Fano.

Obs. I. — *Ostéosarcôme (tumeur fibro-plastique) de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation de la cuisse; guérison. Dix mois après, développement d'un ostéosarcôme de l'humérus.*

Nous avons rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* (23 juin 1864) l'histoire d'une malade à laquelle nous avons pratiqué l'amputation de la cuisse le 1er décembre 1863, pour un *ostéosarcôme* de l'extrémité supérieure du tibia. La plaie résultant de cette opération était complétement cicatrisée au bout de sept semaines et la patiente avait recouvré la santé.

Au microscope, on ne trouva dans les parties blanches de la tumeur que du *tissu fibro-plastique*, des *medullocèles* assez nombreux s'y rencontrent aussi; mais l'élément important est l'*élément fusiforme*. La tumeur n'est ni un *squirrhe* ni une tumeur à *myéloplaxes*. »

Je m'étais promis de suivre la malade, pour m'assurer s'il n'y aurait pas quelque récidive sur place ou quelque manifestation morbide semblable à la première sur quelque autre point de l'économie. Ce sont les résultats de cette enquête que je publie pour servir de complément à l'observation précédente.

Dix mois après l'époque où l'amputation de la cuisse a été faite, le bras *gauche* a commencé à se tuméfier. Depuis, le gonflement a augmenté peu à peu. Le 20 octobre 1865, c'est-à-dire vingt-trois mois environ après la guérison de la plaie, *toute la moitié supérieure de l'humérus est le siége d'une tuméfaction considérable.* Le bras gauche mesure *32 centimètres* de circonférence, pendant que le bras droit n'en compte que 28. La tumeur est mal circonscrite en haut et en bas; de forme généralement sphérique, dure, un peu dépressible, sans battements. Le reste du membre supérieur offre un léger œdème. La patiente n'accuse de douleurs dans la tumeur que lorsqu'elle se remue ou qu'elle expose le bras à l'action de l'air froid. Par contre, elle éprouve souvent des douleurs dans le côté gauche de la poitrine et jusque dans la gorge. Il lui est impossible d'imprimer au membre supérieur gauche le moindre mouvement. La face postérieure de l'omoplate gauche semble un peu tuméfiée au-dessus de la mamelle gauche, près de l'aisselle existe une tumeur du volume d'une noix, très-dure, très-douloureuse à la pression ; la peau qui la recouvre a déjà perdu sa mobilité.

Le moignon de la cuisse amputée est en très-bon état. La santé générale n'est pas altérée; la patiente conserve de l'embonpoint, mais pas d'appétit.

La tumeur du bras présente tous les caractères d'un *ostéosarcôme* de l'humérus; la tumeur sus-mammaire, tous les caractères du *squirrhe lardacé*.

Obs. II. — *Tumeur fibro-plastique avec infiltration mélanique du derme ou sarcôme mélanique, résultant de la dégénérescence d'une verrue à la région dorsale. Ablation de la masse morbide. Examen microscopique.*

M. G..., âgé de soixante-sept ans, marchand de vins, est très-bien constitué, d'une bonne santé habituelle. Ses parents sont morts âgés. Il nous rapporte qu'il a eu, de tout temps, une verrue entourée d'une tache noire, à la région dorsale, un peu au-dessous du niveau de la ligne allant d'une épine de l'omoplate à l'autre. Actuellement, il existe une autre petite verrue au-dessous de la tumour dont il va être question.

Il y a trois mois que la verrue principale a commencé à grossir, sans que le malade éprouvât la moindre douleur. Aujourd'hui, il existe dans la région que nous avons indiquée, une tumeur en *forme de champignon, lobulée, rougeâtre, d'une consistance qui rappelle celle de la chair,* grande comme une pièce de 5 francs en argent, et paraissant s'implanter par un large pédicule dans l'épaisseur du derme. Autour de la surface d'implantation, la peau présente, dans une zone de 2 centimètres de large, un *cercle d'un bleu noirâtre* rappelant la coloration de la matière mélanique.

Le 5 février dernier, je pratique l'ablation de la tumeur : pour cela, je la circonscris à la base et au delà des portions du derme tout à fait saines, par deux incisions semi-lunaires se regardant par la concavité. La masse morbide est disséquée profondément, ou pour mieux dire, la peau sur laquelle elle s'implante est séparée des parties subjacentes auxquelles elle est unie par un tissu cellulaire normal. Quelques artérioles divisées sont liées immédiatement, puis la plaie pansée à plat.

Les suites de l'opération sont heureuses; la plaie se recouvre bientôt d'une membrane granuleuse et, au moment où j'écris ces lignes, 24 février, elle commence à se cicatriser à la circonférence. L'opéré n'a pas eu de fièvre et a été nourri d'une manière graduelle, à partir du moment de l'ablation de la tumeur.

Examen de la tumeur. — Divisée suivant le diamètre antéro-postérieur, la surface de la coupe a un aspect lobulé et ressemble un peu au tissu du rein. En râclant cette surface, on ramasse sur la lame du couteau une certaine quantité de suc. La peau sur laquelle s'implante le pédicule de la tumeur semble parfaitement saine dans ses couches profondes; les couches superficielles seules présentent une apparence gris-noirâtre dans une épaisseur de 1 millimètre; les mailles du derme paraissent simplement infiltrées de matières noires. Au niveau de cette infiltration, le derme est plus épais que dans les parties environnantes.

Examen microscopique de la tumeur, par MM. Cornil et Ranvier. — La coupe de la tumeur est lisse, humide et demi-transparente, elle ne fournit pas de liquide *laiteux*, ni par le râclage, ni par la pression. Des fragments râclés et dilacérés à la surface de section présentent des noyaux ovoïdes et des cellules allongées ovoïdes. Les noyaux sont volumineux (0mm,009 sur 0,006) et possèdent un nucléole brillant. Ce sont des *noyaux et des cellules embryo-plastiques et fibro-plastiques.* Dans certains points les cellules sont sphériques.

Après avoir fait durcir la tumeur, nous en avons fait des préparations avec le rasoir, pour en apprécier la texture. Les éléments qui la composent sont les uns au contact des autres, séparés seulement par de la matière amorphe, et en certains points par des fibrilles parallèles. Tous ces éléments sont cohérents les uns aux autres; il n'y a ni trame, ni alvéoles, dans lesquelles des cellules sont libres comme dans le cancer. Les vaisseaux obtenus sur ces préparations ont des parois très-minces et sont en contact direct avec les éléments précédents.

La tumeur pédiculée présente en un mot tous les caractères des tumeurs embryo-plastiques (sarcôme). La peau à laquelle elle adhère offre un derme très-épaissi, de couleur sépia; au microscope, on trouve des *noyaux* et des *cellules embryo-plastiques*, semblables à ceux de la tumeur, infiltrés de pigment noir et brunâtre partout où le tissu profond du derme a la coloration mélanique. En pratiquant des coupes minces, perpendiculaires à la surface de la peau, dans les points précédents, on constate que l'épiderme ne présente pas de modification; que les cellules du corps muqueux de Malpighi sont infiltrées de pigment; le centre des papilles et le derme proprement dit renferment aussi du pigment.

Les papilles hypertrophiées présentent un grand nombre de noyaux sphériques, de nouvelle formation, de 0mm,005 à 0mm,006, sans nucléoles, et quelques noyaux ovoïdes plus longs et nucléolés (*embryo-plastiques*). Les mêmes éléments se sont aussi développés dans le derme; on y rencontre souvent du pigment.

Ainsi, les deux portions de la tumeur, la portion pédiculée et la portion cutanée, ne diffèrent que par la présence de granulations colorées. La tumeur est un sarcôme mélanique, variété de tumeur habituellement fort grave et sujette à une généralisation assez prompte.

Cette dernière opinion appartient à MM. Cornil et Ranvier.

Pour mon compte je chercherai, en suivant le malade pendant plusieurs années, si dans le cas précédent elle se justifie.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Chloroforme. — Insuccès. — Mort.

Par M. le Dr Ad. Filliette (de Divonne).

Au moment où la question de l'efficacité du chloroforme dans l'*éclampsie* est traitée dans les colonnes de la *Gazette des Hôpitaux*, et que M. de Soyre paraît n'attacher à la valeur de cet agent qu'une médiocre confiance, tandis que M. Liégard (no du 10 février) le considère comme un « remède héroïque et la seule ancre de salut pour les accoucheurs », il n'est peut-être pas sans intérêt de publier la relation d'un fait malheureux que j'ai observé dernièrement, et qui montre qu'en dépit des inhalations anesthésiques, les convulsions puerpérales continuent à être une des plus terribles affections que le praticien est appelé à rencontrer.

Le 21 décembre dernier, je fus appelé à six heures du soir auprès de la femme X... âgée de 22 ans, d'une vigoureuse et robuste constitution, fort active et laborieuse, et parvenue à sept mois et demi d'une première grossesse sans en avoir eu d'autre incommodité qu'un peu d'œdème au pourtour des malléoles.

La veille elle avait éprouvé du mal de tête, et dans la journée du 21, il lui était survenu brusquement une douleur atroce au creux de l'estomac, accompagnée de fièvre et de nausées. A mon arrivée, je trouvai cette femme couchée dans son lit, sur le dos, et répondant parfaitement à toutes les questions. La région épigastrique est le siége de très-violentes douleurs qu'augmente le simple attouchement de la main.

La respiration est accélérée; le pouls est mou, dépressible, et bat quatre-vingts fois par minute. La peau est modérément chaude. Le ventre, tout à fait indolent, est celui d'une femme enceinte de sept à huit mois. La face est un peu bouffie, et les paupières manifestement

---

haute importance pour la France, qu'il est permis de l'abréger. Cependant il reste à dire encore que pour parvenir à compléter l'histoire de chaque blessure, ce qui fait le principal mérite et ce qui occupe la plus grande partie du rapport de M. Chenu, il a eu à constater par des bulletins spéciaux toutes les phases des traitements suivis depuis les ambulances jusque dans les hôpitaux en France. Pour éviter toute confusion, il a été nécessaire de rédiger plus de onze cent mille bulletins, parfois huit ou dix pour le même blessé ou le même malade. On conçoit par là comment ce travail a duré près de huit ans, et comment l'auteur n'a pu livrer à la publicité que les noms des militaires guéris et pensionnés. Il paraît que l'historique de tous les noms aurait exigé près de dix volumes aussi considérables. Sans les souscriptions officielles, il est aisé de sentir que l'impression de la partie publiée n'aurait pu avoir lieu : s'il faut louer M. le docteur Chenu de l'avoir entreprise avec ses seules ressources, il faut en même temps louer le Gouvernement d'avoir contribué à la publication d'un volume aussi instructif, après en avoir mis largement tous les matériaux à la disposition de l'auteur. Il y a là de grandes leçons pour tous ceux qui voudront simplement en parcourir les pages, et appuyer ainsi de telles leçons sur une statistique publique témoigne d'une grande hauteur de vues.

Lorsqu'on rapprochera du grand et beau travail de M. Chenu les autres pièces du concours de cette année, toute comparaison ne pourra qu'en diminuer singulièrement la valeur. Il n'y a donc à en faire aucune, et plusieurs de ces pièces ont isolément paru mériter d'être mentionnées par votre commission.

Elle a remarqué spécialement un mémoire intitulé : *Du goître à Plancher-les-Mines*, par M. le docteur Poulet. Ce mémoire est pour ainsi dire la statistique de Plancher-les-Mines, village bien connu de la Haute-Saône. Douze années de pratique médicale ont permis à l'auteur d'examiner avec soin toutes les circonstances du sol, du climat, des habitudes hygiéniques de la population qui s'élève à plus de 1,700 habitants, et ses descriptions se font bien comprendre. Le nombre des goîtreux, au milieu de cette population industrieuse, très-active et relativement aisée, n'est pas moindre de 351, un peu plus du cinquième de la population. Les femmes sont le plus atteintes par cette difformité : sur 100 hommes, on ne voit que 13 goîtreux; sur 100 femmes, près de 27; c'est plus du double. Chez les enfants, on ne constate que rarement les caractères du goître avant l'âge de douze ans. Sur 388 enfants au-dessous de cet âge, on ne comptait que 20 goîtreux. Ainsi, la proportion des malades monte à 25 sur 100 dans les âges supérieurs. La maladie paraît attaquer les étrangers aussi fortement que les natifs de Plancher-les-Mines. L'observation était possible, car en peu d'années, de 1856 à 1861, les besoins de l'industrie locale ont attiré une immigration croissante, et la population a passé de 1,514 à 1,730 habitants. Mais dans les familles nouvellement arrivées, ce sont plutôt les adolescents qui sont envahis par le goître. Il ne saurait être question ici de suivre l'auteur au point de vue médical, pas plus que l'excellent travail du docteur Chenu n'a été considéré au point de vue chirurgical qui en domine toutes les parties. Il convient cependant de rapporter sous toutes réserves la conclusion du mémoire de M. Poulet : c'est que le goître est le résultat de l'humidité permanente et froide qui règne toute l'année à Plancher-les-Mines, village encaissé dans une vallée dirigée du sud au nord. Selon lui, il ne faut chercher la cause du goître ailleurs que dans l'humidité de l'air et surtout du sol, et il recommande le drainage.

Avant de quitter cet intéressant mémoire, il semble utile d'ajouter des remarques que suggèrent certains passages de ces recherches bien dirigées d'ailleurs. Ces remarques peuvent servir aux savants qui se dévouent aux pénibles travaux de la statistique. En discutant l'effet possible de la nature des eaux, l'auteur trouve sur :

567	individus	buvant de l'eau de source. . .	114 goîtreux.
275	»	buvant de l'eau de rivière. . .	74 »
340	»	buvant de l'eau de puits. . . .	54 »
43	»	buvant de l'eau de ruisseau. .	9 »
1224			261

On voit sur-le-champ que l'avantage semble du côté de l'eau de puits, et M. Poulet se donne quelque peine pour démontrer que cet avantage n'est qu'apparent. Il aurait pu dire qu'il est fortuit et qu'il n'y avait pas à s'en occuper le moins du monde. Le calcul des probabilités démontre que, quand des observations donnent le rapport 261/1224 = 0,21 ou environ 1/5, il n'est pas permis de conclure quoi que ce soit des variations de ce rapport entre les groupes naturels qui composent le nombre total 1,224. Ce nombre est beaucoup trop petit pour qu'une cause, constante cependant pour tous les groupes, ne laisse pas subsister entre les résultats de chacun de ces petits groupes de fortes différences. Il n'y avait donc pas à s'arrêter à celles que l'auteur rencontrait, et si une conclusion était à en tirer, c'est que les différentes eaux paraissaient agir de la même manière.

Dans un autre passage, l'auteur donne des indications imparfaites sur la mortalité. Ce serait manquer de justice que de ne pas faire observer que ce qui touche les tables de mortalité, ou plus clairement la loi de la durée de la vie, est toujours la partie la plus faible de toutes les statistiques. Les procédés les plus erronés sont malheureusement répandus sur ce sujet, même dans des ouvrages spéciaux.

L'auteur constate que le nombre moyen des décès est de 31,8 sur 1000 habitants, et il pense que ce rapport dénote une mortalité bien plus forte que la moyenne de toute la France, dont les décès n'at-

infiltrées. La physionomie exprime l'anxiété. J'examine les malléoles. Elles ne présentent aucune trace d'œdème, quoique la malade et son entourage affirment qu'elles étaient auparavant le siége d'un engorgement notable. L'examen de la poitrine ne révèle aucune lésion du cœur ni de poumons. La douleur est limitée aux environs de l'appendice xyphoïde dans l'étendue d'un décimètre carré environ. Une sage-femme avait prescrit des applications de linges chauds et une infusion de tilleul. Depuis deux heures de l'après-midi, l'état était resté le même. J'aurais désiré examiner l'urine. On ne put m'en procurer, et je remis à plus tard le soin de le faire ; mais je déclarai en présence des symptômes qu'il y avait à craindre l'invasion d'attaques éclamptiques. Ne prévoyant pas cependant leur subite arrivée, j'ordonnai simplement des cataplasmes laudanisés, et une potion calmante renfermant 0gr,10 d'extrait gommeux d'opium.

Vers neuf heures on vint me chercher en toute hâte m'annonçant qu'un premier accès venait de se manifester. Je trouve la malade dans le coma. Respiration stertoreuse, écume à la bouche, résolution des membres, etc. Je fais appliquer des sinapismes aux mollets et aux cuisses, et je pratique une saignée de 500 grammes. A peine le sang a-t-il cessé de couler, qu'un second accès se déclare, sans que la femme ait repris connaissance. N'osant assumer sur moi la responsabilité d'un accouchement prématuré, je demandai l'assistance d'un confrère qui partagea mon avis, qu'il fallait au plus tôt débarrasser l'utérus. Comme il n'y avait aucun commencement de travail spontané, la poche des eaux fut rompue avec une sonde de femme. Il était environ dix heures et quart. Un troisième accès avait eu lieu quelques instants auparavant, et avait duré plus d'une minute. 4 grammes de seigle ergoté furent administrés en lavement et par la bouche pour activer le travail provoqué par nos manœuvres. Vers onze heures, quatrième accès plus violent et plus long que les précédents. C'est alors que je me décidai à employer le chloroforme, et tout le reste de la nuit la malade fut soumise aux inhalations de cet agent anesthésique. Le travail marcha régulièrement, et à six heures du matin, la tête ayant franchi l'ouverture de la matrice, j'employai le forceps pour hâter la sortie du fœtus. Je retirai ainsi un enfant privé de vie, dont la mort paraissait être assez récente. Pendant tout ce temps, la femme était restée dans le coma le plus profond, en proie à des accès dont le nombre ne fut pas compté, mais qui revenaient à des intervalles approximatifs de trois quarts d'heure ou d'une heure.

La respiration était stertoreuse, ronflante, accompagnée de bruits laryngés, et son retentissement empêchait de distinguer ce qui se passait dans l'utérus, de sorte qu'il m'était impossible de savoir si le fœtus vivait ou non. La bouche était remplie d'écume sanguinolente, la face cyanosée, les extrémités refroidies, etc. — Le placenta fut expulsé peu de temps après la sortie de l'enfant. Mais contre mon espoir les accès continuèrent à se répéter comme auparavant, et à neuf heures, voyant l'insuccès du chloroforme, j'appliquai deux larges vésicatoires aux cuisses, de nouveaux sinapismes aux mollets et aux bras, vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, et une potion stibiée à 0,40. Mais l'asphyxie continua à faire des progrès, et la mort arriva à midi.

Ainsi donc, voilà une femme enlevée en quelques heures par l'éclampsie et chez laquelle le chloroforme a été employé d'une manière continue pendant dix heures consécutives. Le seul résultat que cette médication ait amené a été d'abréger la durée des crises, et peut-être d'en éloigner un peu le retour. Dès les premières inhalations, l'accès était comme enrayé et se bornait à quelques contractions toniques des muscles de la face et des membres, suivies rapidement de la période de résolution. On laissait encore quelque temps la compresse imbibée de liquide sous le nez de la malade, puis on l'éloignait un peu, on la rapprochait de temps en temps, surtout lorsqu'il y avait menace de nouvelles convulsions. Les crises paraissaient aussi être retardées. Je n'ai pas mesuré, la montre à la main, l'intervalle qui les séparait, mais je crois pouvoir affirmer qu'il était environ plus grand d'un quart d'heure après le début de la chloroformisation, et qu'il resta sensiblement le même jusqu'à la terminaison fatale. Là se borne le mince bénéfice que nous ait procuré l'anesthésie dans ce cas.

En résumé j'ai voulu, par la relation de cette observation, qui me paraît intéressante par le mode de début de la maladie coïncidant avec la disparition de l'œdème malléolaire, mettre en garde contre un engoûment excessif pour le chloroforme dans l'éclampsie et montrer qu'il ne faut pas trop compter sur l'infaillibilité de ce prétendu moyen héroïque. Ceci soit dit, sans rien lui retirer de sa juste importance dans certains cas. Comme toute médication, et peut-être plus que toute autre, il a eu des succès, mais les revers ne lui manquent pas non plus.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action physiologique et thérapeutique de la narcéine.

M. le docteur Liné, ancien interne des hôpitaux, après avoir expérimenté la narcéine sur un certain nombre de malades dans le service de M. Delpech, résume de la sorte les résultats de ses observations dans sa thèse inaugurale.

1° La narcéine est incontestablement, de tous les alcaloïdes contenus dans l'opium, celui qui possède la propriété dormitive poussée au plus haut point ; à doses égales, *dans la majorité des cas*, la morphine, de même que la codéine, ne produisent pas un sommeil aussi prolongé et aussi complet.

2° La narcéine, outre cette grande puissance hypnotique, possède sur la morphine un avantage bien réel et de plus extrêmement précieux, celui de ne provoquer qu'à un très-faible degré les phénomènes physiologiques consécutifs au sommeil, qui accompagnent l'action thérapeutique de la morphine et des sels de cette base. En outre la transpiration ne se produit pas avec une abondance semblable à celle que l'on observe à la suite de la médication opiacée.

Les vomissements sont fort rares ; les nausées et l'inappétence sont un peu plus fréquents.

La narcéine, par son action sur l'intestin, diffère sensiblement de la morphine ; au lieu de produire comme cette dernière une constipation souvent rebelle, donnée à faible dose, elle procure aux malades des garde-robes faciles ; donnée à une dose plus élevée, elle occasionne de la diarrhée.

3° La propriété soporitive n'est pas la seule que possède la narcéine ; elle calme aussi les douleurs comme la morphine et les préparations opiacées.

Parmi les différentes actions observées sur les appareils de sécrétion, il en est une qui est assez constante : c'est l'influence exercée sur les reins. L'anurie plus ou moins prononcée est un fait assez fréquent, surtout lorsque les doses employées sont assez élevées. Peut-être pourrait-on utiliser cette particularité d'action de la narcéine chez les enfants atteints d'incontinence nocturne d'urine.

De la compression des artères dans les convulsions.

Il y a déjà longtemps, plusieurs médecins, parmi lesquels il faut citer en première ligne M. Trousseau, ont appelé l'attention sur la compression des artères carotides, pendant les accès d'épilepsie et d'éclampsie, mais surtout pendant les accès de convulsion chez les enfants. M. le docteur Fevez a publié, dans le Bulletin de la Société médicale d'Amiens pour l'année 1863, trois cas de succès obtenus à l'aide de ce moyen.

Dans la première observation il s'agit d'une petite fille de six ans qui avait depuis quelques jours des mouvements convulsifs de la face. Appelé au moment où cette enfant était en proie à une violente attaque convulsive des muscles du côté gauche, avec trismus, écoulement de sang par la bouche et morsure de la langue, M. Fevez essaya la compression de la carotide droite. Les convulsions s'arrêtèrent immédiatement. La petite malade devint calme, et s'endormit ; au bout d'un quart d'heure elle se réveilla parfaitement bien et avec toute sa connaissance.

Le sujet de la seconde observation est une jeune fille de sept ans, qui, à la suite d'une chute, fut prise de convulsions d'une violence extrême. La compression de la carotide gauche fut faite et à l'instant même tous les phénomènes de convulsion s'arrêtèrent, les mâchoires se desserrèrent et la petite malade finit par s'endormir. Au bout de quelques heures, sa connaissance était redevenue parfaite.

Dans le troisième cas, un enfant de deux ans et demi, qui jouait avec d'autres enfants, fut pris de convulsions limitées d'abord au côté gauche, puis généralisées. La carotide droite fut comprimée, à l'instant tout le côté gauche resta immobile, tandis que le côté droit était encore dans l'état convulsif. On comprima alors la carotide gauche et les convulsions du côté droit cessèrent immédiatement. Le malade s'endormit et au bout d'une demi-heure il se réveilla parfaitement gai.

La compression des carotides n'est efficace qu'autant que l'on évite certains inconvénients. En premier lieu il faut que la main qui comprime, tout en conservant sa position par rapport à l'artère, suive les mouvements du malade. On reconnaîtra que la compression est efficace à un battement artériel assez fort que l'on perçoit au-dessous du doigt du côté du cœur.

Un autre obstacle, c'est l'enfoncement de la peau du cou par la pression des doigts ; enfoncement qui fait que le larynx est comprimé et que le malade semble menacé d'étranglement. Pour éviter cet inconvénient, il faut, avant d'appliquer le doigt compresseur, pincer la peau du cou et le porter en dedans du côté du larynx. De cette manière la pression de cet organe n'a pas lieu.

Enfin il faut éviter de comprimer la veine jugulaire interne, parce qu'elle produirait dans le crâne une congestion que l'on veut éviter. Il faut pour cela n'employer qu'une surface rétrécie pour exercer la compression ; le pouce ou un seul doigt suffit. Si l'on veut employer plusieurs doigts, afin d'avoir plus de force, il faut que ces deux doigts soient placés l'un à côté de l'autre suivant l'axe de l'artère et non transversalement.

On ne comprime de la sorte que l'artère et on obtient l'effet désiré.

Traitement du zona par le chloroforme.

Le *Bulletin de la Société médicale de l'Aube*, n° 1, contient quatre observations de zona traité au moyen d'applications de chloroforme, par le docteur Crépinel.

La première de ces observations est relative à une femme de soixante-dix ans, ayant un zona qui l'empêchait de dormir depuis cinq semaines. La guérison eut lieu en dix jours.

Dans la seconde, il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans. Guérison en huit jours.

La troisième concerne un voyageur, chez qui l'éruption ne datait que de deux jours. Au bout de cinq jours de traitement, ce malade put continuer sa route.

Enfin, le sujet de la quatrième observation est une jeune fille de neuf ans, qui avait un zona depuis douze jours. Guérison en sept jours.

M. Crépinel prétend que le fait le plus frappant de l'emploi du chloroforme, c'est la cessation complète très-rapide des douleurs insupportables qui accompagnent le zona.

Voici la formule de M. Crépinel :

Huile d'amande douce. . . .	20 grammes.
Chloroforme.	4 —

Faire cinq ou six applications sur tous les groupes de vésicules dans les vingt-quatre heures. Agiter le liquide avant chaque application, et couvrir immédiatement les parties enduites avec le côté d'un morceau d'ouate dont on aura enlevé préalablement la partie glacée.

La dose du chloroforme peut être portée de 4 à 6 grammes, suivant l'intensité des douleurs. Chez les enfants, M. Crépinel ne dépasse pas la dose de 2 grammes pour la même quantité de véhicule.

Généralement les douleurs disparaissent en un ou deux jours et la guérison est complète en six ou huit jours. La réussite

---

teignent que le rapport de 24,6 sur 1000. Il s'en prend donc aux épidémies, qui ont frappé presque tous les ans sa résidence durant les années dont il a fait le relevé. Ses réflexions sont sans doute fondées ; mais il aurait dû considérer que le rapport du nombre des décès à la population n'indique ce qui se passe dans deux pays différents que si les deux populations sont composées de la même manière. Une population qui croît avec rapidité, comme celle de Plancher-les-Mines, peut subir un plus grand nombre de décès, quoique la longévité y soit plus grande que dans une population qui n'augmente qu'avec lenteur, comme celle de la France. Un travail spécial était donc indispensable pour juger de la grandeur de la mortalité, même au milieu des épidémies. La distribution des décès par âges, que donne ensuite l'auteur, ne suffit pas non plus à résoudre la question qu'il s'est posée ; et il n'y a pas lieu de comparer un relevé de ce genre avec la Table de Deparcieux, construite par un tout autre procédé. Toutes les tables de décès construites par le procédé qu'on appelle très-injustement la méthode de Halley, sont erronées presque nécessairement. Il est vrai que c'est un procédé bien commode, mais, il faut le redire, c'est un procédé qui n'apprend rien, et qui a conduit à des erreurs nombreuses et très-graves dans les applications. Pour une petite population que l'on connait bien, rien n'est plus facile que de construire une table de mortalité sur un petit nombre d'années, dix par exemple ; mais les recherches préparatoires sont bien plus pénibles que ne l'est le relevé des registres de l'état civil, qu'on a décoré du nom de méthode de Halley.

Encore une fois, il ne serait pas juste de mettre entièrement au compte de l'auteur ces fautes, dont l'origine est évidemment dans la confiance qu'il croyait devoir aux ouvrages de ses devanciers. Au contraire, ses observations propres paraissent généralement exactes. Votre commission lui accorde une mention très-honorable.

Votre commission a regardé encore comme méritant d'être mentionnés honorablement deux autres ouvrages qui cependant n'ont pas à beaucoup près la même profondeur, la même solidité que les précédents.

L'un est une *Statistique des varices et du varicocèle*, publiée dans la *Gazette médicale* par le docteur Sistach. Toute la partie statistique est extraite des comptes rendus du recrutement de l'armée. L'auteur a classé les départements de la France d'après les nombres proportionnels des exemptions prononcées par les conseils de révision. Il a pensé que ces nombres devaient représenter à peu près les rapports des nombres véritables qui expriment la distribution de ces maladies. Il a même dressé deux cartes d'après ces rapports, et a donné à chaque département une teinte plus ou moins foncée suivant la grandeur des nombres. On concevra facilement combien ce classement peut laisser à désirer, si l'on réfléchit que devant les conseils de révision les motifs d'exemption sont placés dans des rangs très-différents par les préjugés des populations diverses : de sorte qu'un motif peut ne venir jamais, pour ainsi dire, à l'application dans un département, et qu'au contraire il soit toujours appliqué dans un autre. Quoi qu'il en soit, en prenant l'ensemble des nombres pour toute la France, il est visible qu'on obtient un minimum. Or ce minimum excède 3 pour 100. Il y a donc là un sujet d'études nouvelles d'une importance véritable, et l'auteur a eu raison d'appeler l'attention sur ces deux maladies.

Le dernier ouvrage remarqué par votre commission rend compte de l'*Industrie du département de l'Hérault*.

On ne saurait trop encourager les recherches qui ont pour objet la constatation de l'état actuel de toutes les industries locales et du commerce qui en résulte. Malheureusement les obstacles que rencontre sur ce terrain la statistique consciencieuse sont des plus difficiles à surmonter. L'auteur du petit volume dont il s'agit, M. Saintpierre, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon (cette année, presque toutes les pièces envoyées au concours sont signées par des membres du corps médical), M. Saintpierre n'a donc pu donner des nombres plus ou moins exactement recueillis, mais seulement des évaluations qui, sauf quelques chiffres officiels, semblent à peu près conjecturales. Au total, il fixe à 129 millions le produit des industries de l'Hérault. Dans cette somme, la fabrication des vins et des alcools entrerait pour 64 millions, et les soies pour 4 millions. Il ne serait pas très-facile de dire pourquoi, en classant une partie de ces produits sous le nom d'industrie agricole, le reste des récoltes de l'agriculture n'y a pas été réuni. A la vérité, M. Saintpierre regarde le vin comme une véritable fabrication ; il dit qu'aujourd'hui tout le monde en connaît les secrets, et qu'on sait bien que les vins de tous les crus se manufacturent à Cette. Cependant, comme il admet qu'il faut du jus de raisin pour faire du vin, et qu'il affirme que les trop fameuses fabriques du port de Cette ne font qu'améliorer les vins véritables par des procédés qui n'augmentent pas la quantité de la matière première, mais la font seulement changer de nom, il semble que sur les 64 millions une part très-considérable doit rentrer dans les produits de l'agriculture, et non grossir ceux de l'industrie. Si le travail de M. Saintpierre n'a pas la précision qu'exige la statistique, ce n'en est pas moins une source de renseignements qui seront précieux, car même de nos jours les richesses nationales sont bien peu connues dans les derniers éléments.

BIENAYMÉ.

La Trichina spiralis d'Owen. — Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, le 13 février 1866, par le docteur Prosper DE PIÉTRA SANTA, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur. In-8 de 24 p., avec fig. intercalées dans le texte. 1 fr. 25. Paris, 1866, J. B. Baillière et fils.

de ce moyen est d'autant plus sûre et plus prompte qu'il est employé à une époque plus rapprochée de l'invasion.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 février. — Présidence de M. GUIBOUT, president.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Deux nos de la *Revue d'hydrologie* de Strasbourg ;

2° Une lettre par laquelle M. le docteur Delmas remercie la Société du titre de membre correspondant qu'elle lui a décerné;

3° Une lettre par laquelle M. le docteur Perrin sollicite l'honneur d'être admis dans la Société comme membre titulaire, et annonce pour une prochaine séance la lecture d'un mémoire inédit;

4° Une lettre par laquelle M. le docteur Fraigniaud sollicite également l'honneur d'être admis dans la Société comme membre titulaire, et annonce pour une prochaine séance la lecture d'un mémoire inédit.

RAPPORTS.

M. GÉRY fils fait un rapport sur les titres antérieurs et la moralité du docteur Charrier, candidat au titre de membre résidant.

Conformément aux conclusions du rapport, et après dépouillement du scrutin, M. Charrier est élu membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

M. BOYS DE LOURY lit un rapport moral sur la candidature de M. le docteur Aimé Martin au titre de membre résidant.

Conformément aux conclusions du rapport et après dépouillement du scutin, M. Aimé Martin est élu membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

DISCUSSION SUR LES REVACCINATIONS.

L'ordre du jour appelle la reprise de la discussion sur les vaccinations et les revaccinations.

M. DUPARCQUE rappelle que les questions à l'ordre du jour, notamment en ce qui concerne l'insuffisance préservatrice du vaccin humain, ont préoccupé dès longtemps les médecins.

Il y a vingt-cinq ans, en 1841, l'Académie, alors royale, de médecine de Paris accueillait et honorait d'une médaille un travail avec statistique sur les varioles, les varioloïdes, les vaccinations et les revaccinations, dans lequel M. Duparcque signalait particulièrement la dégradation que lui avaient présentée les pustules vaccinales de moins en moins développées et ne laissant que des cicatrices exiguës, superficielles, non ou peu gaufrées.

De la coïncidence, de l'accroissement des cas de varioloïde, et de décès consécutifs avec ces modifications de l'éruption vaccinale, il avait aussi conclu à un affaiblissement que le virus vaccin éprouverait dans sa transmission de bras à bras. Cet affaiblissement lui paraissait se manifester de plus en plus, à mesure que, par sa diffusion, le virus s'éloignait de sa source primitive le cow-pox. Il insistait sur la nécessité de renouveler le plus souvent possible le vaccin en le puisant à sa source première, et sur l'utilité de soumettre aux revaccinations les individus vaccinés de bras à bras.

Ces appréciations sur l'influence détériorante de la vaccination humaine, généralement admises, ont été depuis corroborées par la multiplicité croissante des varioloïdes et surtout des décès consécutifs qui vient si vivement réveiller l'émotion et les préoccupations des praticiens.

Et cependant M. Duparcque, bien qu'un des premiers promoteurs de l'accusation portée contre la vaccine de bras à bras d'altérer la puissance du vaccin, et d'être la cause de son insuffisance préservatrice, a été conduit, après plus mûr examen et une interprétation plus réfléchie des faits, à modifier son opinion, à décharger le vaccin de bras à bras des reproches d'altérer le virus vaccin, et d'être la cause de son insuffisance préservatrice. Voici le résumé de ses motifs et raisons.

L'accroissement progressif des varioloïdes et des décès consécutifs n'a fait que suivre parallèlement, et sans changement de rapport numérique, la propagation considérablement ascendante de la vaccination de bras à bras.

D'après la statistique officielle des vaccinations dans le département de la Seine, de 5,204 seulement, chiffre de 1826, elles étaient montées à celui de 15,924 en 1840, et atteignaient 37,040 en 1865.

Ainsi, les rapports relatifs se sont conservés, bien que le vaccin transmis de bras à bras s'éloignât de plus en plus de sa source animale.

Autres remarques non moins évidentes et concluantes :

1° Le vaccin provenant de pustules uniques ou multiples qui semblent, par leur faible développement et par l'effacement des cicatrices, accuser un affaiblissement du virus, provoque par son inoculation, au moins chez un certain nombre de sujets, des pustules ne laissant rien à désirer comme manifestation éruptive et témoignant d'une action énergique du virus employé.

2° Une partie, et c'est même la plus grande de ces vaccinés (de ceux-là mêmes dont l'éruption a été si peu développée et n'a laissé que des stigmates plus ou moins douteux), n'en est pas moins indemne de la variole; et un certain nombre est récalcitrant aux revaccinations, preuves évidentes que la faculté préservatrice du vaccin n'a pas de rapport avec le plus ou moins d'énergie de son action éruptive, et que cette faculté inhérente au virus n'est nullement altérée.

3° Si le vaccin était altéré dans sa puissance et sa durée préservatrice par la transmission de bras à bras, cette altération, quelle qu'elle soit, devrait se prononcer, augmentée par sa migration incessante, jusqu'à extinction plus complète de ses propriétés primitives. Ce terme serait fatalement arrivé, maintenant qu'il est si disséminé, si répandu après plusieurs générations de transmission de bras à bras.

Mais il n'en est heureusement pas ainsi, puisque les facultés préservatrices et modificatrices persistent telles qu'elles étaient depuis longtemps.

Le virus vaccin conserve donc virtuellement, et quels que soient les milieux qu'il traverse, ses propriétés, ses facultés intrinsèques primitives. A quoi attribuer les différences que présentent ces manifestations d'action et de résultat, qui témoignent d'une préservation complète et durable pour les uns, insuffisante et limitée pour d'autres? Mais tout simplement à la diversité des organismes, des constitutions, des aptitudes physiologiques et pathologiques. Ces différences sont individuelles, personnelles, intransmissibles.

Il en est, sous ce rapport, du virus vaccin comme de tous les virus, dont le principe est resté toujours un, mais dont l'action et les manifestations pathologiques sont modifiées et variées selon les individus ou sujets. La variole elle-même est soumise à cette loi comme les maladies spécifiques virulentes. Une variole discrète, bénigne, une varioloïde même, engendrent par contagion des varioles confluentes et *vice versa*. L'histoire des inoculations de la variole fournit des exemples analogues.

En dehors de cette explication si péremptoire, il ne resterait qu'à porter sur le virus vaccin lui-même l'accusation d'insuffisance de puissance et de durée préservatrice.

Les expérimentations de vaccine animale sont encore trop peu nombreuses et de date trop récente pour fixer sa valeur et sa durée préservatrices, et que pourrait faire présumer, mais que ne prouve pas le plus grand développement des pustules produites par l'inoculation de ce vaccin.

Au temps, à un avenir plus ou moins éloigné à prononcer sur la valeur et la durée préservatrice du vaccin animal, à prouver son innocuité, à dévoiler ses inconvénients et ses dangers.

Jusque-là et en attendant, continuons une légitime confiance en la vaccine humaine qui n'a pas failli dans ses bienfaits, de préserver le plus grand nombre, de modifier favorablement chez les autres la variole secondaire, et dont les inconvénients et les dangers connus et appréciés peuvent être efficacement prévenus et conjurés : l'insuffisance préservatrice par les revaccinations, la transmission des maladies contagieuses et virulentes, et particulièrement la syphilis, par des précautions faciles à prendre dans l'opération de l'inoculation de bras à bras.

M. LUNIER fait la communication suivante : Note sur les revaccinations pratiquées à l'asile de Saint-Yon. (Voir notre numéro du samedi 17 mars.)

M. SALES-GIRONS lit une lettre adressée de Londres à la *Revue médicale*, dans le but de savoir si, malgré la violence de l'épizootie qui sévit en Angleterre, il convient de prendre sur les animaux du virus vaccin pour l'inoculer à l'homme.

MM. DUPARCQUE GÉRY père et **LUNIER** répondent négativement à cette question.

M. GÉRY père rapporte, à l'appui des documents statistiques fournis par M. Lunier, qu'il a revacciné une mère et ses deux filles avec du vaccin pris sur une personne adulte qui avait été revaccinée.

Chez la mère, 6 boutons se sont développés consécutivement aux 6 piqûres. Chez l'aînée des filles, âgée de dix-neuf ans, il s'est développé 2 boutons de fausse vaccine.

La probabilité du résultat positif des revaccinations paraît donc en raison de l'âge du sujet qu'on revaccine.

En outre, ce fait prouve qu'avec du vaccin provenant d'une revaccination, on peut obtenir une vaccine de bon aloi.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

— L'auteur de l'article *anévrysme aortique*, publié dans notre numéro de jeudi dernier, est M. Chauvel et non M. Chancel.

Bulletin de la société impériale de chirurgie de Paris pendant l'année 1866. Deuxième série, tome sixième. Un vol. in-8° de 600 pages. Prix : 7 francs. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 AVRIL 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Trois lectures intéressantes ont occupé cette séance. La première, de M. Cazalas, a pour sujet et pour titre : *De la contagion et de la non-contagion du choléra ;* et subsidiairement de l'utilité ou de l'inutilité des quarantaines, — question brûlante, toute palpitante d'actualité. — Aux yeux de M. Cazalas, dont l'opinion est assurément d'un grand poids, la doctrine de la contagionabilité du choléra n'est pas soutenable, elle est erronée ; de plus, elle est dangereuse. « Elle est dangereuse, dit-il, parce qu'elle produit partout un résultat tout opposé à celui qu'on en attend ; qu'au lieu de rassurer, elle engendre la peur et répand partout l'alarme ; qu'au lieu de préserver de la maladie, elle fait négliger la vraie cause du danger, ainsi que l'emploi des moyens prophylactiques réels, pour fixer l'attention des médecins, du gouvernement et des populations sur des moyens inutiles, illusoires et même dangereux. » C'est ce qu'il a eu pour objet de démontrer dans son Mémoire, en l'appuyant sur l'analyse des faits nombreux qu'il a eu l'occasion d'observer durant les dernières épidémies.

Partant les quarantaines sont inutiles ; et fût-il vrai même que le choléra fût contagieux, elles seraient inefficaces et illusoires. C'est ce que M. Cazalas s'est proposé de démontrer dans son Mémoire, en l'appuyant sur l'étude des faits nombreux qu'il a eu l'occasion d'observer durant les dernières épidémies et notamment pendant la grande épidémie qui a sévi sur notre armée d'Orient en 1854, et sur l'analyse des documents considérables qu'il a été à même de consulter dans les archives du Conseil de santé.

Nous reviendrons, à l'occasion de l'examen que nous nous proposons de faire de divers travaux récemment publiés sur ce sujet, sur cette importante communication qui mérite d'être prise en très-grande considération dans l'étude de cette grave question.

M. le docteur Guinier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, dont nos lecteurs connaissent les estimables travaux, notamment en laryngoscopie, a communiqué hier à l'Académie une observation de végétation épithéliale syphilitique du larynx, qu'il a constatée au moyen du laryngoscope et guérie par des cautérisations multipliées avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Ce fait indépendamment de l'intérêt qu'il présente par lui-même, au double point de vue du diagnostic et du traitement, est digne d'attention sous un autre rapport. Il a fourni à M. Guinier l'occasion de constater la tolérance remarquable du larynx et de la trachée au contact des corps étrangers et la localisation d'une sensibilité spéciale sur la base de la langue, la face laryngée de l'épiglotte et les ligaments vocaux.

Il y a environ un an, M. Jolly lut devant l'Académie un réquisitoire en règle contre le tabac ; réquisitoire éloquent parfois, spirituel souvent, intéressant toujours, plein d'excellentes intentions et semé tout au long de très-sages avis, bien que sur certains points très-contestable. Ce n'était, paraît-il, que la première étape d'une campagne entreprise contre les trop nombreuses infractions de notre siècle aux lois de l'hygiène. Aujourd'hui c'est le tour de l'alcool. M. Béclard qui avait déjà obligeamment prêté le secours de sa parole à M. Jolly, dans cette circonstance, a lu hier, pour lui, un nouveau réquisitoire contre l'abus des boissons alcooliques.

Le sujet n'était pas neuf, mais il est inépuisable. Ici l'auteur en frappant fort avait beaucoup plus de chances de frapper juste ; et il rencontrera certainement peu de contradicteurs. Cependant, il ne faut rien exagérer, même dans les thèses les plus vraies et les mieux fondées. Si ici l'abus est toujours et partout nuisible et condamnable, il y avait à faire la part de l'utilité que peut avoir un usage modéré, utilité relative à certaines natures, à des conditions particulières d'existence et de travail et surtout à certains climats. Il a paru à quelques membres de l'Académie et à quelques auditeurs, — nous sommes de ce nombre,— que M. Jolly n'avait pas fait suffisamment cette part. Tel a été notamment l'avis de M. Dubois (d'Amiens) qui s'est levé pour invoquer, contre ce que les propositions de M. Jolly avaient de trop absolu, ce que l'expérience d'un long séjour en Russie lui a appris sur l'utilité d'un usage modéré des boissons alcooliques dans ces contrées et sur la résistance que l'organisme des Russes oppose en général à leurs effets.

Puisque nous avons prononcé le nom de M. Dubois (d'Amiens), et que nous sommes sur le terrain des questions philosophiques, nous répéterons ici un bruit qui est venu jusqu'à nous. Il paraîtrait que l'honorable secrétaire perpétuel ménage à l'Académie le régal d'une lecture médico-historique sur la *vraie cause* de la mort de J. J. Rousseau.

Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

DES DEMANDES EN SÉPARATION DE CORPS[1].

Grossesse anterieure au mariage, habitudes contre nature, mal vénérien, hystérie, épilepsie, folie.

V. Le caractère propre à chaque individu est une résultante morale de son organisation. La relation la plus directe existe, en effet, entre les dispositions du corps et celles de l'esprit. La santé laisse librement s'épanouir les facultés de l'âme ; la maladie les contriste et les dénature. L'excitabilité morose est l'inévitable suite des affections chroniques, mais l'état moral a des signes symptomatologiques qui traduisent presque à coup sûr la nature habituelle de la souffrance. Qui est-ce qui confond par exemple la misanthropie de l'homme qui porte une lésion des voies urinaires ou l'irascibilité bourrue du goutteux, avec la triste préoccupation du gastralgique, avec l'inconstante mobilité du phthisique ou avec les idées de suicide du spermatorrhéique ?

L'épilepsie, de son côté, modifie à ce point les tendances antérieures et les qualités intellectuelles et affectives des malades, qu'elle finit par les ramener à une expression générale et qu'elle leur imprime un cachet commun et des plus reconnaissables. Avant de vous exposer toute l'inanité des demandes en séparation de corps dont l'épilepsie est le prétexte, laissez-moi vous signaler les étranges anomalies de caractère qui s'observent chez les épileptiques et qui leur constituent réellement des mœurs à part.

En dehors de toute crise convulsive, les épileptiques sont égoïstes, méfiants, ombrageux, irritables et emportés. Il suffit quelquefois d'un geste ou d'un regard pour leur causer l'impression la plus fâcheuse et enflammer leur colère. Soupçonneux, querelleurs, difficiles à vivre et n'aimant personne, ils se plaignent à tort, se disputent et se font haïr. Leurs mouvements impétueux n'excluent ni la pusillanimité, ni la poltronnerie : chez eux, tout est contradiction. Ces mêmes hommes dont l'humeur acariâtre, méchante et rebelle, a tout à l'heure fixé votre attention, les voici maintenant soumis, prévenants, polis, flatteurs, obséquieux et rampants ; ils vous entourent, vous prennent les mains, se mettent entièrement à votre discrétion et vous font mille protestations.

La mobilité des manifestations psychiques dans l'épilepsie est telle qu'à midi un malade affable, gai, démonstratif, enthousiaste, se sera applaudi de ses actions, aura vanté les ressources de son esprit et de son cœur, aura fait le loquace et exubérant éloge de sa femme, de ses enfants et de ses amis, aura complaisamment énuméré une foule de projets, et qu'à trois ou quatre heures vous retrouverez peut-être ce même homme en proie à la tristesse la plus sombre, au désespoir le plus navrant. Vous vous approchez de lui, vous lui témoignez de l'intérêt, et après avoir jeté sur vous un regard voilé par les larmes, il vous parle des terribles conséquences de sa névrose, de l'éloignement dans lequel il est obligé de vivre et de l'amertume dont son existence est abreuvée !

La vertige épileptique est peut-être la variété la plus commune de la maladie : c'est en même temps celle que les médecins méconnaissent le plus fréquemment. Malgré sa durée éphémère, sa presque instantanéité, le vertige conduit tout aussi rapidement que l'attaque classique à des manifestations psychiques anormales. Après une série d'accidents, le vertigi-

(1) Leçons professées à l'École pratique, en février 1866. — (Fin ; voir les nos des 15, 22 et 29 mars.)

FEUILLETON.

RAPPORT SUR LE PRIX BRÉANT

A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'histoire des épidémies constitue le chapitre le plus obscur de la médecine. Aux incertitudes qui se rencontrent si souvent dans le cours des maladies ordinaires, se joint, dans les affections épidémiques, l'ignorance de la cause immédiate qui les produit, et une obscurité quelquefois impénétrable sur l'ordre des appareils organiques sur lesquels elle porte son action.

Le fait général qui ressort de l'étude approfondie des grandes épidémies, est celui de l'introduction dans l'organisme de l'homme, d'un élément toxique qui répugne à sa nature, et qui tend à le détruire ; la réaction de l'organisme contre cet élément destructeur inconnu constitue le cortége des symptômes par lequel l'épidémie se manifeste.

A toutes les époques de la médecine, l'air atmosphérique a été reconnu comme étant le récipient probable de cet élément épidémique, et à toutes les époques aussi la science a reconnu son impuissance pour l'atteindre, l'isoler, et le soumettre à un ordre d'expérimentation sur les animaux, qui mît son action hors de doute.

C'est en partie en vue de cette impuissance de la médecine, qu'a été institué le prix Bréant sur le choléra.

« Dans l'état actuel de la science, dit le fondateur de ce prix, je « pense qu'il y a encore beaucoup de choses à trouver dans la com- « position de l'air et dans les fluides qu'il contient ; en effet, rien n'a « encore été découvert au sujet de l'action qu'exercent sur l'économie « animale, les fluides électriques, magnétiques ou autres ; rien n'a été « découvert également sur les animalcules, qui sont répandus en « nombre infini dans l'atmosphère, et qui sont peut-être la cause ou « une des causes de cette cruelle maladie. »

Les termes par lesquels le testateur exprime sa pensée prouvent, de la manière la plus formelle, qu'il veut attirer ici l'attention des savants et des médecins sur de nouvelles analyses de l'air, spécialement entreprises pour la recherche de matières qui pourraient s'y rencontrer, et qui seraient capables de jouer un rôle dans la production, ou la propagation des maladies épidémiques en général, et spécialement du choléra.

En considérant, disons-nous, dans notre programme, jusqu'à quel degré de précision a été poussée dans ces derniers temps la connaissance des éléments inorganiques de l'air, M. Bréant a pu penser que, précisément à cause de cette perfection des procédés physiques et chimiques, on pouvait entreprendre aujourd'hui des recherches sur les principes organiques morbifiques contenus dans l'atmosphère, principes qu'il conviendrait toutefois de soumettre beaucoup moins à l'analyse chimique, que de chercher à les séparer sans les altérer, afin de pouvoir étudier leur action sur les êtres vivants.

Si la section de médecine et de chirurgie doit demander que de semblables recherches soient faites avec toute la rigueur, et toute l'exactitude qu'on est en droit d'attendre des sciences modernes, elle reconnaît, d'un autre côté, que ces études sont entourées de difficultés sans nombre. Ces difficultés, déjà énormes pour le physicien et pour le chimiste, chargés de rechercher et d'isoler les principes morbifiques dans l'air, deviendront peut-être encore plus grandes pour le physiologiste et pour le médecin, qui devront en constater les effets délétères sur l'homme et les animaux.

Quant à présent, la section de médecine et de chirurgie doit déclarer qu'aucune des conditions demandées par le testateur n'a été remplie, dans les communications qu'elle a reçues pour le concours de 1865.

Depuis plusieurs années, la commission a fait remarquer que, trop préoccupés de la somme de 100,000 francs attachée au prix Bréant, les auteurs qui adressent leurs travaux à l'Académie, négligent l'étude de l'action du choléra sur l'économie de l'homme. Elle a fait remarquer également que si cette terrible maladie est mystérieuse dans son essence, elle ne l'est ni dans ses effets immédiats sur l'organisme, ni dans ses symptômes.

Parmi ces derniers, les déjections qui précèdent et accompagnent le choléra ont un caractère si particulier, que dès l'abord elles ont frappé les observateurs qui dans l'Inde et en Europe ont été appelés à traiter les cholériques. En France, dès la grande épidémie de 1832, nous avons constaté que ces déjections coïncidaient avec un développement insolite et morbide des glandes intestinales, de celles particulièrement connues sous le nom de *glandes de Brunner* et *de Lieberkühn*. Nous avons montré également que l'altération morbide de ces glandes était pour le choléra, ce qu'est pour la fièvre typhoïde l'altération morbide des glandes de Peyer. De là le nom de *psorentérie*, pour fixer l'attention des médecins sur ce caractère anatomique du choléra, et celui de *fluide psorentérique* donné aux déjections riziformes, dans lesquelles le microscope découvre des myriades de vibrions, que l'on rencontre également dans l'intestin grêle des décédés cholériques.

A partir de cette époque, non-seulement les déjections cholériques ont été l'objet d'une étude plus attentive, mais, de plus, des médecins distingués ont fait la remarque que les personnes exposées à leurs émanations pouvaient quelquefois être contaminées. En 1849, M. le docteur Pellarin a cherché à démontrer que, dans certaines conditions,

neux peut brusquement parcourir tous les tons de la gamme délirante, depuis l'irascibilité capricieuse, l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur. Le vertigineux est peut-être plus mauvais mari encore que l'épileptique à grandes attaques. On ne soupçonne pas la gravité de son état et on l'excuse d'autant moins.

Ainsi que je l'ai dit déjà, à propos de l'hystérie, les plus grossiers préjugés sont acceptés par des gens sérieux avec la plus impardonnable légèreté. Des parents ne s'inquiètent que médiocrement, par exemple, d'accès épileptiques survenant chez la jeune fille impubère, l'établissement régulier de la menstruation devant, dans leur opinion, avoir pour résultat forcé de les faire disparaître. Le médecin de la famille ne combat point ou encourage trop souvent ces trompeuses espérances. L'époque si désirée arrive et les accidents continuent. Le mariage se présente alors comme un port assuré contre la névrose, et voici que la grande institution qui, d'après nos lois, domine la morale tout entière, devient une arme de la thérapeutique! L'hymen est célébré, la jeune femme se livre avec abandon à la tendresse maritale, et néanmoins les crises sont plus fortes et plus rapprochées. Le cœur ne se ferme pas encore à l'espoir, et le premier enfant issu de ces tristes amours apparaît comme l'ancre dernière du salut. L'illusion n'est pas de longue durée, la mère accouche quelquefois dans des crises qui ne la tuent pas, cela est vrai, mais qui sont loin de clore la scène convulsive.

Le mari d'une épileptique doit se condamner à rester chez lui, à dire adieu aux plaisirs, à fuir ses amis. A peine ses affaires pourront-elles le retenir quelques heures au dehors sans qu'une sinistre pensée lui traverse l'esprit et qu'il songe que sa femme a pu tomber, se blesser à la face ou à la tête, se brûler peut-être et mettre le feu à l'appartement. Les réceptions lui sont également interdites, car un accident ne peut-il pas se produire en pleine table ou au milieu du salon? Il ne pourrait pas donner le change et il ne voudrait pas être plaint. Il sent, en effet, que son amour-propre se cabrerait en face d'une sotte protestation d'intérêt et de prétendue sympathie. Il vivra donc de la vie d'intérieur, exposé aux humiliations, aux querelles, aux menaces et aux violences.

Si l'épilepsie a été introduite dans le foyer par le fait du mari, que l'on songe aux poignantes émotions qui attendent l'épouse. Avec quelle répulsion cette femme ne partagera-t-elle pas la couche d'un homme qu'elle apprend tous les jours à craindre; et de quelle frayeur ne sera-t-elle point saisie quand une contraction et des secousses la réveilleront brutalement au milieu de la nuit? Le regret, la douleur et la honte auront bientôt ravi totalement au mari le cœur de sa femme.

D'autre part, quel affligeant spectacle à donner à des enfants que celui d'un père dont la dégradation morbide ne laisse plus par instants que des organes en souffrance et qu'un moral en ruines!

On le voit, si la femme doit renoncer au bonheur conjugal et aux joies maternelles, l'homme doit également fuir les liens d'une union incompatible et rester sans descendants.

Est-ce à dire que l'épilepsie soit fatalement incurable? Évidemment non. On renonce trop vite à l'espoir et les familles, les médecins et les malades n'apportent pas dans la thérapeutique qui est mise en œuvre toute la foi et toute la persistance désirables. J'avais accepté autrefois une opinion toute faite, et je croyais que, dans les salles d'épileptiques, le médecin comptait invariablement un revers à chaque lit; mais j'ai toujours eu, depuis dix ou douze ans, un certain nombre de ces malades en traitement, et j'ai pu me convaincre qu'il était souvent possible d'améliorer le mal comitial le plus invétéré. J'irai même jusqu'à prétendre que je crois avoir obtenu deux ou trois guérisons. Mais, dans cette tâche ingrate, il faut s'armer de résolution et ne point se laisser abattre par les insuccès; il faut, d'autre part, que l'épileptique se soumette aveuglément à votre autorité, qu'il ait en vous la plus robuste confiance, et que son énergie soit à la hauteur de votre dévouement. Sans cela, le découragement arrive bientôt: le médecin abandonne le malade et le malade médit du médecin, perd une à une toutes ses espérances et ne tarde pas à devenir la proie facile des charlatans.

Un évêque de Spire édicta, en 1757, des peines sévères contre tous ceux qui favoriseraient le mariage des épileptiques. Cette mesure pouvait être une flagrante violation de la liberté individuelle, mais il faut convenir qu'elle témoignait d'un profond respect pour l'humanité et la morale publique, si fréquemment outragées par de monstrueuses alliances. Il existe actuellement à l'étranger des lois qui admettent l'épilepsie comme une cause de rupture du mariage, et les textes législatifs danois, par exemple, considèrent comme rescindable pour fraude et pour dol l'hymen conclu dans de telles conditions: il y a erreur sur la personne. En France, nos codes sont muets, et l'indissolubilité du lien conjugal ressort tellement de tous les articles de la législation en vigueur, qu'aucune demande en nullité de mariage basée sur l'épilepsie ne saurait être introduite. Cette omission est évidemment intentionnelle. Plusieurs auteurs, et M. Calmeil entre autres, pensent qu'il existe des infirmités dont la loi devrait entraver la propagation par voie générative, et ils déplorent que l'autorité n'intervienne pas, afin de couper court à des projets de mariage dont l'accomplissement est appelé à des résultats si fâcheusement aléatoires. Mais ce n'est là qu'une opinion.

Après plusieurs mois, après une ou plusieurs années d'une union très-malheureuse, on vous rend le confident de toutes les scènes du foyer et l'on vous demande un conseil; mais vous déguisez mal votre embarras et vous ne pouvez que compatir à toutes les tristesses dont on vous a entretenu. Que conseilleriez-vous, en effet? Une demande en séparation de corps? Mais nous avons vu que cela n'était pas possible. Il y a plus: non-seulement vous ne pouvez pas remédier à une situation aussi tendue, mais vous devez craindre qu'elle ne devienne chaque jour de plus en plus critique. Tout est possible dans une maison qu'habite l'épilepsie; et, lorsque j'ai étudié avec vous cette terrible névrose au point de vue des actes criminels commis par les malades, vous vous souvenez que j'ai insisté sur le caractère extrêmement dangereux des impulsions, du délire et de la fureur des épileptiques. Or, parmi les observations que je possède, il en est quatre qui mentionnent des tentatives de meurtre ou des meurtres de la part de maris épileptiques sur leurs femmes. Les crimes dont la férocité confond la raison humaine ont souvent des épileptiques pour auteurs, et, il y a peu de jours, deux de ces malades ont encore assassiné deux infirmiers de Marseille.

Je ne veux pas que l'on m'accuse d'exagération, et je me hâte d'ajouter que tout épileptique n'est point un aliéné. Seulement, chez un grand nombre d'individus atteints de la maladie que Celse appelait *morbus sacer*, l'harmonie des sentiments moraux se rompt, le caractère des affections se pervertit et l'ordre des sensations se trouble. La folie est pressentie, mais elle n'est point nécessairement acquise. Des hommes extrêmement distingués, en effet, malgré les accidents caractéristiques qui ont chagriné leur existence, n'ont jamais commis aucun acte pouvant faire soupçonner qu'ils ne jouissaient pas de leur libre arbitre. Jules César, Pétrarque, Newton, Mahomet, Pierre le Grand et Molière ont été épileptiques, nous dit l'histoire, et cependant vous savez jusqu'à quel degré d'élévation de génie et de gloire ils sont parvenus.

En résumé, l'épilepsie est une névrose écrasante: les rapports sexuels l'aggravent sérieusement, et, à tous les points de vue, elle est incompatible avec le mariage. Si le mariage est célébré, la maladie ne peut pas servir de prétexte à une demande en séparation de corps, et l'on ne peut qu'avoir les plus graves appréhensions sur les résultats d'une union contractée dans des conditions aussi regrettables.

VI. Plus l'un des époux est affligé et plus il doit trouver chez son conjoint de sollicitude et d'assistance. C'est là le vœu de la loi et c'est là aussi le cri de la conscience. L'homme qui abandonne sa femme parce qu'elle est défigurée par une horrible brûlure, atteinte d'un cancer du sein ou de l'utérus, ou affectée des plus repoussants désordres physiques, n'est en somme qu'un misérable; et s'il prélève sur le produit de son travail la somme nécessaire à l'entretien matériel de l'existence de sa compagne, il se soustrait à l'action pénale, cela est vrai, mais l'opinion publique est impitoyable, et elle lui reprochera sans cesse sa lâcheté. On ne heurte pas impunément les convenances sociales et il faut bien que l'égoïsme reçoive son châtiment.

La plus grande des infortunes humaines n'a pas trouvé grâce devant le législateur, et l'aliénation mentale n'est généralement point admise comme un motif suffisant de séparation de corps. Je dis *généralement*, dans la crainte que l'on ne m'oppose l'observation qui va suivre, bien qu'à la rigueur elle ne fasse pas exception à la règle commune.

Un sieur B... avait été interdit comme aliéné, et, aux termes de la loi, pourvu d'un tuteur. Bien que la dame B... fût demeurée complétement étrangère à la mesure, elle eut à subir de la part de son mari des excès, sévices et injures graves. Elle s'adressa alors au tribunal de la Seine qui, le 16 mai 1827, rendit ce jugement: « Attendu qu'il est constant que, le 28 février 1826, le sieur B... s'est livré envers sa femme à des sévices d'une nature telle, que les jours de celle-ci ont été en danger; que les sévices ont eu pour cause la passion de la jalousie dont le sieur B... est dominé; qu'on en trouve la preuve dans la déclaration par lui faite qu'il voulait défigurer sa femme pour qu'on ne la lui enlevât point; attendu que sans être obligé d'approfondir si avant et depuis ces sévices, ou au moment même qu'ils ont été exercés, la raison du sieur B... était égarée, le tribunal ne peut s'empêcher de reconnaître que la nature et la cause de ces sévices doivent repousser toute idée de sécurité suffisante pour la dame B... dans la vie commune avec son mari, et rendent par conséquent sa cohabitation impossible avec celui-ci: — Ordonne que la dame B... sera et demeurera séparée de corps et d'habitation avec son mari, etc. » La cour, par un arrêt en date du 20 février 1828, a confirmé la décision des premiers juges.

L'état mental du mari a été ici mis hors de cause, et, en vertu de la latitude d'interprétation qui lui est laissée, la justice a volontairement écarté cet élément du procès, afin de pouvoir sauvegarder la vie de la femme, qui avait été exposée à de graves périls. On ne peut qu'applaudir à coup sûr à la mesure prise; c'était la seule possible alors. Depuis la promulgation de la loi du 30 juin 1838, l'aliéné dangereux est interné dans un asile, et des garanties sérieuses sont données à l'ordre public et à la sûreté des personnes. Mais, en revanche, la séparation de corps, pour cause de folie, est devenue plus impossible que jamais.

Le 14 mars 1863, le tribunal civil de Lure a rejeté une demande en séparation de corps et condamné aux dépens une femme victime, depuis trois ans, de l'état d'aliénation mentale de son mari qui se livrait fréquemment sur elle à des violences graves, en la terrassant, en la foulant aux pieds, en la frappant de coups de bâton jusqu'à effusion du sang.

Les considérants du jugement, dans l'espèce, sont ainsi formulés:

« Attendu que l'article 212 du Code Napoléon impose aux époux le devoir de se prêter secours et assistance; que ce devoir devient plus étroit lorsque l'un des conjoints est atteint des infirmités qui peuvent affecter l'esprit aussi bien que le corps, a simplement rendu l'époux recevable à provoquer l'interdiction de son conjoint, lorsque celui-ci est dans un état

---

les fosses d'aisances des cholériques pouvaient dégager un agent qui détermine le choléra.

Cette opinion du docteur Pellarin est justifiée jusqu'à un certain point par les faits nombreux de choléra observés chez les personnes qui avaient lessivé du linge souillé par les déjections cholériques. Elle l'est également par l'exemple d'animaux morts avec des symptômes de choléra, après avoir avalé des déjections provenant d'individus affectés de cette terrible maladie.

Nous faisons observer, avec M. le docteur Jules Worms, que ce sont les expériences de M. Thiersch, faites à Munich en 1855, qui donnent à l'idée que les déjections cholériques *peuvent contenir un élément propre à transmettre le choléra*, un degré de vraisemblance qui mérite de fixer au plus haut point l'attention des médecins.

Le procédé expérimental ayant pour but de provoquer des phénomènes cholériques chez des animaux a été institué par M. Thiersch de la manière suivante:

« Il a mêlé à la nourriture d'un certain nombre de souris de petits « morceaux de papier à filtre, d'un pouce carré, trempés dans le « liquide intestinal de cholériques, puis desséchés. Cette imbibition a « été pratiquée sur un liquide frais, puis sur du liquide rejeté depuis « six jours, et conservé à la température de 10 degrés; enfin sur un « liquide plus ancien. 104 souris ont avalé ces fragments. *Celles qui « ont été soumises au traitement des déjections fraîches*, n'ont offert « aucun symptôme morbide. Ce qui est caractéristique, c'est que, sur « 34 qui ont avalé du papier trempé dans des déjections anciennes de « trois à neuf jours, 30 devinrent malades et 12 moururent. Les symp« tômes qu'elles présentèrent furent des selles aqueuses, la disparition « de l'odeur de l'urine, puis la suppression de celle-ci; enfin quel« ques-unes offrirent, avant de succomber, une roideur tétanique. Il « n'y eut jamais de vomissements.

« L'autopsie révéla la congestion des intestins, le dépouillement de « leur épithélium, la dégénérescence graisseuse des reins, et la va« cuité de la vessie.

« Les papiers imbibés de déjections plus anciennes ne produisirent « aucun effet.

« M. Thiersch conclut de ces faits qu'il se développe dans les dé« jections cholériques, et cela dans l'intervalle compris *entre le troi« sième et le neuvième jour* après leur émission, un agent qui, in« troduit dans l'organisme des animaux sur lesquels il a expérimenté, « a produit un mal souvent mortel, et présentant des lésions intesti« nales et rénales semblables à celles que l'on rencontre dans le cho« léra. »

Dans le cours de ces expériences, M. Thiersch a été frappé de la rapidité avec laquelle les déjections cholériques se couvrent de champignons. D'après ce fait important, il se demande avec raison si ces parasites, imprégnés ainsi de l'agent morbifique, se répandant ensuite dans l'atmosphère, ne pourraient pas devenir le véhicule du poison qui s'introduirait avec eux dans l'organisme de l'homme. Quoi qu'il en soit de cette conjecture, on voit qu'elle justifie pleinement les mesures hygiéniques prescrites pour la désinfection immédiate, soit des déjections cholériques, soit du linge ou des corps imprégnés de ces déjections. On voit surtout le danger qu'il y a pour la santé publique de les laisser exposés à l'action de l'air atmosphérique.

Sans vouloir prétendre que le résultat des expériences de M. Thiersch apporte à la doctrine qui fait aux déjections une part plus ou moins décisive dans la propagation du choléra, nous croyons devoir faire remarquer qu'elles coïncident parfaitement avec les vues qui suivent, exposées par M. Chevreul en 1838:

« ... Il ne doit donc pas être enclin, dit notre illustre chimiste, à « partager l'opinion de quelques esprits trop pressés de conclure « affirmativement, qu'il n'y a ni effluves délétères, ni miasmes, ni « virus, parce que les expériences entreprises pour les rechercher « ont donné un résultat négatif; et dans le cas où il aurait découvert « une matière particulière qu'il soupçonnerait avoir une influence « délétère, et qui se trouverait par une expérience ultérieure n'en « pas avoir, il faudrait, pour que les recherches fussent complètes, « qu'il procédât à de nouvelles épreuves sur l'économie animale, en « employant, non plus la matière particulière, mais les produits « qu'elle pourrait donner sous l'influence de l'air, de l'eau, de la « chaleur, etc.

« Par exemple, supposons que l'acide butyrique soit un miasme ou « un virus pour un animal: il est clair que le beurre désacidifié, qui « serait sans action sur lui, venant à dégager de l'acide butyrique « sous l'influence de l'atmosphère, deviendrait par là même délé« tère... »

Enfin, si par de nouvelles études, la médecine expérimentale confirme que les déjections cholériques récentes sont indemnes; si elle confirme que ce n'est qu'après plusieurs jours de leur émission que l'élément toxique s'y développe, qui ne voit ressortir de ces faits une conséquence très-avantageuse pour l'humanité, savoir: qu'on peut avec sécurité, en prenant les précautions que prescrit l'hygiène, se livrer aux soins assidus qu'exige le traitement des cholériques?

C'est dans cette espérance que la Commission se réserve d'appeler l'attention de l'Académie sur le travail de M. Thiersch dans le concours de 1866.

Interprétant dans le sens le plus large la pensée et les intentions de M. Bréant, la Commission a porté son attention sur les maladies parasitaires, qui jettent une lumière si vive sur l'étiologie de certaines affections. Les travaux de M. Davaine sur l'étiologie des maladies

habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur; et que loin de faire de l'aliénation mentale une cause de séparation, il suppose que l'époux pourra ne pas vouloir provoquer l'interdiction, et dans ce cas en impose le devoir au ministère public; qu'il faut donc reconnaître, ainsi que le dit Pothier, dans son *Traité du contrat de mariage*, que la perte que le mari a faite de sa raison, quoiqu'il soit dans le cas d'être enfermé, n'est pas une cause de demande en séparation d'habitation, que la femme peut seulement, en ce cas, poursuivre l'interdiction du mari; par ces motifs, etc... »

Le tribunal de Lure, vous le voyez, a été obligé, par respect pour la jurisprudence, de condamner aux dépens une femme digne des plus grands égards et qui était frappée à outrance; mais, dans le jugement qu'il a rendu, il donne bien clairement à entendre que le mari est « dans le cas d'être enfermé, » et que si la femme ne veut pas poursuivre l'interdiction, le ministère public est prêt à le faire. Toutes les mesures possibles de protection légale sont promises ou accordées à l'épouse qui est victime de violences échappées au délire, mais la séparation que sollicite cette épouse est considérée comme un mode immoral d'affranchissement conjugal et le tribunal la rejette. Or, quel argument opposerait-on à une logique aussi inflexible?

Un cas très-embarrassant vient de se présenter : une dame P., d'une conduite irréprochable, mariée depuis six ans, aimant beaucoup son mari et son petit garçon, accouche récemment et donne le jour à une fille. Frappée, six jours après, d'un accès de délire puerpéral, elle déclare en présence de son mari, de son père, de son frère et du curé de la commune, que l'enfant qui vient de naître n'appartient pas à M. P., mais qu'il est l'œuvre de tel individu qui a abusé d'elle par surprise et l'a violée. Le mari désespéré et irrité de cette révélation que la malade reproduit les jours suivants, à peu près dans les mêmes termes et devant d'autres témoins, s'adresse au tribunal civil d'Auxerre et base sa demande en séparation de corps sur le fait avoué de l'adultère de sa femme. La dame P. entre en convalescence, rétracte ses paroles, guérit et proteste énergiquement de son innocence.

La procédure continue néanmoins, et le tribunal considérant que la défenderesse a fait un aveu « dans un moment de malaise et de faiblesse résultant de son récent accouchement, mais sans y être contrainte ou excitée; » qu'elle a dû céder au cri de sa conscience, et que « malgré le sentiment de honte qu'elle devait en éprouver, elle a réitéré cet aveu en présence de plusieurs personnes et à diverses intervalles, notamment huit ou dix jours après son accouchement, et alors qu'elle avait une plus entière disposition d'elle-même »; que la rétractation a pu être conseillée par des parents « intéressés à pallier une faute que révélaient des déclarations, suivant eux, inopportunes et inconsidérées »; — ordonne que les époux P. demeureront séparés de corps. — En appel, la Cour impériale de Paris a infirmé la décision des juges d'Auxerre et elle a débouté le mari de sa demande en séparation de corps. Or, à mon avis, la Cour a très-bien jugé.

Il n'est pas extrêmement rare que des paroles très-compromettantes soient prononcées dans des moments d'éclipse passagère des facultés intellectuelles ou dans des affections aiguës qui n'ont aucun lien avec la pathologie mentale et qui s'accompagnent fréquemment de délire. Ces témoignages, involontairement échappés à la maladie, manquent de valeur, et doivent être considérés comme non avenus. Ce serait s'engager dans une fausse voie que de vouloir, suivant les cas, leur accorder une signification quelconque. L'exercice régulier de la pensée est fâcheusement entravé, et il n'est véritablement pas admissible que l'on puisse interpréter pour ou contre le malade des déclarations verbales, des gestes ou des actes qui émanent d'un cerveau compromis.

Si, après avoir exposé l'état actuel de la jurisprudence française, nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur la législation ancienne, nous voyons que dans les dernières années de la république romaine la dissolution des mœurs atteignit les familles; que les titres de *vir* et d'*uxor* perdirent leur prestige, et que la durée ordinaire d'un mariage ne dépassa pas celle d'un consulat. Les lois d'Auguste, *Julia* et *Papia Poppea*, commencèrent à mettre un frein à ces abus, et, dans la suite, des constitutions impériales réglementèrent le divorce et en déterminèrent les causes possibles. La folie n'entraînait pas la dissolution du mariage, mais le conjoint, sain d'esprit, pouvait demander et faire prononcer le divorce. Le consentement mutuel n'était pas obligatoire pour que le divorce eût lieu. Théodose et Valentinien, en effet, s'étaient contentés d'exiger la libre volonté d'un seul des époux. Justinien voulut toutefois que l'époux sain d'esprit fût condamné aux peines du divorce, c'est-à-dire à la perte de certains droits pécuniaires, lorsque la folie de son conjoint n'était ni dangereuse ni incurable. — Dr Legrand du Saulle.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Wecker.

Canule de Dupuytren extraite après trente-quatre ans de séjour.

(Observation recueillie par le Dr A. André.)

Le 2 mars dernier, il s'est présenté à la clinique ophtalmologique du docteur Wecker un cas assez rare de rétention très-prolongée d'une canule d'argent dans le canal nasal. La dame F..., âgée de 56 ans, nous raconte qu'en 1832 elle portait une fistule lacrymale pour laquelle M. Guersant lui mit une canule à demeure. A partir de cette époque, et pendant quinze années, de petits abcès se succédèrent presque sans interruption dans la région du sac. Dans cet intervalle, vers 1839, la malade, fatiguée de ces inflammations multipliées, alla prier M. Guersant de lui enlever cette canule; quelques tentatives d'extraction furent faites, mais la patiente ne voulut pas supporter la douleur jusqu'au bout et resta dans la même situation. A partir de 1847, il y eut une période de quatorze années pendant laquelle cette dame se crut guérie; les abcès ne s'étaient plus montrés et la douleur avait disparu. Mais depuis quatre ans et quelques mois, tout est revenu comme au début. A la suite de cicatrisations répétées, il s'est produit un ectropion de la partie interne de la paupière inférieure. Notons en passant que, durant ces trente-quatre années, l'épiphora, contre lequel ce genre de traitement est surtout dirigé, n'a cependant pas cessé d'avoir lieu : circonstance qui milite bien peu en faveur de cette opération actuellement abandonnée par la plupart des chirurgiens.

Cette fois la malade est bien décidée à se faire débarrasser de sa canule. M. Wecker, après avoir fait au sac une incision de deux centimètres, introduisit par la plaie une forte pince à griffes, avec laquelle il parvint à extraire, après quelques tâtonnements et non sans beaucoup d'efforts, une canule d'argent, longue de près de trois centimètres, garnie d'incrustations calcaires assez épaisses; la lumière de cette canule en était complétement obstruée dans toute sa longueur. Pour ces extractions, de simples pinces à griffes très-fortes sont bien préférables à tout autre instrument. On a soin de sentir, avec les griffes de la pince, le rebord de la canule, et, quand on a pu le saisir, de serrer très-fortement les branches de la pince tout près de la plaie, en exécutant une forte traction dans la direction du prolongement du canal.

Ce cas est assurément curieux, car il est rare de rencontrer des exemples de séjour aussi prolongé d'une canule dans le canal nasal. D'autre part, cette observation montre une fois de plus que la tolérance, pouvant durer très-longtemps (34 ans), n'est cependant pas indéfinie, et qu'il faut presque toujours, tôt ou tard, arriver à débarrasser les malades de cette pièce de prothèse.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 avril 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies, par M. le docteur Claudot (de Neufchâteau) et par M. le docteur Jacquot (de Senones). (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Charmasson (de Puylaval), sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), pour l'année 1865. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Merland de Chaille, médecin à Luçon, relative à la présence des trichines dans les poumons du mouton.

2° Un travail sur la recherche des trichines en France, par M. Rabot, pharmacien à Versailles. (Comm. M. Delpech.)

3° Un rapport de M. le docteur Vicherat (de Nemours), sur une épidémie de variole à Joligny, en 1865. (Comm. des épidémies.)

4° Une deuxième note de M. le docteur Bassaget, sur le traitement du choléra-morbus. (Comm. du choléra.)

5° Une observation de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault), relative à l'extraction d'un fragment d'épingle avalée depuis vingt-trois ans.

— **M. Gavarret** dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Émile Javal, un mémoire manuscrit sur l'astigmatisme. (Renvoyé à une commission composée de MM. Gosselin et Gavarret.)

— **M. Larrey** présente :

1° Au nom de M. le docteur Scoutetten, correspondant de l'Académie, une brochure intitulée : *Étude sur les trichines et sur les maladies qu'elles déterminent chez l'homme*;

2° Au nom de M. le docteur Perrier, médecin en chef des Invalides, un *Essai sur les croisements ethniques*. (3e mémoire.)

3° Au nom de M. le docteur Finot, un *Rapport sur l'exercice de la médecine, par les prêtres et les communautés religieuses*;

4° Enfin, au nom de M. le docteur Ullesperger (de Munich), trois brochures, dont deux en allemand, sur l'apoplexie nerveuse, la seconde sur l'angine de poitrine, et une troisième, en espagnol, sur la culture du riz et son influence sur l'économie.

— **M. H. Bouley** fait hommage, de la part de l'auteur, M. John Gamgee, principal du collége vétérinaire de Londres, d'un ouvrage anglais ayant pour titre : *The Cattle Plague*, etc. (Typhus contagieux de l'espèce bovine.)

— **M. Magne** présente le tome IIe du *Nouveau traité de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie vétérinaires*, de M. Tabourin.

RAPPORTS.

Remèdes secrets ou nouveaux. — M. Roger, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes. Les conclusions négatives de tous ces rapports sont adoptées sans discussion.

LECTURES.

Contagion du choléra. — M. Cazalas lit un travail ayant pour titre : *Examen pratique de la question relative à la contagion ou à la non-contagion du choléra.*

Le travail de M. Cazalas repose exclusivement sur les faits qu'il a observés lui-même pendant les épidémies de 1854 et 1865.

Voici en quels termes l'auteur résume les faits exposés dans ce travail.

Mon expérience m'autorise à dire :

1° Que la quarantaine est complétement inutile parce que le choléra n'est pas contagieux; parce qu'elle n'empêche la maladie de se déclarer ni dans un pays ni chez un individu; parce que son absence n'a jamais paru être une cause de propagation de la maladie; parce que les épidémies cholériques, avec ou sans quarantaines, marchent généralement avec une régularité pour ainsi dire postale;

2° Que la quarantaine, en supposant même que le choléra fût contagieux, est illusoire, parce que l'influence cholérique, quelle que soit d'ailleurs sa nature, ne peut avoir un autre véhicule que l'air atmosphérique, contre les mouvements duquel elle est nécessairement impuissante; parce qu'on ne connaît jamais exactement ni le premier ni le dernier cas de choléra, ni surtout le début, ni la fin de l'influence

---

charbonneuses l'ont particulièrement frappée par la netteté et l'importance de ses résultats.

En étudiant au microscope le sang des animaux atteints de maladies charbonneuses, M. Davaine y a constaté la présence de corpuscules, ayant la forme de vibrioniens, mais dépourvus de mouvements spontanés, auxquels il a donné le nom de *bactéridies*. Ces corpuscules, d'ailleurs, ne sauraient être confondus avec d'autres plus ou moins analogues pour la forme, qui se développent dans le sang, ou dans les matières animales en voie de putréfaction. En effet, le caractère essentiel des bactéridies, signalées par M. Davaine dans le sang des animaux charbonneux, est de se former pendant la vie de l'animal malade, et de disparaître par la putréfaction après la mort.

On savait que le sang des animaux atteints de charbon est capable de transmettre la maladie par inoculation; mais le point nouveau que les recherches de M. Davaine mettent en lumière, c'est que les bactéridies jouent un rôle capital dans la transmission de ces maladies si graves et si éminemment contagieuses, soit entre les animaux, soit des animaux à l'homme.

M. Davaine a pris chez des moutons atteints du sang de rate (maladie charbonneuse des moutons), du sang frais et contenant des bactéridies, et il a inoculé ce sang à un grand nombre de petits mammifères, tels que lapins, cabiais, rats et souris, et il a constaté que ce sang était apte à transmettre la maladie charbonneuse tant qu'il contenait des bactéridies, et qu'il perdait constamment cette propriété dès que les bactéridies disparaissaient par la putréfaction. M. Davaine a vu, en outre, que tous les animaux, inoculés avec du sang charbonneux pourvu de bactéridies, mouraient au bout de deux jours environ, en présentant dans leur sang, dès les derniers temps de leur vie, des bactéridies qui s'étaient produites par multiplication en quantité énorme. Ici encore, et par une sorte de contre-épreuve, M. Davaine a constaté que, pendant la vie, le sang de l'animal malade ne devient capable de transmettre la maladie qu'à partir du moment où les bactéridies s'y sont montrées. Cette transmission de la maladie charbonneuse d'un animal à l'autre paraît indéfinie, pourvu qu'on prenne toujours du sang contenant des bactéridies.

De ces expériences très-multipliées on peut donc tirer cette conclusion qui n'est que la conséquence rigoureuse des faits, à savoir : que les bactéridies sont l'agent de la transmission de la maladie charbonneuse, ou au moins que ces corpuscules accompagnent constamment la condition indispensable de l'inoculabilité et du développement de la maladie charbonneuse.

En effet, quand on inocule des femelles pleines, les bactéridies ne se développent que dans le sang de la mère, et non dans celui du fœtus. Ainsi le sang de la mère est seul capable de transmettre la maladie. D'un autre côté, chez les animaux réfractaires à la transmission du charbon, tels que les chiens, les oiseaux, etc., le sang inoculé, quoique pourvu de bactéridies, n'en développe pas dans le sang de ces animaux.

Depuis longtemps, on avait admis une parenté probable entre les maladies charbonneuses des animaux et la pustule maligne de l'homme. M. Davaine a donné la démonstration de la vérité de cette opinion, en prouvant que la pustule maligne de l'homme est constituée par des infusoires qui non-seulement ont la forme de ceux du sang de rate, mais qui ont, comme eux, la propriété de produire tous les caractères du sang de rate. M. Davaine a examiné six cas de pustule maligne chez l'homme; toujours il a trouvé des bactéridies dans la pustule, et dans trois cas où il a pu inoculer ces bactéridies à des animaux, il leur a communiqué la maladie charbonneuse, et ils sont morts absolument comme dans le sang de rate.

Il est une autre maladie de l'homme, récemment étudiée sous le nom d'*œdème malin*, qui avait aussi été soupçonnée de nature charbonneuse. M. Davaine a prouvé que cette opinion est exacte. Chez un homme mort à la suite d'un œdème malin de la paupière, il a constaté des bactéridies dans le sang du cœur, et ce sang, inoculé à des animaux, a donné lieu à la multiplication des bactéridies caractéristiques de la maladie charbonneuse.

En résumé, le travail de M. Davaine a éclairé la question de la contagion des maladies charbonneuses de l'homme et des animaux. Il a établi que les bactéridies du sang frais, ou convenablement desséché, constituent le seul agent appréciable de la contagion. Cette contagion, ou cette transmission charbonneuse par bactéridies, peut du reste se produire de diverses manières, soit par plaies (inoculation), soit par ingestion alimentaire, soit par l'absorption du sang réduit en poussière. Enfin de ces recherches longues et difficiles il résulte encore que, relativement à la pustule maligne de l'homme, on possède maintenant un caractère qui permettra toujours de la distinguer des autres affections gangréneuses, en ce qu'elle contient des bactéridies, capables de se reproduire et de se multiplier par inoculation.

D'après l'importance de ces résultats, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie de décerner à M. Davaine un prix de 2,500 fr.

Après l'adoption des conclusions du rapport, et sur la proposition de l'un de ses membres, appuyée par la commission, l'Académie accorde à M. Grimaud de Caux une indemnité de 4,000 francs, pour l'acte de dévouement spontané qu'il a accompli en allant à Marseille étudier le choléra au plus fort de l'épidémie.

En lui accordant cet encouragement, l'Académie signale et récompense, autant qu'il est en elle, le courage réfléchi et l'esprit scientifique sous l'influence desquels il a accompli son œuvre.

Serres.

cholérique; parce qu'elle n'est ordinairement établie dans un pays que lorsque ce pays est déjà depuis longtemps sous l'influence cholérique et qu'on la supprime toujours avant sa complète disparition dans les localités suspectes; parce qu'elle n'empêche jamais des individus de se rendre, par des voies détournées, des pays cholérisés dans les localités que l'on cherche à préserver; parce que, à bord des bâtiments, les passagers comme les équipages usent de tous les moyens imaginables pour en éluder les règlements et en diminuer la durée; parce que les moyens de l'appliquer rigoureusement manquent presque toujours; parce qu'on recule partout devant son application assez prolongée pour donner aux cholériques ou aux suspects le temps nécessaire à une entière désinfection; parce qu'il est impossible de maintenir sur toute la ligne d'une frontière ou autour d'une ville, des cordons sanitaires capables d'empêcher toute communication entre les endroits cholérisés et ceux à l'abri de l'influence cholérique.

3° Que la quarantaine est, non-seulement inutile et illusoire, mais encore dangereuse, parce qu'elle expose les malades et les suspects à l'agglomération, à l'encombrement et à leurs funestes résultats; parce qu'elle prive souvent les malades des soins que leur état réclame et les condamne quelquefois à une mort qui aurait pu être conjurée; parce qu'elle oblige les habitants d'un pays cholérisé, sous le vain prétexte de protéger les pays voisins, à subir sur place les atteintes de l'épidémie, tandis qu'il serait souvent si facile de trouver le salut à quelques kilomètres de distance; parce qu'elle répand partout, dans ces populations, la terreur, la consternation et l'alarme, quand elle ne détermine pas une fausse sécurité qui détourne l'attention publique du véritable danger, surtout à ce moment qui sépare le premier symptôme prodromique du choléra de la période algide, moment précieux et suprême pendant lequel les moyens de l'hygiène ou de la thérapeutique sont encore en général presque tout-puissants.

En résumé, tous les faits observés par moi-même, joints à ceux publiés par beaucoup d'autres médecins, notamment par les Anglais si compétents en cette matière, démontrent pour moi, d'une manière évidente, que l'institution de la quarantaine est insuffisante pour protéger les pays sains, dangereuse pour les populations cholérisées et préjudiciable aux intérêts généraux du commerce, de l'industrie, des sciences et des arts. Elle peut donc être supprimée sans inconvénient pour personne et avec avantage pour tous; et je n'hésite pas à le dire avec toute la conviction dont je suis pénétré: la science médicale en proclamant que le choléra n'est pas contagieux, et les gouvernements en supprimant radicalement l'institution de la quarantaine et en la remplaçant par un code ou règlement sanitaire applicable à toutes les classes d'habitants, aux villes et aux campagnes, aux armées de terre et de mer, aux manufactures et aux colléges, etc., rendraient un service immense à l'humanité.

Le mémoire de M. Cazalas est renvoyé à la commission du choléra.

Végétation syphilitique du larynx. — **M. GUINIER**, de Montpellier, obtient un tour de faveur pour donner lecture d'une observation de végétation épithéliale syphilitique du larynx, constatée au moyen du laryngoscope et guérie par des cautérisations multipliées avec une solution concentrée de nitrage d'argent (parties égales de nitrate et d'eau).

Ce fait, probablement le premier observé en province à l'aide du laryngoscope, puisqu'il date du mois de septembre 1860, a été pour M. Guinier l'occasion d'expériences intéressantes sur la sensibilité tactile du larynx et de la trachée, et sur certains phénomènes spasmodiques de la glotte que l'on rencontre dans le croup et dans la coqueluche.

En effet, M. Guinier a pu, dans des essais successifs, introduire 12 centimètres d'une sonde uréthrale en caoutchouc munie d'un mandrin au travers de la glotte du malade jusque dans la profondeur de la trachée, sans provoquer de sensation pénible. La perception du corps étranger dans la trachée était nulle.

De plus, les premières cautérisations avec la solution la plus concentrée de nitrate d'argent provoquaient instantanément une occlusion complète et convulsive de la glotte, constatée par le laryngoscope, avec menace de suffocation pendant quelques secondes, que M. Guinier compare aux accès asphyxiques du croup et de la coqueluche.

M. Guinier conclut en disant qu'il croit avoir démontré expérimentalement :

1° L'utilité et la nécessité de l'examen laryngoscopique pour le diagnostic positif et la cure radicale des maladies du larynx et des altérations de la voix;

2° La facilité quelquefois étonnante, mais toujours très-réelle de cet examen, pourvu qu'il soit fait avec une dextérité suffisante;

3° L'indifférence remarquable spontanée ou acquise de la muqueuse du pharynx, du larynx et de la trachée en général au contact des corps étrangers et la localisation d'une sensibilité spéciale sur la base de la langue, la face laryngée de l'épiglotte et les ligaments vocaux;

4° Le mécanisme des accès de suffocation de certaines maladies, telles que le croup et la coqueluche par exemple, par l'occlusion toute spasmodique et plus ou moins complète et durable de la glotte;

5° Enfin la facilité d'obtenir, par une action méthodique et locale, la guérison d'altérations pathologiques ou de productions organiques anormales situées dans la profondeur du larynx. (Commissaires : MM. Cloquet et Béclard.)

Abus de l'alcool. — **M. JOLY** a la parole pour une lecture. M. Béclard lit pour lui un travail sur les effets pernicieux de l'alcool et des alcooliques sur l'organisme.

La séance est levée à cinq heures.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Récompenses accordées à des étudiants en médecine pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu le décret impérial en date du 5 décembre 1865,

Arrête :

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er janvier 1866, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude, diplôme), est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

Services rendus à Toulon. — M. Gruzu, étudiant à la Faculté de médecine de Montpellier;

M. Ardoin, étudiant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille;

M. Isnard, étudiant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

Paris, le 26 mars 1866. V. DURUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 19 mars 1866, M. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1865-1866, par M. Laboulbène, agrégé près ladite Faculté.

M. Grosse (Charles-Frédéric) est nommé interne aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Schnell, démissionnaire.

M. Lecanu, professeur de pharmacie à l'école supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1865-1866, par M. Baudrimont, agrégé près ladite Faculté.

— Par arrêté ministériel en date du 22 mars 1866, M. Tarnier, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1865-1866, le cours des élèves sages-femmes à la clinique de ladite Faculté.

— Par arrêté ministériel du 26 mars 1866, M. Flourens, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au collége impérial de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le second semestre de l'année scolaire 1865-1866, par M. le docteur Moreau, grand prix de physiologie expérimentale à l'Académie des sciences.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance vendredi 13 avril 1866.

Ordre du jour : 1° Communication de M. Odier sur *la chorée rhumatismale;* 2° observation d'*abcès du cerveau,* par M. Sanné, à l'appui de sa candidature.

— Le docteur Reliquet, ancien interne des hôpitaux, commencera le lundi 9 avril à sept heures du soir, un cours sur *les maladies des voies urinaires,* dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, reprendra ses leçons préparatoires, deuxième de doctorat (troisième de fin d'année) et quatrième de doctorat, le lundi 9 avril. — On s'inscrit, 56 rue des Écoles, de onze heures à une heure.

Conférences historiques faites pendant l'année 1865, à la Faculté de médecine de Paris, par MM. VERNEUIL; les chirurgiens érudits; Antoine Louis. — LASÈGUE; l'École de Halle, Frédéric Hoffman et Stahl. — CHAUFFARD; Laënnec. — Léon LE FORT; Riolan. — PARROT; Maximilien Stoll. — FOLLIN; Guy de Chauliac. — BÉCLARD; Harvey. — TRÉLAT; Wurtz. — GUBLER; Sylvius et l'iatrochimie. — TARNIER; Levret. — LORAIN; Jenner. — AXENFELD; Jean Wier et les sorciers. — BROCA; Celse. — Un vol. in-8° de 506 pages. Prix : 6 fr. — Paris, Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, Imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Emploi du sulfate de quinine en injections hypodermiques dans le traitement d'une névralgie sus-orbitaire intermittente.

Depuis que la méthode hypodermique a été introduite dans la pratique, nous avons tenu nos lecteurs au courant des principales applications qui en ont été faites aux divers agents thérapeutiques, plus ou moins actifs, susceptibles d'être administrés sous cette forme. Ils connaissent notamment les nombreux essais qui ont été faits avec le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes et du rhumatisme. — Nous ne parlerons pas des tentatives infructueuses, quoique très-rationnelles, qui ont été faites tout récemment dans le choléra. La méthode ne saurait être responsable des obstacles insurmontables que lui suscite un organisme en désordre et en pleine insurrection contre les lois physiologiques. — Mais il est tout un ordre d'affections qui se rattachent par leur type aux affections intermittentes, et pour lesquelles il n'était pas moins naturel qu'on dût essayer l'administration du sulfate de quinine par la méthode hypodermique ; nous voulons parler des névralgies intermittentes. C'est ce que vient de faire notre confrère M. le docteur Bricheteau, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital de la Charité, sur un malade du service de clinique de M. le professeur Nat. Guillot.

Voici ce fait, que M. Bricheteau vient de publier tout récemment dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Un homme âgé de quarante-deux ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Nat. Guillot, le 8 novembre dernier, éprouvant depuis sept jours des douleurs très-aiguës limitées à la région sus-orbitaire du côté gauche. Ces douleurs ne sont pas constantes, elles reviennent tous les jours à la même heure. Le premier accès a eu lieu à deux heures de l'après-midi ; les suivants sont survenus entre onze heures et demie et midi. L'accès s'annonce par une douleur sourde, suivie d'élancements très-pénibles qui durent environ deux heures. Le calme ne survient que vers trois heures et demie à quatre heures. La durée de l'accès est de quatre heures à peu près. Le malade indique surtout comme siége des élancements, le trajet du nerf sus-orbitaire à partir de son point d'émergence, la région sourcilière et frontale jusqu'à la ligne médiane, et par extension la région occipitale, suivant les ramifications nerveuses du cuir chevelu. Quand l'accès est à son summum d'intensité, l'œil devient rouge et injecté, il se produit un larmoiement abondant ; les deux paupières sont animées d'un mouvement spasmodique, et des tintements se font entendre dans l'oreille du côté gauche. En même temps, la région sus-orbitaire est le siége d'une hyperesthésie très-marquée. Dans l'intervalle des accès le malade se plaint seulement de quelques frémissements musculaires ; la pression révèle une grande sensibilité du nerf sus-orbitaire, notamment à sa sortie du conduit osseux. L'état général est du reste satisfaisant ; le sommeil est bon ; point de céphalalgie persistante.

Ce malade avait eu, plusieurs années auparavant, une fièvre intermittente revenant tous les deux jours et qui avait duré six mois. Il en avait été guéri par le sulfate de quinine. Il y a trois ans, il fut pris de douleurs analogues à celles dont il vient d'être question et en fut également débarrassé par le même moyen.

Le 9 novembre, une heure et demie avant le retour présumé de l'accès, M. Bricheteau pratique une injection de 50 centigrammes de sulfate de quinine. Il a recours à la solution suivante, d'après la formule de M. Bourdon :

Sulfate de quinine. . . .	1 gramme.
Eau distillée.	10 grammes.
Acide tartrique.	50 centigrammes.

Voulant donner d'emblée une forte dose du médicament, il est obligé d'injecter 5 grammes de la solution. Il choisit pour faire la piqûre la région antérieure de l'aisselle à gauche, là où le tissu cellulaire qui recouvre le grand pectoral est assez abondant et lâche en même temps. Pendant l'injection, le malade n'accuse qu'une sensation de cuisson.

L'accès est venu, mais moins fort et moins long que d'habitude ; au lieu de durer quatre heures il n'en a duré que deux. Les douleurs ont été moins vives et la sécrétion des larmes moins abondante. Il n'y avait, au point de la piqûre, qu'un peu de gonflement sans douleur.

Le 10 novembre à la même heure, une deuxième injection de 6 grammes de la solution, contenant 60 centigrammes de sulfate de quinine, est pratiquée à la région antérieure de l'aisselle, du côté opposé. L'accès ne dure qu'une heure et demie et les douleurs ont été plus tolérables. — Le soir, le malade accuse des bourdonnements assez intenses dans les deux oreilles. L'examen des urines du malade a révélé la présence de cristaux de sulfate de quinine.

Le 11, le malade ressent encore des bourdonnements d'oreilles, mais moins forts que la veille. Nouvelle injection de 60 centigrammes de sulfate de quinine, à la région thoracique. Accès d'une heure et demie de durée ; douleurs modérées.

Le 12, quatrième injection de la même dose de solution. L'accès n'a duré que trois quarts d'heure et les élancements un quart d'heure seulement.

Le 13, cinquième injection ; même dose. — Accès d'une demi-heure seulement.

Le 14, sixième injection. — Des douleurs presque insignifiantes se sont fait sentir à l'heure habituelle, mais n'ont duré qu'un quart d'heure.

Le 15, septième injection. — Point d'accès. — Le malade dort et mange bien et se considère comme guéri.

Le 16, huitième injection, de 30 centigrammes seulement de sulfate de quinine. — Point d'accès.

Le 17, point d'injection. — Il survient à une heure après-midi un léger accès d'une demi-heure.

Le 18, on pratique une injection de 50 centigrammes, et l'accès ne revient pas.

Les 19, 20 et 21, des injections sont continuées en diminuant chaque jour la dose de 10 centigrammes. — Les douleurs ne reviennent plus, et au bout de huit jours le malade part pour l'asile de convalescence de Vincennes.

Personne assurément ne mettra en doute que le sulfate de quinine ait été parfaitement indiqué dans ce cas et de plus qu'il ait été utile. Quant à son efficacité relative et aux avantages que ce mode d'administration a pu avoir dans ce cas sur l'administration par les voies ordinaires, il est plus difficile de se prononcer et le doute est permis. On remarquera, en effet, qu'il n'a pas fallu moins de treize jours de traitement et de douze injections et à des doses relativement considérables et très-supérieures à celles qui sont usitées pour ce mode d'administration, pour obtenir la guérison, tandis que nous avons vu souvent des névralgies de ce genre céder au bout de trois ou quatre doses de sulfate de quinine de 1 gramme à 1 gr. 50, administré par la voie gastrique. Il est vrai de dire que la névralgie était dans ce cas d'une intensité extrême et que dans l'attaque antérieure pour laquelle cet homme avait été traité à l'hôpital Necker, par la méthode usuelle, la névralgie n'avait cédé qu'au bout de trois semaines de traitement. Il faut ajouter que la dose élevée de la solution injectée à chaque opération, dose considérable relativement aux proportions reconnues utiles dans les précédentes expériences, se justifie ici par cette double circonstance de la ténacité extrême de la maladie et des traitements antérieurs auxquels cet homme avait été déjà soumis. De sorte qu'on peut considérer, en somme, ce résultat comme favorable à la méthode.

Nous avons négligé de mentionner dans le cours de cette observation une circonstance qui a une valeur pratique assez grande pour que nous croyions devoir lui donner place ici. Des faits antérieurs avaient déjà montré qu'il n'était pas indifférent que le sulfate de quinine fût dissous au moyen de tel ou tel acide, et que telle solution peut produire des accidents locaux plus ou moins sérieux, tandis que telle autre est inoffensive. M. Bricheteau a pu vérifier dans ce cas particulier l'exactitude de cette proposition. Les premières injections avaient été faites avec la solution contenant de l'acide tartrique ; elles ont toutes été très-bien tolérées, et n'ont produit aucune complication. Deux injections faites intercurremment avec une solution à l'acide acétique ont été suivies d'une induration douloureuse du tissu cellulaire, qui pendant quelques jours a fait craindre la formation d'un abcès.

Ce fait soulèverait encore beaucoup d'autres points qui auraient aussi leur intérêt au point de vue pratique, mais nous nous bornons pour le moment à faire ressortir ceux qui nous ont paru de l'importance la plus immédiate. L'occasion ne nous manquera pas de revenir sur les autres.

Guérison spontanée d'un céphalématome.

M. le docteur Allaire (d'Héricy-sur-Seine) nous a envoyé une observation de guérison spontanée d'un céphalématome. Ce fait très-rare est néanmoins compréhensible : nous voyons des contusions du périoste, avec décollement de cette membrane et avec épanchements sanguins, guérir sous l'influence de simples compresses résolutives.

Ce sont sans doute des faits de ce genre qui avaient convaincu Nœgelé et Zeller de l'efficacité des résolutifs. Voici la relation de M. le docteur Allaire.

« Le 10 février dernier, je fus demandé par la femme D... (à Samoreau, canton de Fontainebleau), pour visiter la tête d'un nourrisson qu'elle avait été chercher à Paris. Cet enfant âgé de 12 jours porte « une tumeur, située à l'angle postérieur et supérieur du pariétal gauche, longeant la suture sagitale, à large base, légèrement fluctuante, rénitente ou élastique, sans changement de couleur au cuir chevelu, non douloureuse à la pression ; pas de pulsations, limitée par un rebord dur, bien dessiné, bien senti dans tout son pourtour, avec sensation de dépression en dedans, mesurant 19 centimètres de circonférence, 6 1/2 dans le sens antéro-postérieur, et 7 transversalement. La tumeur a commencé à se développer deux ou trois jours après la naissance. Je diagnostiquai un céphalématome.

« Je pensai à pratiquer une ponction et à employer, comme moyen compressif, des bandelettes agglutinatives imbriquées. Néanmoins, tout d'abord, je prescrivis les solutions astringentes qui ne furent faites que pendant une journée, la nourrice objectant qu'elles enrhumaient son enfant. Dès lors en vue de temporiser, j'entourai quelques jours après, la tumeur (celle-ci et son pourtour préalablement rasés) de bandelettes agglutinatives, de manière à former le plus exactement possible, une calotte. La nourrice objecta encore que ce moyen faisait crier l'enfant ; elle enleva donc de son chef les bandelettes, j'en appliquai d'autres qui ne lui plurent pas davantage. Je dus mesurer de nouveau la tumeur, et je pus m'assurer qu'elle avait un peu diminué de volume. Vu la résistance de la femme D... à suivre mes prescriptions, je cessai mes visites.

« Le 21 mars, je revois occasionnellement mon petit malade, et je remarque que la tumeur a complétement disparu et que le cercle *osseux* caractéristique n'est plus apparent au toucher que dans la moitié de son étendue en dehors et en dedans. Ici donc on doit juger que les frais de la guérison sont dus aux efforts seuls de la nature.

« Quoique cette terminaison heureuse n'ait rien de bien surprenant, j'ai cru pourtant devoir soumettre à votre appréciation ce fait qui pourra être ajouté à d'autres faits semblables. »

De la guérison rapide de l'angine couenneuse et du croup membraneux au moyen de l'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé.

Nous recevons de M. le docteur Guillon, ancien chirurgien consultant du roi Louis-Philippe, la communication suivante :

L'angine couenneuse et le croup membraneux faisant chaque jour de nouvelles victimes, dans certaines contrées de l'Europe, dans un assez grand nombre de nos provinces et à Paris, je crois devoir appeler l'attention sur un traitement au moyen duquel on guérit très-promptement cette affection, lors même que les fausses membranes ont envahi l'arrière-bouche et s'étendent jusqu'au larynx.

Ce traitement, dont une longue expérience m'a démontré les avantages, consiste dans l'insufflation d'une poudre très-ténue de nitrate d'argent sur les couennes diphthéritiques et les parties environnantes, au moyen d'un appareil insufflateur représenté dans cette note.

Si cette médication, sur laquelle j'ai déjà adressé une lettre au *Moniteur des hôpitaux*, le 29 novembre 1858, et dont l'idée première a été consignée dans un paquet cacheté déposé à l'Académie des sciences, le 4 mai 1829, si cette médication, dis-je, était plus connue, on aurait évité souvent cette grave opération de la trachéotomie, qui n'est pratiquée avec succès que si la diphthérite ne s'étend pas au delà du larynx.

C'est en 1828 que j'ai eu recours, pour la première fois, aux insufflations d'azotate d'argent pulvérisé chez deux malades affectés d'angine couenneuse, après avoir reconnu que l'insufflation de l'alun n'arrêtait pas le développement de la maladie, et que la cautérisation avec une éponge imbibée d'acide hydrochlorique ne pouvait atteindre les fausses membranes situées derrière les piliers du voile du palais, au-dessus de celui-ci et dans le larynx.

J'ai d'abord employé le nitrate d'argent fondu, mêlé à du charbon pulvérisé ; mais ayant bientôt reconnu qu'il n'y avait aucun inconvénient à l'appliquer seul, j'ai abandonné le mélange.

Plus tard, l'expérience m'ayant appris que la pierre infernale laissait dans la bouche un goût plus désagréable que le nitrate d'argent cristallisé, j'ai adopté ce dernier et l'ai employé pur, bien pulvérisé et bien desséché. Quand il est humide, je le sèche en l'exposant dans une cuiller d'argent à une chaleur convenable sur une bougie ou sur quelques charbons ardents.

L'instrument que je nomme insufflateur, et à l'aide duquel on projette la poudre dans la bouche, le pharynx, derrière les piliers du voile du palais et jusque dans les bronches, est composé : 1° d'un barillet en bois où l'on met la poudre A ; 2° d'une bouteille en caoutchouc qui remplit l'office de soufflet B ; 3° de deux canules de rechange, l'une droite qui conduit en ligne directe au pharynx, l'autre courbe qui le dirige vers le larynx C (1).

Je dois faire observer ici qu'il importe que la portion du barillet à laquelle est fixée la bouteille en caoutchouc doit présenter des ouvertures assez larges pour que l'air entre rapidement dans celle-ci, et en sorte non moins facilement pour projeter la poudre au dehors.

L'autre portion à laquelle sont adaptées les canules de rechange doit être pourvue d'un petit tamis, afin que la poudre soit convenablement divisée lorsqu'elle sort de l'instrument et qu'elle ne tombe pas en masse sur le lieu où elle a été projetée.

Les avantages que j'ai constamment obtenus de cette médication me font un devoir de la signaler à l'attention de mes confrères de tous les pays où sévit l'angine couenneuse :

1° Parce que l'emploi du nitrate d'argent en poudre très-ténue, et portée par l'insufflation sur les couennes diphthéritiques et les parties environnantes, amène promptement et sûrement la guérison de la maladie quand elle commence par la bouche et le larynx ;

2° Parce que j'ai la conviction qu'un grand nombre de malades qui sont morts de l'angine pseudo-membraneuse dont la marche n'a pu être arrêtée par des cautérisations faites avec des caustiques liquides et l'emploi d'autres moyens préconisés, auraient été très-promptement guéris si on avait eu recours à l'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé ;

3° Parce que la projection de cette substance sur les fausses membranes développées derrière les piliers du voile du palais, sur le voile du palais lui-même et dans le larynx, en détermine promptement l'expulsion ;

4° Parce que l'action styptique de ce sel sur la membrane muqueuse empêche la maladie de s'étendre aux fosses nasales et au larynx, et de produire le coryza couenneux et le croup membraneux ;

5° Parce que l'astriction qu'il produit, en provoquant l'expulsion des fausses membranes, évite aux malades l'intoxication, l'empoisonnement diphthéritique qui résulte de l'absorption lorsque la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche ;

6° Parce que l'angine couenneuse *étant une maladie locale* lorsqu'elle commence à se développer, *cette médication locale, associée à un régime convenable, doit être préférée à l'emploi des médicaments perturbateurs* : des vomitifs, des purgatifs, etc., préconisés par certains confrères pour combattre ce qu'ils nomment l'élément morbide spécifique.

On doit aussi la préférer à la *médication substitutive* préconisée par le docteur Trideau, laquelle n'empêche pas la diphthérite de s'étendre du pharynx à la trachée-artère et de constituer un croup promptement mortel.

Voici ce qu'on lit à la page 11 de son mémoire :

« Le croup qui se manifeste consécutivement à l'angine « pseudo-membraneuse, il faut bien le reconnaître, est presque « toujours rebelle à toute espèce de traitement. »

Je dois en faire ici la remarque. Si le mode de traitement qui est le sujet de cette note, et qui est indiqué dans le *Moniteur des hôpitaux* du 29 novembre 1858, s'était vulgarisé, on n'aurait pas observé aussi souvent les paralysies produites par l'empoisonnement diphthéritique et qui surviennent dans le cours de cette maladie. Celle de l'œsophage qui oblige de recourir à l'emploi de sondes œsophagiennes pour introduire des aliments dans l'estomac, ainsi que ces cas de mort subite qui sont le résultat de la paralysie des organes respiratoires.

Enfin si cette médication locale qui arrête si promptement la diphthérite de la bouche et du pharynx était adoptée dans la Bresse où l'angine couenneuse fait encore chaque jour un assez grand nombre de victimes, l'un des praticiens les plus éminents du département de Saône-et-Loire n'aurait pas vu mourir de cette maladie 397 sujets depuis la fin de l'année 1863 jusqu'à la fin de l'année 1865, ainsi que le constate une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 24 janvier 1866.

Le malade auquel on pratique des insufflations pharyngiennes doit être maintenu convenablement, la tête renversée et immobile. L'opérateur placé en face de lui et un peu à droite abaisse la langue avec le manche d'une cuillère tenue de la main gauche et l'autre tient l'insufflateur. En comprimant rapidement la bouteille en caoutchouc et prenant son point d'appui sur l'arcade dentaire supérieure avec la canule droite, il projette la poudre sur les couennes diphthéritiques et sur la membrane muqueuse du pharynx, au-dessus et au-dessous de ces mêmes couennes, pour les empêcher de s'étendre au larynx, à la trachée-artère et aux fosses nasales. On doit comprimer fortement la bouteille, en lui faisant exécuter cinq ou six demi-rotations. Comme cette opération se fait en deux ou trois secondes, et la douleur produite par la poudre de nitrate d'argent ne se développant qu'un peu plus tard, si le malade présentait quelques symptômes de croup commençant, on devrait pratiquer les premières insufflations au moment où il fait une forte inspiration, afin que la poudre puisse pénétrer dans le larynx et arrêter l'affection croupale à son début et avant que la douleur soit développée. Les couennes diphthéritiques se reproduisant quelquefois, j'oppose à leur reproduction l'emploi des gargarismes astringents, et s'ils ne suffisent pas j'ai recours à une nouvelle insufflation de nitrate d'argent.

Lorsque l'insufflation est terminée, on doit nettoyer la canule de l'insufflateur et conserver dans un petit flacon bien bouché la poudre d'azotate d'argent.

Je pourrais rapporter ici un grand nombre de faits concluants pour démontrer la valeur de ce mode de traitement ; mais comme je désire me restreindre à une simple note, je rappellerai seulement des cas où j'ai obtenu un plein succès, ayant pour témoins MM. Bretonneau, Blache, Trousseau et Delpech.

I. En 1858, M. le marquis de B... et son fils furent atteints l'un après l'autre d'angine couenneuse, dont la guérison fut aussi prompte que complète par l'insufflation du nitrate d'argent faite en présence de M. Bretonneau chez M. de B., et de M. Blache chez le comte de B... âgé de 30 ans.

Deux insufflations suffirent pour arrêter la maladie chez MM. de B... ; et le valet de chambre qui en fut affecté à son tour en a été débarrassé par une seule insufflation.

II. Une autre guérison a été obtenue sur une malade de M. le docteur Delpech, jeune princesse belge affectée d'angine couenneuse envahissant tout le voile du palais et le pharynx, avec fièvre violente, et engorgement des glandes sous-maxillaires et des ganglions cervicaux. Plusieurs cautérisations pratiquées avec l'acide hydrochlorique ayant été infructueuses, deux insufflations de nitrate d'argent en poudre pratiquées à deux jours d'intervalle eurent un plein succès. Je les fis en présence de MM. Delpech et Blache, qui m'avaient fait appeler en consultation.

La première insufflation fut pratiquée à quatre heures de l'après-midi, et le lendemain, à notre réunion, on reconnut que la bouche et le pharynx étaient complétement débarrassés des exsudations diphthéritiques, et que la fièvre avait cessé.

Deux jours après, malgré l'emploi de gargarismes alumineux de nouvelles couennes diphthéritiques s'étant reproduites, je fis une nouvelle, mais très-légère insufflation d'azotate d'argent, et le surlendemain la guérison de la malade, âgée de seize ans, était complète.

III. Ce fait, le plus ancien de date, est celui d'une angine couenneuse, avec croup membraneux commençant, dont fut affectée dans son enfance une artiste du Théâtre-Français, et que M. le professeur Cayol avait considérée comme mortellement atteinte.

Deux insufflations de nitrate d'argent, faites sous les yeux de M. Trousseau, suffirent pour la guérison. Une heure après l'opération l'enfant avait expulsé une certaine quantité de couennes diphthéritiques, dont l'une d'elles avait la forme de la muqueuse du larynx, et au bout de quelques jours la malade était en pleine convalescence.

Une autre malade que je soignais à la même époque, la fille aînée de Mme M..., rendit, à la suite d'une insufflation, un tube diphthéritique de trois travers de doigts de longueur, provenant de la trachée-artère.

Désirant savoir si l'azotate d'argent entraîné par l'inspiration dans les canaux aériens pénétrait à une grande profondeur, je fis, en collaboration de M. Trousseau, à un chien de moyenne taille, deux insufflations, et à l'autopsie nous avons reconnu aux taches blanchâtres de la muqueuse que la poudre était arrivée jusqu'à la fin des secondes divisions bronchiques.

Puisqu'à l'aide d'un insufflateur j'ai fait pénétrer la poudre d'azotate d'argent jusque dans les secondes divisions des bronches d'un chien, cet instrument peut être employé avec avantage pour insuffler cette substance pulvérulente dans le larynx et la trachée-artère, en cas de croup membraneux commençant, c'est-à-dire dans des circonstances où la trachéotomie est pratiquée avec chance de succès, mais souvent aussi sans résultat favorable.

Puisque par ce traitement local, employé dès le début de la diphthérite, lorsqu'elle commence par la bouche, on obtient des résultats que ne peuvent produire les applications de caustiques liquides, les insufflations de poudres d'alun, de tannin, l'emploi du chlorate de potasse, des bromures et des iodures de potassium, des mercuriaux, des vomitifs, les purgatifs, les balsamiques, cette médication locale doit, dans ces cas, être préférée à la médication pertubatrice, ainsi qu'à la médication substitutive.

Comme mon but, en publiant cette note, est d'être utile aux malades affectés d'angine couenneuse et aux confrères appelés à leur donner des soins, je prie les confrères qui adopteront ce traitement de faire connaître, par la presse médicale, les résultats qu'ils en obtiendront, bons ou mauvais, pour fixer l'opinion à ce sujet.

---

(1) On trouve cet instrument chez M. Sauveur, fabricant, rue Galande, 65, à Paris.

DE LA CIRCULATION SANGUINE,

par le docteur Quignet.

Nous recevons de M. le docteur Quignet, médecin-major à l'hôpital militaire du Dey, à Alger, la petite note suivante qu'on lira avec intérêt :

Si la circulation sanguine avait besoin d'un témoignage de plus, le fait assez curieux que je vais signaler le lui apporterait ; si elle n'était depuis longtemps reconnue, il mettrait sur la voie de ce grand phénomène. Sous ce rapport il n'ajoute rien à ce qui est surabondamment prouvé par les expériences les plus positives ; mais il a deux avantages qui peuvent lui mériter quelque intérêt ; en premier lieu, celui de montrer le courant circulatoire dans les vaisseaux d'une manière aussi évidente que facile ; secondement, d'être, pour ceux qui conservent quelque incrédulité à l'égard de l'ophthalmoscopie, une démonstration qui écarte tous les doutes.

J'eus, il y a quelques jours, l'occasion d'examiner à l'ophthalmoscope les yeux d'une grosse grenouille, vivante bien entendu. Chez cet animal, la pupille est très-large, non contractile, et il me suffit d'employer le petit miroir concave, sans interposition d'aucune lentille, en me tenant à la distance de quinze centimètres environ, à l'éclairage d'une bougie, pour apercevoir le fond de l'œil. Je constatai d'abord que cette partie était entièrement occupée par un tapis à reflets miroitants de teinte blanche et je le trouvai sillonné par plusieurs vaisseaux dont les plus ténus se présentaient sous le diamètre d'environ un millimètre. En suivant leur direction j'arrivai à leur confluence en un tronc commun du volume de 2 à 2 1/2 millimètres. Grand fut alors mon étonnement, je dirai presque mon admiration, de reconnaître dans ce gros tronc, puis dans les autres d'un calibre moindre, un courant très-rapide offrant l'aspect d'un sillon blanc jaunâtre, renfermé entre deux parois rouges, courant formé par les globules du sang, qui passaient devant mon regard comme autant de grains de sable franchissant le détroit d'un sablier ordinaire. Les globules passent un à un dans les tubes vasculaires étroits ; deux à deux, même trois à trois dans les plus gros.

Plus n'est besoin de sacrifier la bête pour étaler péniblement son mésentère, ni de lui tirer la langue sous le champ du microscope pour voir ce spectacle de la circulation que M. Cruveilhier estime à l'égal d'un des plus admirables qu'il soit donné à l'homme de contempler. L'expérience est à la portée de tout le monde ; je ne pense pas qu'elle ait encore été signalée.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 28 mars 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès offre, de la part de M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, la troisième édition de son *Traité de médecine opératoire*.

— M. Larrey fait hommage à la Société d'un ouvrage ayant pour titre : *Essai sur la médecine et la chirurgie militaire*, publié par le docteur William, A. Hammond, chirurgien en chef de l'armée américaine.

— M. A. Guérin fait hommage, de la part de M. le docteur Duménil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, de son mémoire sur les paralysies périphériques et spécialement de la névrite, et d'un travail sur le traitement chirurgical de quelques anévrysmes.

— M. le docteur Gouguenheim adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse sur les tumeurs anévrysmales des artères du cerveau.

RAPPORT.

Décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.

M. Dolbeau fait un rapport verbal sur une observation recueillie à l'hôpital Saint-Pierre de la Martinique, par M. le docteur Rougon, ex-chirurgien de la marine, et conclut en demandant la publication de l'observation dans le *Bulletin*.

La conclusion est adoptée.

Le nommé Jules A..., enfant de douze ans, reçoit sur la partie inférieure de la cuisse gauche, un ballot de cordages lâché d'un second étage : il est renversé et ne peut se relever. Conduit chez lui, des soins lui sont incomplètement donnés ; enfin, trois jours après, il est mené à l'hôpital, à six heures du soir. Application provisoire de compresses résolutives, pour procéder le lendemain, 3 mars 1852, à une observation attentive.

Le membre était gonflé dans toute son étendue : on sentait à la partie externe une saillie osseuse qui soulevait la peau et pouvait au premier moment la perforer. Dans le creux du jarret se sentait aussi une portion d'os qui comprimait les vaisseaux poplités.

Qu'avions-nous devant nous ?... Était-ce une luxation ? Mais l'on sentait sur la même ligne le condyle du fémur et la tubérosité articulaire du tibia. Était-ce la tête du péroné qui faisait saillie à la partie externe et supérieure de la jambe ? On pensait aussi à une fracture intercondylienne : on admettait tout, excepté ce que les faits vinrent éclaircir.

Trois petites escharres occupaient déjà le creux du jarret ; la fièvre était modérée, l'état des voies digestives bon... Réduction impossible. Irrigations froides continues, dans l'espoir bien vague d'arrêter ou au moins de modérer le développement des accidents inflammatoires.

Le 8 mars, le faciès du malade s'altérait, le pouls augmentait de fréquence ; l'escharre supérieure s'était détachée et laissait couler une sérosité sanieuse de mauvaise nature.

L'amputation fut décidée et pratiquée le lendemain, 9 mars, à la partie moyenne de la cuisse, par le chef de service, M. le docteur Mesnard, médecin de première classe de la marine.

Autopsie de l'os séparé. — Les parties molles sont contusionnées, meurtries, déchirées ; des ecchymoses occupent les divers faisceaux de fibres, et un pus sanieux s'écoule des incisions.

L'articulation fémoro-tibiale est intacte ; seulement, la cavité synoviale renferme 150 grammes de sérosité sanguinolente.

La solution de continuité a lieu au niveau de l'épiphyse qui conserve le cartilage, dépourvu d'arêtes osseuses. On dirait deux calottes hémisphériques concaves et tapissées dans leur creux d'un caillot sanguin. Cette portion épiphysaire joue très-bien sur les tubérosités

tibiales et devait, par sa mobilité et son mouvement de bascule, rendre presque impossible le maintien de la réduction, de même qu'il était difficile de faire franchir au fragment supérieur le rebord saillant et de le faire tomber dans la cavité épiphysaire.

C'était le condyle externe qui faisait saillie au dehors; c'était la saillie du condyle interne qui se sentait au creux poplité.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TARNIER. Messieurs, dans la dernière séance j'ai montré, preuves en main, que la mortalité des femmes en couches est beaucoup plus considérable dans les Maternités que dans la clientèle particulière. Je suis donc en mesure d'aborder immédiatement le deuxième point du programme que je me suis tracé, en recherchant les causes de cette mortalité.

2° *Quelles sont les causes de la mortalité des femmes en couches ?*

La cause la plus fréquente de la mort des nouvelles accouchées est incontestablement la fièvre puerpérale, qu'on décrit encore sous les noms divers de péritonite, de métro-péritonite, de phlébite utérine. Peu importe d'ailleurs le nom que je lui donne ici, car je n'y discute pas la nature de la maladie et chacun de vous comprend quelles sont les affections que je désigne sous le nom de fièvre puerpérale. Des maladies étrangères pour ainsi dire à l'état puerpéral, font périr, il est vrai, quelques nouvelles accouchées, mais la proportion de ces affections est relativement peu considérable. Une simple assertion suffirait, je pense; et probablement personne ne me contredirait, mais j'aime mieux m'appuyer sur des chiffres. En admettant qu'en pareille matière une statistique régulière soit possible, voici ce qu'elle nous apprend :

En 1862, un relevé fait dans la plupart des hôpitaux de Paris, donne les résultats suivants pour les femmes en couches :

Décès par affections puerpérales. . . .	481
Décès par maladies diverses.	85

A ce premier tableau, qui émane de l'administration de l'Assistance publique, M. Le Fort a ajouté un relevé qu'il emprunte à Späth et que je crois également utile de reproduire.

Décès par affections puerpérales. . . .	210
Décès par maladies diverses. . . .	26

Ces deux statistiques réunies prouvent que le rapport des maladies de toute espèce est aux maladies puerpérales dans la proportion de 1 à 6.

Examinons maintenant quelles sont les causes des maladies puerpérales, ou si l'on veut, de la fièvre puerpérale. Ces causes sont assurément multiples, difficiles à bien apprécier dans leur ensemble; il importe cependant de trouver les plus communes et par conséquent les plus dangereuses. On a tour à tour invoqué les saisons, la primiparité, la longueur du travail et les difficultés de l'accouchement. Je ne mentionne ainsi que les questions principales de cette étiologie, qui a été fort bien étudiée par M. Lasserre; j'ai fait autrefois de nombreux emprunts à la thèse de cet auteur, et plus récemment, M. Le Fort la prenait comme modèle. Je passerai donc rapidement sur des faits bien connus, sans m'arrêter aux détails.

Saisons. — Tous les mois de l'année ont présenté des épidémies; elles ont éclaté pendant toutes les températures, au milieu de toutes les conditions hygrométriques et atmosphériques. Suivant M. Lasserre, le relevé des épidémies qui ont sévi à la Maternité de Paris pendant douze années consécutives, de 1830 à 1841, montre qu'aucune saison ne met à l'abri de la fièvre puerpérale. Dans le même laps de temps, les six mois froids de l'année ont fourni une mortalité de 868 décès sur 18,108 accouchements; soit 1 sur 20. Les six mois chauds, sur 15,956 accouchements, ont donné 455 décès, soit 1 sur 34. Des recherches analogues faites par M. Hervieux, répétées par M. Le Fort, il résulte bien évidemment que la mortalité des nouvelles accouchées est plus considérable pendant les saisons froides et qu'elle s'affaiblit dans les mois les plus chauds. Cette différence tient, je crois, moins à la température qu'au renouvellement de l'air qui se fait plus difficilement en hiver qu'en été.

Primiparité. — C'est un fait bien connu aujourd'hui, que les femmes primipares sont plus exposées que les multipares à la fièvre puerpérale. M. Lasserre, sur 1,025 primipares, a vu 66 décès, et sur 1,314 multipares, 21 décès seulement. Les recherches de M. Botrel, de M. Charrier, les miennes, celles de M. Le Fort, confirment la même remarque.

Accouchements difficiles. — Les accouchements longs, difficiles, ceux qui réclament une intervention chirurgicale, sont certainement plus souvent suivis de péritonite mortelle que les accouchements naturels, tout le monde est d'accord à ce sujet; on peut donc se demander si la mortalité plus grande des hôpitaux ne tient pas en partie à ce que les cas difficiles viennent s'y accumuler, tandis que les accouchements naturels se font dans la ville. A cela il faut répondre que, même dans une Maternité, les opérations sont relativement rares et que leur gravité n'a qu'une très-faible influence sur la mortalité générale. M. Le Fort l'a nettement indiqué avec une statistique empruntée aux hôpitaux de Vienne. Ne voyons-nous pas d'ailleurs, à Paris, que les hôpitaux les plus malheureux ne sont pas ceux où sont dirigés de préférence les accouchements difficiles? Un seul hôpital fait peut-être exception; je veux parler de la Clinique, où de tous les quartiers de Paris on amène des femmes qui ont déjà subi chez elles des opérations restées sans résultat, et M. Depaul est obligé de terminer l'accouchement au milieu de conditions qui avaient souvent compromis par la vie de la femme. La mortalité de l'hôpital des Cliniques est donc grossie par les accouchements qui viennent de l'extérieur, et malgré cela, elle y est encore bien moins considérable qu'à Saint-Antoine et à Lariboisière, qui n'attirent cependant qu'un nombre très-restreint d'accouchements difficiles.

Jusqu'ici rien ne nous a révélé la cause de la différence de la mortalité dans la ville et dans les hôpitaux. Tiendrait-elle par hasard à la détresse physique et aux conditions morales dans lesquelles vivent les femmes qui cherchent un refuge dans les Maternités?

Détresse physique. — Sans aucun doute la population des hôpitaux se recrute dans une classe misérable, mal logée, mal nourrie, épuisée depuis longtemps, qui doit par conséquent mal résister aux maladies. C'est évidemment là un fait général. Mais ces conditions déplorables se retrouvent au plus haut degré dans les bureaux de bienfaisance, où les accouchements donnent cependant des résultats extrêmement satisfaisants. D'ailleurs, la même population accouche quelquefois très-heureusement dans un hôpital où ne règne pas la fièvre puerpérale, pendant qu'elle est décimée là où sévit la maladie. Sans que la misère diminue, la santé peut être partout excellente; sans qu'elle augmente, la mortalité devient parfois effroyable. J'accorde volontiers que la misère est une cause adjuvante des maladies puerpérales, mais à elle seule elle n'engendre pas la mort.

Détresse morale. — Un raisonnement analogue peut être fait pour les conditions morales des femmes enceintes. Quand une femme mariée se rend à l'hôpital, elle regrette, a-t-on dit, de quitter son mari et ses enfants; mais les filles-mères sont bien plus malheureuses encore, parce qu'elles sont tourmentées par le regret de la faute commise, le repentir, la crainte de ne pas pouvoir élever leurs enfants, le désespoir d'être obligées de les abandonner. Au milieu d'un semblable affaissement moral, la mort doit donc faire de bien nombreuses victimes, surtout parmi les filles-mères. La statistique est invoquée et elle répond qu'effectivement les filles-mères succombent en plus grand nombre que les femmes mariées. Ainsi, à Lyon, les services exclusivement réservés aux femmes mariées sont moins éprouvés, moins meurtriers que les services réservés aux filles-mères. Il est vrai que cette séparation amenant forcément des conditions différentes dans l'hygiène générale, la preuve n'est pas complète. Mais à Paris, où les femmes mariées et les filles-mères occupent les mêmes salles, la mortalité est moins grande parmi les premières que parmi les secondes. C'est ce que démontre la statistique suivante dont les éléments, puisés à la Maternité, m'ont été communiqués par l'administration de l'Assistance publique :

1861 :							
Femmes-mariées.	342	accouch.	29	décès	= 8,48 0/0	= 1 s.	11,79.
Filles-mères	1,773	—	219	—	= 12,35 0/0	= 1 s.	8,10.
1863 :							
Femmes mariées.	404	accouch.	39	décès	= 9,65 0/0	= 1 s.	10,36.
Filles-mères	1,602	—	237	—	= 14,79 0/0	= 1 s.	6,76.
1865 :							
Femmes mariées.	276	accouch.	29	décès	= 10,51 0/0	= 1 s.	9,51.
Filles-mères	1,254	—	281	—	= 22,41 0/0	= 1 s.	4,46.

Si ces résultats ne sont pas un jour démentis par une statistique plus complète, il est donc démontré que les filles-mères meurent en plus grand nombre que les femmes mariées. C'est là une vérité dangereuse à dire, parce qu'on sera enclin à y attacher trop d'importance et à y trouver la cause irrémédiable de la fièvre puerpérale. Je me hâte donc de rappeler que les décès de femmes mariées sont cependant encore effroyables en nombre : 1 sur 11 en 1861, 1 sur 10 en 1863, 1 sur 9 en 1865. Ces chiffres restent lamentables, quand on les compare à ceux de la ville. Je répéterai enfin qu'à certaines époques les filles-mères guérissent toutes malgré leur mauvais état moral. Faisons donc la part de la détresse morale, mais n'y cherchons pas la cause principale des maladies puerpérales.

Ce que j'ai dit jusqu'ici de l'étiologie n'éclaire pas suffisamment la question, il faut donc trouver d'autres explications plus satisfaisantes.

La fièvre puerpérale est-elle purement sporadique? Mais pourquoi, dans cette hypothèse, la mortalité serait-elle plus grande à l'hôpital qu'en ville.

La fièvre puerpérale est-elle épidémique? L'influence épidémique a été trop souvent invoquée pour que nous ne lui accordions pas quelque importance. Sous l'influence d'une cause inconnue dans sa nature, on voit la fièvre puerpérale sévir avec une intensité et une gravité singulières, soit dans telle ou telle Maternité, dans tel ou tel pays en particulier, soit dans toutes les contrées du globe, comme en 1819, ainsi que l'a dit M. Danyau. On pourrait facilement citer d'autres exemples d'épidémie de fièvre puerpérale; cependant je dois dire que notre collègue M. Le Fort ne croit pas à ces épidémies qu'il traite de chose imaginaire, et d'un trait de plume il les condamne à rentrer dans le néant. M. Le Fort a été conduit à une opinion aussi radicale par la comparaison de la mortalité dans les différents hôpitaux d'une même ville, Paris et Saint-Pétersbourg par exemple.

Les tracés graphiques de la mortalité pour l'hôpital des Cliniques et la Maternité suivent, d'après M. Le Fort, des courbes tellement différentes, qu'il est impossible de songer à une même influence épidémique. Malgré toute ma bonne volonté je ne puis cependant pas oublier qu'il y a quelques semaines à peine la fièvre puerpérale régnait en même temps à la Clinique, à la Maternité et à Cochin. Je ne suis donc pas aussi convaincu que M. Le Fort, même après avoir attentivement examiné ses tracés graphiques, car les lignes de mortalité, sans être parallèles, s'y rapprochent souvent; puis çà et là montrent tout à coup des écarts singuliers qui semblent nous avertir que l'influence épidémique n'est pas la seule à invoquer dans l'étiologie. Je crois aux épidémies de fièvre puerpérale, mais je déclare bien net qu'elles doivent s'appesantir aussi bien sur la ville que sur l'hôpital. Elles peuvent donc nous expliquer pourquoi certaines années sont si funestes aux femmes en couches, mais elles nous laissent tout à fait ignorer pourquoi la mortalité est plus grande à l'hôpital qu'en ville.

Infection et contagion. — Les maladies puerpérales, quoique épidémiques, peuvent obéir à d'autres influences telles que l'infection et la contagion que je me garderai bien de définir. C'est une discussion de mots que de chercher à séparer l'infection de la contagion lorsque l'empoisonnement est produit par des émanations qui proviennent d'un organisme malade, et qui vont engendrer une maladie semblable à celle qui en a été le foyer primitif. J'adopterais cependant volontiers la manière de voir de M. Hervieux; selon ce médecin, quand plusieurs accouchées sont réunies dans une même salle, si toutes se portent bien il n'y a pas infection, bien que l'air soit vicié; mais si l'une d'elles devient malade, un élément toxique nouveau est produit et ce miasme, puisqu'il faut l'appeler par son nom, empoisonne bientôt le milieu dans lequel vivaient les nouvelles accouchées ainsi que le mobilier de la salle, et la maladie se propage aux femmes restées saines jusque-là. L'infection serait donc un empoisonnement de l'air, des objets de literie, des murs, du plafond, du parquet, qui retentirait par contre-coup sur les femmes restées bien portantes.

L'infection ainsi comprise, m'amène à parler de l'encombrement ainsi que des grandes et des petites Maternités. Il est clair en effet que par tout où les malades seront agglomérées, l'infection fera des victimes plus nombreuses, et que pour la même raison la mortalité sera plus forte dans les grandes Maternités que dans les petites. Toutes les statistiques sont là pour prouver que la réunion dans un même lieu d'un grand nombre de malades est déplorable au point de vue de l'hygiène.

La contagion serait comme l'infection un empoisonnement transmis d'une malade à une femme saine; mais ici le mode de transmission serait différent. Le poison passerait directement d'une femme à une autre, sans avoir besoin d'être répercuté par les objets environnants; et je ne vois pas comment on pourrait nier cette transmission directe si l'on admet la transmission par infection, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la salle et de son mobilier. Entre les deux, il n'y a pas de différence radicale.

Les miasmes peuvent encore être transportés à une distance plus ou moins considérable par des tiers : médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes, élèves, infirmiers..... C'est là un mode de propagation qu'il est très-intéressant d'étudier; malheureusement cette contagion médiate n'est pas facile à démontrer dans les hôpitaux, car chaque fois qu'elle se produit, on se trouve en même temps dans des conditions favorables à l'iufection, et il est impossible de faire la part qui revient à chacune d'elles. Il faut donc chercher des exemples probants dans la clientèle particulière où des difficultés d'un autre genre obscurcissent le problème; je rappellerai cependant deux faits observés et publiés par M. Depaul. Dans ces deux circonstances, M. Depaul ayant fait un accouchement quelques moments après avoir pratiqué une autopsie de femme morte de fièvre puerpérale, des accidents mortels apparurent bientôt chez ces deux accouchées qui succombèrent promptement. On comprend jusqu'à un certain point que dans un cas pareil, l'empoisonnement soit facile, car chacun sait avec quelle persistance l'odeur de l'autopsie imprègne les mains malgré les lavages les mieux faits. De pareils malheurs ont toujours été exceptionnels, et deviendront maintenant impossibles parce que le public médical est prévenu du danger. A propos de ces faits il convient aussi de parler de l'opinion du docteur Arneth et de Semelweis, qui ont pensé que des étudiants quittant un amphithéâtre de dissection pour venir dans une salle d'accouchements pouvaient introduire des matières septiques en pratiquant le toucher et produire ainsi un empoisonnement mortel. Je ne crois pas à ce dernier mode de propagation des maladies puerpérales; s'il en était ainsi, les Maternités exclusivement réservées aux élèves sages-femmes devraient offrir une mortalité beaucoup moins considérable que celles qui sont affectées aux étudiants, et il n'en est rien. D'un autre côté, si je compare la mortalité relativement faible de l'hôpital des Cliniques où les femmes sont touchées par un grand nombre d'étudiants, à la mortalité plus considérable de l'hôpital Saint-Antoine et Lariboisière où les malades ne sont pas ou sont trop peu touchées, je refuse de croire à l'introduction et à l'absorption des matières septiques au moment du toucher vaginal.

Je reviens au transport de la maladie par le médecin ou la sage-femme; des faits ont été cités en assez grand nombre par MM. Paul Dubois et Danyau (1); ils ont été reproduits par M. Le Fort. Ils semblent d'ailleurs tous calqués sur le même modèle. Toujours on y voit un médecin ou une sage-femme perdre dans sa clientèle plusieurs nouvelles accouchées de suite, pendant que dans les clientèles voisines, faites par d'autres personnes, les accouchements ne sont suivis d'aucun accident. De pareilles remarques ne suffisent pas à un point de vue rigoureusement scientifique; mais je crois à ces faits pour mon compte personnel, parce qu'une pareille croyance ne peut avoir aucun inconvénient, et qu'elle force les médecins à prendre toutes les précautions imaginables contre ce mode de contagion, qui peut être vrai dans quelques circonstances. Ce qu'il faut regretter, c'est qu'une fois sur cette pente on glisse facilement vers l'exagération. Que de fois, par exemple, n'ai-je pas entendu accuser M. Danyau, pendant qu'il était chirurgien en chef de la Maternité, d'emporter avec lui la fièvre puerpérale dans la ville. Or, la vérité est que M. Danyau ne visitait que la salle d'accouchements, mais qu'il ne voyait jamais à l'hôpital une seule femme accouchée, bien portante ou malade, et qu'il ne mettait jamais les pieds à l'ampbithéâtre où se pratiquaient les autopsies.

En résumé, la contagion pourrait s'opérer par trois modes différents : 1° Directement de malade à malade; 2° Par le transport du principe contagieux par un tiers; 2° Par le fait de l'hôpital qui répercuterait le poison dont il aurait été saturé par les malades. Selon moi, la contagion ainsi comprise, joue un grand rôle dans la mortalité observée dans les hôpitaux, et rend parfaitement bien compte de la différence qui existe entre les décès de la ville et ceux des Maternités. C'est seulement en acceptant ces idées qu'on arrive à une explication satisfaisante de l'étiologie de la fièvre puerpérale. Ne voit-on pas, en effet, quen ville la contagion doit être à peu près impossible, puisque les nouvelles accouchées sont forcément séparées les unes des autres, tandis qu'à l'hôpital tout semble fait pour favoriser le développement du principe contagieux.

L'idée de la contagion est depuis longtemps acceptée à l'étranger, ce n'est que plus tard qu'elle a pénétré en France; elle a cependant été défendue par MM. Danyau et Depaul, en 1858, à propos de la discussion sur la fièvre puerpérale; j'avais, de mon côté, consacré la plus grande partie de ma thèse inaugurale à la défense de la même opinion. Depuis dix ans la doctrine de la contagion a fait de très-nombreux partisans; l'évidence des faits avait dissipé le doute, et je crois être dans le vrai en affirmant que depuis un certain temps la propagation des maladies puerpérales par contagion avait rencontré en France beaucoup plus de défenseurs que d'adversaires. C'est donc bien à tort que M. Le Fort nous gourmande à ce sujet et nous reproche de laisser ces idées se développer à l'étranger, y préparer le progrès et de fermer systématiquement les yeux devant la lumière. La cause que M. Le Fort défend aujourd'hui avec ardeur est bonne, sans aucun doute, mais elle était déjà gagnée depuis plusieurs années.

Pour compléter l'étude de l'étiologie, il est curieux et important de rechercher quelles sont les femmes qui, dans le même hôpital, sont les plus exposées à la fièvre puerpérale, quelles sont celles qui doivent, au contraire, échapper, presque à coup sûr, à ce fléau. Plus une femme s'éloigne du moment de son accouchement et plus le danger diminue pour elle. C'est du moins ce qui résulte d'un tableau où j'ai noté l'époque de l'invasion des accidents :

Immédiatement ou peu après l'accouchement..	21 fois.
Un jour après l'accouchement	27 —

(1) *Bulletin de l'Académie*, 1858.

Deux jours après	20 —
Trois jours après	11 —
Quatre jours après	4 —
Cinq jours après	1 —
Six jours après	0 —
Sept jours après	0 —
Huit jours après	3 —
Après le huitième jour	0 —

Ces recherches ont été faites, il est vrai, pour une seule année; elles montrent néanmoins bien clairement que, le plus souvent, c'est dans les trois premiers jours qui suivent l'accouchement que se déclare la fièvre puerpérale; plus rarement la maladie commence du cinquième au huitième jour; nous ne l'avons jamais vue naître après cette époque. Des exceptions pourront être citées, sans aucun doute, mais je maintiens que le début de la maladie éclate rarement après le huitième jour. Cette remarque sera utilisée quand je parlerai de l'aménagement des Maternités.

Les femmes enceintes opposent de même une très-grande résistance au développement de la fièvre puerpérale. J'ai soutenu jadis l'opinion contraire; mais j'y renonce, et je confesse aujourd'hui mon erreur. J'ai ainsi changé d'avis en 1862; j'avais été convaincu par M. Pajot qui dirigeait alors le service de la Clinique en remplacement de M. Dubois. Une épidémie grave ayant éclaté, M. Pajot, pour diminuer dans la salle le nombre des accouchées y fit placer des femmes enceintes qui se trouvaient ainsi dans le rapport le plus complet avec des femmes malades. Or, pendant que les nouvelles accouchées mouraient en très-grand nombre, pas une femme enceinte ne devint malade. La démonstration me paraît évidente; elle trouvera cependant des contradicteurs, au milieu desquels j'aurai le regret de compter M. Depaul; je sais aussi que M. Hervieux, par exemple, aurait vu bon nombre de femmes enceintes devenir malades avant d'accoucher. Mais jusqu'à ce que ces observations soient publiées je les regarderai comme non avenues. Qu'on m'apporte d'ailleurs, si l'on veut, quelques observations éparses çà et là, et péniblement réunies, je leur opposerai des centaines et des milliers d'observations de mort chez les nouvelles accouchées. Je persisterai donc à croire à l'immunité presque complète des femmes enceintes.

L'acclimatement ou séjour à l'hôpital pendant un laps de temps plus ou moins considérable, avant l'accouchement, avait paru, d'après quelques recherches, exercer une influence favorable sur la décroissance de la mortalité. M. Lasserre avait attiré l'attention sur ce point et en avait donné le résumé suivant :

Plus de huit jours à l'hôpital.	791 femmes,	18 décès.
Moins de huit jours.	528 —	47 —
Entrées à l'hôpital en travail.	1,020 —	52 —

MM. Botrel et Charrier avaient confirmé les recherches de M. Lasserre; de mon côté, j'étais arrivé à peu près au même résultat. Ainsi, sur 1,868 femmes accouchées dans les dix premiers jours qui ont suivi leur entrée à la Maternité dans l'année 1856, 120 succombèrent, soit 2 sur 20, tandis que sur 351 femmes qui séjournèrent à l'hôpital pendant plus de dix jours, 9 seulement succombèrent, soit 2 sur 76. Je m'étais donc cru autorisé à affirmer que l'acclimatement était favorable aux femmes qui viennent demander un refuge dans les Maternités, et qu'il fallait favoriser autant que possible leur entrée quelques jours avant l'accouchement. C'était là un moyen simple de prophylaxie. Malheureusement, ma statistique était fondée sur un trop petit nombre de chiffres, et M. Hervieux, en voulant vérifier ces résultats, a trouvé qu'ils étaient faux. Il résulte en effet d'un relevé statistique fait à la Maternité sur la demande de M. Hervieux, pour une période de dix ans, que la proportion des femmes mortes après avoir séjourné dans l'hôpital quelque temps avant l'accouchement est notablement supérieure à la proportion des femmes accouchées le jour de leur entrée. Ainsi, sur 21,029 femmes admises à la Maternité de l'année 1855 à l'année 1864 inclusivement, on compte 8,123 femmes accouchées le jour même de leur admission, et 12,906 ayant séjourné dans la maison de deux jours à un mois et plus avant leur accouchement. Or, sur le chiffre de 8,123 il y eut 564 décès, sur le chiffre de 12,906 on relève 1,208 décès, ce qui nous donne une mortalité de 6,82 pour 100 pour les femmes accouchées le jour de leur entrée et de 9,35 pour 100 pour celles qui avaient préalablement séjourné dans la maison.

Pour décider cette question, j'ai demandé à l'administration de l'Assistance publique un nouveau travail qui rend compte du mouvement de la Maternité de l'année 1860 à l'année 1865. On y trouve les chiffres suivants :

Femmes accouchées le jour de leur entrée	4187
Décès	427
Proportion. . . . . 10,20 0/0.	
Femmes accouch. dans les 8 jours qui ont suivi leur entrée.	4597
Décès	604
Proportion. . . . . 13,14 0/0.	
Femmes ayant séjourné plus de huit jours	1969
Décès	254
Proportion. . . . . 12,90 0/0.	

Il résulterait de ce tableau que la mortalité serait surtout considérable chez les femmes qui accouchent dans les huit jours qui suivent leur admission à l'hôpital; qu'elle diminuerait un peu chez les femmes dont le séjour à l'hôpital avant l'accouchement aurait duré plus de huit jours; qu'elle serait enfin moins considérable encore pour les femmes qui accouchent le jour de leur entrée. J'ai donné les chiffres tels que je les avais, mais après avoir commis une erreur au profit de l'acclimatement, je ne me sens pas la hardiesse de conclure en sens contraire, et je reste dans le doute jusqu'à plus ample information.

Je ne veux pas fatiguer plus longtemps votre attention en agitant de nouvelles questions d'étiologie restées indécises jusqu'ici; la seule vérité démontrée, c'est que la contagion ou l'infection, que je ne veux pas séparer à dessein, est la cause des ravages exercés par la fièvre puerpérale dans les Maternités. Si cette conclusion devait être attaquée, j'en changerais volontiers les termes pour éviter toute controverse, et je dirais, sûr cette fois de ne pas me tromper : c'est l'*hôpital* qui, dans son ensemble, engendre une mortalité excessive ; c'est dans la ville, au contraire, que la mortalité est aussi faible que nous puissions le souhaiter dans les conditions actuelles de la vie humaine.

Le problème se trouve de cette façon singulièrement simplifié. Pour le résoudre il me suffit de dire en quoi les conditions de l'hôpital diffèrent de celles de la ville : à l'hôpital les malades sont réunies en plus ou moins grand nombre dans une même salle, où les accouchées se succèdent sans interruption. Les femmes ainsi agglomérées réagissent d'une manière fâcheuse les unes sur les autres, et les miasmes qui se dégagent ne tardent pas à empoisonner la literie, le parquet, les murs qui deviennent pour ainsi dire malades, à leur tour, aptes par conséquent à perpétuer la maladie.

En ville, au contraire, chaque femme a une chambre isolée et celle-ci ne sert qu'une fois, par hasard, à un accouchement. Ici la nouvelle accouchée n'a pas de voisine qui puisse être contaminée, et si par malheur elle est atteinte de fièvre puerpérale, c'est là un fait qui reste isolé.

Je suis donc conduit par l'observation et la logique, à expliquer la mortalité des Maternités par deux causes principales : 1° la réunion de plusieurs accouchées dans une même salle; 2° l'occupation successive du même logement et du même lit par plusieurs accouchées. En formulant ainsi ma pensée, il est bien entendu que je veux appeler l'attention sur les points principaux de l'étiologie de la fièvre puerpérale, sans oublier toutefois l'influence secondaire des autres causes précédemment étudiées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 12 mars 1866, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Morand, Barberet, Valois, Martin, Nuzillat, Fourgeaud, médecins-majors de 2e classe.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Casteran, Pineau, Rioufol, Brunet, Glatigny, Virlet, Fossard, Vernier, Collignon, Sala, Kopf, Coze, Mancha, Noel, Hayer, Tamisier, médecins aides-majors de 1re classe.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Quatrefages, pharmacien-major de 2e classe.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Lamotte, pharmacien aide-major de 1re classe.

— M. le docteur Delacroix vient d'être nommé médecin des eaux thermales de Luxeuil.

— M. Dolbeau, chargé de suppléer M. le professeur Jobert de Lamballe, commencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, le mardi 10 avril, à neuf heures. Visite des malades à huit heures.

— M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera, à l'hôpital des Enfants malades, le Cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été), le mercredi 11 avril et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures et demie;

Leçons à l'Amphithéâtre, le mercredi à neuf heures.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le *jeudi* 12 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure.

Cours de philosophie chimique, de la constitution de la matière, leçon faite le 5 janvier 1866, par M. A. Maquet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-4° de 15 pages. Prix: 75 cent. — Paris, 1866, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. Le Soued.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 42. — MARDI 10 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 10 AVRIL 1866. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 AVRIL 1866.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

L'épidémie cholérique, qui a si cruellement sévi en Orient et dans le midi de l'Europe, a été l'occasion d'actes de dévouement multipliés et éclatants. Partout où le fléau s'est manifesté, des efforts de zèle et de courage ont été déployés pour le combattre. Médecins et élèves en médecine, sœurs de charité et infirmiers, consuls et agents consulaires, magistrats et citoyens de tout ordre, ont activement concouru à cette œuvre d'humanité. Nous pouvons constater avec un légitime orgueil qu'à l'étranger, la France, dignement représentée, n'a point failli à sa noble mission. Non-seulement ceux de nos nationaux que leurs fonctions plaçaient au lieu même du danger sont restés à leur poste, mais d'autres, en grand nombre, sont allés spontanément offrir leurs services aux populations décimées par le choléra, et les ont assistées pendant toute la durée de la maladie. Quelques-uns ont payé de la vie leur dévouement, et l'hommage qui leur est aujourd'hui rendu ne s'adresse malheureusement qu'à leur mémoire.

Votre Majesté a voulu ne pas laisser sans récompense des actes qui ont honoré à ce point le nom français, et déjà, d'après ses ordres, chacun de ses ministres lui a soumis, dans l'état des faits connus et vérifiés, pour les fonctionnaires ou autres personnes relevant de chacun d'eux, des propositions pour des promotions dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur. Il a paru d'ailleurs à Votre Majesté qu'il conviendrait de rappeler, en les résumant dans un rapport d'ensemble, les titres qui ont motivé ces diverses propositions, et c'est ce rapport que je viens présenter à Votre Majesté, en laissant de côté ce qui concerne le personnel dépendant du ministère de la guerre et du ministère de la marine pour lequel des mesures spéciales ont été prises par les ministres de ces deux départements.

C'est en Égypte d'abord, après la dispersion des pèlerins de la Mecque, que l'épidémie fait sa première apparition : elle envahit Alexandrie, puis le Caire, puis d'autres villes de l'Égypte, et successivement la Syrie et tous les pays voisins de la mer Rouge; à Alexandrie, au Caire, à Smyrne, à Beyrouth, dans toutes les localités enfin où le choléra sévit avec intensité, nos consuls et nos agents consulaires ont su prendre la plus énergique et la plus honorable initiative, et donné des preuves d'un dévouement qui ne s'est pas un seul instant démenti. A Alexandrie, nous devons citer en première ligne M. Outrey, consul général, et parmi les agents sous ses ordres, MM. Tricou, élève consul, et Dobignie, chancelier du consulat, qui se sont multipliés pour organiser des secours sur tous les points; au Caire, M. Roustan, gérant du consulat de France, qui a su faire face à tous les besoins, malgré les faibles ressources dont il disposait; à Beyrouth, MM. Bernard des Essarts, notre consul général, et Sauvaire, drogman chancelier; à Tripoli de Syrie, M. Blanche, agent vice-consul de France; à Smyrne, M. le comte Bentivoglio, notre consul général, et M. Guérin, drogman chancelier du consulat, dont la conduite pendant toute la durée de l'épidémie a été signalée à la reconnaissance publique; enfin à Larnaca, île de Chypre, M. le comte de Maricourt paye de sa vie sa coopération directe à tous les actes ayant pour but de sauvegarder la santé publique ou de venir au secours de malheurs privés.

Cette mort si regrettable n'a pas permis au Gouvernement d'accorder à M. le comte de Maricourt la récompense qu'il avait si bien méritée. Mais, heureusement, il n'en a pas été de même pour ses collègues, et Votre Majesté a daigné, sur la proposition de M. le ministre des affaires étrangères, conférer la croix d'officier de la Légion d'honneur à MM. Outrey et le comte de Bentivoglio, et la croix de chevalier à MM. Tricou, Dobignie, Roustan, Sauvaire, Planche et Guérin. La croix de commandeur a été conférée à S. Exc. Mehemed-Rachid-Pacha, muchir et gouverneur général de Smyrne, qui a largement payé de sa personne pendant l'épidémie.

Ce n'est pas seulement en Orient que les agents consulaires français se sont distingués : à Malte, en Italie, en Espagne, on les trouve à leur poste et donnant à tous l'exemple du courage. Il convient de citer à Ancône, M. le comte de Castellane, consul de France, qui a installé dans sa propre maison l'ambulance des cholériques, méritant ainsi que la municipalité lui décernât les honneurs du patriciat. A Carthagène, M. le consul de France Partiot s'est dévoué avec une rare énergie pour venir en aide à tous les malades sans distinction de nationalité. Votre Majesté a daigné, sur la proposition de M. le ministre des affaires étrangères, accorder la croix d'officier au premier et la croix de chevalier au second.

A côté de nos agents consulaires, plusieurs médecins français ont aussi noblement payé de leur personne. A leur tête se placent :

Le docteur Japhet, médecin principal de la marine et médecin sanitaire à Smyrne, qui a fait preuve d'un zèle infatigable, soit en assistant les malades, soit en organisant les secours dont ils pouvaient avoir besoin;

Le docteur Horteloup, membre de la mission médicale envoyée de France en Égypte par les soins de mon département, chargé spécialement à Beyrouth du service de l'hôpital et de l'orphelinat, y a rendu les services les plus signalés; dirigé ensuite sur Laïda, où l'épidémie a fait les plus cruels ravages, son énergie et son dévouement ont puissamment contribué à relever le moral de la population de cette ville; enfin, il ne s'est pas moins distingué à Damas, où il s'était empressé d'accourir, mandé par l'un de ses collègues tombé malade;

Le docteur Verguin, médecin embarqué à bord du paquebot des Messageries impériales *l'Erymanthe*, s'est empressé, avec d'autres de ses confrères, de débarquer, au premier appel du consul de France à Suez, pour soigner les malades, et s'y est fait remarquer par un dévouement exceptionnel;

Le docteur Arnoux-Bey, intendant sanitaire au Caire et chargé par intérim des fonctions de médecin sanitaire, étant en congé pour cause de maladie, s'est hâté de revenir au Caire, où sévissait l'épidémie, et a fait preuve du plus grand zèle.

Votre Majesté a daigné conférer, sur ma proposition, la croix d'officier de la Légion d'honneur à M. Japhet, et la croix de chevalier à MM. Horteloup et Verguin, et, sur la proposition de S. Exc. M. le ministre des affaires étrangères, la croix de chevalier à M. Arnoux-Bey.

Ces distinctions, si noblement acquises, en même temps qu'elles récompensent d'éminents services, sont un puissant motif d'émulation pour ceux qui se trouveraient, à l'avenir, en présence de semblables calamités; ils sauront que la France et l'Empereur ont toujours les yeux ouverts sur ceux qui, même à l'étranger, les servent en servant l'humanité.

Qu'il me soit permis enfin, Sire, avant de quitter les faits qui se sont accomplis à l'extérieur, de rendre un public hommage au dévouement hors ligne des membres des différentes communautés religieuses, Français pour la plupart, et surtout à nos sœurs de charité de Saint-Vincent-de-Paul; sur la proposition de M. le ministre des affaires étrangères, Votre Majesté a daigné nommer chevaliers de la Légion d'honneur le R. P. Lion, vice-président de la mission des RR. PP. dominicains à Mossoul, qui a prêté le concours le plus efficace au consul de France, et M. l'abbé Cirilli, vicaire délégué apostolique du patriarche de Jérusalem à Larnaca, qui a assisté M. le comte de Maricourt jusqu'à ses derniers moments. Quant à nos sœurs de charité, nous n'avons pas à demander la décoration pour elles, toutes l'auraient méritée; qu'il me suffise de répéter ici ce que m'écrivait récemment M. le ministre des affaires étrangères : « Appelées en Italie, dans toutes les localités où le choléra s'est déclaré, et notamment à Ancône, partout les sœurs de charité se sont fait bénir par les populations; là, comme en Orient, on a eu à déplorer la mort de plusieurs de ces saintes femmes, tombées victimes d'un zèle qui brave les fatigues et les dangers, et qu'égale seule leur modestie. »

Je propose d'ailleurs à Votre Majesté de décerner pour les actes de dévouement accomplis à l'étranger un certain nombre de médailles qui sont indiquées au tableau joint au présent rapport, savoir : 20 médailles d'or, 38 médailles d'argent et 1 médaille de bronze. Des lettres de félicitations ont été adressées par M. le ministre des affaires étrangères à MM. le ministre de la police à Constantinople; le consul d'Angleterre dans cette ville; Valerga, patriarche de Jérusalem; Bernard des Essarts, consul général de France à Beyrouth; Bertrand, consul à Alep; Emmerat, consul de France à Suez, et Sciama-Bey, directeur des ponts et canaux du gouvernement égyptien; Duthoit, architecte en mission dans l'île de Chypre; Yassim-agha, chef de la police, et Ethem effendi, écrivain à Smyrne; de Vallat, consul général de France à Barcelonne; Denoix, consul de France à Palma, et Castor Hanez de Aldecoâ, gouverneur civil de Valence.

A l'intérieur, trois départements ont été plus gravement éprouvés par l'épidémie : Le Var, les Bouches-du-Rhône et la Seine. Dans le premier, trois villes ont été atteintes d'une manière notable, Toulon, La Seyne, Solliès-Pont; dans le second, deux villes, Marseille et Arles; dans le troisième enfin, la ville de Paris.

A Toulon, à la Seyne et à Solliès-Pont, des actes nombreux de courage ont été accomplis dans tous les rangs, dans toutes les situations. Le mal avait pris des proportions considérables, les dévouements ont été au niveau du mal, et il n'y a eu pour le gouvernement qu'une difficulté, celle de choisir, entre tous, ceux auxquels devaient être accordées des récompenses exceptionnelles.

Cependant, après mûr examen des désignations faites par l'autorité locale, et des motifs qui les avaient inspirées, nous avons pu, mes collègues et moi, appeler l'attention particulière de Votre Majesté sur les dévouements qui s'étaient manifestés avec le plus d'éclat, et que je vais retracer ici en peu de mots :

A Marseille, les membres de la commission hospitalière, de la commission de bienfaisance et du corps médical ont eu particulièrement une attitude digne des plus grands éloges. On doit citer MM. Seren et Jules Grandval qui ont assidûment visité les malades dans les hospices ou dans les quartiers infestés par l'épidémie; MM. Seux et Rivière de la Souchère, médecins des hôpitaux, ainsi que M. Dauvergne, chef interne à l'Hôtel-Dieu, qui ont fait preuve du plus grand zèle. Votre Majesté a récompensé leurs services par la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Roberty, médecin en chef des épidémies dans le département des Bouches-du-Rhône, et M. Audemar, maire de Toulon, auraient été sans doute, et en première ligne, l'objet de distinctions analogues. Les récentes promotions de M. Roberty au grade d'officier et de M. Audemar au grade de chevalier de la légion d'honneur n'ont laissé d'autre moyen de récompenser leur zèle et leurs services que de les constater une fois de plus. Ils sont proposés pour des médailles d'or dans le tableau que je soumets à l'approbation de Votre Majesté.

A Toulon, M. l'abbé Liautard, curé doyen archiprêtre, a secondé l'administration avec autant de calme que de résolution; M. Martini, suppléant du juge de paix, malgré ses quatre-vingt-huit ans, a montré un courage et un sangfroid admirables et s'est multiplié pour assurer à lui seul le service de la justice. M. Billon, juge d'instruction, déjà signalé par son dévouement lors des épidémies de 1855 à 1860, est revenu à son poste, quoique malade, a fait partie des commissions d'ambulance et a passé des nuits entières dans les bureaux de secours. Le sous-préfet, M. Coupier, a donné à tous les plus nobles exemples. M. le docteur Calvy, premier médecin en chef de l'hôpital civil, a fait preuve d'un zèle et d'une abnégation remarquables. MM. Fournier et Ausaldy, adjoints au maire, et Dollieule, conseiller municipal, se sont distingués entre tous par leur activité et leur dévouement. M. Guillemot, commissaire central de police, sans négliger son service habituel, a visité fréquemment les malades, leur a fait donner les premiers secours et a assuré, avec une prudente énergie, l'inhumation des cadavres. Je ne dois pas omettre de mentionner les élèves de la Faculté de médecine de Montpellier qui, répondant à l'appel du maire de Toulon, ont servi d'infirmiers dans les hôpitaux et les ambulances, et ont excité l'admiration et mérité la gratitude de la population. Parmi ces élèves s'est particulièrement distingué M. Gayal.

Votre Majesté a daigné reconnaître ces services en accordant la croix de commandeur à M. Martini, la croix d'officier a MM. Coupier et Calvy, et celle de chevalier à MM. Liautard, Billon, Fournier, Ausaldy, Dollieule, Guillemot et Gayal.

A la Seyne, M. Durand, adjoint au maire, s'est dévoué au point de porter lui-même les malades à l'ambulance et les cadavres au cimetière; il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

A Solliès-Pont, M. Pellen, juge de paix, âgé de soixante-huit ans, a puissamment contribué, en payant bravement de sa personne, à maintenir le moral de la population; il a été dignement secondé par M. le docteur Géry, ancien chirurgien de la marine, dont la conduite, pendant l'épidémie, a mérité les plus grands éloges. MM. Pellen et Géry ont été nommés chevaliers de la légion d'honneur.

Dans le département de l'Hérault, M. Rieunier, maire de Cette, a visité chaque jour l'hôpital et comblé les malades indigents de secours dispensés d'une main libérale. Il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Dans le département de la Seine, le personnel médical de

nos hôpitaux s'est montré à la hauteur de sa mission. Parmi les nombreux médecins qui ont été signalés, il faut citer MM. Horteloup, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu ; Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon ; Duplay, de l'hôpital de La Riboisière ; Boucher de la Ville-Jossy, de l'hôpital Saint-Antoine, qui ont soigné les cholériques des hôpitaux avec le plus grand zèle ; M. Arnaud, médecin du bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, qui, chargé du service médical dans le quartier des Epinettes, où le fléau a sévi avec tant de violence, a, nuit et jour, payé de sa personne ; de Isnard, directeur de l'Hôtel-Dieu, qui a organisé avec une grande intelligence un hôpital provisoire pour les cholériques convalescents, et enfin MM. Legros et Lélion, internes, le premier à l'Hôtel-Dieu, et le second à l'hôpital Beaujon, qui se sont fait particulièrement remarquer par leur dévouement. La croix d'officier de la Légion d'honneur a été accordée au premier, et la croix de chevalier aux sept derniers.

Je propose d'ailleurs à Votre Majesté d'accorder à l'intérieur 307 médailles, savoir : 18 médailles d'or, 178 médailles d'argent, 112 médailles de bronze. Les noms des personnes auxquelles elles seraient décernées sont indiqués, avec l'analyse sommaire des actes qui y ont donné lieu, dans le tableau annexé au présent rapport.

J'ai terminé, Sire, l'exposé succinct des actes de dévouement accomplis jusqu'à ce jour, soit à l'étranger, soit en France, à l'occasion de l'épidémie cholérique, et des récompenses que ces actes ont méritées. Bien d'autres dévouements sans doute sont restés inconnus ou n'ont pu être compris parmi ceux qui ont été signalés à l'administration supérieure ; mais en France, disons-le à l'honneur de notre pays, dans toutes les grandes calamités publiques, l'esprit de dévouement et de charité pour tous ceux qui souffrent se produit avec une spontanéité et une abnégation qui sont bien moins inspirées par la pensée d'une récompense à obtenir que par le sentiment du bien que l'on peut faire. Il n'en est pas moins du devoir du Gouvernement de rechercher, autant qu'il est en lui, tous les dévouements qui s'ignorent eux-mêmes, et de les signaler à la reconnaissance publique.

Dans le travail que j'ai l'honneur de soumettre à Votre Majesté, ne sont pas compris plusieurs départements où l'épidémie a sévi, au moins dans quelques localités. Les récompenses à donner dans ces départements seront l'objet d'un travail supplémentaire, lorsque j'aurai reçu les documents qui me sont nécessaires pour le préparer.

Je suis avec le plus profond respect, Sire, de Votre Majesté,

Le très-humble et très-obéissant serviteur et fidèle sujet,

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,

ARMAND BÉHIC.

Approuvé : NAPOLÉON.

LISTE DES MÉDAILLES

décernées aux médecins à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1865-1866.

MÉDAILLES D'OR.

MM. Gaillardot, médecin sanitaire à Alexandrie (Égypte) ; Abelès, médecin en chef de l'hôpital européen du Caire ; Suquet, médecin sanitaire à Beyrouth ; Revillout, Davesne, Micheli, envoyés en mission en Égypte ; Leganez, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis-des-Français de Madrid ; Roberty, médecin en chef des épidémies à Marseille ; Massol, élève de la Faculté de médecine de Montpellier, envoyé à Toulon et la Grand'Combes ; Carrière, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Dié (Raon-l'Étape) ; Blondel, inspecteur principal de l'Assistance publique à Paris.

MÉDAILLES D'ARGENT.

MM. Ardouin, Dumesthé, Cugini, Massa, Olszewki-Londynski, médecins à Alexandrie ; Tchayau et Journès, au Caire ; Carré et Blanc, à Suez ; Cozzonis, à Suez ; Cossini et Pestalozza, à Beyrouth ; Barozzi, à Constantinople ; Masgana, à Smyrne ; Duvivier, à Alexandrie ; Ribel, à Barcelone ; d'Astros, à Marseille ; Ode, Lafitte, Fontan, à Arles ; Vallat, de la Chataigneraie, Watering, Benoît, Olier, Dutrémis, élèves de la Faculté de médecine de Montpellier, en mission à Arles ; Romel, Bourgarel, Cornibert, Michel, Le Vicaire, Bouchos, à Toulon ; Prat, à la Seyne ; Pellegrin, Lantoin, Terrin, Auban, à Solliès-Pont ; Jausion, Ferran, Louisel de Saulnays, Hippolyte, Lannelongue, Ansard, Azémar, Girard, Miran, Falc, Masse, Farjon, Cambon, Burlet (Ph.), Espagne. Vergnau, Rey-Escadier, élèves de la Faculté de médecine de Montpellier, en mission à Toulon ; Renard, aide-major de 1re classe, et Vigié, médecin-major de 1re classe, à Toulon et Marseille ; Dieudonné, inspecteur de l'Assistance publique à Paris ; Vigla, Barth, Bucquoy, médecins à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Hérard, Pidoux, Fournier, Moissenet, Oulmon, médecins de Lariboisière ; Sée, médecin de Beaujon ; Mesnet, médecin de Saint-Antoine ; Bernutz, Matice, médecins de la Pitié ; Pelletan de Kinkelin, Parrot, médecins de la Charité ; Bouley, Lasègue, médecins de Necker. Bazin, Hardy, médecins de Saint-Louis ; Woillez, médecin de Cochin ; Bergeron, médecin de Sainte-Eugénie ; Chauffard, médecin des Enfants-malades ; Cazalis, Bourdon, médecins de la maison de santé ; Charcot, médecin de la Salpêtrière ; Gombault, médecin à la Maison de convalescence pour les cholériques ; Regnauld, pharmacien en chef des hôpitaux et hospices de Paris ; Tessier, Fabre, Fodéré, Mêne, Gibert, Vignal, Gocherand, Mallet, Pellarin, Pinel, Piedfer, Baldy, Plomb, Delit, Leconte, Regnault, Mouscourt, Ballet, Royer, Courtois, médecins des bureaux de bienfaisance ; Messier, Ossian (Henry), Demeaux, Guède, médecins à Paris ; Sadoul, à Raon l'Etape ; Pérussault, à Henrichemont ; Barth, à Han-sous-Warsberg ; Désormeaux, à Saint-Leu d'Esserent.

MÉDAILLES DE BRONZE.

Truel, à Valence (Espagne) ; Fontan, interne à l'hôpital d'Arles ; Martin, Gruzu, Daniel, Isoard et Long, Valters élèves à Toulon ; Arbaud, Gazan, Rayolle, Villard, Barallier, Turrel, Tourrette, Layet, Cresp, Gaillac, médecins ou pharmaciens à Toulon ; Daniel, à la Seyne ; Choyau, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris ; Mandon, Barré, Juliard, Ferrier, Langronne, Fontan, internes à Lariboisière ; Lafont, Mossel, Stoufflet, externes audit hôpital ; Rondeau, Anger, Spiess, internes à Beaujon ; Bloch, Letelnturier, externes audit hôpital ; Decori, Franco, internes à Saint-Antoine ; Belloc, Chauvet, externes audit hôpital ; Carrière, interne à la Pitié ; Bouchart, externe à la Charité ; Cocteau, Chedeville, internes à Necker ; Batton, Moutier, internes à Saint Louis ; Vigier, interne à Cochin ; Fernet, Bouchard, internes à Sainte-Eugénie ; Bessay, Destephen, externes aux Enfants-Malades ; Dodeuil, interne à la Maison de santé ; Berthet, Le Roy des Barres, à Paris ; Vaulot, à Saint-Dié (Vosges).

De la pulvérisation des liquides médicamenteux : ses applications en thérapeutique. — État actuel de la question.

L'atmiâtrie est une méthode thérapeutique très-ancienne, fréquemment rajeunie et qui, dans ses transformations successives, s'est arrêtée aujourd'hui à l'inhalation des liquides poudroyés. C'est à MM. Waltz et Schneider qu'appartient l'idée première du mécanisme de cette opération ; mais entre les mains de ses auteurs, le moyen restait borné à une simple pratique balnéatoire. Mathieu (de la Drôme) en fit son hydrofère.

En 1849, le docteur Auphay tenta de rendre l'eau minérale inspirable, en la mettant en poussière par une violente projection du liquide contre les parois d'une salle à inhalation. Ce premier essai peut nous paraître un peu ingénu ; il faut pardonner à l'enfance de l'art.

Au lieu de présenter aux malades un liquide simplement fragmenté, il leur fallait ce liquide ténu, au point de pénétrer dans les voies respiratoires de la même manière que les corps aériformes. Après de nombreuses combinaisons et des études variées, on est enfin parvenu au but désiré. Ce qui sort maintenant des appareils de pulvérisation ressemble exactement à un jet de brouillard ou de fumée. S'il me fallait citer ceux qui ont concouru à ce perfectionnement, je ne saurais trop après quel nom mettre *un point*.

Ainsi, comme *phénomène*, le résultat de la pulvérisation des liquides est absolument irréprochable ; et il ne faut pas s'étonner qu'il soit devenu l'objet d'ambitions exagérées. J'ai l'habitude de dire tout ce qui me vient de juste et de vrai dans l'esprit ; voilà pourquoi il m'est arrivé de reprocher à ceux qui ont déroulé la série des applications que comporte la médication dite *respiratoire*, de ne s'être point arrêtés à la limite que la sagesse leur montrait du bout du doigt. Les objections que je formulai alors contre l'efficacité illimitée de cette médication ont été diversement accueillies par ses partisans : les uns en furent légèrement effleurés, les autres blessés jusqu'au sang. Affaire de tempérament.

Ce n'est point avec l'intention de me livrer à un harcèlement importun que je rappelle mes premières impressions ; je veux au contraire les reproduire, en établir de nouveau la justesse, avec ce goût apaisé qui devient désormais le nôtre à mesure que nous mûrissons.

Dès ses débuts, la pulvérisation fut contestée comme procédé d'ingestion médicamenteuse ; plusieurs praticiens qui en avaient fait l'essai, émirent des doutes sur la réalité de la pénétration, jusqu'aux bronches, des liquides poudroyés. Vérification faite, il a été reconnu que cette pénétration a effectivement lieu, mais aux conditions suivantes.

Quand de l'eau, par exemple, a été grossièrement pulvérisée, elle se condense sur les parois de la bouche, sur la muqueuse de l'orifice supérieur du pharynx ; mais celle qui a une ténuité suffisante s'engouffre avec la colonne d'air dans les cavités laryngo-bronchiques. Ce n'est pas tout. Pour ingérer la poussière, il faut encore que le patient exécute quelques manœuvres particulières, c'est-à-dire qu'il doit ouvrir largement la bouche, avancer la langue en l'abaissant, renverser la tête en arrière, faire de lentes et profondes inspirations. Avec ces précautions, tout marche de front vers le succès, et si le succès fait défaut, c'est que le sujet manque de vocation.

Un effet immédiat et naturel de la pulvérisation, c'est l'altération, et par suite, l'appauvrissement que certains liquides éprouvent par la multiplicité de leurs points de contact avec le milieu ambiant. Ainsi, des eaux minérales ou des solutions médicamenteuses qui doivent leurs propriétés à des gaz ou à des principes volatils, deviennent à peu près inertes après leur poudroiement. La découverte de ce fait produisit sur le monde des pulvérisateurs l'effet d'un ressort qui vous part brusquement au visage ; on fut surpris, puis l'on nia, car il s'agissait de sauver de la ruine les salles et les appareils d'inhalation. Mais que peuvent des dénégations sentimentales contre le témoignage inexorable des analyses chimiques ?

La médication atmiâtrique étonne d'abord les malades et les amuse, mais bientôt la plupart s'en détournent, parce que la poussière, au moment où elle s'élance de l'instrument, les incommode par une impression glaciale. Cette sensation est due surtout à la violence du courant d'air qui s'introduit dans les orifices de l'appareil respiratoire et à l'humidité froide qui y pénètre : elle n'est jamais exactement en rapport thermométrique avec la température de la poussière elle-même.

Si l'on charge le pulvérisateur avec de l'eau *chambrée*, c'est-à-dire à 15 ou 18° centigrades, et que l'on place la boule d'un thermomètre en face du canal d'émission, le contact de la poussière fait baisser la colonne mercurielle à 14, 13 ou 12°, suivant que l'expérience dure plus ou moins longtemps.

Comme moyen de remédier à cet inconvénient, on conseille de chauffer le liquide à poudroyer. Vaine précaution dont j'ai fait cent fois l'essai ; la poussière sort invariablement froide. D'ailleurs, cet expédient serait très-préjudiciable à certaines eaux qui doivent leur efficacité à des principes gazeux.

Bien que les propriétés des liquides médicamenteux puissent être complétement anéanties par le seul fait de la pulvérisation, cette méthode, malgré les excès mêmes de langage de son programme, conserve encore des adhérents, tant on a été large et abondant de séduisantes promesses en son nom. Avec ceux-là, point de controverse possible ; j'en sais parmi eux de tellement susceptibles, qu'on n'ose même parler bas en leur présence, sans qu'ils croient que c'est à leur préjudice. Je veux, sans entêtement et avec l'unique secours des observations pratiques, prouver aux partisans de l'inhalation combien ils ont souvent le pied hors de la réalité.

Il est d'expérience journalière que toutes les fois que l'on place un sujet dans une salle ou en présence d'un appareil à pulvérisation, il court presque sûrement le risque de contracter un coryza. On nomme cet accident coryza d'*initiation*, comme pour indiquer qu'il est sans importance et dure peu. C'est une erreur ; ce coryza peut être aussi sérieux et aussi durable que celui qui naît, ailleurs, de l'action du froid humide, et j'ai vu bon nombre de malades en souffrir au point de se refuser obstinément à une seconde épreuve.

Après tout, ce n'est là qu'un mince grief ; le moindre des reproches qu'encourt la méthode.

L'inspiration des liquides, à l'état de poussière, provoque généralement la toux et amène de la gêne dans la respiration ; mais ces malaises causés par l'irritation de la muqueuse s'apaisent facilement, parce que cette membrane, dit M. Bouchardat, s'habitue vite aux inhalations, lesquelles ne produisent plus ni toux ni dyspnée. Cette tolérance est moins prompte et moins commune qu'on ne le suppose ; voici pourquoi.

Si, au moyen d'une incision pratiquée à la trachée, on injecte en une fois 200 ou 300 grammes d'eau pure dans les bronches d'un cheval, il survient aussitôt une accélération notable dans les mouvements respiratoires qu'exécute l'animal ; mais ce malaise n'est que passager, tant la muqueuse pulmonaire est favorablement organisée pour l'absorption. La toux est un phénomène rare dans cette expérience, parce que les bronches s'offensent peu du contact de l'eau pure ; mais qu'une seule goutte d'un liquide quelconque vienne à tomber dans le larynx, chacun sait quelle est alors la violence des secousses de la toux. Or, c'est là précisément ce qui arrive encore très-souvent dans l'inhalation, de quelque manière et avec quelque soin que se pratique cette opération. Pendant que le patient hume la poussière projetée par l'instrument, des gouttelettes se forment dans la bouche, sur les parois de l'isthme du gosier et dans la cavité pharyngienne : les unes s'écoulent en un mince filet par la bouche, les autres s'insinuent dans le larynx (dont l'orifice demeure béant), où elles provoquent des mouvements convulsifs de l'appareil respiratoire ; si bien que ce qui avait pénétré dans les bronches en est totalement expulsé, et que la médication perd tout son fruit, si elle en a.

Ces faits ont été mis en doute, repoussés énergiquement même ; pour ma part, je les maintiens parfaitement exacts et je les considère comme la ruine de la pulvérisation, en supposant que la pulvérisation, telle qu'on voudrait l'instituer en thérapeutique, ait besoin d'une occasion pour s'amoindrir.

Faisons aux découvertes un accueil affable, mais ne nous payons pas des prestiges brillants, des feux d'artifice dont on les enveloppe pour nous capturer. Il faut aux choses pratiques de la médecine un fond ferme et solide, des qualités bien authentiques, et j'ajouterais presque, un maintien décent. Quand j'ai entendu dire pour la première fois que l'on pouvait, avec des liquides poudroyés, guérir toutes les maladies de l'appareil respiratoire, que les succès se comptaient par milliers, je me suis mis à pulvériser ; mais je n'étais pas dans une veine de guérisons sans doute, car je n'en ai pas obtenu une seule. Afin de recruter des clients, d'assurer un avenir à la médication nouvelle, on eut l'idée de la dédier en quelque sorte à M. Trousseau qui l'employait, disait-on, dans le traitement de la phthisie, avec des résultats prodigieux. Je me mis aussitôt en rapport avec M. Trousseau pour lui demander de vouloir bien m'initier aux conditions des succès qui lui étaient attribués. M. Trousseau me fit l'honneur de me répondre : « Nous pulvérisons à l'Hôtel-Dieu, c'est vrai, mais nous n'y faisons point de miracles, nous n'y faisons même pas de merveilles. »

Un peu plus tard, M. Trousseau constatait qu'une dame qui se pulvérisait avec de l'eau tanninée, avait gagné, à cette manœuvre, une pneumonie double. D'autres praticiens ont divulgué ou tenu secrets des cas d'hémoptysie survenus en pareille circonstance. J'ai à peine besoin de mentionner la laryngo-bronchite comme une conséquence possible des exercices de pulvérisation ; elle a les mêmes causes et présente la même fréquence que le coryza d'initiation.

MM. Trousseau et Bourgoin ont constaté que la plupart des animaux soumis à la pulvérisation succombaient dans les quarante-huit heures, à une pleuro-pneumonie aiguë. Voilà, on en conviendra, de tristes témoignages et de bien médiocres encouragements pour les esprits réfractaires qui demandent des gages avant leur conversion, car toute conversion est d'ordinaire le fruit plus ou moins tardif de l'évidence et de la persuation.

Je ne veux pas terminer ce résumé historique et clinique de

la pulvérisation comme on finit les tragédies, c'est-à-dire par la mort de quelqu'un des principaux personnages de la pièce. Il n'est que juste au contraire de laisser vivre et d'honorer le vulgarisateur, quel qu'il soit, d'une opération qui peut rendre de notables services, si elle est appliquée dans une certaine mesure. Cette mesure a été approximativement déterminée par M. le professeur Fonssagrives (1), chez lequel la critique, comme on sait, fonctionne toujours avec une rigide impartialité.

« Dans les salles de respiration, dit-il, les malades se garantissent par des chaussures et des vêtements cirés, contre l'impression du froid et de l'humidité. Eh bien, nous avouons que ces précautions mêmes, nous tiennent en défiance contre cette pratique. On dit bien que le coryza d'initiation disparaît vite, et que les bronchites sont rares; nous appréhendons néanmoins une pareille atmosphère pour les phthisiques si impressionnables au refroidissement....... Je préfère de beaucoup les appareils portatifs aux salles de respiration. »

Et plus loin : « La pulvérisation peut être admise comme une ressource utile mais accessoire dans le traitement de la phthisie; mais il ne faut pas s'exagérer la portée de ce moyen ; il peut atténuer certains symptômes de la phthisie, on ne saurait raisonnablement rien lui demander au delà. »

Il convient d'ajouter à cette dernière observation que la phthisie n'est pas tout entière dans les poumons, que des tubercules coexistent habituellement dans d'autres viscères ou d'autres tissus; une action topique, bornée à la surface pulmonaire, serait donc insuffisante. Et d'ailleurs, quel remède faut-il poudroyer pour guérir la tuberculisation ? Nous serons tous charmés de l'apprendre, si l'on veut bien nous en informer.

D'autre part, M. Fonssagrives estime que l'ingestion des liquides hémostatiques poudroyés est un procédé qui mérite d'entrer dans le traitement régulier des crachements de sang et des laryngites chroniques. J'arrête la pensée de l'auteur au moment où elle devient contestable.

En effet, puisqu'il est démontré que les inspirations d'eau simple pulvérisée ont été suivies d'hémoptysie, il serait pour le moins inconséquent de recourir à ce procédé, dans le but de retarder ou de tarir cette hémorrhagie.

En somme, et c'est tout ce qu'il est permis de lui accorder, la méthode des pulvérisations peut être profitable dans la thérapeutique des inflammations et des ulcérations, spécifiques ou non, du voile du palais et du pharynx; dans le traitement des ophthalmies qui sont compatibles avec l'application du froid, et dans les cas d'ozène ou d'épistaxis.

Tel est le cadre, étroit mais exact, des indications auxquelles la médication atmiâtrique est en mesure de répondre actuellement. Ce cadre pourra être agrandi; il est sage de se garder contre trop d'empressement à le remplir. Dans le développement donné à certaines innovations, il faut savoir se borner si l'on tient à ne point tomber dans des excès puérils ou dangereux. Que les exemples nous profitent.

On se souvient de l'accueil fait au bain à l'hydrofère, un dérivé de la pulvérisation; à l'audition, c'était parfait; dès les premiers essais pratiques des inconvénients graves se démasquèrent et le public perdit confiance, même dans les bonnes parties de cette invention. Depuis lors, l'hydrofère est tombé en discrédit, et l'un des promoteurs de l'entreprise, renonçant à son brevet, fait aujourd'hui le commerce des vins en Orient.

CHAMPOUILLON.

(1) *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire.*

HOPITAL DE LOURCINE. — M. A. DESPRÉS.

Calcul salivaire du canal de Warthon.

(Observation recueillie par M. M. LELONG, interne du service).

Le 10 février 1866, entre à l'hôpital de Lourcine, service de M. le docteur Després, la nommée B... (Eugénie), âgée de 24 ans. Cette malade, entrée pour une leucorrhée suite de vaginite, appelle aussi l'attention sur des douleurs qu'elle ressent dans la cavité buccale.

Voici les antécédents que rapporte la malade :

Il y a un mois environ, elle a commencé à souffrir au moment des repas; ses souffrances, d'abord légères et passagères, ont pris peu à peu le caractère de douleurs aiguës, pongitives, qu'elle compare à des piqûres, à des élancements, siégeant sur le plancher buccal; au niveau de la pointe de la langue, du côté gauche du frein. Plusieurs fois elle crut à la présence d'un corps étranger qu'il lui fut impossible de trouver. Bientôt elle constata en ce point une grosseur permanente qui augmentait au moment des repas, pour diminuer progressivement et reprendre, dans l'intervalle de ceux-ci son volume primitif. En même temps et dans les mêmes conditions se développaient, à la partie postérieure et inférieure de la mâchoire, une autre tumeur également passagère.

A l'arrivée de la malade, on constate les phénomènes suivants : Le plancher buccal a perdu son aspect normal, il est exhaussé à gauche du frein de la langue, et se détache en relief sur la partie située à droite; il est rouge, douloureux, surtout à la pression; il donne à la malade une sensation de chaleur et de tension, et à la main du chirurgien qui l'explore une sensation de rénitence, d'induration, comparable à celle des tissus dits lardacés; cette induration est appréciable sur une étendue de 2 à 3 centimètres environ, et empiète même d'un centimètre sur la moitié droite du plancher buccal, où elle disparaît insensiblement. Sur cette tumeur, on aperçoit manifestement un petit tubercule au sommet duquel s'ouvre le conduit de Warthon dont l'orifice est sensiblement agrandi. La pression fait suinter de cet orifice un liquide d'abord purulent et souvent sanguinolent, puis bientôt spumeux, aéré, qu'il est facile de reconnaître pour de la salive; les douleurs que détermінent la pression persistent souvent une demi-heure après qu'elle a cessé.

L'ingestion des aliments, l'application d'une substance sapide sur la langue, ou simplement l'odeur, la vue, le souvenir même des aliments déterminent des douleurs analogues, en même temps qu'il y a formation des deux nouvelles tumeurs dont nous avons parlé; l'une siégeant sur le plancher buccal, grosse comme une noisette, douloureuse; l'autre, grosse comme une petite noix à l'angle de la mâchoire. Cette dernière, ordinairement indolente, devient le siége de vives douleurs, lorsque la malade est soumise à l'influence du froid ou de pressions trop souvent réitérées. Toutes deux apparaissent presque subitement, et disparaissent lentement, en même temps que la malade sent sa bouche inondée de salive. On les fait aussi disparaître par une pression même modérée, et il est facile alors de constater que la salive sort en bavant de l'orifice du canal de Warthon. Une des particularités les plus importantes pour le diagnostic était la mobilité de la tumeur avec le plancher de la bouche, où elle était située, ce qui indiquait l'absence de connexion de la tumeur avec les os.

La douleur que nous avons signalée au début de la maladie est devenue tellement vive aujourd'hui que la malade se prive souvent de nourriture plutôt que de l'affronter.

Ces symptômes sont ceux que les auteurs ont assignés aux calculs salivaires, et M. Després soupçonna un calcul du canal de Warthon; restait à chercher et à déterminer qu'il s'agissait d'un calcul, et à préciser son siége.

La dilatation de l'orifice du canal de Warthon rendit cette recherche facile, il fut possible d'y introduire un stylet de trousse ordinaire qui, parvenu à 3 ou 4 millimètres de l'orifice, fut arrêté par un corps résistant. La main de l'explorateur avait la sensation d'un choc sec qui indiquait que le stylet ne venait point butter contre une surface plane et lisse, mais bien frotter contre un corps inégal et rugueux.

L'ablation du calcul fut décidée et pratiquée le 20 février. Un stylet étant introduit dans l'orifice du canal salivaire, servit à diriger le bistouri pour faire une incision suivant le trajet du conduit de Warthon, et ayant une étendue de 1 centimètre et demi. Le calcul fut ainsi découvert, mais l'extraction n'était pas encore possible; une petite incision perpendiculaire à la première et formant avec elle un T a agrandi le passage, et le calcul qui ne présentait pas d'adhérences, a été extrait à l'aide d'une pince à dissection.

La malade, immédiatement délivrée de ses douleurs, peut commencer à manger dès le lendemain, et depuis lors aucun des symptômes n'a reparu. Seule l'induration du plancher buccal n'est pas encore complétement disparue.

Le 1er mars, la cicatrisation a eu lieu promptement, mais sans rétrécir le canal de Warthon; loin de là, il est facile d'y faire pénétrer un stylet de trousse à une profondeur de 3 à 4 centimètres, c'est-à-dire jusqu'à la glande sous-maxillaire, aucune récidive sur place ne menace.

La malade est restée encore quinze jours dans le service, et est sortie guérie de sa leucorrhée, et à ce moment l'orifice du canal de Warthon était libre, et les incisions étaient cicatrisées, les tissus étaient revenus à leur état normal.

Le calcul extrait du conduit de Warthon se présente sous la forme d'un corps olivaire du volume d'un petit haricot, et a 1 centimètre dans son plus grand diamètre. Il offre une grosse extrémité dirigée du côté de l'orifice du conduit, une plus petite du côté de la glande; disposition signalée déjà dans un grand nombre d'observations. Il est creusé à sa surface d'une gouttière livrant passage à la salive, passage insuffisant, il est vrai, ce qui explique la rétention de la salive derrière le calcul, et la formation de deux tumeurs, l'une sur le trajet du canal, en arrière du calcul, l'autre au niveau de la glande sous-maxillaire elle-même. Chose remarquable, et que je n'ai vue signalée nulle part, cette gouttière, au lieu d'occuper l'une des faces du calcul, le contourne à la manière d'une spirale, disposition qui explique pourquoi nous n'avons jamais vu la salive s'échapper par jet, mais bien couler en bavant.

Cette observation d'une affection, qui est en somme assez rare, nous a paru remarquable en ce qu'elle résume à peu près tous les symptômes classiques des calculs salivaires, symptômes qui ont été parfaitement étudiés dans la thèse de M. de Closmadeuc. Rien n'y manque, si ce n'est peut-être l'inflammation qui survient parfois autour du conduit oblitéré, inflammation qui était manifeste dans un cas analogue qu'il nous a été donné de voir en 1864 à l'hôpital Cochin dans le service de M. Ad. Richard. Il s'agit d'un malade chez lequel les premiers symptômes de l'affection remontaient à 12 ans, et qui depuis cette époque avait été sujet à des poussées douloureuses périodiques, lesquelles se terminaient par la rupture, spontanée ou provoquée, du conduit de Warthon dilaté, et par l'écoulement d'un flot de salive.

L'ablation du calcul fit également cesser tous les phénomènes.

Sans doute la dilatation énorme du canal de Warthon, la perméabilité constante de l'orifice du conduit salivaire expliquent dans l'observation que nous publions aujourd'hui l'absence de poussées inflammatoires pendant le développement du calcul.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 janvier 1866.

Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE.

Installation du nouveau bureau.

Après quelques paroles de remercîment de M. Legrand du Saulle premier vice-président élu, sur sa proposition, des remercîments sont adressés aux membres de l'ancien bureau, et principalement à M. le docteur Terrier qui, en n'acceptant l'année dernière les fonctions de secrétaire général que pour un an, a fait acte de haute convenance d'abnégation personnelle et de dévouement à la Société.

— M. Terrier lit le discours suivant qu'il a prononcé aux obsèques de M. Ch. Masson.

Messieurs,

Je viens, au nom de la Société de médecine pratique, rendre un dernier hommage à la mémoire du docteur Ch. Masson, vice-président de la Société de médecine pratique, notre vénérable confrère, notre ami et le doyen de la Société.

Il y a un mois à peine, il était au milieu de nous, et il allait encore visiter de pauvres malades et soulager leurs souffrances. Il était âgé de 74 ans quand il succomba en quelques jours à une pleuropneumonie. Ch. Masson était né en 1791, rue Taranne. Il fit toutes ses études dans le quartier où il était né. Après avoir été interne à la Charité et à l'hôpital des Enfants, il fut reçu docteur en 1815, et s'établit dans le même quartier, où malgré l'adage, « on n'est pas prophète en son pays », il pratiqua pendant 50 ans cette médecine de bienfaisance qui réunit une si grande affluence d'amis autour de son cercueil.

En 1832, lors de la première apparition du terrible fléau qui vient de nous visiter pour la quatrième fois, Ch. Masson publia un travail remarquable sur le choléra, qui lui mérita son admission dans la Société de médecine pratique. Quelques années après, il fut élu secrétaire particulier, et s'acquitta de cette mission avec un tel succès, reproduisant avec tant d'art et de fidélité la physionomie de nos séances académiques, qu'on lui confia pendant huit années cette charge, qui ne fut jamais mieux remplie. En 1847, la Société reconnaissante le nomma vice-président, et nous venions encore de l'appeler à la vice-présidence, quand la mort est venue l'enlever à l'affection de tous ses confrères.

Ch. Masson n'était pas un homme ordinaire, il pouvait prétendre à une carrière plus brillante, ainsi que nous l'a dit avec tant de cœur Dormeuil, l'un de ses meilleurs amis.

Nous venons après lui, adresser au savant modeste et au médecin dévoué qui a, toute sa vie, sacrifié ses intérêts à l'honneur de sa profession, un dernier souvenir d'amitié et un dernier adieu.

RAPPORT.

Hydrocéphalie. — M. TERRIER lit un rapport très-intéressant sur le mémoire déposé par M. Chassenat sur l'hydrocéphalie.

M. MATTEI. Je m'associe à M. Terrier pour les éloges qu'il accorde à l'auteur du mémoire dont il a fait le rapport; cependant je crois devoir y ajouter quelques observations.

M. Chassinat, quoique ayant fait des recherches bibliographiques sur son sujet, n'a pas fait cas de la partie obstétricale de la Revue médico-chirurgicale de Malgaigne. Il aurait trouvé dans ce journal des faits d'hydrocéphalie fœtale aussi nombreux qu'importants, au point de vue des difficultés de l'accouchement.

J'ai publié moi-même dans ce journal (1850, tom. 7, p. 178), un cas où j'ai suivi précisément un procédé qui n'est pas indiqué dans le mémoire de M. Chassinat.

Il s'agissait d'une femme multipare, laquelle devint enceinte pendant qu'elle était accablée de chagrins. Son ventre acquit de bonne heure un volume énorme, ce qui fit croire à une grossesse de jumeaux. Le travail n'arriva cependant qu'au neuvième mois.

Après la sortie d'une grande quantité d'eau la sage-femme constata une présentation des pieds, l'enfant était encore vivant.

Voyant que l'expulsion n'avait pas lieu elle tira sur les membres inférieurs, mais sans pouvoir même faire sortir le tronc au dehors. Elle appela alors un médecin qui redoubla les tractions sans être plus heureux. Enfin on eut recours à moi.

A mon arrivée, l'enfant était déjà mort, le cordon qui faisait plusieurs circulaires autour de l'enfant ne battait plus. Les tours du cordon une fois dégagés, j'essaye de donner à la tête défléchie une flexion qui facilite son engagement à travers le détroit supérieur, mais sans pouvoir réussir; j'essaye une application de forceps sans être plus heureux. Voulant me rendre un compte plus exact des obstacles, je glisse la main gauche le long du dos de l'enfant jusqu'à la base du crâne. Arrivé derrière l'oreille, je trouve la fontanelle postérieure et inférieure tout à fait molle et fluctuante tandis qu'à terme elle doit offrir sous le doigt une dureté osseuse.

Cela suffit pour me démontrer que j'avais affaire à une hydrocéphalie; mais quel procédé suivre pour y remédier ? Devais-je opérer la décollation comme on l'a fait souvent? cette opération a été parfois suivie de l'écoulement des eaux intracrâniennes; mais aussi elle a échoué quelquefois. Devais-je, comme l'ont conseillé MM. Vanhuevel et P. Dubois, me borner à enlever quelques lames du canal rachidien ? c'eût été rendre l'opération longue, et du reste la sérosité intracrânienne ne communique pas toujours avec le canal rachidien dans l'hydrocéphalie, même quand on fait parcourir ce canal par une sonde. La ponction opérée avec un bistouri recouvert de linge eût été impossible à cause de la hauteur de la tête. J'ai fait mieux et surtout plus promptement que cela.

Sans retirer la main gauche qui avait porté le diagnostic, j'ai fait déboutonner le crochet qui se trouvait au nombre d'une branche du forceps. Avec la main droite j'ai saisi cette branche par la cuiller, et j'ai porté le crochet à plat jusque sur la fontanelle de l'enfant. Le bras et la main gauches ont servi de conducteurs jusqu'à ce que le poinçon ait pénétré dans la poche.

Après cette ponction, la tête s'est vidée et l'extraction a été facile. Ce procédé n'évite pas seulement l'embryotomie et autres opérations qui effrayent les assistants, il permettrait de ramener un enfant encore vivant.

COMMUNICATIONS.

Calcul vésical. — M. MALLEZ présente à la Société un calcul vésical mesurant 25 millimètres sur un diamètre, de 30 millimètres sur l'autre, extrait par lui le 29 décembre 1865, chez un enfant de 14 ans, par une taille périnéale, après deux tentatives de lithotritie qui n'avaient fait, comme il est facile de le voir, que démolir une première couche calcaire et mettre à découvert un noyau très-dur d'oxalate et de phosphate de chaux.

L'opération de taille sous-pubienne latéralisée n'a rien offert de particulier, si ce n'est peut-être la rapidité de la guérison, puisque, pratiquée le vendredi 29 décembre, le petit malade urinait par l'urèthre le lundi 1er janvier au matin.

Mais M. Mallez fait remarquer que l'un des plus grands dangers de la lithotritie se présente dans ces calculs d'inégale résistance comme celui-ci.

L'instrument pénétrant facilement au travers d'une substance tendre et rencontrant subitement un corps dur, peut se briser par l'excès de force vive qu'il renferme.

La dilatation du col vésical chez ce petit malade, dit M. Mallez, me fait regretter de n'avoir pas connu, au moment de l'opération, un procédé de taille que M. Henry Lee, le chirurgien de Saint-Georges Hospital, a récemment mis en pratique, et qui eût été particulièrement applicable dans ce cas. L'instrument dont se sert M. Lee n'est autre qu'un brise-pierre, à la branche femelle duquel il a fait faire une rainure latérale extérieure, comme le montre la figure que nous empruntons à l'article du *Medical Times and Gazette.*

Introduit dans la vessie, l'instrument saisit le calcul, le fixe, sert à l'amener contre le col et à l'y engager autant que possible, ce qui est facile précisément chez la plupart des enfants; il est alors confié à un aide, et le chirurgien fait l'incision périnéale en se dirigeant sur la cannelure de l'instrument comme sur celle d'un cathéter, et en mesurant l'étendue de son ouverture au volume du calcul que le lithomètre lui donne avec la plus extrême précision.

Sans rechercher toutes les analogies que le procédé peut avoir dans le passé, et en établir un parallèle avec les autres tailles périnéales, on peut dire tout de suite qu'il offrira par sa simplicité et sa sûreté d'exécution, des avantages sérieux chez les enfants où le périnée est peu profond et le col très-dilatable.

M. LEGRAND DU SAULLE demande à M. Mallez s'il n'y aurait pas lieu dans les cas de calculs volumineux à pratiquer le broiement de la pierre dans la cystotomie, comme on l'a récemment proposé.

M. MALLEZ. L'idée de réduire le volume de la pierre en la démolissant pendant l'opération, a dû se présenter à la pensée du premier chirurgien qui s'est trouvé en face d'une pierre trop considérable pour passer au travers de l'ouverture faite au périnée.

Aussi on la trouve mentionnée dans plusieurs endroits, et il y a dans l'arsenal chirurgical des tenettes de force pour cet usage. On est revenu à cette idée depuis quelques années et on l'a érigée en méthode, mais quant à savoir si elle l'emporte sur la taille sus-pubienne réservée aux gros calculs, et par laquelle Souberbielle ne perdait que 1 malade sur 15. C'est une question qu'on ne peut que s'adresser et que le temps et l'expérience résoudront.

M. GUERSANT rappelle la statistique des opérations de la pierre pratiquées par lui sur les enfants. Sur 104 tailles et 40 lithotrities, presque toutes opérées à l'hôpital, il a perdu 14 malades avec des complications, moitié par suite de l'opération elle-même et moitié sous l'influence de manifestations pathologiques diverses.

Lorsqu'il devait pratiquer la taille, M. Guersant n'a jamais oublié de se prémunir d'un lithotriteur; car cet instrument lui a été souvent indispensable pour mener l'opération à bien.

Il faut, dit M. Guersant, préférer la taille chez les enfants où elle réussit bien mieux que chez les adultes, et réserver la lithotritie seulement pour les cas simples. Je rappellerai un cas de taille pratiquée avec M. Ségalas où il fut extrait 91 grammes de calculs, et l'enfant guérit

M. COURSSERANT a vu quelquefois M. Guersant faire la lithotritie et le manuel opératoire paraissait être d'une grande simplicité. Souberbielle ne perdait pour ainsi dire jamais de malades. Cela devait tenir à quelque chose de particulier, soit au mode d'opération, soit aux pansements, soit aux divers soins consécutifs. On sait qu'il se constituait le garde malade de ses opérés, et qu'il ne les quittait que lorsqu'ils étaient en voie de guérison. Avait-il donc des moyens curatifs à lui?

M. GUERSANT. J'ai vu Souberbielle opérer diverses fois. Il donnait des soins très-simples et ne retirait la canule que quand la cicatrisation était obtenue.

Irrigations en chute sur la cornée. — M. COURSSERANT. Je veux vous indiquer seulement l'innocuité et la facilité des irrigations en chutes sur la cornée. Selon moi, rien ne vaut ces irrigations contre les taies et les opacités de la cornée. Je les pratique deux ou trois fois par semaine au moyen d'un entonnoir dont l'ouverture a le diamètre d'une plume de pigeon.

Le malade étant couché sur deux tabourets, je fais tenir la tête écarter les paupières et laisse couler l'eau de l'entonnoir, qui est suspendu ou tenu à un ou deux pieds de hauteur au-dessus de l'œil, et je tiens une main inclinée derrière l'oreille pour dévier l'eau. Cet entonnoir peut être remplacé par un simple cornet de papier.

Ce n'est que quand l'opacité est très-épaisse que je l'abrase, je la rugine. Par là, on obtient un degré de transparence inespéré en dehors de cette intervention chirurgicale. Ces irrigations agissent souvent souverainement dans les cas de corps étrangers dans les yeux.

M. GUERSANT. J'ai eu souvent recours aux irrigations des yeux; pour cela faire, je couche l'enfant sur les genoux de la nourrice, une toile cirée les préserve du liquide, et je me sers d'un irrigateur qui me permet de régler la durée et la force de projection de l'irrigation.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Dupuy.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Aux termes des décrets du 17 mars 1808 et du 24 décembre 1852, les insignes, trois et quatre fois séculaires, de l'Université doivent être brodés sur le costume officiel en palmes d'or ou d'argent, selon que le titulaire est officier de l'instruction publique ou officier d'académie. Ces palmes sont donc à la fois un titre et une décoration.

Mais pour la classe la plus nombreuse des fonctionnaires de l'Université, pour les instituteurs, elles n'ont jamais été qu'un titre, puisqu'ils n'ont point de costume officiel sur lequel les palmes puissent être brodées.

En outre, depuis que les questions d'enseignement sont devenues, sous le gouvernement de Votre Majesté, l'objet de la sollicitude générale, le ministre a dû témoigner, par la concession des palmes universitaires, sa gratitude envers des personnes qui, bien qu'étrangères au corps enseignant, l'avaient aidé à mieux accomplir sa tâche. Nos palmes furent alors portées à côté des ordres les plus illustres, sur de brillants uniformes. Des généraux, des sénateurs, des députés, des conseillers d'État se parent de cette décoration pacifique, et la parcimonie avec laquelle on l'accorde semble en relever la valeur.

Mais l'usage en a modifié la forme extérieure. On en a, peu à peu, réduit les premières dimensions qui n'étaient compatibles qu'avec la robe universitaire. Au lieu d'être brodée sur le ruban même, elle s'y est suspendue. Je prie Votre Majesté de vouloir bien, en signant le décret ci-joint, régulariser cette coutume qui permettra à un instituteur de village de gagner, par de bons services, l'insigne que le ministre de l'instruction publique s'honore de porter dans les cérémonies officielles, comme les maréchaux de France portent la médaille militaire que Votre Majesté confère aux simples soldats.

Je suis avec respect, Sire, de Votre Majesté

Le très-humble, très-obéissant et très-fidèle serviteur,

Le ministre de l'instruction publique,

V. Duruy.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut:

Sur la proposition de notre ministre de l'instruction publique;

Vu le décret du 24 décembre 1852;

Avons décrété et décrétons ce qui suit:

Art. 1er. Le signe distinctif des officiers de l'instruction publique est la double palme d'or, et celui des officiers d'Académie la double palme d'argent, conforme aux modèles annexés au présent décret.

Art. 2. Notre ministre de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 7 avril 1866.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur:

Le ministre de l'instruction publique,

V. Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Giraldès, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital des enfants malades, commencera le jeudi 12 avril ses conférences de clinique chirurgicale (semestre d'été) et les continuera tous les jeudis à huit heures.

— M. le docteur Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine de l'hôpital des enfants malades, commencera son *cours clinique des maladies de l'enfance* (semestre d'été), le vendredi 13 avril à neuf heures.

Visite des malades tous les jours à huit heures. Leçon à l'amphithéâtre à neuf heures.

De l'état fébrile, par le docteur Desnos, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, etc. In-8°. Prix: 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le trichinoscope et ses applications aux usages domestiques et à l'examen des trichines, par Arthur Chevalier. In-8° (trois figures). Prix: 1 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De l'acide phénique, de ses dissolutions aqueuses et du phénol sodique, de leurs applications à l'hygiène, à la thérapeutique, etc., par Bobeuf, lauréat de l'Institut. Deuxième édition. In-8°. Prix: 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 43. — JEUDI 12 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 12 AVRIL 1866. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 AVRIL 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Bousquet a engagé hier la discussion sur la vaccine animale. On trouvera dans le compte rendu de la séance la plus grande partie de cette argumentation, où l'esprit s'allie à une fine dialectique et à une profonde connaissance de tous les éléments de la question, et où sont réunis avec une très-grande habileté tous les arguments théoriques qui pouvaient être opposés à l'introduction de la nouvelle pratique vaccinale. Est-ce à dire qu'il faille renvoyer au ministre ses présents et arrêter l'Académie sur la voie des expériences où elle s'est engagée? Ou bien faut-il, comme on en a fait la motion, ajourner toute discussion jusqu'après expériences faites? — Cette discussion elle-même ne sera-t-elle pas plutôt un préliminaire utile de ces expériences, en déterminant avec précision ce que l'on sait et ce que l'on ignore et par conséquent ce qu'il reste à chercher? C'est ce troisième avis qui est le nôtre. Il faudrait peut-être le justifier, mais l'espace nous manque aujourd'hui. Nous l'essayerons un autre jour.

Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. OULMONT.

Ulcérations tuberculeuses de la gorge; ulcérations intestinales et laryngées; tubercules pulmonaires.

(Observation recueillie par M. LÉONARDI, externe du service.)

La nommée D..., âgée de 30 ans, dévideuse de soie, entrée le 7 avril 1865, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marie, n° 8.

Santé antérieure chancelante, a eu de la gourme dans les cheveux jusqu'à l'âge de dix ans, réglée à vingt et un ans, peu abondamment, mais régulièrement; elle a deux enfants bien portants.

C'est à environ 3 ans qu'elle fait remonter le début de la bronchite dont elle est atteinte encore aujourd'hui. En même temps que ce rhume, auraient apparu des maux de gorge caractérisés par un petit mouvement fébrile, un sentiment de cuisson, de picotements, avec difficulté de la déglutition; un peu de gonflement des ganglions sous-maxillaires; les mucosités rejetées n'étaient jamais sanguinolentes. Depuis trois ans le rhume n'a pas disparu; toux continuelle avec alternatives d'amélioration pendant la belle saison, et de rechutes pendant l'hiver; elle maigrit beaucoup pendant ce temps; diminution de l'appétit; sueurs nocturnes abondantes. Il y a dix mois devient enceinte; grossesse pénible, vomissements continuels qui ne cessèrent qu'après l'accouchement.

Il y a sept semaines, le mal de gorge actuel débuta par une sécheresse de l'arrière-gorge, avec sentiment de chaleur; puis surviennent des picotements que la malade compare à des pointes d'aiguilles enfoncées dans les chairs; céphalalgie violente; grande difficulté de la déglutition (le passage des liquides même devient bientôt douloureux). Quelques jours après le début du mal de gorge, les aliments solides ne pouvaient plus passer, par suite des douleurs qu'ils déterminaient; ganglions sous-maxillaires engorgés et douloureux. Huit jours après ces maux de gorge, elle commença à cracher un peu de sang; peu à peu les crachats devinrent de plus en plus sanguinolents, et, dans les derniers jours qui précédèrent, elle en rendait des quantités assez abondantes; la bouche était pâteuse et mauvaise. La douleur s'étendit peu à peu dans le larynx; il lui semblait aussi que des aiguilles la piquaient dans cette région; les douleurs s'irradiaient également vers les oreilles et les régions temporales. Pendant tout ce temps la voix restait intacte; pas d'enrouement, pas d'altération du timbre. *Aucun antécédent se rapportant à la syphilis.* Accouchée, il y a environ quinze jours, d'un enfant vivant et parfaitement bien portant.

État actuel. — Constitution faible, facies décoloré, traits ridés, amaigrissement, en un mot état cachectique qui, au premier abord, fait soupçonner des tubercules pulmonaires. La peau est chaude, flasque, ayant perdu une partie de son élasticité. La malade accuse des douleurs très-vives dans la gorge, douleurs qui sont exaspérées dans la déglutition des aliments solides, et qui se répercutent jusque dans la poitrine; le larynx est aussi le siége de douleurs semblables. On constate chez elle tous les signes d'une tuberculisation pulmonaire avancée (cavernes aux deux sommets, tubercules infiltrés et ramollis dans les deux poumons). La malade n'a pas de diarrhée.

A l'inspection de la bouche, nous trouvons sur le voile du palais, et siégeant sur le bord libre de la face antérieure de la moitié droite, une ulcération d'environ 1 centimètre de long sur 5 millimètres de large, à bords irréguliers, frangés, déchiquetés, d'un rouge vif; le centre paraît formé de petits mamelons, le tout recouvert d'une pseudo-membrane d'un gris sale, pultacée, légèrement ardoisée par places. Sur le bord libre de la luette, du côté droit, on remarque une petite ulcération linéaire, présentant les mêmes caractères que la précédente, sauf l'étendue qui est moindre. Le fond du pharynx est également tapissé d'ulcérations semblables. Toutes ces surfaces sont tapissées par des mucosités épaisses, visqueuses et d'un gris sale. Haleine fétide, souffrances vives; rejette à chaque instant des mucosités quelquefois striées de sang. La difficulté de la déglutition est extrême; les liquides sont seuls tolérés, non sans une assez vive douleur. La malade éprouve continuellement une sensation de brûlure et de picotements. Les ganglions sous-maxillaires sont plus gros qu'à l'état normal et douloureux. Pas de diarrhée. — Julep avec chlorate de potasse, 4 gramme.

Le 16 avril, les ulcérations sont dans le même état; sous l'influence du chlorate de potasse, elles paraissent avoir peu progressé. On cesse le chlorate de potasse et on donne de l'iodure de potassium. La malade ne présente cependant aucun antécédent ni aucune manifestation de la vérole.

Le 20, un nouveau petit ulcère apparaît à gauche, sur le bord libre du voile du palais; la malade souffre toujours beaucoup. — On ajoute un gargarisme au chlorate de potasse.

Le 26, même état général; l'arrière-gorge présente l'état suivant : la face antérieure du voile du palais est recouverte d'un dépôt visqueux, et formé par des mucosités filantes et grisâtres; sur la moitié antérieure droite du voile du palais, sur la luette, et sur la moitié gauche du voile du palais, il y a des ulcérations qui semblent criblées de petits orifices d'aspect rougeâtre, où la muqueuse est comme rongée. A droite, on remarque près des piliers un point de quelques millimètres de diamètre, ulcéré, à bords circulaires, profondément taillés comme à l'emporte-pièce, en forme de cône creux, pouvant avoir 3 ou 4 millimètres de profondeur; à gauche, également près des piliers, on voit un point ulcéré, semblable à celui que nous venons de décrire, mais beaucoup moins étendu et moins profond; la muqueuse n'y paraît détruite qu'en partie. La malade souffre toujours beaucoup de sa gorge, qui la tourmente jour et nuit. On touche pour la première fois l'ulcération du côté droit avec la teinture d'iode. Le lendemain, la malade se trouve beaucoup soulagée par la cautérisation, et en demande une nouvelle.

Le 14 mai, les cautérisations ont continué tous les jours : les ulcérations du voile du palais ne paraissent pas avoir augmenté d'étendue ni de profondeur, mais il s'en est formé de nouvelles autour des anciennes. Les ulcérations du pharynx persistent toujours. La base de la langue est d'un rouge vif; les papilles sont saillantes et tuméfiées.

Depuis quelque temps le timbre de la voix s'altère. son intensité diminue (voix sourde et éraillée). Quant aux symptômes thoraciques leur gravité augmente tous les jours, et ils indiquent des lésions de plus en plus avancées.

Le 20, les douleurs de la gorge augmentent; les ulcérations ne présentent aucune amélioration. Enfin, la malade succombe le 22 mai.

Autopsie. — Tuberculisation pulmonaire avancée (cavernes, infiltration tuberculeuse des deux poumons). *Dans le larynx,* quelques ulcérations superficielles et peu nombreuses; muqueuse un peu rouge. *Dans le pharynx et l'arrière-gorge,* mucus visqueux et filant, recouvrant toutes ces parties et en voilant l'aspect. Après avoir fait disparaître ce mucus par le lavage, on trouve la muqueuse du voile du palais et du pharynx couverte d'ulcérations nombreuses, à fond rouge ou grisâtre, à bords nets et saillants; aucune de ces ulcérations n'a entamé toute l'épaisseur de la muqueuse; leur profondeur n'est pas très-grande : elles ne dépassent pas la limite supérieure de l'œsophage. Rien dans la trachée ni dans les bronches. *Dans l'intestin,* ulcérations nombreuses; nous ne trouvons pas de tubercules sous-muqueux. Péritoine et autres organes parfaitement sains.

Avec cette observation, M. Julliard a rassemblé récemment dans sa thèse inaugurale plusieurs observations qui montrent la coïncidence des tubercules pulmonaires avec les tubercules de la peau et des muqueuses. Ces faits connus depuis longtemps, ont reçu une nouvelle confirmation par les recherches de cet auteur. Seulement celui-ci a précisé un peu plus, en montrant que la bouche et la langue n'étaient pas moins que le pharynx et le larynx le siége d'ulcérations tuberculeuses dans la phthisie pulmonaire.

HOTEL-DIEU D'AVIGNON.

Observation d'ataxie locomotrice progressive, autopsie, état du grand sympathique,

Par le docteur Marius CARRE, d'Avignon.

Dans le courant du mois de novembre dernier, une femme de 50 ans, atteinte d'ataxie locomotrice progressive, succombait à l'Hôtel-Dieu d'Avignon. Elle avait présenté tous les caractères de cette maladie : faiblesse apparente qui la retenait au lit depuis longues années, et qui faisait croire au premier abord à une paraplégie complète; cependant conservation de la force musculaire qui permettait à la malade de marcher quand on la soutenait; la démarche était irrégulière, les jambes follement projetées en dehors; l'occlusion des yeux était suivie d'un affaissement subit et inévitable. La maladie était surtout marquée aux membres pelviens; elle avait eu une marche ascendante, ce qui est presque constant. Les membres thoraciques présentaient néanmoins tous les signes de l'ataxie. L'intelligence était conservée, la parole libre.

Il n'y avait aucun trouble des sens, ni aucun de ces phénomènes oculaires dont M. Duchenne (de Boulogne), a singulièrement exagéré la valeur et la fréquence en les considérant comme la première période de l'ataxie.

D'après les renseignements qui m'ont été fournis par les médecins et les internes, la sensibilité ne présentait pas d'altération, mais je me demande si on l'a suffisamment examinée dans ses divers modes.

La vessie et le rectum ont normalement fonctionné jusqu'à la fin. Une entérite enleva la malade.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Amaigrissement général sans altération granulo-graisseuse ou fibreuse des muscles qui furent examinés aux bras, et aux jambes des deux côtés, et sur le devant de la poitrine. Quelques vieilles adhérences pleurales; noyaux indurés au sommet des poumons; lésions ordinaires de l'entérite.

Le cerveau n'a pas été regardé.

L'œil gauche était sain; la papille, le nerf optique, les divers milieux de cet organe, son appareil musculaire, n'ont révélé aucune lésion appréciable.

Grand sympathique. — J'ai examiné avec tout le soin possible le filet cervical supérieur minutieusement disséqué dans toute sa hauteur, les ganglions cervicaux supérieur, moyen et inférieur, le plexus solaire, en divers points de son étendue, et, je dois le dire, ni à l'œil nu, ni au microscope, ni sous l'influence des réactifs ordinairement employés, je n'ai trouvé aucune altération, ni dans les ganglions, ni dans les filets émergents, les cellules et les tubes nerveux étaient complétement intacts.

Faisceaux postérieurs. — A l'œil nu la moelle était visiblement aplatie d'avant en arrière, et semblait élargie transversalement. Les enveloppes étaient saines. Les racines postérieures étaient beaucoup moins volumineuses que les antérieures surtout à la région lombaire où elles avaient perdu les deux tiers de leur volume. Sur une coupe transversale faite en haut de la région cervicale pour détacher la moelle, on apercevait déjà, sans le secours d'aucune préparation, que les parties postérieures tranchaient par leur couleur ambrée sur la teinte mate des parties avoisinantes. Dans ces points jaunes, ressemblant à une solution concentrée de gomme arabique, le microscope ne rencontrait pas des tubes nerveux serrés, réguliers, à double contour, comme dans les faisceaux antérieurs ou latéraux, mais des corpuscules arrondis, réfringents, des granulations graisseuses, puis de nombreux corpuscules allongés appartenant au tissu conjonctif, quelques cellules, et enfin quelques corpuscules moléculaires. C'était là un type de sclérose des faisceaux postérieurs arrivée à un degré très-avancé. Cette sclérose occupait toute la longueur de la moelle épinière, elle était très-exactement limitée par les faisceaux latéraux, et elle était d'autant plus prononcée qu'on se rapprochait de la région lombaire, où elle atteignait son maximum.

RÉFLEXIONS. — L'état du grand sympathique dans l'ataxie progressive a été peu étudié. La plupart des auteurs qui ont décrit avec un soin tout particulier la sclérose des faisceaux postérieurs, sont restés muets sur cette partie du système nerveux. Friedreich dit avoir examiné le grand sympathique et l'avoir trouvé intact; M. Donezan a produit une observation dans laquelle le filet cervical ascendant était manifestement atrophié. M. Duchenne (de Boulogne) a voulu faire jouer au grand sympathique un rôle capital dans l'évolution de l'atrophie des faisceaux postérieurs. Il a relaté, à l'appui de son opinion, une observation que nous ne voulons pas discuter ici, mais où les principales lésions n'étaient certainement pas du côté des faisceaux postérieurs, puisqu'ils étaient sains. Pour lui, voici quelle serait l'évolution des altérations anatomiques. Dans le principe le grand sympathique est lésé fonctionnellement, et c'est alors qu'on voit apparaître les phénomènes *oculo-pupillaires* sur lesquels d'ailleurs Remak et Schultz de Kravinkel avaient insisté auparavant, et les symptômes qu'on peut appeler *vésico-rectaux,* se traduisant par un sentiment de constriction à l'anus et à la vessie, et par des excès de chaleur dans ces régions, symptômes, soit dit en passant, qu'on trouve très-nettement signalés dans une ancienne observation. Le sympathique ainsi troublé exerce une action *névro-paralytique* sur les faisceaux postérieurs qui s'atrophient. Voilà en deux mots la théorie dont M. Duchenne traçait le tableau à l'Académie des Sciences (1). J'ai déjà discuté cette théorie (2), qui me paraît inadmissible par la raison toute simple que si le grand sympathique était primitivement affecté, ses altérations précéderaient celles des faisceaux postérieurs, et que l'atrophie du grand sympathique serait inextricablement liée à celle des faisceaux postérieurs dans l'ataxie progressive. Le fait que je

(1) Séance du 18 janvier 1864.

(2) *Nouvelles recherches sur l'ataxie locomotrice progressive,* Paris, 1865. In-8°.

viens de rapporter, confirme pleinement ma manière de voir d'un côté, un grand sympathique sain, de l'autre, des faisceaux postérieurs profondément désorganisés; on ne peut pas admettre, en face de ce contraste, qu'un trouble fonctionnel qui laisse intact le territoire où il se passe, entraîne à distance une destruction radicale.

En attendant que d'autres faits se produisent et rendent palpable la cause qui régit les phénomènes oculo-pupillaires et vésico-rectaux, je pense qu'on peut raisonnablement la placer dans une altération du grand sympathique central.

DE QUELQUES CAUSES

De la mortalité des femmes en couche, autres que l'encombrement

Par M. le Dr Delasiauve.

Dans la mortalité relative des femmes en couche, il y a des éléments divers. L'encombrement est la condition la plus fâcheuse. C'est à elle que la plupart des Maternités doivent leurs chiffres si élevés, mais il faut tenir compte aussi des soins et des coutumes locales. M. Tarnier, dans le compte rendu de la Société de chirurgie serait, d'après les documents qu'il s'est procurés, disposé à mettre les villages au rang de Paris. Loin de moi la pensée de démentir son assertion. Elle veut toutefois être expliquée : quand les nouvelles accouchées succombent à la campagne, c'est presque toujours par suite d'imprudences, soit qu'elles se lèvent trop tôt, qu'elles continuent leurs occupations, qu'elles mangent ou boivent comme si elles n'étaient pas dans un état spécial, ou qu'enfin on leur fasse des traitements intempestifs.

Ayant, au début de ma carrière, exercé pendant huit ans et demi dans une localité de province, j'ai eu de fréquentes occasions de m'en convaincre. Souvent à l'occasion du baptême ou bien le jour même ou le lendemain de l'accouchement, la mère prend part au repas. Il y en a qui s'ingurgitent du café, du vin sucré, de l'eau-de-vie brûlée. Dans mon pays presque toutes les femmes qui ne nourrissent pas font usage, sous prétexte de chasser le lait, d'une boisson sudorifique et purgative où entre en particulier le *sel duobus*. Le lait, les lochies se suppriment, la fièvre s'allume. De là des métro-péritonites quelquefois mortelles. Une primipare près de laquelle je fus appelé le seizième jour était, à mon arrivée, agonisante. La veille encore elle avait pris un vomitif. Une autre qui ne mourut que quarante-huit heures après, avait avalé depuis deux semaines un litre de vin chaque jour.

Pour juger des milieux, les données doivent être comparables. Dans le laps de temps que j'ai indiqué, j'ai fait personnellement deux cent vingt accouchements environ, dont un tiers et plus difficiles et pour lesquels j'étais requis par des confrères ou des sages-femmes. Sur ce nombre, deux malades seulement ont succombé; une troisième eut une métrite passagère. Cette dernière avait mangé, s'était levée, malgré les défenses expresses. Des deux premières, l'une, heureusement délivrée, se trouvait parfaitement, lorsque le soir du sixième jour, après une vive émotion morale, éclata un violent délire aigu qui l'emporta la nuit suivante. Quant à l'autre, l'enfant présentait la face; assistée par une sage-femme, celle-ci appela un médecin qui, n'ayant pu appliquer le forceps, eut recours à un autre confrère. Bientôt je dus me joindre à eux. Il n'y avait de ressource que la céphalotripsie, comment la pratiquer avec une malheureuse qui, épuisée, n'avait plus que le souffle. Trois fois, elle s'évanouit au moindre déplacement. La quatrième, maintenue en position, elle nous laissa le temps d'achever l'opération.

Nous nous attendions à ne pas la revoir le lendemain. Elle sembla au contraire renaître, mais vers le soir, un affaissement rapide amena une issue funeste.

Le village évidemment ne saurait être passible de tels résultats. Dans tous les autres cas, même avec travail dangereux, aucun accident n'a entravé l'évolution naturelle. Ma conduite avait été invariable. Deux légers bouillons le jour de la délivrance. Le lendemain diète rigoureuse jusqu'après la fièvre de lait. Bouillons et simples potages les jours suivants, à partir du septième ou huitième jour retour graduel à l'alimentation ordinaire. Boissons émollientes, douce chaleur autour du corps; liberté d'effusion du lait; au plus petit indice de diminution des lochies, cataplasme légèrement laudanisé sur l'hypogastre, simples lavements si besoin, légers laxatifs au bout seulement de douze ou quinze jours.

C'est, je crois, à cette rigueur d'hygiène que j'ai dû une pratique aussi heureuse, succès pareil pour tous cas de chirurgie; on ne meurt guère au village que lorsque l'on enfreint la règle.

CHLOROFORME DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE,

Par M. le docteur Alfred Liégard (de Caen).

M. le docteur Filliette (de Divonne) a inséré, dans le numéro du mardi 3 avril de la *Gazette des hôpitaux*, un cas d'éclampsie, avec ce titre : *Chloroforme, insuccès, mort...* C'est pour moi un devoir, dans l'intérêt de la vérité scientifique, de prendre, encore une fois, la défense du chloroforme, qui est ici parfaitement innocent de la mort de cette femme.

Mon honorable confrère me reproche, dans son préambule, de considérer le chloroforme comme « un remède héroïque, et la seule ancre de salut pour les accoucheurs. » Je maintiens cette opinion pour l'éclampsie des accouchements à terme, mais non de ceux provoqués avant terme. Dans ces cas, en effet, tout héroïque qu'il soit, ce précieux médicament est le plus souvent impuissant à remédier à la fois aux fâcheuses manœuvres, aux autres moyens pharmaceutiques déjà employés avant lui et à toutes leurs funestes conséquences. Examinons brièvement le fait rapporté par M. le docteur Filliette : « C'est une jeune femme primipare, enceinte de sept mois et demi ; elle a eu de l'œdème autour des malléoles; la face est bouffie, les paupières infiltrées, le pouls mou, dépressible, bat 80 fois. Le ventre est indolent, etc. Une potion calmante contenant 10 centigrammes d'extrait d'opium est administrée. Vers neuf heures du soir un premier accès se manifeste; il est suivi de coma, écume à la bouche, résolution des membres; sinapismes, saignée de 500 grammes. A peine le sang a-t-il cessé de couler, qu'un second accès se déclare. — Un confrère est appelé ; on décide de débarrasser au plus tôt l'utérus. Il n'y avait aucun commencement de travail spontané. La poche des eaux est rompue avec une sonde de femme. 4 grammes de seigle ergoté sont administrés en lavement et par la bouche. Un quatrième accès a lieu vers onze heures, plus violent que les précédents, et, c'est alors seulement qu'on se décide à recourir au chloroforme. Enfin, le forceps est appliqué; l'enfant était mort. Les accès, retardés par le chloroforme, continuent encore ; on abandonne l'anesthésie ; on applique 20 sangsues aux mastoïdes, et l'on fait prendre une potion stibiée à 40 centigrammes. L'asphyxie continue ses progrès; la mort arrive à midi. »

En présence de ce fait, je le déclare encore, le chloroforme a été et devait être impuissant à remédier, non pas à la maladie, mais aux funestes conséquences des manœuvres et des remèdes employés avant et après lui. 1° En thèse générale, je crois l'avoir démontré dans mon livre sur l'éclampsie et son traitement, les saignées sont ici pernicieuses, surtout chez les femmes à face bouffie, à paupières infiltrées, au pouls mou et dépressible, etc.; 2° Les tentatives pour provoquer l'accouchement avant terme, je l'ai aussi démontré par des faits et des raisonnements, ont presque toujours alors pour résultat immédiat d'augmenter les convulsions et de hâter le terme fatal. Je pense, au reste, que la très-grande majorité des accoucheurs ont, bien heureusement, maintenant adopté cette manière de voir. Dans l'ouvrage que je viens de rappeler, à la page 40, se trouve relaté un fait présentant la plus grande analogie avec celui qui nous occupe actuellement, et suivi pareillement de la mort de l'enfant et de la mère. Il se passait en 1851, et voici comment, en 1859, je formulais ma propre condamnation, condamnation qui pourrait, ce semble, s'appliquer au cas de notre confrère de Divonne: « Mais nous avons aujourd'hui la conviction que si le repos complet, le calme du corps et de l'âme, les calmants, les antispasmodiques, et surtout les anesthésiques, eussent été substitués aux saignées abondantes et répétées, et aux tentatives d'accouchement provoqué, tous les accidents se fussent arrêtés promptement; la grossesse eût continué son cours naturel, et la mère et l'enfant eussent été sauvés. »

En résumé, potion opiacée, une saignée abondante chez une femme infiltrée, à pouls mou et dépressible, perforation des membranes au delà du col fermé, 4 grammes de seigle ergoté; tout cela longtemps avant l'emploi du chloroforme auquel on n'a recours qu'en désespoir de cause et lorsque le cas est devenu d'une gravité irrémédiable: voilà le fait dans toute sa vérité! De bonne foi, ne serait-il pas injuste, illogique, mais surtout très-fâcheux pour la science et pour l'art obstétrical, de rendre cet héroïque remède responsable de cette double mort ?...

DES BAINS DE BOUE DE SAINT-AMAND (Nord),

Par le Dr Tillecourt.

Les paralysies dépendantes de la lésion de l'axe cérébro-spinal sont nombreuses et leur guérison difficile. Les moyens de traitement ne manquent pas, mais elles leur résistent le plus souvent, même aux plus énergiques.

M. le docteur Charpentier vient de publier une brochure (1) sur ces affections traitées par les bains de boues minérales des thermes de Saint-Amand (Nord). Il fait d'abord connaître la nature de cet agent de traitement, ses effets physiologiques et thérapeutiques et la manière dont il est mis en usage; puis il rapporte vingt observations qui en constatent les bons effets. L'authenticité de ces faits ne peut pas être révoquée en doute, car toujours l'auteur cite le nom des médecins qui ont soigné les malades, et le nom de ceux-ci, quand les convenances l'ont permis. Chez presque tous l'affection était très-grave : c'était le plus souvent une paraplégie plus ou moins complète avec anesthésie et paralysie de la vessie. Chez deux sujets, des symptômes d'ataxie locomotrice coïncidaient avec l'amyosthénie. Chez tous la maladie était ancienne.

La guérison a été complète dans une seule saison chez neuf malades, chez quatre, après deux et trois saisons; tous les autres sont sortis de l'établissement avec une grande amélioration. Les principaux moyens de traitement qui avaient déjà été employés étaient l'électricité, des eaux thermales, des cautères, des moxas, etc. Quelque graves qu'aient été leurs affections, M. Charpentier ne croit pas que chez aucun malade il y ait eu ramollissement du cerveau ou de la moelle épinière, n'admettant pas que la pulpe nerveuse désagrégée puisse rentrer dans son état normal. Nous sommes entièrement de cet avis, bien que quelques auteurs soient d'une opinion contraire.

(1) Chez Jules Masson, libraire, rue de l'Ancienne-Comédie, 26.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 avril 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Chapelain, sur le service médical des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), pendant l'année 1864. (Comm. des eaux minérales.)

— M. le ministre de l'instruction publique transmet : l'ampliation d'un décret, en date du 4 août courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Richet dans la section de médecine opératoire, en remplacement de feu M. Gimelle.

Après lecture faite par M. le secrétaire perpétuel de la lettre du ministre et du décret, **M. le Président** invite M. Richet à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. Apatowski sur l'ovariotomie;

2° Une lettre de M. Bataillon, vétérinaire à Montbrison, sur l'emploi du plâtre contre la météorisation des bêtes à cornes. (Comm. M. Raynal.)

— **M. Béclard** présente, au nom de M. le docteur Bertillon, un travail imprimé intitulé : *Des diverses manières de mesurer la durée de la vie humaine*. (Extrait du *Journal de la Société de statistique*, 1866.)

— **M. de Kergaradec** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Lecadre (du Havre), une brochure intitulée : *Questions d'hygiène publique*. Il y est traité des quarantaines, de la sophistication des denrées alimentaires, de l'utilité des matières fécales au profit de l'agriculture.

— **M. Jolly** dépose également sur le bureau, de la part de M. de Miranda Pinto, docteur en médecine de la Faculté de Rio de Janeiro, une brochure intitulée : *Courtes considérations sur les Boubas et sur leur diagnostic différentiel* (affection spéciale de la peau observée chez les nègres et connue sous cette dénomination).

— **M. Jolly** présente ensuite une brochure de M. le docteur Cahen, intitulée : *Du Choléra, sa nature et son traitement*.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la vaccine animale.

La parole est à M. Bousquet.

Vaccine animale.

M. Bousquet. Lorsque Jenner, recueillant la tradition populaire, eut démontré par expérience que ceux-là sont exempts de la petite vérole qui s'étaient inoculé fortuitement la maladie des vaches ou *cow-pox*, dès ce moment la vaccine fut trouvée; elle était dans la science; elle n'était pas encore dans la pratique; il fallait l'y faire entrer.

Ce fut un des moments les plus critiques de la vie de Jenner; il craignait qu'il ne fallût recourir à la vache à chaque nouvelle vaccination; et le *cow pox* était alors si rare ou si difficile à rencontrer que la difficulté d'en avoir à propos rendait la découverte presque inutile.

Ne vous semble-t-il pas, messieurs, qu'on voudrait nous ramener à ces commencements, avec cette différence qu'au lieu d'attendre le *cow-pox* du ciel on le fabrique de toute pièce sur la génisse.

Enfin, l'idée vint à Jenner de propager le *cow pox* de bras à bras comme on faisait du virus varioleux, sans recourir à la source que par occasion, et pour profiter des faveurs du hasard.

La vaccine ainsi établie, vous savez avec quelle rapidité elle se répandit dans tout le monde civilisé. Mais les critiques ne lui furent pas épargnées. Entre autres griefs, on accusa la vaccine de transmettre des contagions et nommément la syphilis.

On croyait que ce temps était passé sans retour: on se trompait; voilà qu'après plus d'un demi-siècle de paix et de tranquillité, la même guerre se renouvelle; ce ne sont plus les ennemis, ce sont les amis de la vaccine qui veulent qu'elle participe de la syphilis chez les syphilisés. Pourquoi cependant une si grave accusation s'est-elle assoupie pendant si longtemps? Si le fait est réel, comment a-t-il échappé à l'attention des observateurs?

Lorsque M. Depaul le dénonça pour la première fois à cette tribune, je le combattis par des idées doctrinales; je cherchai en moi-même comment des esprits, trop esclaves des sens, auraient pu se faire illusion, et je compris tout d'abord que le transport de la syphilis, possible à la rigueur par la lancette vaccinale, n'impliquait point la souillure du vaccin. Ainsi je dégageais la vaccine; c'était pour moi le point essentiel. Comment ne voit-on pas que si le virus syphilitique s'infiltre dans la pustule vaccinale et s'y mêle au vaccin, il est infaillible que la syphilis suivra toujours la vaccine, au lieu que si le vaccin reste pur à côté de la syphilis, non-seulement la transmission syphilitique n'a rien de nécessaire, mais elle n'est qu'un accident fortuit, contingent, et l'esprit entrevoit du moins la possibilité de l'écarter.

Dans la famille des maladies virulentes, la syphilis n'est pas, je suppose, plus voisine de la vaccine que la petite vérole; cependant le vaccin pris sur un varioleux n'a jamais, que je sache, communiqué la variole; et réciproquement, jamais la variole prise sur un vacciné n'a communiqué la vaccine; et l'expérience en a été faite à dessein par moi et par d'autres.

Pour plus de sûreté, M. Lanoix nous apporte de Naples un moyen radical qui ne laisserait aucune chance à la syphilis; ce serait de ne prendre à l'avenir le vaccin que sur la génisse et jamais sur l'homme.

Avant d'aller plus loin, il est bon de s'entendre sur le vaccin tant vanté de génisse ou de vache. Si on entend par là le *cow-pox*, c'est-à-dire l'éruption varioleuse née librement, spontanément sur la vache, nous pourrions nous rapprocher, quoique par des motifs différents; mais ce n'est pas ce qu'on veut dire. Le vaccin de génisse dont on parle n'est pas le *cow-pox* naturel; c'est le vaccin d'une génisse vaccinée de la main de l'homme, ce qui est bien différent.

Voyons cependant ce qu'il faut penser de ce vaccin artificiel?

Lorsqu'après une longue absence la petite vérole se rapprocha des vaccinés, on commença à parler de l'affaiblissement du vaccin et de la nécessité de le renouveler; mais où trouver le *cow-pox*? Dans l'embarras de le trouver, on imagina d'en faire en vaccinant des

vaches; mais là même se présentait une autre difficulté; on s'y était essayé bien des fois, et on avait toujours échoué; c'est alors que j'imaginai, après d'autres, de vacciner les génisses; j'y réussis au delà de mes espérances; mais je n'avais pas prévu toutes les déceptions qui m'attendaient.

Je me figurai d'abord que la génisse devait me donner des pustules plus belles, plus ermes, plus apparentes que celles de l'enfant; et au contraire elles me parurent plus petites, plus chétives; volume, engorgement sous-cutané, auréole, éclat, tout était de moindre apparence; et ce qui est encore plus significatif, plus lente à se montrer, la pustule animale précipite sa marche comme pour gagner le temps perdu et finit plutôt.

Mais ce fut là le moindre de mes mécomptes dans la déduction de la théorie, je m'étais flatté que le vaccin reporté sur le sol natal, y reprendrait une partie des forces qu'il avait perdues sur l'espèce humaine: là était tout l'intérêt de mes expériences; autre illusion! La génisse me rendit le vaccin comme je le lui avais donné, ni plus, ni moins actif et comme aurait fait le poulin, la chèvre, la brebis et les animaux accessibles à la vaccine.

Ainsi s'évanouirent toutes mes espérances.

Mes expériences n'ont servi qu'à établir que le vaccin ne gagne rien à passer par la génisse; qu'il ne s'y refait pas, qu'il ne s'y fortifie pas, qu'il en revient comme il y a passé.

J'ai dû en conclure avec certitude qu'il est impossible de confondre le *cow-pox* spontané sorti des mains de la nature, avec le *cow-pox* artificiel ou vaccin de génisse reproduit par inoculation.

La bienveillance d'un confrère a mis entre mes mains un des derniers numéros de l'*Union médicale* de la Seine-Inférieure; j'y ai lu une lettre de M. Lanoix à M. Verrin, vétérinaire distingué du département; il lui raconte que le proviseur du collège de Troyes ayant trouvé bon de profiter du vaccin de génisse, a fait revacciner 198 de ses élèves de l'âge de six à dix-huit ans. La revaccination n'aurait pas donné moins de 134 bonnes vaccines, et M. Lanoix confirme ce résultat de son autorité et de ses propres chiffres. 134 bonnes vaccines sur 198 revaccinations, cela paraît un peu fort. Répondre que l'invraisemblable est rarement vrai, pourrait paraître peu académique. La science me fournit une autre réponse où se trouvent réunies les bienséances et la vérité.

On n'a disputé que 1200 ans pour savoir si on pouvait avoir deux fois la petite vérole, et on disputerait encore si l'intérêt de la vaccine n'avait commandé d'admettre la récidive. Se présentait-il un cas douteux, ceux qui croyaient à la récidive y reconnaissaient la variole avec tous ses caractères; ceux qui n'y croyaient pas y reconnaissaient non moins clairement la varicelle.

On raisonne de la même manière des vaccines en récidive, on vaccine après revaccination: vraies pour les uns, fausses pour les autres, suivant l'idée qu'ils se font de la vaccine en général.

Les partisans de la vaccine animale ont encore d'autres raisons pour se montrer particulièrement dociles; ils veulent relever le vaccin de génisse aux dépens du vaccin d'enfant et, pour montrer sa supériorité, ils allèguent les succès qu'ils obtiennent dans la revaccination; mais en cela ils montrent plus de zèle pour la cause qu'ils défendent, que d'intelligence pour le sujet qu'ils traitent; ce n'est pas tant l'activité du vaccin qui prépare le succès de la revaccination que le retour, la renaissance de l'aptitude varioleuse par l'affaiblissement de la modification intérieure opérée par la première vaccine.

C'est, dis-je, cette cause et non pas d'autres qui favorise la revaccination; et c'est encore la même cause qui appelle les épidémies varioleuses sur les vaccinés.

Oui, retour de la vaccine après revaccination, invasion de la variole après vaccine: deux faits du même ordre et qui se confirment l'un par l'autre.

Ces idées se suivent et valent, ce me semble, un peu mieux que des chiffres.

Je ne me lasse pas de répéter qu'il ne suffit pas d'observer les faits, il faut les *penser*; il faut les soumettre à l'esprit comme à un contrôle nécessaire, sous peine d'être entraîné aux plus monstrueuses erreurs.

A titre de préservatif, je ne crois donc pas que le vaccin de génisse ait le moindre avantage sur le vaccin d'enfant; mais peut-être serait-il possible d'en tirer un meilleur parti, ce serait de le faire servir à la reconstitution du *cow-pox* naturel; il n'est pas vraisemblable que l'inoculation lui ôte la faculté de se transmettre par contagion spontanée, de la vache à la vache. Rappelez-vous l'histoire de l'*inoculation*; la variole inoculée n'était pas moins contagieuse que la variole naturelle, puisque c'était presque son seul inconvénient; sans cela elle régnerait encore.

Que si la contagion ne passe pas de la génisse à la vache, et franchement je le crains un peu, il sera prouvé une fois de plus que la vaccine de la génisse n'est pas le *cow-pox* de la vache.

J'arrive à la seconde question, à la question principale; car je n'oublie pas que la génisse ne vous est si chère que parce qu'elle vous promet un vaccin d'une incomparable pureté. Cet avantage, elle le tient de sa nature même, et c'est lui qui lui vaut le privilége de vous fournir de tout le vaccin dont vous avez besoin pour conjurer la petite vérole.

Du vaccin d'enfant vous n'en voulez plus, il s'est mésallié; vous ne voulez que du vaccin de génisse; mais la génisse de qui le recevra-t-elle? Car elle ne le fait pas. A cette question on répond que que M. Lanoix a mené de Naples à Paris, une génisse dont il répond; M. Lanoix a vu de ses yeux le certificat en parchemin qui atteste le phénomène. Il raconte que le roi Ferdinand, de Naples, jaloux de renouveler la vaccine dans ses États, fit écrire à Londres pour avoir du *cow-pox*, croyant sans doute qu'il suffisait d'en demander pour en avoir.

Mais ce n'est pas par des raisons de plus ou de moins de puissance que se recommande le vaccin de génisse, c'est principalement, je le répète, par les garanties qu'il offre contre la syphilis à ceux qui en ont peur.

J'ai dit qu'en principe, la syphilis d'origine vaccinale me paraissait impossible. En fait, on peut bien m'accorder qu'elle est rare, très-rare; mais à peine m'a-t-on fait cette concession qu'on voudrait la retirer en disant qu'il y aurait plus d'exemples si on y eut donné plus d'attention; je le crois sans peine, je crois même que ceux-là en trouveront le plus qui auront le plus d'intérêt à en trouver, intérêt de doctrine bien entendu.

Pourquoi cependant la syphilis vaccinale est-elle si rare? Serait-ce que la syphilis congénitale elle-même n'est pas commune? Serait-ce parce que les symptômes tertiaires ne se transmettent que difficilement? Serait-ce parce que, soit adresse, soit bonheur, la lancette du vaccinateur ne prend que le plus pur du vaccin? Quelle qu'en soit la cause, je prends acte du fait.

Et je conclus qu'en tout état de cause, il y a une question préalable à décider, savoir, non pas si le vaccin de génisse est bon, tous les vaccins sont bons, mais si la vaccine animale est meilleure que la vaccine humaine; car si elle n'était pas meilleure, de quel droit demanderait-elle la préférence? Et dans l'affirmative, balancer ses avantages et ses inconvénients dans la pratique.

Dans mon opinion, la réponse n'est pas douteuse, mais je raisonne dans la vôtre.

Mettons donc les choses au pis et comme vous les voulez. Comment pourrais-je faire comprendre la position que vous faites à la vaccine en l'accusant de transmettre la syphilis? Je prends ma comparaison dans La Condamine, le plus éloquent défenseur de l'*inoculation*.

Représentez-vous la vaccine comme une loterie ou, sauf exceptions infiniment rares, il n'y a que des numéros gagnants. La proportion est impossible à déterminer exactement; mettons, par supposition un ou deux sur dix mille; il y en aura, si vous voulez un peu plus dans les grandes villes; il y en aura un peu moins dans les campagnes. Eh bien! je le demande à tout homme sensé, est-ce que la crainte des mauvaises chances devrait vous empêcher de profiter des bonnes? Des quantités si minimes se comptent dans la science pure, elles ne se comptent pas dans la pratique.

Votre réponse est facile à prévoir; vous direz que vous nous apportez une autre loterie où il n'y a pas de mauvaises chances; tous les joueurs gagnent, à tout coup, et sans courir aucun risque. Quoi! tous les joueurs gagnent à votre loterie, mais non pas ceux qui n'y mettent pas, mais non pas ceux à qui vous n'avez à offrir que des numéros faux ou équivoques! J'appelle ainsi le vaccin sec et conservé en tube ou sur plaque; j'exagère peut-être, mais laissez-moi vous dire mes impressions et mes prévisions: j'estime que la moitié de la population privée de la vaccine animale restera désarmée contre les coups de la petite vérole, cent fois plus dangereuse que la grosse par sa généralité.

Malgré cela, je ne me dissimule pas le désavantage de ma position; il faut l'expliquer. De tout temps les parents ont craint les conséquences d'un vaccin *impur, malsain, vicieux* ou *vicié*. Ces préjugés ne sont pas raisonnés; je les combats et vous les flattez, vous leur prêtez l'appui de votre talent et d'une fausse science; vous faites plus, vous dissipez le vague de l'accusation en lui donnant un corps, et vous citez en exemple la syphilis, ce qu'il y a de plus malsonnant aux oreilles d'une mère. Voilà ce qui fait votre force; ce n'est ni la bonté de votre cause ni la solidité de vos raisons, c'est l'ignorance et les préjugés du monde.

A cet égard point de doute pour moi, si j'en avais eu il se serait dissipé à la lecture de la lettre ministérielle en réponse à la vôtre. Vous demandiez des fonds à l'autorité supérieure: partie pour améliorer le service vaccinal en usage; partie pour en créer un nouveau avec le vaccin de génisse. Sur le premier point, le ministre ne vous a répondu que par le silence; il a compris ce qu'il y aurait d'inconséquence à vous donner les moyens d'améliorer ce que vous brûlez de supprimer; sur le second point, c'est différent, vous êtes en communion d'idées, on vous accorde plus que vous ne demandez, et Son Excellence accompage ses libéralités des paroles les plus encourageantes et les plus flatteuses pour votre amour-propre. On vous invite à continuer des expériences si heureusement commencées et qui ont déjà donné des résultats importants. Ici, je dois l'avouer, je ne comprends pas bien; où sont donc ces résultats si importants? En quoi consistent-ils? et qu'espérez-vous de vos expériences? Voulez-vous savoir si le vaccin passe de la génisse à l'homme? On le sait, il y a vingt-cinq ans que je vous l'ai appris: voulez-vous savoir si le vaccin reporté de la génisse à l'enfance vous rend la vaccine, et que voulez-vous qu'il vous rende?

Voulez-vous savoir si cette vaccine agit mieux que l'autre? vous ne pouvez pas le savoir avant vingt ans d'ici, à moins pourtant que la petite vérole ne vienne plutôt et par préférence surprendre vos vaccinés, ce que je ne leur souhaite pas.

Il n'y a peut-être qu'une expérience à faire, et c'est la seule à laquelle vous ne pensiez pas. Si la génisse est par bénéfice de nature ou d'organisation rebelle à la syphilis, on le croit généralement, mais on ne le sait pas d'expérience. On croyait aussi, j'ai cru moi-même que la vache résistait à la variole, je n'ai jamais pu la donner, ni moi, ni M. Leblanc, ni bien d'autres; cependant la commission des vétérinaires de Lyon plus habile ou plus heureuse, a fait ce qu'on croyait impossible. Je voulais donc qu'on entreprit des inoculations syphilitiques sur la vache; si, comme l'affirme M. Auzias-Turenne, si bon juge dans la matière, la syphilis se communique au singe et au chat, pourquoi ne se communiquerait-elle pas à la vache et surtout à la génisse? Il semble que tout peut passer par inoculation à un âge rituel.

Dire que l'expérience est sans intérêt parce que, dans la vaccine animale, le vaccin émané directement de la vache n'en sortira pas serait une si étrange illusion, que je n'y réponds pas.

Faut-il répéter ici ce que j'ai entendu dire en dehors de cette enceinte? On dit que la génisse ayant ses infirmités propres, comme tout ce qui est mortel, personne ne sait encore si en lui reprenant un peu de ce vaccin, qu'on lui a donné, on n'emportera avec lui ou avec le sang le germe de ces infirmités. C'est entrer, comme vous voyez dans le cœur de vos doctrines, mais je n'insiste pas.

Pour moi, à part les inconvénients de la vaccine animale que le temps pourra dévoiler, j'en ai deux à signaler dans le présent, et ceux-là personne ne les niera: c'est de détourner les populations de la vaccine de bras à bras, à laquelle elles sont faites par une longue habitude, sans pouvoir la remplacer, et de concentrer la vaccine en quelques mains, comme une espèce de monopole.

Je reprends. Qui est-ce qui voudra d'un vaccin suspect de syphilis, d'un vaccin qui peut porter avec lui le poison et la mort?

L'argument du parti le plus sûr est à la portée de toutes les intelligences: c'est celui qui convertit Henri IV au catholicisme; pardonnez-moi, Messieurs, de rappeler un si grand souvenir à propos d'un si mince sujet; mais il fait comprendre ma pensée.

Tout le monde voudra du vaccin de génisse, et tout le monde n'en aura pas, ou n'en aura que de mauvais.

La difficulté n'est pas de vacciner les génisses, c'est d'avoir des génisses à propos; elles ne sont pas également répandues dans les départements; il y en a peu dans quelques parties du midi de la France, faute de paturages, ou que les vaches y manquent; mais on les emploie à travailler la terre, et très-peu à la reproduction.

Là même, où l'abondance des paturages permet de faire des élèves, elles ne viendront pas d'elles-mêmes s'offrir à la lancette du vaccinateur, comme les enfants qui, prédestinés à la petite vérole, n'y peuvent échapper que par la vaccine; il faudra aller au devant d'elles, traiter à prix d'argent avec le propriétaire, et qui fera les frais du marché? Les parents ne le peuvent pas, pour la plupart; le médecin, n'est-ce donc pas assez qu'il donne gratuitement son temps et les soins de son ministère!

On créera, dira-t-on, de grands centres de vaccination où l'on aura toujours des génisses en état de fournir du vaccin, mais qui voudra se déplacer pour aller les trouver? Les faire voyager et les envoyer partout où besoin sera, n'est ni commode, ni facile, ni possible. On y suppléera, dit-on, par des tubes; c'est en effet la seule ressource qui nous reste, mais cela même n'est qu'un pis-aller. Le vaccin de génisse possède une plasticité particulière, et de là quelque difficulté à les remplir et à les vider. Deux petites manœuvres qui demandent un peu d'habitude. Et quand tout irait de soi et à votre gré, vous ne pouvez vous dissimuler que vous réduisez de plus en plus la vaccine fraîche incomparablement la plus sûre, pour lui substituer la vaccine sèche qui manque si souvent son effet. Mettez-vous en présence d'une épidémie de variole et calculez si vous pouvez les conséquences de votre réforme.

Un autre inconvénient de la nouvelle méthode c'est, ai-je dit, de concentrer la vaccine en quelques mains, comme vous voyez qu'elle est en ce moment. Il y aurait donc des vaccinateurs de profession comme autrefois des inoculateurs! Il y aura donc des maisons de vaccination comme autrefois des maisons d'inoculation! Et que d'abus je prévois!

Je sais que jusqu'ici la vaccine animale n'est tombée qu'en des mains pures et délicates, et c'est ce qui retient ma plume.

Il y a peu de temps, c'était dans les premiers jours de février, il prit fantaisie à une famille opulente de ma connaissance de se faire revacciner avec du vaccin de génisse. Le jour convenu, on vit arriver en voiture dans la cour de l'hôtel une génisse entre deux hommes qui l'accompagnaient; puis vint un médecin; puis il en vint un autre: en tout quatre personnes, sans compter la génisse qui n'était pas le personnage le moins intéressant. A un signal donné les deux hommes s'emparèrent du pauvre animal et le renversèrent dos contre terre, ventre en l'air; ils lui lièrent les jambes et le tinrent ainsi en respect. Alors les deux médecins se séparent: l'un chargé de recueillir le vaccin se met aux pieds de la génisse et va et vient du salon à la remise, et de la remise au salon, tandis que l'autre reste auprès de ses clients et leur inocule le précieux vaccin.

L'opération terminée, la génisse se relève et demande son salaire: car elle ne fait pas les choses pour rien. Pour ses services personnels elle demande, elle, 150 fr. On dirait qu'elle pressent que son règne ne sera pas de longue durée, et elle profite des jours de faveur qu'un dieu lui a faits; ce dieu, c'est vous-même.

Je vois bien qu'il n'est pas nécessaire de déployer un si grand appareil à chaque opération; mais encore faut-il une génisse pour vacciner de génisse à bras; il faut un aide, un homme pour la tenir.

Qu'on se représente un médecin en compagnie d'un palefrenier et d'un pauvre animal sujet à tous les inconvénients de sa nature. Quel tableau! si je vous disais que tout cela me paraît peu propre à relever la dignité de la profession, vous me reprocheriez peut-être ma susceptibilité déplacée, je vous avoue cependant que c'est un de mes griefs contre la vaccine animale.

Ah! sans doute, si le vaccin de génisse était de nécessité, s'il n'y en avait pas d'autre, ou si seulement il était d'une qualité supérieure, incontestable, sans doute on n'en devrait pas détourner un médecin honnête et consciencieux; mais il ne vaut pas mieux que le vaccin d'enfants, il vaut moins peut-être: le bouton qui le contient est plus petit, et plus prompt à se sécher.

A valeur égale, la préférence appartient à la vaccine de bras à bras. Considérez, je vous prie, la place que tient la vaccine parmi les pratiques médicales; ce n'est pas un de ces traitements spéciaux qui ne couvient qu'au petit nombre, c'est une méthode générale, à l'usage de tout le monde puisque tout le monde est fatalement destiné à avoir la petite vérole, excepté ceux qui ne vivent pas assez pour l'attendre. Or, consultez le plus simple bon sens, ce bon sens, ce grand maître de la vie humaine, comme l'appelle Bossuet, consultez le bon sens, il vous dira qu'une pratique si générale et de cette importance ne saurait être ni trop simple, ni trop facile dans ses procédés.

Prêtez-vous, messieurs, à ma supposition; supposez que la vaccine animale, la première en usage, a rempli toute la période de temps qui s'est écoulé depuis la découverte de Jenner jusqu'au moment où j'ai l'honneur de porter la parole devant vous; et supposez encore que, par une heureuse inspiration, M. Lanoix ou M. Depaul, car je ne les sépare pas, se présente à nous et nous apporte, au lieu de la vaccine animale, la vaccine de bras à bras, quelle agréable surprise! N'est-il pas vrai que le simple changement nous apparaîtrait comme un immense service, et qu'il n'y aurait pas assez d'éloges, assez de félicitations et de hourras pour glorifier l'heureux réformateur?

Eh bien! cette vaccine nous l'avons, nous en jouissons, le monde entier en jouit depuis plus de soixante ans, et on nous propose de l'abandonner! c'est insensé, c'est folie! s'il y a des améliorations à faire, des imperfections à corriger, travaillons-y de toutes nos forces, je le veux. A l'avenir, choisissons notre vaccin, au lieu de le prendre indistinctement sur tous les enfants, adressons-nous aux plus beaux; attendons quand cela se peut, qu'ils aient passé l'âge où la syphilis congénitale a coutume de se montrer; piquons délicatement les boutons sans les faire saigner, de peur de prendre le sang avec le vaccin, le sang cent fois plus suspect à la physiologie de servir de véhicule aux contagions, etc. Entrez dans cette voie, à la bonne heure! tout le monde vous y suivra, mais laissez-nous de grâce la vaccine de bras à bras.

En parlant ainsi, ce n'est pas que je craigne pour elle; la vaccine animale n'est pas née viable; mais enfin elle a eu deux bonheurs singuliers: l'un de ces bonheurs, c'est de venir de loin; l'autre, bien autrement précieux que le premier, c'est d'avoir trouvé un vaillant défenseur dans M. Depaul, homme éminent par son talent, puissant par ses convictions, plus puissant encore par la parole; malheureuse-

ment il est ainsi fait, qu'il apporte dans l'erreur la même foi que dans la vérité.

Souffrez, messieurs, que je vous reporte encore une fois au commencement de ces discussions; j'ai mes vues.

En ce temps-là M. Depaul ne pouvait se persuader que la vaccine pût venir du cheval. Les conjectures de Jenner à cet égard, loin de trouver grâce près de lui, ne faisaient que l'animer.

Cependant un fait vous fut adressé, dont tous les détails se rapportaient si bien à cette origine qu'il n'y avait pas moyen de la nier; M. Depaul la nia.

Ici la nature avait tout fait, tout arrangé de ses mains et sans rien dire; elle en était plus difficile à comprendre; M. Depaul ne la comprit pas. On pouvait croire qu'il serait mieux entré dans une de ces démonstrations expérimentales où la science énonce clairement et d'avance le but qu'il se propose et combine ouvertement et en plein jour les moyens les plus propres à l'atteindre.

Cette démonstration, M. Lafosse de Toulouse la lui donna en 1863. M. Depaul résista encore; car, quand une idée est entrée dans cette puissante tête, elle n'en sort plus, tant elle trouve de ressources pour s'y défendre. Qui, hors M. Depaul, eût jamais imaginé que le destin, le plus grand de tous les dieux, avait pu envoyer du ciel le *cow-pox* à la vache, ou même où la lancette de l'expérimentateur lui avait inoculé la matière des *eaux aux jambes*.

On sait comment il se condamna lui-même par une découverte de l'éruption du cheval qui contient la vaccine, et d'où M. Bouley la fit sortir par inoculation.

Je continue. Puis frappé des analogies de la variole et de la vaccine, il finit par les confondre et nous ramènerait, sans s'en apercevoir, à l'*inoculation* qu'il désavoue en public; mais à laquelle il rend un culte secret.

Puis enfin, un jour vient où il s'écrie : « Le virus-vaccin n'existe pas ! Il n'y a pas de vaccin; il n'y a de réel que la petite vérole. » Et cette étrange doctrine, il ne l'a pas abandonnée; il y est revenu dans la séance du 27 février dernier en vous présentant d'intéressants travaux de M. le docteur Vy; il a essayé de les tourner à sa thèse quoiqu'il sache bien qu'ils n'y peuvent servir.

Mieux que personne, je sais que tout homme est faillible; mais il me semble qn'en matière de vaccin, M. Depaul abuse un peu du privilége de sa race.

Les erreurs que je viens de rappeler vous sont déjà connues; si j'y reviens, c'est parce que j'y crois voir le présage d'une nouvelle erreur, la plus grave de toutes sans comparaison, la vaccine animale.

J'avoue d'ailleurs que je mets peu d'intérêt aux erreurs de théorie quand elles ne tirent pas à conséquence. Qu'importe, après tout, que la vaccine vienne du cheval ou de la vache, ou des deux à la fois? Qu'importe encore que la variole se transforme en vaccine ou la vaccine en variole, si, jusque dans leurs métamorphoses, chacun retient assez de sa nature pour défendre aux plus hardis de les employer indistinctement dans la pratique?

Mais il n'en est pas ainsi de la vaccine animale : quoique fondée sur deux hypothèses, les corruptions du vaccin de l'enfant et l'incorruptibilité du vaccin de la génisse, la vaccine animale n'a qu'une pensée, qu'un espoir, qu'une vue, c'est de s'introduire dans la clinique et d'en chasser la vaccine Jennérienne, sous couleur de l'épurer, de la protéger, de la perfectionner.

Je veux bien croire à ses intentions; je ne puis pas croire à ses promesses.

C'est pourquoi je proteste de toutes mes forces contre l'usurpation d'une méthode plus impuissante encore qu'elle n'est dangereuse.

M. DUBOIS (d'Amiens) prend la parole pour une motion d'ordre. Il pense qu'au moment où l'Académie, grâce à la bienveillante initiative du ministre, va se trouver prochainement en mesure de commencer une série d'expériences comparatives entre l'ancien vaccin et le vaccin animal, la discussion que vient d'engager M. Bousquet est inopportune. M. Bousquet faisant lui-même partie de la commission chargée de suivre ces expériences, ne vaudrait-il pas mieux ajourner cette discussion jusqu'au moment où ces expériences auront été faites. Elles lui fourniraient du moins une base utile.

M. BOUILLAUD. Il n'est pas possible qu'en présence des faits qui se sont passés récemment, on ne se préoccupe pas de la question qui est soulevée devant l'Académie. Il y a évidemment quelque chose à faire. Notre devoir est de chercher. Il ne s'agit pas, comme semble le croire M. Bousquet, d'abandonner la vaccine; il s'agit seulement de chercher si l'on peut faire mieux que ce que l'on a fait jusqu'à présent. Mais il faut bien qu'on sache dans le public qu'il ne s'agit nullement ni d'une révolution ni de l'abandon du vaccin.

M. BOULEY demande à faire une seule observation. Pendant vingt-cinq ans, dit-il, vous avez cherché vainement la vaccine animale. Aujourd'hui on l'a trouvée, on vous la donne et vous la refusez. Cela me semble singulier.

M. J. GUÉRIN. M. Bouley se trompe. Il confond le cow-pox avec la vaccine animale artificielle. Ce n'est pas la même chose.

M. GIBERT. Nous accueillons tous la vaccine animale comme expérimentation. Mais je m'élève contre l'idée répandue dans le public que la vaccine est dangereuse. Je sais gré à l'autorité de nous avoir fourni le moyen de faire des expériences, mais je regrette qu'on se soit aussi hâtivement privé de l'ancien vaccin.

M. BLOT ne comprend pas qu'on ait aussitôt perdu la mémoire de ce qui s'est dit ici. On craint qu'une idée fausse ait été jetée dans le public. Il vaut beaucoup mieux que le public soit infeeté d'une idée fausse que de virus syphilitique.

M. DEPAUL répond à l'accusation de M. Gibert relativement au prétendu abandon de l'ancien vaccin en lui citant les chiffres qui figurent dans le tableau des vaccinations pour les derniers six mois. Il en résulte que jamais il n'avait été fait autant de vaccinations et distribué autant d'ancien vaccin que dans cette période. M. Depaul se propose de répondre dans la prochaine séance à M. Bousquet, à moins que d'autres orateurs ne veuillent s'inscrire avant lui.

PRÉSENTATION.

M. LE Dr DE CLAUZURE (d'Angoulême) présente un appareil destiné à combattre les métrorrhagies qu'il désigne sous le nom de tampon irrigateur.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

150. Études sur les tempéraments, par J. M. A. Magnié.

151. De la dysménorrhée chez les femmes pléthoriques et de son traitement par les alcalins, par H. George-Lemaire.

152. De la misère physiologique, par C. Gauron.

153. Essai sur l'encéphalite, par F. Robertet.

154. Essai critique sur le merveilleux en médecine, par A. Lamouroux.

155. Des arthrites du bassin, qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement, par E. Feuillet.

156. Essai sur les rapports réciproques de la grossesse et de la phthisie, par Pacull.

157. Remarques sur les phénomènes abdominaux provoqués par quelques maladies aiguës générales chez les femmes en couche, par A. Douenel.

158. De la blépharoplastie, par L. Cassius.

159. Du traitement de la phthisie pulmonaire par le tartre stibié, par L. Miguet.

160. Embryotomie. Avantages d'une nouvelle méthode, par F. L. Alauzet.

161. Des corps étrangers retenus dans les membranes extérieures de l'œil, considérés comme causes d'ophthalmie, par A. Bourgeois.

162. Kystes du rein, variété rare, par L. Touren.

163. Études sur quelques points de la coqueluche, par J. J. Z. Ducrot.

164. Du nouveau-né; son allaitement, son hygiène, par Osiecki.

— On nous prie d'annoncer que M. Charrière père ne reste pas étranger à la direction de la maison qu'il a fondée, et dont la session vient d'être faite à MM. Robert et Colin. Sa coopération et ses conseils leur sont assurés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Voies d'introduction des médicaments, applications thérapeutiques, par M. le docteur Baudot. In-8° de 142 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1866, F. Savy.

De la cure radicale des tumeurs et fistules lacrymales, etc., à l'aide de la *Méthode galvano-caustique*, par le docteur Tavignot, professeur d'ophthalmologie. Brochure in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, Asselin, libraire-éditeur, 4, place de l'École de Médecine.

Des endocardites, par le docteur Martineau, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris. In-8° (une planche). Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par le docteur Ch. Sédillot, médecin-inspecteur des armées, directeur de l'École impériale du service de santé militaire de Strasbourg, etc. Troisième édition, avec figures. Deux beaux volumes grand in-8°. Prix : 18 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Étude médico-légale sur la simulation de la folie, considérations cliniques et pratiques à l'usage des médecins experts, des magistrats et des jurisconsultes, par M. le docteur Armand Laurent, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille. Un volume in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Soubd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

(Mois de mars).

Les maladies régnantes du mois de mars ont été à peu près les mêmes qu'en janvier et février. Ce sont toujours les affections des voies respiratoires, les rhumatismes, les fièvres typhoïdes et les fièvres éruptives qui ont dominé, et parmi elles plus particulièrement la bronchite catarrhale épidémique. Voici, d'après le rapport de la commission des maladies régnantes fait à la séance d'hier de la Société médicale des hôpitaux, les particularités les plus intéressantes qui ont été signalées.

La bronchite catarrhale épidémique dont tous les médecins ont eu l'occasion d'observer de très-nombreux exemples dans la pratique civile, est aussi la maladie qui a été le plus souvent observée dans les hôpitaux pendant tout le cours du mois de mars. Elle a été signalée notamment par M. Moutard-Martin, qui l'a observée tant dans son service qu'à la consultation de l'hôpital Beaujon et en ville avec tout le cortége de la fièvre catarrhale, courbature, embarras gastrique, etc. M. Moissenet, qui en a eu aussi un assez grand nombre à Lariboisière, a observé dans quelques cas une intermittence très-marquée dans la fièvre, qui a nécessité l'usage du sulfate de quinine. Elle s'est montrée en général assez bénigne.

Les pneumonies et les pleurésies ont été relativement rares et peu graves.

Les affections rhumatismales se sont montrées un peu moins communes que dans le mois précédent et toujours avec le même caractère de bénignité. Elles n'ont présenté à noter que quelques particularités, telles que deux cas de contracture des extrémités, un cas d'érythème noueux et un érythème papuleux fébrile généralisé coïncidant avec les douleurs articulaires, une bronchite généralisée avec pleurésie et endocardite et un cas de conjonctivite œdémateuse développée chez un rhumatisant et remplaçant les fluxions articulaires.

La petite épidémie de fièvre typhoïde constatée dans les deux mois précédents se maintient en quelque sorte dans sa période d'état. Elle n'a rien offert de particulier à signaler, si ce n'est l'existence de quelques cas de fièvre typhoïde anomale.

Les fièvres éruptives persistent avec la même fréquence et le même degré de gravité. L'épidémie de variole ne paraît avoir subi aucune modification ; on observe toujours des cas graves. La persistance de cette épidémie a permis de faire de nouvelles observations sur l'influence de la vaccine. Voici quelques-uns des faits qui ont été signalés et qui montrent de nouveaux exemples de défaillance de la vaccine.

Sur quatre cas de variole traités dans le service de M. Moutard Martin à l'hôpital Beaujon, deux se sont développés chez des sujets vaccinés.

Une femme vaccinée a succombé à une variole confluente dans le service de M. Hérard, à Lariboisière. D'un autre côté, un sujet non vacciné n'a eu qu'une variole bénigne. Une variole confluente a été observée par M. Vernois, à l'Hôtel-Dieu, chez un sujet qui avait été vacciné sans succès dans son enfance. Enfin, dans le service de M. Bernutz, à la Pitié, un convalescent de fièvre catarrhale, qui avait été revacciné par M. Lanoix, a été pris dix-neuf jours après d'une varioloïde. Un malade du service de M. Boucher de la Ville-Jossy, à Saint-Antoine, a été vacciné le premier jour de l'éruption d'une variole ; le vaccin n'a pas pris. Le malade a succombé.

La rougeole a continué à régner dans les hôpitaux d'enfants, comme en ville, mais en montrant toujours la même bénignité. Quelques médecins ont remarqué, en particulier, le peu d'intensité des accidents congestifs et irritatoires des membranes muqueuses, oculaire, nasale et bronchique.

M. Siredey, chargé momentanément d'un service à l'hôpital Sainte-Eugénie, a eu un grand nombre de cas de rougeole dans les salles des maladies chroniques, et chose digne de remarque il ne s'en est déclaré aucun dans la salle des maladies aiguës. M. Siredey a signalé l'absence presque constante de prodrômes, l'éruption ayant débuté d'emblée chez bon nombre de malades ; il signale, en outre, cette particularité que ses malades ont présenté pour la plupart de la diarrhée, tandis que les manifestations thoraciques ont été rares. En un mot le phénomène catarrhe semblait se manifester plutôt dans l'appareil digestif que dans l'appareil respiratoire.

Les affections intestinales ont été toujours en nombre très-restreint. Il n'a été signalé qu'un seul cas de diarrhée cholériforme. Il n'a été constaté aucun cas de mort par le choléra dans tous les hôpitaux de Paris, pendant tout le cours du mois de mars. Nous croyons pouvoir dire qu'il en a été de même en ville. Nous avons vu cependant un cas de choléra dans notre pratique particulière, mais il s'est promptement terminé par la guérison.

Les angines diphthéritiques ont été rares dans les services d'adultes ; à l'hôpital des Enfants, M. Labric a observé deux cas d'angine couenneuse, terminés par la mort ; neuf cas de croup, divisés en trois croups non opérés, dont un mort, six opérés dont quatre morts.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Siredey a signalé quatre cas de croup ayant nécessité la trachéotomie ; un seul a guéri.

Plusieurs cas d'accidents puerpéraux ont été observés dans plusieurs services, notamment dans celui de M. Frémy à l'hôpital Beaujon ; quelques-unes ont succombé à la métro-péritonite. A l'Hôtel-Dieu, M. Vernois a eu dans son service de femmes en couche, une quinzaine de cas d'accidents puerpéraux d'une certaine gravité, il n'a eu à enregistrer que deux décès. Ces deux femmes ont succombé l'une à une péritonite suppurée et générale, l'autre à une injection générale du péritoine sans pus ni fausses membranes, avec ovarite suppurée. Parmi les femmes guéries, plusieurs avaient eu une fièvre puerpérale intense.

Le mois de mars ne présente, comme on le voit, aucun fait caractéristique nouveau, ni aucune modification sensible dans l'ensemble des caractères de la constitution médicale des deux mois précédents auxquels se rattache naturellement la persistance des mêmes conditions atmosphériques. C'est la même constitution stationnaire qui peut se résumer ainsi. Deux ordres de maladies, les unes saisonnières, ce sont les affections thoraciques et rhumatismales ; les autres épidémiques et constituant le véritable caractère de la constitution médicale de cet hiver, les fièvres typhoïdes et les fièvres éruptives, qui avaient déjà manifesté leur présence concurremment avec le choléra, et qui ont persisté après sa disparition complète et persistent encore en ce moment.

De l'immunité acquise par les ouvriers en cuivre par rapport au choléra. — Enquête sur les malades de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans notre *Revue clinique* du 24 mars dernier, en rapportant à propos de la relation de l'épidémie de choléra à l'hôpital Saint-Antoine, la proportion, par rapport aux diverses professions, des ouvriers en cuivre qui avaient été atteints du choléra, nous avons particulièrement signalé ces faits à l'attention de notre confrère M. le docteur Burq, afin de lui fournir l'occasion d'examiner lui-même de près ces faits et de leur appliquer le système d'enquête auquel il soumet tous les faits de ce genre.

M. le docteur Burq n'a pas manqué de répondre à notre appel, et voici la réponse qu'il y fait. Nous la reproduisons, sans rien préjuger sur les conséquences à en déduire, et dans l'unique but de servir à la recherche de la vérité.

Je viens répondre à votre appel du samedi 24 mars.

Autorisé par M. le préfet de la Seine à poursuivre mes recherches sur les tableaux nosographiques de la ville, j'y ai relevé avec le plus grand soin tous les décès cholériques qui, pour la dernière épidémie, pouvaient ressortir aux différentes catégories de professions sur le cuivre que j'ai signalées comme jouissant, par rapport au choléra, d'une immunité plus ou moins complète, suivant le degré d'absorption ou d'intoxication cuprique qui peut en résulter pour les ouvriers.

Une fois le premier travail de pointage terminé, les tableaux consultés étant malheureusement muets quatre fois sur cinq sur la spécialité de la profession, et d'autre part les indications y relatives qu'on y rencontre n'étant rien moins que sûres, je me suis mis à rechercher à domicile ce que, en fait de métal, chaudronnait, tournait, fondait, ciselait, polissait ou repoussait, chacun des décédés dans les professions ci-dessus ; j'ai ouvert une information spéciale sur tous les faits particuliers qui pouvaient offrir de l'intérêt, et profitant de ma présence dans les quartiers de l'industrie parisienne, j'ai visité usines et ateliers en cuivre de toute sorte.

Je touchais presque à la fin de cette nouvelle enquête, — ceux qui ont jamais essayé d'entreprendre semblables recherches sur cette population nomade et quelquefois sans feu ni lieu dont se compose une grande partie de la classe ouvrière de Paris, en comprendront seuls toutes les difficultés, — lorsque j'ai reçu le numéro de la *Gazette des hôpitaux* où il est dit que sur 357 cholériques (224 hommes et 133 femmes) reçus dans l'hôpital Saint-Antoine on aurait noté 8 ouvriers en cuivre dont 4 seulement guéris... (C'est en réalité 11 et non pas 8). 11 ouvriers en cuivre sur 357 entrées !...

C'était beaucoup, et bien qu'à tout prendre il pût n'y avoir dans ce fait qu'une de ces coïncidences fortuites qui ont nom de séries dans le langage clinique, coïncidence à la rigueur possible, à cause du grand nombre d'industries sur le cuivre dans les arrondissements que dessert cet hôpital, cependant la chose prenait de la gravité.

J'ai repris aussitôt le chemin de ce faubourg Saint-Antoine que j'avais déjà tant de fois en tous sens sillonné ; je suis allé au domicile et à l'atelier de tous les ouvriers indiqués comme ayant fait échec à la préservation cuprique ; j'ai recueilli sur leur compte les renseignements les plus circonstanciés, et ce sont les résultats de cette petite enquête, annexe de la grande que j'ai dite plus haut, que je viens vous apporter.

L'hôpital Saint-Antoine a reçu, dans le dernier choléra, 9 hommes qualifiés d'ouvriers en cuivre, plus 2 femmes portées sur le registre des entrées, l'une comme polisseuse, l'autre comme découpeuse. En tout 11 malades sur lesquels 5 sont décédés, et 6 ont guéri, savoir :

Décédés :

1° Giles, trente-cinq ans, tourneur en cuivre, demeurant rue des Tournelles, 26 ;

2° Pierry, trente ans, fondeur en cuivre, impasse Godelet, 16 *bis*.

3° Vanier, trente-huit ans, fondeur en cuivre, faubourg Saint-Antoine, 116 ;

4° Martin, cinquante-huit ans, polisseur en cuivre, rue de Montreuil, 110 ;

5° Marchais, cinquante-trois ans, tourneur en cuivre, impasse Bouton, 11.

Guéris :

1° Hamouy, cinquante et un ans, tourneur en cuivre, rue Popincourt, 15 ;

2° Marchandé, quarante ans, monteur en cuivre, rue de Montreuil, 9.

3° Kurtz, vingt-quatre ans, fondeur en cuivre, rue des Amandiers, 14.

4° Brœker, trente-deux ans, fondeur en cuivre, rue Louis-Philippe, 9.

5° Angellause, quarante ans, polisseuse, cité Popincourt, 16.

6° Berthé, dix-sept ans, découpeuse, cité Popincourt, 22.

Voici maintenant, en aussi peu de mots que possible, l'histoire de chacun de ces 11 malades :

1° Giles, tourneur en cuivre? Était tourneur en effet, mais tourneur de roue chez M. Darlot, opticien, rue Chapon 14, où il travaillait comme simple homme de peine.

C'était un pauvre diable qui se privait parfois du nécessaire pour économiser un peu sur son maigre salaire.

M. Darlot, ancien ouvrier lui-même, il y a vingt-cinq ans, aujourd'hui un de nos artistes fabricants émérites en optique, avait environ trente ouvriers, pas un n'a été malade. Pas de malade non plus ni en 1849, ni en 1854, chez M. Lerebours où travaillait alors M. Darlot.

L'immunité des opticiens, travaillant sur le cuivre, est un fait acquis aujourd'hui pour M. Darlot, comme pour tous ses confrères en optique.

2° Pierry, fondeur en cuivre? Encore un simple homme de peine. Entré comme tel chez MM. Caylar et Gain, fondeurs en cuivre, rue Popincourt, 90. Il ne limait, n'ébarbait, ni ne fondait jamais. Tout aussi ami de l'épargne que Giles, Pierry, occupé depuis huit jours à un travail de fourneau des plus pénibles, n'avait voulu rien distraire du double salaire en vue duquel il avait entrepris ce travail exceptionnel, pour ajouter un peu à sa maigre pitance habituelle. Ruisselant de sueur à un brasier ardent, devant lequel il était obligé de se tenir jusqu'à douze et quatorze heures de suite, il s'était contenté tout le temps de l'eau de l'atelier pour étancher sa soif.

Lorsque la maladie est venue fondre sur lui, il était à bout de forces.

Il y avait à ce moment dans la même fonderie 120 ouvriers. Aucun autre n'a été malade, si ce n'est 1, qui a eu quatre ou cinq jours de véritable cholérophobie mais sans diarrhée, ni vomissement, ni crampes.

En 1849 et 1854, l'un des associés de cette importante maison, M. Gain, était dans la fonderie en cuivre de M. Detourbet, faubourg du Temple, et atteste que les choses s'y sont passées non moins heureusement.

3° Vanier, fondeur en cuivre? Moins encore que le précédent. Jardinier de son état et entré depuis peu comme homme de peine chez M. Rousseau, fondeur, rue Beccaria, 9. Son salaire, qui n'était que de 2 francs par jour, suffit à prouver le peu de service qu'il y rendait, et la triste chère qu'il devait faire.

Ni morts ni malades chez M. Rousseau, qui occupe en moyenne de 15 à 20 ouvriers.

4° Martin, polisseur en cuivre? C'est vrai, mais polisseur surtout *à l'humide*. Il travaillait chez M. Chachoin..., rue Saint-Gilles, 12; précisément dans la même maison qu'un grand fabricant d'instruments de musique en cuivre, M. Lecomte, qui sur 100 ouvriers n'a eu ni mort ni malade.

Le travail de Martin consistait principalement à passer huile ou terre pourrie sur le métal qu'il frottait ensuite. Le cuivre était de cette manière fort peu disséminé en poussière fine dans l'atmosphère ambiante, ainsi que le veut la préservation pour être efficace, mais de temps en temps lime et papier de verre avaient aussi leur tour. Donc Martin avait, dans une certaine mesure, des droits à être préservé. Mais à côté du préservatif, bien souvent se trouvaient l'inconduite et l'ivrognerie aggravées par l'insuffisance de nourriture. Martin, loustic-philosophe, avait complétement adopté la devise courte et bonne. Sa paye faite, il disparaissait et ne rentrait à l'atelier que lorsqu'il n'avait plus d'argent. Il vivait alors tout le reste de la semaine d'une soupe faite sur les fourneaux de l'atelier avec seulement un peu de graisse, et dont les chiens, nous disait un chef d'atelier, n'auraient point voulu manger. C'est après quatre jours d'un tel régime, un samedi, qu'il fut attaqué de la maladie.

M. Chachoin est établi depuis une trentaine d'années; 20 ouvriers en moyenne chez lui ne travaillent que le cuivre; jamais ni mort ni malade du choléra hors Martin.

5° Marchais, tourneur en cuivre? Oui, mais un Martin n° 2, et pris comme lui un samedi. Ce jour-là, pour arriver à temps à la paye qui devait se faire le soir, Marchais brûlant, suivant son expression une étape, avait travaillé très-fort presque sans manger de la journée.

Jusqu'au mercredi, jour de son entrée à l'hôpital, il était resté sans aucun traitement.

M. Pichard, rue d'Aval, 13, chez lequel Marchais travaillait, est depuis longtemps dans le métier. La moyenne des ouvriers qu'il occupe est de 30. Pas d'autre cholérique à signaler.

M. Savaglio, concurrent émérite de M. Pichard, rue des Amandiers-Popincourt, 53, n'a jamais perdu aucun de ses ouvriers par le choléra. L'an dernier, un seul, le sieur Liocco, a eu pendant quelques jours la cholérine.

M. Cussac, contre-maître, atteste hautement l'immunité dont jouissent les ouvriers de sa profession. Marchais est le seul, dit-il, qui ait succombé parmi les très-nombreux ouvriers tourneurs en cuivre de tout le faubourg. (Mon enquête, presque terminée aujourd'hui, montre que M. Cussac avait parfaitement raison, car il n'y a eu que 3 autres tourneurs de morts: l'un rue Bourbon-Villeneuve, le deuxième rue d'Angoulême, le troisième rue Aumaire) et sa mort nous a tous beaucoup surpris.

Voilà pour les décédés. Voyons les autres.

1° Hamouy, tourneur en cuivre? Pas du tout, car il est boulanger de son état et n'a jamais tourné que de la pâte à cuire. Perdant ses forces et sa vue, il a été contraint de quitter sa profession pour se faire ce qu'il a pu, homme de peine. Je suis dérocheur en cuivre, dérocheur entendez-vous, disait-il à l'heure de la visite, dérocheur? Vous vous moquez. C'est tourneur, sans doute, que vous voulez dire; et c'est sous cette qualification qu'il est resté inscrit! Allez voir Hamouy, et vous entendrez le pauvre homme protester encore.

Recueilli par commisération par un M. Marguerie, fabricant de menus articles de métal, impasse du Saumon, n° 10, à Ménilmontant, il s'occupe à assécher avec de la sciure de bois des bandes de cuivre *dérochées* d'abord dans l'acide, puis lavées à grande eau. Où est là, nous le demandons, la poussière de cuivre à absorber? Après ça, peut-être que cet homme étanchait de temps en temps sa soif à même des baquets où l'on avait mis le cuivre à tremper! Il était si profondément misérable l'an dernier, étant resté sans travail de décembre 1864 jusqu'au 1er juillet suivant! Hamouy est bien malheureux, mais s'il se peut, il est plus sale encore dans le grenier où on le loge par pitié; cette sorte de Job couche sur un grabat sordide, et ses voisins sont unanimes à dire que si la maison tout entière n'a point eu le choléra, ce n'est point du tout sa faute.

2° Marchandé, monteur en cuivre? De sa profession oui, mais depuis un an il l'avait quittée pour se faire marchand de poisson dans les rues. Devenu très-misérable par inconduite et par paresse, il logeait dans une sorte de chenil, lui, sa femme et deux ou trois enfants.

Quinze jours à trois semaines avant qu'il tombât malade, un de ses anciens camarades, M. Petit, établi monteur repousseur, avenue de la Roquette, 22, le prenant en pitié, l'avait employé chez lui, et à ce sujet, M. Petit nous a écrit: « Lorsque Marchandé a pris le choléra, il y avait quatre jours qu'il n'était venu à l'atelier et, tant avant qu'après sa maladie, il n'a travaillé que vingt jours chez moi. Du reste, dans son travail, il ne faisait qu'apprêter, c'est-à-dire tracer et couper le cuivre par morceaux; ce qui ne fait aucune poussière! »

3° Kurtz, fondeur en cuivre? Non, encore simple homme de peine chez M. Fiel, fondeur en cuivre, passage Saint-Pierre, 12, où il n'a travaillé du reste que fort peu de temps. Dans ce nouveau métier, Kurtz avait la charge de cribler, dans un petit atelier à part, le sable servant à la confection des moules. Guère plus heureux sous ce rapport que le concierge de la maison, il n'avait donc même pas avec le métal des rapports de voisinage.

M. Fiel avait 40 ouvriers. Il est très-ancien dans la partie. Jamais chez lui en temps de choléra, ni mort ni malade. Sa fonderie de cuivre compte, dit-il, 2,000 à 2,500 ouvriers; pas un seul mort dans la dernière épidémie.

4° Brœker, fondeur en cuivre? Non, homme de peine chez M. Mordat, rue Louis-Philippe, 32, et spécialement chargé des livraisons à domicile.

Dans la maison Mordat on est fondeur en cuivre de père en fils. 30 ouvriers, tant mouleurs, ébarbeurs que fondeurs, réunis dans le même atelier; personne de malade ni en 1849, ni en 1854, ni en 1865.

Le jour même où je m'étais présenté chez M. Mordat, je visitais à nouveau l'importante maison de M. Thiébault, faubourg Saint-Denis, et le lendemain, cet éminent industriel, maire du 10e arrondissement, nous faisait l'honneur de nous écrire que pas un de ses ouvriers, sur 250 à 300 qu'il occupe, n'avait été malade.

Même constatation, nous dit-on dans la maison, venait d'y être faite par un confrère, envoyé il paraît de haut lieu.

5° Angellause, polisseuse en cuivre? Je me suis transporté dans un misérable troisième de la cité Popincourt, 16, et j'y ai vu une malheureuse femme toute contrefaite, en face d'une demi-douzaine de pièces de petite horlogerie qui auraient bien tenu ensemble dans le creux de ma main.

De lime, de papier de verre pas, seulement du blanc d'Espagne, de la terre pourrie, de l'huile ou de l'eau, une peau et quelquefois une pierre à huile, et voilà avec quoi la pauvre ouvrière détache les parcelles de cuivre et en *ennuage* l'atmosphère de sa chambre! Mais à ce compte, la moindre cuisinière aurait à la préservation dix fois plus de droit qu'elle. Me voici arrivé à la dernière.

6° Berthé, découpeuse en cuivre? Non, non une dernière fois. Mais d'abord depuis quand ai-je dit que découper du cuivre, c'est-à-dire détacher avec un emporte-pièce dont le fonctionnement doit se faire sans aucune éraillure du cuivre sous forme de petits flans ou autres, donnait lieu à la préservation! Il est vrai qu'à ces flans sont mêlés parfois des linéaments comme de petits sabres!

Voyons maintenant, pour ne rien omettre, la jeune Berthé: la voici à son ouvrage, chez M. Richard, rue Saint-Giles, 11. D'une main elle tient un tout petit long tube, mince, argenté, désigné sous le nom de virole, et avec l'autre, armée d'un mandrin de fer, elle redresse le petit tube quand il est déformé, et s'il lui arrive de rencontrer à l'ouverture quelque aspérité, alors de sa faible main elle prend une petite cisaille avec laquelle elle *découpe*, non, elle coupe la dite aspérité.

Et voilà les faits qu'on nous oppose, et voilà avec quoi un jeune confrère que je ne nommerai pas, — MM. les internes, hier encore ses collègues qui ont lu sa brochure, j'en suis sûr m'approuveront, — écrivant sous l'inspiration de ses maîtres, prétend venir jeter bas une œuvre dont l'observation première a porté, tant en France qu'à l'étranger, sur une population de plus de 100,000 individus, et qui, sans parler de tout ce que nous y ajoutions naguère à Marseille, à Toulon et à la Seyne, vient de recevoir en Italie la plus éclatante confirmation de la part d'hommes aussi honorables que désintéressés, MM. les docteurs Gullarini à Florence et Alphonso de Rogulis à Naples!

Je me résume et je dis: 2 hommes travaillant réellement dans le cuivre et qui, à ce titre, 1 surtout (Marchais) avaient dans une certaine mesure des droits à être préservés, si la préservation par *l'intoxication cuprique* que j'ai dite, n'est point une chimère pour ne rien dire de plus; mais 2 ivrognes endurcis, absents de l'atelier le plus possible, vivant dans le désordre, se privant parfois du nécessaire quatre et cinq jours de la semaine pour boire plus à l'aise le reste du temps, et pris l'un et l'autre, au bout de toute une semaine d'épuisement; tel est en définitive le chiffre véritable qui, pour les ouvriers en cuivre, doit être porté à l'actif de l'épidémie cholérique à l'hôpital Saint-Antoine.

Voulez-vous savoir maintenant quel a été le nombre des autres victimes qui ont échappé, dans tout Paris, à la préservation; encore quelques jours et si vous voulez bien me le permettre, je reviendrai vous le dire; mais déjà je puis certifier qu'en y comprenant le polisseur et le tourneur de Saint-Antoine, le total ne dépassera point le chiffre 10!...

CAS CURIEUX D'AGALACTIE.

Le docteur O'Flynn vient de publier, dans le tome XII de la deuxième série du *Dublin medical Press*, un fait extrêmement intéressant, et qui aurait pu donner lieu à une singulière méprise dans un cas d'expertise médico-légale relative à une question d'avortement ou d'accouchement.

Il s'agit d'une femme de trente ans environ, bien constituée, qui dans huit grossesses, régulières du reste, n'eut jamais de lait. Ses enfants durent, par conséquent, être tous élevés au biberon. Quatre succombèrent en bas âge; les autres étaient peu vigoureux. Quant au mari, beaucoup plus âgé que sa femme, il avait eu six enfants d'un premier lit, tous étaient bien portants.

M. O'Flynn ne découvrit chez cette femme aucune affection organique. Elle avait toujours été menstruée régulièrement, mais ses seins ne s'étaient jamais tuméfiés, jamais non plus ils n'étaient devenus douloureux et n'avaient sécrété de lait. Ils ressemblaient à ceux d'une vierge, et étaient très-peu développés, sans aucune apparence d'aréole. Le mamelon était seulement un peu saillant.

Il est à noter que la mère de cette femme avait présenté le même vice de conformation, et que chez elle la sécrétion lactée avait également été complétement nulle.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement du sclérème des adultes.

L'insuffisance de nos agents thérapeutiques contre le sclérème de l'adulte a été constatée trop souvent pour que nous ne mettions pas sous les yeux de nos lecteurs le cas suivant rapporté par le docteur Heusinger de Marbourg.

Il s'agit d'une femme atteinte de sclérème dont le début, au moment où M. Heusinger la vit, remontait à plusieurs années, et qui avait notablement empiré depuis quelque temps. Les traits étaient tirés et immobilisés par l'induration de la peau de toute la face; néanmoins les paupières pouvaient encore être closes. Même état de la peau sur la nuque, sur l'épaule dont les mouvements sont impossibles, depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts, enfin depuis les genoux jusqu'aux orteils. Sur l'avant-bras et le dos de la main et les doigts se voyaient des ulcérations très-superficielles. L'intelligence était nette; la menstruation était régulière.

Depuis quinze jours cet état s'était compliqué de nouveaux symptômes: constipation opiniâtre, inappétence, dyspepsie. La langue ne pouvait être projetée hors de la bouche et la muqueuse était également indurée. On était obligé de porter dans la bouche le peu de nourriture que la malade pouvait prendre.

Voici le traitement prescrit par le docteur Heusinger. Les surfaces ulcérées furent couvertes d'un mélange de goudron et de glycérine et saupoudrées d'amidon; les endroits où la peau était simplement indurée, furent badigeonnés avec de la glycérine. La malade prit tous les jours une petite dose de quinine et d'opium que l'on augmenta progressivement, sans jamais augmenter la dose de 25 centigrammes de quinine et de 6 centigrammes d'opium par jour.

Huit jours après le début du traitement, l'appétit était revenu, la malade allait régulièrement à la selle, et la langue avait perdu sa dureté.

Peu à peu l'induration des téguments de l'épaule disparut et le bras devint mobile. Un mois plus tard, toutes les parties exulcérées étaient recouvertes de leur épiderme. Ce ne fut que quelques mois après le commencement du traitement que l'induration de la peau des avant-bras et des mains se résolut et que l'usage des doigts fut rétabli.

Une année après, M. Heusinger revit cette femme et put s'assurer que les dernières traces de sclérodermie avaient complétement disparu.

Traitement de la fièvre intermittente par le sulfate de quinine administré en solution pulvérisée par la voie respiratoire.

Le docteur Ancelon (de Dieuze), se trouvant en face d'un malade atteint de fièvre intermittente, et dont les voies digestives étaient en très-mauvais état, eut l'heureuse idée de recourir au pulvérisateur et de faire absorber le sulfate de quinine par la voie respiratoire.

Voici le résumé de l'observation intéressante qu'il a publiée dans la *Revue médicale*. Il est à regretter toutefois qu'on n'ait pas recherché dans ce cas si le sulfate de quinine avait été éliminé par l'urine, ce qui eût été la meilleure preuve de l'absorption du médicament.

Le 18 novembre, Guste, ouvrier de saline, âgé de cinquante-cinq ans, entra à l'hôpital de Dieuze pour une fièvre intermittente quarte, compliquée d'inflammation gastro-intestinale. Cet homme habitait non loin d'un ruisseau fangeux. Il avait eu, le mois d'avril précédent, une fièvre tierce qui fut traitée par le sulfate de quinine. Malgré ce traitement la fièvre récidivait chaque quinze jours.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cet homme était extrêmement amaigri; la langue était rouge au sommet et saburrale dans le reste de son étendue; l'épigastre offrait une sensibilité telle, que le poids du drap était difficilement supporté. Constipation opiniâtre. La région de la rate, percutée avec soin, indiquait un développement considérable de l'organe. Le dernier accès de fièvre avait été violent; la chaleur avait été excessive; il y avait même eu un peu de délire. On pouvait donc considérer le danger comme imminent à la reprise de l'accès, sans pouvoir compter sur le fébrifuge par excellence, puisque le malade ne pouvait plus le supporter.

M. Ancelon eut recours au pulvérisateur, et le 19 il administra une pulvérisation de quinze minutes (sulfate de quinine, 1 gramme; décoction de quinquina, 1 litre). Même dose le lendemain, 20. Le malade la respirait aisément sur son lit.

Le 21, l'accès fut remplacé par un simple frisson, sans autre suite. Les pulvérisations furent continuées jusqu'au 24 inclusivement, et l'accès ne se montra plus.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 28 mars. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Hygiène des Maternités.

M. TARNIER. Un dernier point reste à traiter pour terminer cette communication:

3° *Quelle est la prophylaxie applicable aux maladies puerpérales ?*

Avant de proposer aucune règle hygiénique, permettez-moi, Messieurs, de remonter au siècle dernier et d'y constater l'état où se trouvaient les nouvelles accouchées qui demandaient asile dans un hospice. Tenon nous en a laissé une peinture si exacte, que je tiens à citer un passage de son livre. « L'emploi des femmes grosses, dit « Tenon, renferme 67 grands lits et 37 petits; (les grands lits avaient « 4 pieds 4 pouces de largeur; les petits avaient 3 pieds de largeur); « ils étaient occupés, le 12 janvier 1786, par 175 femmes grosses ou « accouchées, et par 16 femmes de service. La situation des nou- « velles accouchées est encore plus déplorable; elles sont de même « deux, trois, quelquefois quatre dans le même lit, les unes à une « époque de leurs couches, les autres à une autre époque. N'est-ce « pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec « les malades, avec celles qui sont atteintes de la fièvre puerpérale « qui en fait tant périr? Quelle santé tiendrait à cette affreuse si- « tuation? Quelle maladie n'en serait pas accrue? Enfin qu'on en- « tr'ouvre ces lits de souffrances, il en sort, comme d'un gouffre, des « vapeurs humides, chaudes, qui s'élèvent, se répandent, épaississent l'air, lui donnent un corps si sensible, que le matin, en hiver, « on le voit s'entrouvrir à mesure qu'on le traverse, et on ne le « traverse point sans un dégoût qu'il est impossible de surmonter. »

La mortalité des femmes en couches placées dans cette situation déplorable, était de 1 sur 15, et vous la voyez encore aujourd'hui, à la Maternité et dans la plupart des hôpitaux atteindre le chiffre de 1 sur 19. Elle est donc presque aussi grande que du temps de Tenon; cependant nos hôpitaux ont été transformés, ont subi de très-nombreuses améliorations; les salles sont belles, vastes, bien aérées, bien éclairées; les lits y sont placés en nombre restreint, et depuis longtemps chaque lit ne reçoit qu'une malade. Si malgré tant de progrès, la mortalité reste effrayante, c'est que nos hôpitaux présentent encore un vice fondamental et que le mal n'a pu être attaqué dans sa racine. Les salles actuelles sont belles, il est vrai, mais les nouvelles accouchées y sont réunies en plus ou moins grand nombre, exposées par conséquent à tous les inconvénients inséparables de la vie en commun. La nuit, c'est un bruit continuel causé par les gens de service, par le transport des nouvelles accouchées qui arrivent de la salle d'accouchements, et par-dessus tout, ce sont les cris des enfants nouveau-nés qui éclatent de tous côtés et à tue-tête. Qu'un seul enfant se mette à crier, il est bientôt accompagné par d'autres et toute la salle est éveillée. A quatre heures du matin on commence le nettoyage de la salle; on fait les lits, etc. Il faut avoir entendu soi-même tout ce vacarme pour bien comprendre que le sommeil des femmes est perpétuellement troublé. Ajoutons à cela la terreur causée par les plaintes des malades, par le spectacle de l'agonie et de la mort, et nous comprendrons l'influence désastreuse d'aussi mauvaises conditions. La réunion des accouchées dans une même salle, ou dans des salles qui communiquent les unes avec les autres, expose enfin au danger immédiat de la fièvre puerpérale qui sera transmise par infection ou par contagion. Qu'une seule femme soit malade, et les miasmes qu'elle exhale pourront se répandre dans la salle entière. Il se produit alors ce qui arriverait si un fragment de musc était placé dans une de ces salles: des molécules innombrables, quoique invisibles, y révèleraient bientôt et partout la nature de la substance odorante. Quoique insaisissable pour nos sens, l'élément toxique des maladies puerpérales se disperse aussi facilement que le fait le musc, et va semer partout des germes de mort. Pour toutes ces raisons, les salles communes sont mauvaises; il faut au contraire isoler les nouvelles accouchées, les séparer les unes des autres, se rapprocher en un mot, autant que possible de ce qui se passe dans la clientèle de la ville. Une chambre d'hôpital dont l'isolement serait complet, assurerait, en effet, le repos de la femme qui y serait placée et la préserverait de la contagion par dissémination des miasmes.

Les hôpitaux étaient autrefois occupés sans aucune interruption par des malades; les salles, murs et mobilier, saturées à la longue par les exhalaisons miasmatiques, étaient aussi transformées en foyers perpétuels d'infection. Pour remédier à des dangers aussi évidents, on a institué dans quelques hôpitaux le système de l'alternance: chaque salle est à tour de rôle évacuée, lavée, ventilée, remise à neuf. L'alternance a produit d'heureux résultats dans la plupart des hôpitaux de femmes en couches, où elle a été mise en pratique. A l'hôpital de Dublin, pour lequel je n'ai pas de renseignements précis, la mortalité est assez faible, grâce à une alternance très-sévère. Ce roulement n'est déjà plus une chose nouvelle pour notre pays; il a été établi à Rouen, où il donne les meilleurs résultats, sous la direction de notre confrère M. Hellot. La mortalité y était autrefois de 5 sur 100, ou de 1 sur 20. Depuis que l'alternance y est établie, la mortalité y est de 1 sur 133. Voici, dit M. Malgaigne, l'organisation nouvelle: il y a quatre salles garnies de 10 à 12 lits, total 50 lits, séparés les uns des autres par un espace de 2 mètres 50 centimètres. Lorsqu'une ou deux de ces salles ont été occupées un certain temps, d'abord on cesse d'y recevoir des malades qui sont admises dans les salles jusque-là restées vides; puis à mesure qu'une femme arrive à sa guérison, on la renvoie, et quand il n'en reste plus qu'une, on la transfère dans les autres salles. Les salles évacuées sont livrées aux ouvriers pour nettoyer la literie et la salle même; la laine des matelas est nettoyée, peignée, cardée, la plume épurée; les rideaux blanchis. Il faut ajouter qu'en outre de cet assainissement général, après chaque accouchement on carde les matelas.

L'alternance peut, sans aucun doute, produire d'excellents résultats, la Maternité de Rouen en est un exemple, mais pour obtenir de ce système des avantages réels, il faut qu'il soit institué avec une très-grande sévérité. Le roulement doit être combiné de telle sorte qu'une salle soit évacuée le plus souvent possible; en un mot, l'alternance doit se faire à courte échéance. Le repos de la salle et l'ouverture des fenêtres seraient insuffisants, si on ne procédait pas en même temps à un lavage et à un nettoyage complets, aussi bien pour les murs que pour les parquets. Je me suis assuré, en effet, que ceux-ci recèlent habituellement, entre les planches dont ils sont formés, des amas d'une poussière qui envahira et empoisonnera la salle aussitôt qu'elle sera occupée de nouveau. Pour éloigner ce danger il serait à souhaiter que le parquet fut recouvert d'une couche d'asphalte ou d'une toile cirée qu'on pourrait laver à grande eau. Tout le mobilier y compris les rideaux, les lits eux-mêmes et leurs sommiers, tout le mobilier en un mot, sans exception, doit être momentanément enlevé pour être nettoyé et lavé. Ce n'est qu'avec des soins aussi minutieux qu'on pourra se flatter d'avoir des salles véritablement remises à neuf. Une propreté parfaite est de rigueur; malheureusement j'ai pu me convaincre que rien n'est plus difficile à obtenir des gens de service, sans une surveillance de tous les instants, des plus actives et des plus intelligentes.

Le système de l'alternance fonctionne à Paris dans deux hôpitaux de femmes en couches, la Maternité et Cochin. Son influence y a été peu salutaire et n'a pas fait baisser sensiblement le chiffre de la mortalité, il faut en conclure ou que l'alternance est insuffisante par elle-même, ou qu'elle n'a pas été exécutée avec assez de sévérité.

Il y a quelques jours à peine, M. Husson, directeur de l'Assistance publique, informé qu'une discussion allait s'engager sur l'hygiène des maternités m'invitait à visiter avec lui la Maison d'accouchements et Cochin; j'en ai profité pour faire quelques remarques sur l'état actuel de ces hôpitaux.

Il y a dix ans, à la Maternité, deux grandes salles de vingt-quatre ou vingt-huit lits, l'une au premier, l'autre au deuxième étage, étaient occupées par les nouvelles accouchées. Les lits y étaient rangés sur les deux côtés; entre chaque lit s'élevait une cloison allant du parquet au plafond. Chaque malade avait ainsi une sorte d'alcôve ou de box sans aucune séparation avec le milieu de la salle. Avec une pareille disposition la ventilation était toujours imparfaite, et les malades étaient toutes exposées aux miasmes répandus dans le milieu de la salle; jamais l'alternance n'y avait été essayée.

Dans le courant de l'année dernière, des améliorations nombreuses ont été apportées à cet état de choses. Les grandes salles d'autrefois ont été séparées, au moyen de portes vitrées, en quatre petites salles de six lits chacune, placées en enfilade. L'alternance y est maintenant instituée dans l'ordre suivant: la première et la troisième salle sont occupées pendant que la deuxième et la quatrième sont vides, et réciproquement; jamais deux salles contiguës ne contiennent de nouvelles accouchées en même temps. Le roulement se fait tous les deux mois.

Quand une nouvelle accouchée devient malade, elle est immédiatement transportée dans une infirmerie séparée.

Une cheminée est placée au milieu de chaque salle, on y entretient nuit et jour un feu de charbon de terre. Des cabinets avec cuvettes à l'anglaise, ne laissant rien à désirer comme propreté, ont remplacé les latrines infectes d'autrefois.

Ce sont là de grandes et incontestables améliorations, et quiconque visitera cet hôpital déclarera qu'il est bien tenu. La mortalité y est cependant effrayante:

En 1865: 804 accouchements, 48 décès 5,97 0/0.

Janvier 1866: 102 accouchements, 8 décès 7,84 0/0.

Pour corriger un peu une statistique aussi défavorable, il est juste de dire qu'en 1865 huit femmes y sont mortes du choléra; mais en 1866, l'influence désastreuse des maladies puerpérales étant exclusive, la mortalité a encore atteint le chiffre des plus mauvais jours. Comment expliquer de pareils revers malgré les améliorations dont j'ai parlé? C'est que l'aménagement de la Maternité est loin d'être irréprochable: les salles y sont placées sur une même enfilade, et à chaque instant les personnes du service les traversent d'un bout à l'autre, entraînant avec elles des masses d'air empoisonné; le nombre de mètres cubes d'air destinés à chaque malade y est insuffisant; enfin l'infirmerie des femmes atteintes de fièvre puerpérale est dans le même bâtiment que la salle des nouvelles accouchées bien portantes. Je n'ai d'ailleurs visité l'hôpital qu'une fois, et il est probable que M. Trélat nous fera connaître d'autres causes d'insalubrité qui m'auront forcément échappées.

Si de la Maternité nous passons à l'hôpital Cochin, nous trouvons un pavillon nouvellement bâti pour servir de Maternité. On a essayé sans aucun doute d'y réaliser toutes les conditions favorables et d'en faire un hôpital modèle. Malheureusement la bonne volonté ne suffit pas, et l'hôpital Cochin présente de graves défauts. Qu'on se représente un bâtiment unique au centre duquel se trouve une large cage d'escalier allant du rez-de-chaussée au dernier étage. Au rez-de-chaussée s'ouvrent deux portes, l'une à droite, l'autre à gauche; elles conduisent dans des salles de dix lits. Au premier étage on trouve une disposition exactement semblable. Le deuxième étage contient des chambres à un lit qui s'ouvrent sur un corridor qui débouche lui-même sur l'escalier. Les lits sont largement espacés; chaque malade est entourée par 72 mètres cubes d'air. Quant au roulement de cet hôpital il est établi d'après les règles suivantes: des quatre salles placées tant au rez-de-chaussée qu'au premier étage, trois seulement sont occupées en même temps, pendant que la quatrième est évacuée d'après le système de l'alternance. Quand une nouvelle accouchée devient malade, elle est transportée dans l'une des petites chambres du deuxième étage. Je reproche à cet hôpital de réunir un trop grand nombre d'accouchées dans la même salle. En outre, l'alternance s'y fait à de trop longs intervalles, car ce n'est qu'après avoir reçu des accouchées pendant six mois de suite, qu'une des salles est évacuée et ventilée pendant deux mois. Enfin, et c'est peut-être ici le vice fondamental, les salles du rez-de-chaussée et du premier étage s'ouvrent toutes sur une même cage d'escalier qui n'est ventilée que par des fenêtres placées toutes sur la même façade. On peut donc dire que cet escalier est un cloaque en libre communication avec toutes les salles, avec toutes les chambres réservées aux malades. L'isolement est impossible avec une disposition pareille; j'ai vu le jour de ma visite deux femmes à l'agonie dans les chambres du deuxième étage, mais aucune porte n'était fermée, et l'air empoisonné pouvait circuler librement dans toute la hauteur de l'escalier, et entrer dans les salles du premier étage et du rez-de-chaussée.

Pour donner plus de force à cette critique il suffit d'établir quelle a été la mortalité de l'hôpital Cochin depuis sa construction:

1865: les cinq derniers mois, 265 accouch. 18 décès, 1 sur 15.

1866: les deux premiers mois, 90 — 9 — 1 sur 11.

J'ai accumulé maintenant assez de preuves pour dire hautement que presque tous les hôpitaux de femmes en couches sont mauvais, mal conçus, mal construits, ravagés par une mortalité effrayante. Ce qui est vrai pour la France l'est également pour tous les pays étrangers, et le meilleur ou le moins meurtrier des hôpitaux est encore un très-mauvais modèle qu'il faut bien se garder d'imiter; l'insuccès serait certain. Pour réussir, il faut rompre avec la routine et savoir transporter à l'hôpital toutes les conditions de la clientèle civile: il faut que dans nos hôpitaux chaque accouchée ait une chambre parfaitement isolée, sans communication avec les chambres voisines; il faut enfin qu'une même chambre ne serve qu'à un accouchement avant d'être remise à neuf. Rien de tout cela n'est impossible, et le jour où toutes ces choses auront été réalisées, la mortalité ne sera pas plus grande à l'hôpital qu'en ville. Ce ne serait même pas là le beau idéal, comme je l'entends dire par l'un de nos collègues, car on devrait espérer mieux encore. Ne serait-il pas légitime, en effet, de voir les femmes de l'hôpital, entourées par une vigilance de tous les instants, soignées par des médecins qui ont consacré leur vie à l'étude, rompus à toutes les difficultés de la pratique, mourir en moins grand nombre que les femmes de la ville qui sont forcément moins surveillées. En demandant des mesures capables de ramener la mortalité des maternités au chiffre de la ville je ne poursuis pas une chimère. C'est là le but que nous devons nous proposer, et si nous ne pouvons pas l'atteindre complétement, il faut du moins nous en rapprocher le plus possible.

Me voici arrivé à la partie la plus périlleuse de ma tâche: indiquer le plan d'un hôpital qui remplisse toutes les conditions que nous exigeons. Je reproduirai d'abord le projet que j'ai fait connaître en 1864 (1): sur un emplacement convenable s'élèverait un seul corps de bâtiment, isolé de tous côtés, ayant un rez-de-chaussée et un premier étage disposés pour recevoir des malades. Un sous-sol et un deuxième étage pourraient être utilisés pour les services généraux.

Le rez-de-chaussée serait spécialement affecté aux nouvelles accouchées; il serait parcouru dans toute sa longueur par un couloir central qui le séparerait en deux moitiés. Ce rez-de-chaussée présenterait sur ses deux faces des chambres placées les unes à côté des autres et adossées au couloir intérieur. Chaque chambre s'ouvrirait au dehors par une porte et deux fenêtres et n'aurait aucune communication ni avec les chambres voisines, ni avec le couloir intérieur, ni avec aucune autre partie de l'hôpital. Pour entrer dans chacune de ces chambres il faudrait donc absolument faire, par dehors, le tour du bâtiment et aller de porte en porte, comme on va dans une rue de Paris de maison en maison.

Chaque chambre serait ainsi un vrai logis particulier, ayant toutes ses ouvertures sur un jardin, mais n'ayant aucune communication avec les autres parties de l'hôpital.

Au premier étage, seraient disposées des salles pour les femmes enceintes, les nourrices et quelques anciennes accouchées.

Chaque chambre du rez-de-chaussée recevrait une nouvelle accouchée et une femme enceinte qui deviendrait sa garde malade et rendrait à sa compagne mille services qui diminueraient singulièrement la besogne des infirmières. Au bout de huit jours, la nouvelle accouchée et la femme enceinte seraient transportées dans la salle du premier étage. La chambre qu'elles quitteraient serait alors purifiée, lavée avec toutes les précautions convenables, ventilée pendant une semaine, les murs en seraient blanchis à la chaux; après quoi elle serait occupée de nouveau.

J'ai depuis longtemps exposé tous les détails de ce projet à M. Husson, qui lui a reproché de soustraire les femmes à une surveillance régulière; aussi pour y remédier, M. Husson avait pensé qu'il conviendrait de placer dans le couloir intérieur un carreau de vitre qui serait enchâssé dans la paroi correspondante de chaque chambre. Ce carreau, mastiqué avec soin, ne pourrait pas s'ouvrir; il assurerait l'isolement tout en permettant de surveiller les malades.

Avec un pareil système, j'avoue que le service serait pénible, mais j'y remédie en partie en plaçant au dessus du rez-de-chaussée une marquise qui s'étendrait tout autour du bâtiment pour protéger autant que possible le personnel de l'hôpital contre les injures du temps.

Dans nos hôpitaux actuels rien ne se fait sans l'intervention des infirmières; je demande au contraire que leur présence soit exigée le moins souvent possible. Pour les besoins urgents seulement, un bouton de sonnette électrique, disposé auprès de chaque lit, irait aboutir dans le couloir intérieur où se tiendraient les gens de service. Il faut changer nos habitudes d'hôpital. Que les femmes y soient donc soignées comme dans leur domicile, traitées, comme dans nos bureaux de bienfaisance, par exemple, où elles se rétablissent si bien.

Pour ce projet, je m'étais bien gardé de prendre comme modèle aucun autre hôpital, puisque j'avais déclaré que toutes les Maternités actuelles étaient mauvaises. Mon innovation n'a cependant pas séduit tout le monde, cela devait être; elle m'a attiré au contraire plus d'une critique. D'après l'avis de M. Le Fort, la porte de chaque chambre s'ouvrant directement à l'extérieur, amènerait un refroidissement considérable de la température, chaque fois qu'on l'ouvrirait lorsque la température serait comme elle est souvent l'hiver de 6 à 12 degrés au dessous de zéro. En formulant ce reproche, notre collègue a exagéré l'abaissement ordinaire de la température. Nous aurions d'ailleurs en France la même température qu'en Russie que cela ne m'inquiéterait guère. Une bouffée de froid n'est pas à craindre, et dans les villages, les nouvelles accouchées occupent une chambre qui s'ouvre directement en dehors sans que pour cela elles s'y rétablissent moins bien. M. Hervieux a adressé à ce projet deux reproches qu'il considère comme très-graves: le premier, c'est que toutes ces chambres, que l'on peut comparer, dit-il, aux alvéoles d'une ruche à miel, c'est-à-dire à des cellules ne s'ouvrant que d'un seul côté, ne sont en réalité que des cul-de-sac où la ventilation naturelle est impossible. En second lieu, la marquise en protégeant le personnel, intercepterait les rayons du soleil et assombrirait les pièces destinées aux nouvelles accouchées. Je pourrais répondre à M. Hervieux qu'une marquise en verre laisserait passer la lumière et les rayons du soleil, et que le plus grand nombre des chambres de la ville sont ventilées par une seule fenêtre, mais je dirai bientôt que je fais sur ce point des concessions complètes en amendant mon projet.

Les femmes, m'a-t-on dit, seront isolées et subiront une espèce de réclusion, ce sera le régime cellulaire. Le mot est fâcheux sans doute, mais ma réponse sera facile: Je ferai remarquer d'abord que la même chambre contiendrait une femme enceinte, une femme accouchée et un enfant nouveau-né; si l'on y ajoute la visite du médecin, les allées et venues de la surveillante et des infirmières, la vue sur un jardin, on trouvera qu'un pareil système cellulaire n'a rien de terrible. D'ailleurs les accouchées de la classe pauvre, celles du bureau de bienfaisance, par exemple, sont exposées à un isolement plus absolu dans leur domicile, elles n'y reçoivent que par hasard la visite d'une voisine et restent seules des journées entières. Que l'on examine encore ce qui se passe à la Maison municipale de santé; les chambres à un lit y sont recherchées beaucoup plus que la salle commune, et les malades pour

(1) *Hygiène des hôpitaux des femmes en couche*, Paris 1864.

y être admis consentent à payer à l'Administration un prix plus élevé. Cette objection n'a donc pas de fondement sérieux.

Enfin, MM. Hervieux et Le Fort se sont réunis pour m'adresser un reproche que je prends à cœur. Votre projet, ont-ils écrit, est bon en théorie, mais pratiquement impossible. J'avoue que je ne comprends pas bien cette objection ; mon projet passera sans effort et sans difficulté de la théorie à la pratique, à l'état de fait accompli, aussitôt qu'on le voudra. Je crois même savoir de bonne source que cette réalisation est sur le point d'être complète, sinon en France, du moins à l'étranger.

Je ne suis pas le seul, heureusement pour moi, à avoir eu la témérité de mettre au jour un projet de Maternité. M. Hervieux a proposé de construire un corps de logis partagé en salles de six à huit lits, avec de larges et hautes fenêtres s'ouvrant sur les deux faces du bâtiment. Le roulement se ferait avec alternance. Ce projet serait-il suffisant? Il se rapproche beaucoup trop, à mon avis, de ce qui existe à la Maternité et à Cochin.

M. Le Fort, après avoir visité un grand nombre de Maternités, les avoir comparées les unes avec les autres, s'est arrêté au projet suivant : Un bâtiment principal avec deux petites ailes en retour, serait partagé en deux moitiés par un escalier central. Le premier et le deuxième étage, destinés aux femmes en couches, seraient séparés par cet escalier en deux moitiés qui pourraient être soumises à tour de rôle à l'alternance. Des portes vitrées empêcheraient une trop libre communication entre les deux moitiés du bâtiment. Sur l'une de ses façades régnerait un corridor commun percé de fenêtres sur toute sa longueur ; sur l'autre façade seraient placées des chambres à trois lits. Chacune de ces petites salles auraient une fenêtre donnant à l'extérieur et une porte qui s'ouvrirait sur le corridor commun, comme cela existe à la Maison municipale de santé de Paris.

Ce que je blâme dans ce projet, c'est le corridor commun où s'ouvriront les portes de toutes les chambres, de telle sorte qu'il sera le réceptacle dans lequel viendront se rendre les miasmes engendrés dans chaque compartiment et l'isolement sera illusoire. M. Le Fort propose, il est vrai, un mode de ventilation qui assurerait, suivant lui, le passage de l'air du corridor dans les chambres, tandis qu'il ne pourrait jamais refluer des chambres dans le corridor. C'est là une erreur : quoi qu'on fasse, des courants d'air s'établiront en sens contraire. J'espère pouvoir le démontrer un jour à M. Le Fort et le faire renoncer ainsi à l'idée d'un corridor commun. En proposant ce projet M. Le Fort s'est laissé inspirer par le souvenir de l'hôpital de Kiel et celui de la Grande-Duchesse Hélène à Saint-Pétersbourg. Dans ces derniers hôpitaux on trouve, en effet, le même corridor latéral donnant aussi dans toutes les chambres. J'ignore quels sont les résultats qui ont été obtenus à Kiel, mais ils n'ont pas été heureux à Saint-Pétersbourg. Avec l'installation ancienne la mortalité était de 1 décès sur 32,17 accouchements; depuis l'installation nouvelle on y compte 1 décès sur 34,09 accouchements. Je me crois donc fondé à dire que le projet de M. Le Fort ne donnerait pas de meilleurs résultats à Paris.

Voici à quel projet je m'arrêterais aujourd'hui : un bâtiment unique, bâti en ligne droite, serait séparé en chambres allant d'une façade à l'autre, mais sans aucune communication entre elles. Sur l'une des façades s'ouvrirait une fenêtre par chambre, sur l'autre se trouverait la porte, au-dessus de laquelle régnerait une galerie vitrée. Je reviens, en un mot, à mon projet de 1864; mais le corridor central a disparu puisque chaque chambre occuperait toute l'épaisseur du bâtiment. Je trouve dans cette modification quelques nouveaux avantages : la fenêtre laisserait passer la lumière sans aucun obstacle; en ouvrant la porte et la fenêtre la ventilation serait aussi complète que possible; la marquise continuerait à abriter les gens de service sans être passible d'aucun reproche. Enfin, et c'est le point capital, l'isolement resterait complet. Chaque chambre occupée par une nouvelle accouchée, et par une femme enceinte, serait soumise aux précautions de l'alternance après chaque accouchement.

Le seul grief qui subsiste, c'est le chômage des chambres pendant leur évacuation. Mais ce chômage existe déjà en réalité à la Maternité, où la moitié des salles se repose pendant que l'autre moitié est occupée.

J'ai cependant songé à économiser le temps et j'ai pensé qu'on y réussirait si les murs et le plafond des chambres étaient revêtus dans toute leur étendue de plaques en terre émaillée et le parquet recouvert d'asphalte. Avec des parois aussi lisses et aussi peu perméables, on ferait en quelques heures un lavage si parfait, soit avec une éponge, soit avec une pompe à mains, qu'une chambre quittée par une malade pourrait sans inconvénients recevoir le lendemain une autre accouchée. Malheureusement j'ignore tout à fait si une pareille installation n'aurait pas quelque inconvénient grave au point de vue de l'hygiène ; je n'ose donc pas en conseiller l'emploi, mais peut-être pourrait-on l'essayer sur une chambre seulement. Ce serait une question à étudier sérieusement.

Ai-je la prétention insensée de faire disparaître complétement la fièvre puerpérale? Assurément non. J'ai voulu seulement, autant que je l'ai pu, obtenir pour un hôpital les conditions de la clientèle civile. Malgré tout, quand une femme tombera malade, elle devra être aussitôt transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment complétement séparé de celui des nouvelles accouchées. L'installation de l'infirmerie offrirait d'ailleurs la répétition des dispositions que nous avons décrites pour notre Maternité. Un personnel spécial y serait attaché et toute communication avec les femmes accouchées bien portantes lui serait formellement interdite. Cette séparation des femmes saines et des malades dans deux bâtiments distincts, nous paraît urgente; elle a reçu l'approbation de tous les médecins et elle a été regardée comme indispensable par M. Hervieux et M. Le Fort. On ne lui reprochera même pas de multiplier sans besoin le nombre du personnel, puisque à la Maternité de Paris l'infirmerie est depuis longtemps occupée par un personnel à part : médecin, interne, infirmières... Seulement l'installation de cette infirmerie, telle qu'elle existe aujourd'hui, bonne en principe, est mauvaise en réalité parce que les malades occupent le même bâtiment que les autres accouchées et que le personnel des deux sections passe trop souvent de l'une dans l'autre.

Quand une Maternité sera annexée à un hôpital général, on pourra, je crois, se passer d'infirmerie spéciale, en faisant transporter les accouchées malades dans les salles de l'hôpital général qui feraient ainsi l'office de l'infirmerie.

J'ai exposé longuement la prophylaxie des maladies puerpérales telle que je la comprends. Les moyens que je propose seront-ils suivis de succès? je l'espère, mais l'expérience seule peut nous éclairer d'une manière infaillible. Si ces espérances venaient malheureusement à ne pas se réaliser après l'essai du nouveau système d'hôpital, faudrait-il courber la tête, et nous avouer vaincus par la fatalité? Non, mille fois non ! Il faudrait, sans hésiter, renoncer aux grands hôpitaux de femmes en couches pour créer un grand nombre de très-petites Maternités, qui seraient disséminées au nombre de deux ou trois dans chacun des arrondissements de Paris. Ces petites maternités, ne pouvant admettre qu'un petit nombre de femmes en couches, réuniraient les conditions qu'on rencontre chez la plupart des sages-femmes de la ville qui reçoivent des femmes pour leur accouchement. Le logement réservé à ces pensionnaires est ordinairement petit, presque insuffisant, mais il n'est occupé que par deux, trois femmes en même temps, rarement davantage. De temps en temps les oscillations de cette clientèle amènent naturellement l'évacuation de ces chambres, qui sont soumises ainsi à une sorte d'alternance involontaire. Aussi la fièvre puerpérale y est rare. Un grand nombre de petites Maternités donnerait probablement des résultats tout aussi avantageux; dès qu'une femme y tomberait malade, l'établissement serait fermé sans apporter de troubles dans les habitudes des autres Maternités du même genre.

Reste enfin une ressource extrême : si les Maternités grandes ou petites produisaient une mortalité trop élevée, il faudrait les abandonner toutes définitivement et substituer l'assistance à domicile à l'assistance hospitalière.

Aucune dépense, aucune difficulté, aucune mesure ne doit arrêter l'administration de l'assistance publique. Le mal est grand ; d'une façon ou de l'autre il faut qu'il disparaisse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 10 avril, M. le docteur Meunier, chirurgien-major en retraite, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour deux places de médecin adjoint aux hospices civils de Strasbourg ouvert le 17 mars s'est terminé le 23. Cinq candidats étaient inscrits; trois d'entre eux se sont retirés avant le concours ou pendant les épreuves. MM. Hecht et Feltz ont été désignés à l'unanimité par le jury pour les deux places de médecin adjoint.

— M. le docteur Bessières, membre du conseil municipal, ancien professeur à l'École de médecine de Toulouse, vient de mourir en cette ville. M. Bessières est mort dans des circonstances qui méritent d'être signalées. Un incendie ayant éclaté dans le quartier qu'il habitait, il s'est empressé de descendre aux premiers cris d'alarme et s'était résolûment mis à une des nombreuses chaînes qui furent organisées; mais ses forces le trahirent : s'étant senti indisposé, il se décida à rentrer chez lui ; à peine avait-il gravi les premiers degrés de l'escalier qu'il s'affaissa sur lui-même et ne tarda pas à rendre le dernier soupir.

— M. le docteur Léon Vaillant, préparateur à la Faculté des sciences, a ouvert aujourd'hui 13 avril un cours public d'helminthologie médicale dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique. Il le continuera les lundi et mercredi de chaque semaine.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public de clinique syphiliographique lundi 16 avril, à deux heures, et le continuera, à la même heure, les vendredi et lundi suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. NATALIS GUILLOT.

Maladie compliquée du cœur.

Leçon recueillie par M. CHATAGNION, élève.

L'homme sur lequel va rouler notre leçon d'aujourd'hui est couché au n° 19, salle Saint-Charles. C'est un garçon au service d'un marchand fruitier ; il est âgé de quarante ans ; il n'a jamais eu de rhumatismes, mais il se lève la nuit pour aller à la halle ; il est donc exposé à l'influence du froid nocturne et à des excès de travaux.

Depuis six mois, nous a-t-il dit, il a eu des battements de cœur : ce n'est pas à dire pour cela que ces battements n'aient pas été antérieurs à cette époque. Car il est beaucoup de personnes qui ont des palpitations et qui ne s'en doutent même pas.

Après avoir souffert d'une manière appréciable de ces palpitations depuis six mois, le soir, cet homme a eu un évanouissement, à la suite duquel il s'est trouvé hémiplégique du côté gauche du corps, sans avoir perçu le moins du monde de douleur.

Le côté gauche est donc privé de mouvement. Hier, 9 avril, et encore aujourd'hui, il accusait dans le côté gauche une sensation de froid qu'il n'accusait pas dans le côté droit ; d'où, chez cet homme, différence de sensation.

Ma première attention s'est portée vers le cœur. J'en ai d'abord constaté le volume par la percussion, percussion qui nous a donné une étendue considérable de matité ; ce qui prouve déjà une hypertrophie du cœur. Car, si nous prenons le cœur sain d'un homme de vingt-cinq ans, nous trouvons une matité de 2 centimètres de côté ; d'où il est facile de conclure que plus la matité s'étend, moins le cœur est sain. Or, chez l'homme dont il est question ici, la matité, au niveau du sternum et des cinquième et sixième côtes, s'étend à 4 centimètres. C'est donc une matité considérable par rapport à la matité considérée chez un homme sain. Le malade accuse, de plus, une gêne considérable dont il ne connaît évidemment pas la cause, mais que nous savons due à l'hypertrophie du cœur, qui doit contenir à peu près 1 litre de liquide, et par conséquent pèse 1 kilogramme, tandis que le cœur sain ne pèse à peu près que 250 grammes, de sorte que le diaphragme soulève 1 kilogramme à 2 ou 3 centimètres de hauteur.

Outre cela, les causes ordinaires d'une augmentation du poids du cœur sont le retard ou l'accélération dans les mouvements des liquides qui traversent le cœur. L'accélération, par exemple, nécessite le mouvement forcé du cœur ; le cœur fait donc plus de travail que dans l'état normal. Mais en même temps que le cœur travaille davantage, il y a des lésions produites sur les surfaces nécessaires au mécanisme du cœur. Dans toutes ces parties où s'exerce le frottement, artères, péritoine, plèvre, la production du pus est un fait assez général, mais la production de matières fibrineuses est un fait constant. En même temps, la surface devient tomenteuse, s'épaissit, puis la membrane des artères présente des phénomènes très-intéressants. Cette membrane s'ulcère, puis offre çà et là des dépôts calcaires, dont quelques-uns sont tout à fait analogues au tissu osseux (*ossification du cœur*). Au bout de quelque temps (et vous pourrez le voir chez ce malade, si l'on en fait l'autopsie), quelques-uns de ces fragments, vus au microscope, sont canaliculisés comme les os : c'est l'*endocardite ulcéreuse*, et c'est le cas, dis-je, de l'homme que nous étudions en ce moment. Voilà donc des valvules modifiées, des orifices valvulaires qui produisent autre chose que ce qu'ils devraient produire.

Chez cet homme, à la place du bruit du premier temps, correspondant à la diastole de l'artère, il y a un bruit de souffle, coïncidant avec le passage du sang dans l'artère. Vous avez de plus, messieurs, à connaître qu'il se rapproche du sternum. Il y a donc une lésion valvulaire produisant un bruit, en même temps que le sang passe dans l'aorte. Mais ce bruit n'est pas seul ; car si vous examinez le cœur, comme je le fais habituellement, c'est-à-dire si vous mettez le bruit de souffle en rapport avec un orifice valvulaire, vous chercherez chez cet homme s'il y a d'autres bruits existant dans d'autres points de la poitrine. C'est ce que j'ai fait moi-même, et j'ai trouvé entre les cinquième et sixième côtes un autre bruit de souffle, mais celui-là, au moment de la systole artérielle, au second temps. Nous voilà donc en présence d'une hypertrophie considérable du cœur et de deux maximum d'intensité.

Cherchons encore, mais en nous rapprochant de l'appendice xyphoïde du sternum. Là, en effet, nous trouvons un troisième maximum d'intensité. C'est un autre bruit de souffle qui s'entend au moment de la diastole. Il y a encore autre chose qui dépend de tout ce qui précède. Nous avons, ai-je dit, trois lésions, l'une dépendant de la maladie des valvules aortiques, les deux autres secondaires. Mais ce qui complique davantage la question chez notre malade, c'est de savoir quelle est la lésion de l'aorte. Cette lésion existe.

Quand les maladies du cœur commencent par les valvules aortiques, l'anneau fibreux de la circonférence de chaque ouverture, qui fait communiquer les cavités du cœur entre elles et sur lequel s'implantent ces valvules, doit être, lui aussi, malade. Il y a de plus, très-probablement, une lésion des autres orifices voisins. Maintenant quelle est cette lésion? Il y a ici une difficulté. Il y a évidemment des bruits de souffle aortique au premier temps ; mais en même temps, il y a un autre bruit de souffle représentant bien à l'oreille le mouvement de va-et-vient. Si vous examiniez le pouls, vous trouveriez, au moment où le sang passe à travers les valvules, deux bruits de souffle consécutifs, d'où insuffisance des valvules.

Oui, ces deux bruits existent, je crois que cela peut être. Mais les anciens auteurs disent que les bruits de souffle provenant d'une insuffisance valvulaire sont plus doux que les autres. En d'autres termes, lorsque le bruit de souffle dépend d'une insuffisance aortique, le caractère de ce souffle est moins vibrant. Or, dans le cas qui nous occupe, ce serait le contraire ; car chez cet homme, le bruit le plus fort est celui qui correspond au retour du sang dans la cavité du cœur, tandis que l'autre est plus doux. C'est là une chance d'erreur et une coïncidence qui éloignerait des opinions des auteurs.

Maintenant, revenons aux autres bruits. Soit dans la cavité droite, soit dans la cavité gauche, on entend au deuxième temps deux bruits de souffle réguliers et assez forts, d'où deux insuffisances. Cependant, dans le côté gauche, le bruit est moins prononcé que dans le côté droit, ce qui prouve une insuffisance plus grande du côté gauche.

Nous avons donc, en nous résumant, une lésion des valvules aortiques, une insuffisance des deux oreillettes, mais surtout de l'oreillette droite et une hypertrophie.

Examinons maintenant l'influence qu'exerce sur les autres organes le retard de la marche du sang. Les veines sus-hépatiques, les veines caves s'emplissent de sang. Le foie est donc l'organe qui souffre le premier ; il est gorgé de sang et est nécessairement hypertrophié. Il est à 2 ou 3 centimètres du mamelon et il déborde les fausses côtes.

Il s'étend à gauche, de sorte que tout le lobe gauche est gorgé de sang, et que le son mat de ce côté se confond avec le son mat du cœur. Ce n'est pas tout : le sang a stagné dans la veine cave ; il stagne dans les extrémités inférieures. Les vaisseaux gorgés laissent échapper cette portion du sang qu'on appelle le sérum, d'où l'œdème des membres inférieurs chez notre malade. De plus, il a une grande gêne dans la respiration et n'offre plus 16, 17, 18 respirations par minute comme dans l'état normal, mais il est oppressé et cherche l'air. En un mot, il y a congestion lente du poumon. Le sang s'arrête dans les veines, d'où œdème pulmonaire.

Il y a une autre lésion très-curieuse. Pendant le cours de cette maladie, il y a eu un fait qui se présentera à vous, messieurs, et qui s'est présenté à moi plusieurs fois dans la pratique. Voici un homme qui, sans cause apparente se trouve mal. Je connais, pour ma part, plusieurs personnes (et quelques-unes vivent encore) qui, s'étant couchées le soir, ont dormi parfaitement bien, et se sont réveillées le lendemain paralytiques, et jamais il n'y avait eu dans la vie de ces personnes de phénomènes précurseurs qui pussent faire supposer cette paralysie.

Or, au commencement de ce siècle, l'ensemble de ces phénomènes était réuni sous le nom d'*hémorrhagies cérébrales*, de *ramollissement cérébral*, lorsque des hommes jeunes ont fait des recherches et ont découvert que certaines matières qui n'étaient pas nées à la place où on les trouvait, provenaient d'ailleurs : tantôt c'était une collection fibrineuse des veines, tantôt une collection purulente, ce qui donnait lieu à des hémorrhagies cérébrales. Or, il y a dans certains cas de maladies du cœur des hémorrhagies dues aux valvules, je les ai vues.

Ne m'est-il pas permis, en pensant à ce que j'ai vu, à ces paralysies soudaines, sans causes apparentes, suivies huit jours après de douleurs ne ressemblant nullement aux effets concordant avec les hémorrhagies, ne me serait-il pas possible, dis-je, de penser qu'il peut y avoir, outre les lésions précédentes, un rapport anatomique entre l'hémorrhagie cérébrale consécutive et une maladie des orifices valvulaires?

TRAITEMENT. — Mais il y a encore autre chose que je me demande. Qu'avons-nous à faire ici comme médecin? Serons-nous plus fort que le mal? Je ne pense pas ; je ne crois pas qu'il y ait une méthode de traitement capable de guérir les cas du

---

FEUILLETON.

RAPPORT SUR LE PRIX GODARD

A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le prix Godard, destiné au meilleur travail relatif à la structure, à la physiologie ou à la pathologie des organes génitaux, nous a paru devoir être accordé à l'ouvrage de M. Helie, professeur à l'école préparatoire de médecine de Nantes.

L'auteur, qui s'est livré sans interruption depuis vingt ans à des dissections nombreuses, est parvenu à démêler complétement les divers rubans musculaires de la matrice et à en fixer le nombre, la direction ainsi que les usages variés ; de sorte que la composition des plans charnus de l'utérus laissera dorénavant peu de chose à élucider. C'est, en somme, un travail qui laisse bien loin derrière lui ce qu'avaient fait dans le même sens Dugès, Mme Boivin, Deville, etc. M. Chenantais, également professeur à Nantes, a dessiné d'après nature les principales préparations de M. Hélie, dont la description anatomique est ainsi accompagnée d'un atlas in-folio contenant dix planches.

En conséquence, votre commission propose de donner le prix Godard, qui est de 1,000 fr., à M. Hélie.

Un autre travail important concernant le même prix a été mis sous les yeux de la commission par M. le docteur Brouardel. C'est un mémoire bien fait et fort intéressant sur les affections tuberculeuses des organes génitaux de la femme. Sans être absolument original, puisque les éléments s'en trouvent éparpillés dans les annales de la science, et que M. Namias, de Venise, en particulier, a déjà publié d'assez importantes observations sur le même sujet, cet ouvrage aurait peut-être été digne du prix sans l'œuvre tout à fait originale et complète de M. Hélie.

La commission dès lors regrette de ne pouvoir accorder à M. Brouardel qu'une mention honorable.

VELPEAU.

Anatomie descriptive et dissection,

par M. le Dr J. A. FORT, professeur libre d'anatomie et de pathologie[1].

« Si les médecins voulaient bien écrire quelquefois pour les malades, les livres de médecine seraient lus, disait un célèbre publiciste, mais ils écrivent pour les savants dans une sorte de langage réservé. » Je me permets de dire qu'il en est souvent ainsi des livres d'anatomie. Les professeurs écrivent de fort belles monographies et de fort longs traités qui, n'étant pas à la portée d'un élève commençant, ne sont pas lus, et manquent leur but du premier coup. Il ne suffit pas, en effet, à l'étudiant d'être zélé pour l'étude, très-assidu à l'amphithéâtre, fort appliqué aux dissections, s'il n'est pas initié à ces exercices où souvent le courage ne lui sert de rien, sans un guide sûr qui lui montre la route, et lui apprenne comment on peut se prendre de belle passion pour une étude qui paraît de prime abord si répugnante.

Il importe donc fort peu à l'élève d'avoir de très-longs et de très-beaux ouvrages de bibliothèque, car on peut remarquer que de tout temps, des traités courts, quoique suffisants, des manuels bien faits, mais portatifs, utiles près du cadavre, servant la mémoire loin de la surcharger, ont obtenu des succès tels qu'on a vu des traités, comme celui de Bayle, arriver en quelques années à leur sixième édition, et être traduits en allemand, en anglais, en italien, en espagnol et même en arabe. Preuve éclatante que l'auteur avait atteint le but qu'il s'était proposé, celui d'être utile.

J'ai toujours suivi avec un intérêt tout particulier la publication d'un ouvrage court, propre à inspirer aux étudiants le goût des fortes études ; memento commode aussi pour le praticien qui, sans lui prendre trop d'un temps précieux, l'empêche de perdre de vue ce qu'il ne doit jamais oublier, l'anatomie, base de toute bonne médecine. Je crois donc que les brillants succès obtenus autrefois, pour ne parler que de la science qui nous occupe, par Maygrier, avec son manuel de l'anatomiste, par Lauth, avec son nouveau manuel, etc., ont dû être très-encourageants pour M. le docteur Fort.

M. Fort ne s'est pas contenté de renfermer dans un cadre restreint comme les excellents mais très-anciens tableaux de Chaussier par exemple, tout ce qu'il y a d'utile et d'important à savoir ; il s'est en-

(1) Paris, 1866. Adrien Delahaye. 1 vol., 1,120 pages, 182 fig. 11 fr. 50.

genre qui nous occupe. Cependant, si nous ne pouvons pas guérir ce malade, il nous faut le soulager.

Évidemment, si c'était possible, on diminuerait les battements du cœur. La plupart des vieux médecins donnaient dans ce cas-là de la digitaline, remède utile quand on sait s'en servir. Mais quel est l'effet de cette substance? C'est de ralentir les mouvements du cœur. Elle n'est donc pas bonne dans notre cas, puisqu'il y a déjà ralentissement des battements du cœur. On ne peut donc pas recourir à la digitaline, parce que si l'on y recourait, on ralentirait tellement les battements que le cœur se dilaterait davantage.

Ce que je préfère est bien vulgaire : c'est de soulager le malade par des moyens secondaires, qui lui donneraient de l'espoir et le conduiraient le plus doucement possible à l'issue fatale de sa maladie : ventouses, nitrate de potasse et purgatifs variés.

CHORÉE UNILATÉRALE DROITE

Datant de deux ans et demi, guérie en deux mois et demi par l'acide arsénieux,

Par M. Calloch.

En juin 1864, une jeune fille de quatorze ans, nommée Alexandrine A..., se présenta à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu. Elle était atteinte d'une chorée unilatérale droite. Cette circonstance fixa déjà mon attention; car la chorée unilatérale est rare, et dans les cas où on l'a observée, elle siégeait plus souvent à gauche qu'à droite. Mais l'intérêt redoubla quand cette jeune fille et sa mère me racontèrent l'histoire de la maladie.

Elle remontait à deux ans et demi. Jusque-là Alexandrine A..., quoique de chétive apparence, n'avait eu d'autre maladie que quelques accès convulsifs vers l'âge de quatre ans. Jamais elle n'avait eu de rhumatisme, et la cause de la chorée demeurait inconnue, à moins qu'on ne voulût la rattacher, et cela avec assez de probabilité, mais seulement à titre de cause prédisposante, à l'ensemble des mauvaises conditions hygiéniques qui est la conséquence inévitable de la pauvreté. Quoi qu'il en soit, la jeune fille commença, il y a trente mois, à éprouver dans toute la moitié droite du corps les mouvements incessants qui caractérisent la chorée. Ces mouvements devinrent rapidement assez gênants pour la forcer à interrompre son apprentissage de couturière, et, depuis cette époque, ils ont toujours persisté du même côté, sans jamais se faire sentir du côté opposé et sans jamais s'interrompre, si ce n'est pendant le sommeil.

La mère effrayée d'un mal qui mettait sa fille dans l'impossibilité de travailler pour vivre, la fit soigner par M. Gourdon, puis à la mort de ce confrère par M. Lafond : celui-ci mourut à son tour; elle eut recours alors à M. Barjolle et à un autre confrère, dont j'ai oublié le nom. Elle suivit avec persévérance les traitements conseillés par ces honorables confrères, traitements dont elle ne put d'ailleurs m'indiquer la nature, mais dont l'inefficacité était malheureusement évidente, puisque, me disait-elle, la maladie était aussi violente que jamais. En effet, toute la moitié droite du corps était agitée de mouvements continuels, et il était facile de constater un notable affaiblissement de la force musculaire de ce côté. L'intelligence ne paraissait pas avoir subi d'atteintes.

Je cherchais l'occasion d'expérimenter dans les chorées rebelles la médication arsenicale depuis longtemps employée à l'étranger, préconisée d'abord en France par M. Rayer, puis plus tard, par Aran (*Bull. de Thérapeutique*, 1856). Je résolus de l'employer. Je recommandai l'exercice en plein air, une alimentation tonique, autant que possible, et je commençai, dans les premiers jours de juin, l'usage d'une solution d'acide arsénieux au millième, dont la malade dut prendre une puis bientôt deux cuillerées à café par jour, à l'instant du repas. Comme je devais bientôt quitter le service de la consultation à l'Hôtel-Dieu, j'invitai Alexandrine A... à venir chez moi de huit jours en huit jours pour surveiller la médication. Elle le fit avec une exactitude proportionnée à son désir ardent d'être débarrassée d'un mal qu'elle commençait à croire incurable, et qui la conduisait directement à la misère. L'arsenic, ainsi donné aux repas, à la dose de cinq puis de 10 milligrammes eut, comme toujours, pour effet d'augmenter l'appétit et les forces.

Le 1er juillet, le mieux était déjà très-sensible. Le 20 juillet, les mouvements étaient réduits à un tressaillement musculaire que la malade savait diminuer en appuyant fermement son bras et sa jambe. Le 16 août, j'avais la satisfaction de constater une guérison complète qui s'est maintenue depuis.

Jusqu'à présent la médication arsenicale dans la chorée, assez peu employée en France, n'a été, je crois, appliquée que dans les cas où les autres médications avaient échoué. Il est raisonnable de penser que si l'arsenic est efficace dans les cas rebelles, il le sera de même dans les cas récents et simples.

Comme la médication arsenicale est d'ailleurs tout au moins aussi inoffensive que les autres, et surtout que la médication par l'opium à haute dose, que je regarde comme irrationnelle et dangereuse, je me propose de l'employer dans les chorées que je rencontrerai, et j'aurai soin de vous tenir au courant des résultats quels qu'ils soient. Excepté dans un petit nombre de cas, parmi lesquels je citerai une remarquable observation lue par M. Malherbe, et reproduite dans les *Archives de médecine*, la chorée ne laisse aucune trace à l'autopsie et se classe ainsi naturellement dans la catégorie des névroses. Si nous ajoutons qu'elle est bien plus fréquente chez les petites filles que chez les garçons, que rien n'est plus rare que la chorée chez l'homme adulte, et qu'enfin cette maladie est souvent accompagnée des signes qui annoncent que la nutrition languit, on sera conduit à cette conviction que la médication dite tonique névrosthénique sera la plus efficace, et je ne connais guère de tonique névrosthénique plus puissant que l'arsenic.

(Extrait du *Journal de la Section de médecine* de Nantes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des laits médicamenteux.

Depuis deux ans un grand nombre de médecins de Paris (1) et du département de la Creuse emploient avec succès les laits médicamenteux. M. Richelot a publié tout un mémoire sur ce sujet, dans l'*Union médicale*. Cette question mérite d'être soumise à nos lecteurs, et nous laissons la parole à M. de Lagenhagen, l'un des médecins qui ont étudié avec le plus de soin les effets qu'on peut obtenir de ces *laits médicamenteux*.

L'idée de la médication lactiforme ou alimentaire n'est pas nouvelle, mais il s'agissait de la généraliser, de la rendre praticable. M. le docteur Bouyer, de Fursac (Creuse) a réalisé ce problème difficile.

Nous avons salué cette révolution pharmaceutique avec d'autant plus de satisfaction, qu'en 1854 nous avions déjà songé nous-même au lait, comme véhicule de diverses substances trop irritantes et dont l'administration, quoique précisément indiquée, présentait, chez les enfants surtout, des difficultés insurmontables. A cet effet, nous nous étions livré à quelques expériences délicates, que la position que nous occupions alors nous permettait de tenter. Nous faisions prendre à des nourrices allaitant des enfants nés de pères ou de mères syphilitiques ou scrofuleux, et dont la maladie se manifestait (sur ces enfants), par des stomatites ulcéreuses, par de la roséole, par des pemphigus, par des abcès froids, etc.; nous faisions prendre à ces nourrices l'iodure de potassium en solution et à des doses ordinaires. Nous avons pu nous convaincre, par les résultats heureux que nous avons obtenus, que les principes médicamenteux absorbés et élaborés par la nourrice étaient excrétés en partie par les glandes mammaires.

Cependant il en résultait, au bout de quelques semaines, une diminution notable dans la quantité de lait sécrété en même temps que dans le volume de l'appareil sécrétoire. Il n'en est pas moins vrai que nous avons ainsi obtenu des guérisons rapides, sans qu'il en résultât jamais le moindre accident pour l'enfant et de bien grands inconvénients pour la nourrice.

Mais ce que le médecin peut faire à la campagne, il ne lui est pas toujours permis de le tenter dans les villes, et toutes les nourrices ne se prêteraient pas volontiers à un traitement de cette nature.

M. Labourdette, en Normandie, a conçu une idée semblable, et pour rendre cette médication possible non-seulement chez les enfants, mais encore chez les adultes, il fit ses expériences sur des vaches. Il mêlait aux fourrages de ces animaux, le principe médicamenteux (l'iode), qu'il voulait leur faire élaborer, et recueillait ainsi un lait plus ou moins iodé.

L'idée est ingénieuse et belle, mais malheureusement elle n'est pas aussi pratique qu'on pourrait bien le croire. En effet, il n'est pas possible de contrôler la quantité de fourrage absorbé par une vache, pas plus que de doser la quantité d'iode que contient un litre de lait, parce que les autres glandes sécrétoires en éliminent une certaine proportion. Il arrive donc que tel jour le lait se trouve très-chargé du principe iodique, et que tel autre il n'en contient pas ou fort peu. On comprend donc de suite les inconvénients d'un pareil système, et ce ne sont pas les seuls : en admettant même que la sécrétion lactée soit à peu près uniforme, il ne faudrait pas moins que le malade allât boire le lait sur place, le transport à grande distance en avariant singulièrement la substance, surtout pendant les fortes chaleurs de l'été.

Ces laits deviendraient donc le privilége exclusif des gens riches, et ne pourraient, par leur prix nécessairement élevé, profiter au commun des malades.

Enfin les vaches soumises à un régime forcément approprié à la circonstance, ne tarderaient pas à dépérir, et leur lait serait bientôt tari.

Toutes ces réflexions ont dû naturellement venir à l'esprit de M. Bouyer, lorsque, pour obvier à ces inconvénients, il fit une série d'expériences qui l'ont amené à nourrir les vaches de la manière la plus naturelle du monde. Au lieu de mêler aux fourrages des substances destructives, il s'est contenté d'imiter les procédés de la nature elle-même, en ajoutant aux aliments des sulfates, des phosphates, des chlorures, principes d'autant plus compatibles et plus assimilables que le lait lui-même les renferme déjà à l'état ordinaire. Il obtenait donc ainsi un lait riche en caséum et en sérum, condition indispensable à la combinaison et à l'association facile de l'iode, de l'iodure de potassium, de l'arsenic, du mercure, du fer.

La préparation des laits médicamenteux de M. Bouyer repose donc sur ce fait : qu'à un certain degré de concentration, les sels du sérum du lait se prêtent à des combinaisons ou à des doubles décompositions avec l'iode, l'acide arsénieux, le bichlorure de mercure, l'iodure de potassium et le fer. Pour l'iode, il faut opérer sur le lait réduit aux 4/5 de son volume; pour l'acide arsénieux et le bichlorure de mercure, sur le lait réduit à moitié. On reprend l'évaporation et on la continue jusqu'à la concentration aux 5/6.

On connaît les propriétés de l'iode. Qu'il nous suffise seulement de faire remarquer que les inconvénients inhérents à toute substance énergique, disparaissent en grande partie quand ces substances, sous une forme alimentaire aussi simple, peuvent être introduites dans l'économie sans causer d'irritation sur la muqueuse gastro-intestinale. Inutile d'ajouter que l'absorption est d'autant plus prompte que l'estomac se trouve dans un meilleur état. Les doses, d'ailleurs relativement faibles, que renferme une cuillerée à café de ce lait (1), doses qu'on peut graduer selon le besoin, n'occasionnent jamais de troubles dans l'économie. L'iode gagne au contraire une propriété de plus, c'est de régulariser les garde-robes chez les sujets habituellement constipés.

Les affections dans lesquelles le lait iodé paraît jouir d'une sorte de spécificité, sont les affections des voies respiratoires. Les nombreuses observations relatées par M. le docteur Richelot démontrent leur efficacité incontestable. Il est bien entendu que le lait iodé, comme les meilleurs produits, a ses insuccès. Nous avons eu les nôtres également, alors surtout que nous avions affaire à des phthisies au troisième degré. Mais dans les laryngites chroniques, les bronchites catharrales, les phthisies au premier et même au second degré, les avantages de cette médication sont évidents.

C'est ici le cas de répondre à quelques objections qui nous ont été présentées relativement à la similitude du lait iodé et

(1) Nous citerons MM. Ar-al, Blache, Barré, Calvo, Cerise, Costilhes, Hardy, Himely, Monod, Mancel, Lelièvre de Miramon, Raciborski, Wertheinber, etc., etc.

(1) Une cuillerée à café de lait iodé concentré contient 4 centigrammes de principes médicamenteux.

---

core préoccupé de faire retenir par d'ingénieux moyens mnémotechniques heureusement introduits au milieu de détails si multipliés et si arides que comporte l'anatomie. L'ordre qu'il a adopté, les tableaux qu'il a construits, les résumés qu'il a ajoutés viennent puissamment en aide à la mémoire. Et comme si la grande concision et l'extrême clarté étaient encore insuffisantes pour mieux fixer les idées et l'attention, et soutenir l'intérêt, il a fait agir la nature morte, il l'a montrée vivante dans des aperçus physiologiques adroitement intercalés, il l'a montrée malade dans l'anatomie pathologique, non pas en disséminant, de ci et de là, une bride de physiologie ou un lambeau d'anatomie pathologique, mais en les appelant en confirmation de la science anatomique normale acquise à l'instant, trouvant en elle-même les conclusions de chaque article. Il ouvre ainsi à deux battants les portes des sciences médicales, et fait voir, dans le lointain, au jeune étudiant le but et la nécessité de l'anatomie bien comprise.

Le livre de M. Fort, divisé en sept parties, ne suit pas l'ordre ordinaire. Voici celui auquel l'auteur s'est arrêté :

Ostéologie, myologie, arthrologie, angiologie, névrologie, splanchnologie et *organes des sens*.

L'arthrologie, comme on peut voir, ne vient qu'après la myologie, car notre auteur, en professeur expérimenté, croit fastidieux et nuisible au travail de l'élève de présenter l'arthrologie avant la myologie. « Comment, en effet, dit-il, un débutant peut-il avoir la moindre idée des rapports et des mouvements articulaires, s'il ne connaît pas préalablement les puissances qui déterminent ces mouvements? La méthode ordinairement suivie par les auteurs est certainement l'unique cause de la négligence qu'apportent les élèves dans l'étude de l'arthrologie. Ces derniers, ajoute-t-il encore, devraient cependant se pénétrer de l'idée qu'en raison du grand nombre de lésions qui affectent les articulations, leur étude complète est de la plus grande importance. »

On découvre dans ce peu de lignes l'esprit avec lequel le livre a été conçu. Ce n'est pas un manuel vulgaire et commode destiné à faire passer un examen, en flattant les manies (si connues par avance) d'un examinateur malencontreux. Son but est d'être utile, il veut qu'on sache, il s'en préoccupe dès l'abord. Depuis bien des années déjà, s'adonnant à l'enseignement, M. Fort a un long usage de l'esprit de ses auditeurs, il sait comment on le gouverne, et c'est à leur profit et au profit de la science qu'il veut tourner ces jeunes intelligences.

Rien n'est plus honorable assurément que de s'appliquer à offrir à la jeunesse une route bien aplanie et directe; et pour en être arrivé là on doit avoir le mérite d'un travail opiniâtre. Peut-être M. Fort doit-il aussi cet heureux résultat à cette habitude continuelle qu'il a de vivre au milieu de la jeunesse studieuse, et de la diriger dans ses travaux en les partageant. C'est là, pour le dire en passant, un des grands avantages de l'enseignement libre, avantage tout au profit de l'élève que cette présence du maître, car la peine, le labeur incessant et la grande fatigue restent au professeur, dont l'abnégation doit être la principale vertu.

Si je m'étends à plaisir sur les mérites de cet ouvrage d'anatomie, c'est qu'il sort des conditions et du plan ordinaires.

Cependant... il y a un cependant..., je regrette de ne pouvoir tout louer également, et, dans cette appréciation très-générale, je me permettrai de faire à M. Fort le reproche d'avoir été peut-être un peu trop prévenu pour les travaux français dans la partie micrographique de son œuvre. Depuis Weber et J. Mueller, il y a eu des travaux allemands importants qui n'ont pas trouvé dans son livre la place honorable qu'ils auraient peut-être mérité d'y occuper. Je regrette encore qu'il n'ait pas eu cette bonne et heureuse pensée de reproduire quelques-unes de ces planches si remarquables qui terminent le traité d'histologie de M. Morel, de Strasbourg, et doit, il faut bien le dire, pas une des planches publiées par M. Fort ou par d'autres, ne saurait, à notre avis, prétendre à s'approcher, même d'un peu loin. C'est là une lacune vraiment regrettable, et de ce petit côté, on peut dire que ce livre, pas plus que les autres, n'a suivi le courant scientifique. Mais c'est un défaut réparable, hâtons-nous de le dire. Comment, d'ailleurs, et du premier coup, atteindre la perfection? La première et la dernière édition du *Traité de physiologie*, de M. J. Béclard, sont-elles comparables? Il en sera de même du *Traité d'anatomie descriptive et dissection*, de M. Fort; je l'attends très-prochainement à sa seconde édition, revue, corrigée, ou plutôt augmentée sous ce rapport; je m'en repose sur son bon esprit.

J'aurais bien à ajouter encore que la Société d'anthropologie vaut la peine qu'on l'écoute... Mais j'en ai trop dit, et j'aurais l'air, par une injuste sévérité, de me repentir des éloges très-mérités que j'ai cru de mon devoir de donner à cet excellent ouvrage.

Dr Prat.

de l'huile de foie de morue. Ces deux médicaments alimentaires n'ont rien à s'envier, et peuvent parfaitement marcher côte à côte sans se nuire l'un à l'autre. Leur différence d'action est parfaitement tranchée. L'huile de morue agit non par les quantités problématiques d'iode qu'elle renferme, mais par son principe animal, morrhuïque, principe pénétrant qui modifie la crase humorale et la trame organique en se substituant aux principes dont on veut détruire l'essence ; c'est un principe substitutif. Le lait iodé au contraire agit en stimulant la vitalité, en activant les sécrétions, en entraînant dans son élimination tous les principes morbides sur lesquels elle a une action directe. C'est en un mot un principe altérant. Comme on voit, les deux médicaments diffèrent essentiellement dans leur action, et trouveront leur emploi particulier à chacun ; il s'agit seulement de discerner le moment où il convient de les administrer l'un ou l'autre. Ainsi, s'il y a un mouvement fébrile très-prononcé, nous préférerons l'huile de morue au lait iodé ; dans le cas où l'estomac ne tolérerait pas l'huile de morue (et ces cas sont nombreux), le lait iodé rendra les plus grands services.

Nous ne parlerons du lait mercuriel que pour faire remarquer son innocuité parfaite et la promptitude vraiment prodigieuse de son action dans les maladies syphilitiques. Ainsi jamais de mercurialisme à craindre lors même qu'on porterait la dose du lait hydrargyrique à une cuiller à bouche par jour. Le docteur Mandon de Limoges qui, depuis quatre ou cinq ans, emploie ce lait avec un succès constant, avait déjà fait les mêmes remarques.

Nous ne nous étendrons pas non plus sur les propriétés du lait arsenical. Ce lait est indiqué et sera employé avec avantage là où l'arsenic est généralement préconisé. Son administration facile et commode le fera toujours préférer à toutes les autres préparations de ce genre.

Dioscoride, Stokes, Wirth, Harles, Fowler, et plus récemment M. Boudin, ont étendu les applications de ce remède si puissant. Son action sur les centres nerveux et la circulation, et particulièrement sur les fibres contractiles du cœur, a été mise à profit dans une foule de circonstances, mais beaucoup de médecins hésitent à l'employer par les difficultés qu'on éprouve dans son administration. Le lait arsenical de M. Bouyer rend la chose plus facile. Nous l'avons employé avec succès dans plusieurs cas d'*asthme*, sans que les malades aient ressenti autre chose au début qu'une légère excitation qui se dissipait du reste rapidement.

A l'appui de ce que nous venons de dire sur l'utilité des laits médicamenteux, nous pourrions reproduire un grand nombre d'observations. Nous nous bornerons, pour ne pas abuser de l'hospitalité qui nous est accordée, à reproduire deux faits dont l'intérêt n'échappera à aucun de nos confrères.

Obs. I. — *Carie syphilitique avec ulcères spécifiques à la fourchette du sternum. — Guérison par le lait hydrargyrique et le lait ioduré.*

Mme B..., vingt-neuf ans, rue Vintimille, 13, atteinte de chancre induré à la grosse lèvre, il y a cinq ans, paraît guérie, lorsqu'au printemps de 1863 apparaissent successivement des ulcères syphilitiques au voile du palais, des douleurs ostéocopes, de la roséole, du pityriasis. En 1864, elle vint me consulter pour un ulcère syphilitique à bords taillés à pic, surface grisâtre, liquide sanieux. L'examen fait reconnaître une carie du sternum. Emploi simultané du lait mercuriel et du lait ioduré. Guérison radicale au bout d'un mois. Nous avons revu récemment la malade. Il n'y a plus de traces de son ancienne maladie.

Obs. II. — *Adénites énormes et multiples, envahissant tout le côté droit de la face, du cou et de l'aisselle ; diminution rapide dans leur volume par le lait iodé.*

M. A..., âgé de quarante-cinq ans, portait depuis plusieurs années des tumeurs ganglionnaires à l'angle de la mâchoire, tumeurs qui prirent un tel développement, et qui se multiplièrent en même temps au point de former un gros chapelet, s'étendant depuis l'oreille jusque sous l'aisselle. Leur volume atteignit un degré si effrayant, que la respiration et la déglutition furent bientôt gênées, le poumon droit lui-même fut tellement engoué, qu'il donnait à la percussion un son mat dans toute son étendue, et l'auscultation révélait une obstruction complète des rameaux bronchiques. Il y avait imminence d'asphyxie.

Le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, et du service de médecine, il fut renvoyé au service de chirurgie, et ainsi de suite. Le cas était effectivement embarrassant pour le chirurgien comme pour le médecin, et lorsque ce malheureux vint nous demander nos conseils, nous ne fûmes pas moins en peine pour lui procurer du soulagement

Après lui avoir appliqué des cautères avec de la pâte de Vienne sur les tumeurs les plus saillantes pour obtenir, par une forte suppuration, une diminution de ces tumeurs, nous lui fîmes prendre soir et matin une cuillerée à café de sirop de lait iodé, sans cependant compter sur le moindre résultat. Néanmoins, après huit jours de ce traitement, la face, qui était cyanosée, présentait une coloration naturelle et la matité du poumon droit avait disparu, les tumeurs avaient diminué de volume et la respiration se faisait assez librement. L'amélioration dans l'état du malade continua à faire des progrès, et au bout d'un mois nous avons pu l'envoyer dans son pays natal, en Bretagne, pour y reprendre les forces, qui, on le conçoit, l'avaient complètement abandonné.

Nous n'avons plus entendu parler de ce malade et nous le regrettons vivement ; le cas, comme on voit, était plein d'intérêt.

DANGER DU PAPIER A CIGARETTES.

Rien en apparence de plus inoffensif qu'un cahier de papier à cigarettes, car on ne saurait songer à rendre ses feuilles blanches et soyeuses responsables des méfaits que peut commettre le tabac qu'elles serviront à envelopper. Et cependant le papier à cigarettes est, lui aussi, justiciable de l'hygiène, non par lui-même, mais en raison des accidents qui peuvent résulter de la fabrication des petits cahiers qui constituent la forme sous laquelle ce produit est livré au commerce. Les petits rectangles de papier coupés de la grandeur nécessaire pour la confection d'une cigarette sont réunis en cahiers et recouverts d'une enveloppe. Cette enveloppe est généralement illustrée d'images et de dessins qui d'abord simplement coloriés sont maintenant dorés. La dorure est appliquée sur la feuille de papier un peu fort qui sert d'enveloppe, et qui a pour mission de protéger le papier à cigarettes contre les froissements auxquels il serait exposé dans la poche du consommateur. La protection est rendue plus efficace à l'aide d'une petite gance en caoutchouc passée dans cette couverture. C'est cette prétendue dorure dont sont recouvertes les enveloppes en question qui constitue un véritable danger pour les ouvrières employées à la fabrication de ces cahiers.

Lorsque les femmes déploient les paquets qui contiennent ces enveloppes, il s'en échappe aussitôt une poussière extrêmement fine et très-abondante qui remplit la chambre, et contient du cuivre en très-grande proportion. Par suite du dégagement de cette poussière, au bout d'un certain temps, les ouvrières sont prises de toux, d'une certaine gêne de la respiration ; plusieurs, surtout celles qui travaillent aux enveloppes recouvrant les cahiers de papier à cigarettes nommé le *Catalan*, sont prises d'une violente constriction à la gorge, en même temps que la toux est plus opiniâtre.

(*Moniteur d'hygiène et de salubrité publique.*)

HYDROLOGIE MÉDICALE.

EXAMEN CLINIQUE DES EAUX DE VALS

Par M. le Dr Clermont (de Lyon).

Source de la Saint-Jean.

L'eau dont nous allons faire un court examen clinique ne renferme par litre que 1g,48 de bicarbonate de soude, un peu de bicarbonate de chaux et d'autres sels neutres ; mais on y trouve 2g,425 d'acide carbonique libre. Aussi est-elle très-gazeuse, et d'un goût fort agréable. Elle doit être et sera très-recherchée des gourmets, car elle donne au vin rouge, sans le troubler dans sa coloration, une sapidité attrayante, et au vin blanc une certaine ressemblance avec le champagne mousseux.

Mêlée à divers sirops, elle constitue une excellente boisson de salon ; et, dans le traitement des phlegmasies légères, une tisane fort agréable désaltérant très-facilement. Comme le vin de Champagne, dont nous parlions tout à l'heure, elle donnerait volontiers une petite pointe de gaieté, et par cela même elle convient très-bien aux personnes tristes et moroses. Plus connue, elle deviendra un jour pour la table l'eau favorite des gens au palais fin et délicat. Elle est aussi claire, aussi limpide et plus agréable au goût que l'eau de seltz, elle ne produit pas, comme cette dernière ou ses analogues, des renvois acides, des surexcitations gastriques, qui obligent d'en abandonner l'usage après un petit nombre de jours.

Effectivement, quoique sa minéralisation soit relativement faible, ses sels alcalins suffisent pour aller au-devant de cet inconvénient, en saturant l'excès d'acidité du suc gastrique, en relevant les forces digestives, même dans les cas de dyspepsie légère, d'anorexie, de flatuosités et des autres manifestations symptomatiques qu'entraînent après elles ses lésions morbides, peu graves, de l'appareil de la nutrition.

La petite proportion des sels minéraux qui entrent dans la composition chimique de la source *Saint-Jean* lui donnent une propriété antiplastique moins grande que celle dont jouissent les autres sources bicarbonatées sodiques de Vals, mais, par cela même, permet d'en boire longtemps et tout autant qu'on le désire sans avoir à en redouter des effets fâcheux.

Ce que nous venons de dire de la source *Saint-Jean*, relativement aux adultes, est encore plus vrai pour les maladies de l'enfance, car ici l'effort qu'il faut faire pour ramener les fonctions perverties à leur marche régulière n'a pas besoin d'être aussi considérable que lorsqu'il s'agit d'un âge plus avancé. Ces frêles et nerveuses organisations qu'un rien peut dévier sont également ramenées à la santé par des modifications peu énergiques. D'ailleurs, l'innocuité de cette boisson minérale est telle, qu'il n'est pas possible pour ainsi dire d'en abuser. Et cependant à la longue le bicarbonate de soude produit les mêmes effets que si on l'avait donné à plus fortes doses : le sang perd sa trop grande plasticité (Trousseau et Pidoux), une large voie est ouverte aux sécrétions urinaires, le chyle et le chyme reprennent leurs qualités nutritives ; enfin élément d'élimination, et en même temps de reconstitution, l'eau de la source *Saint-Jean* peut donner pour les maladies des enfants des succès faciles et rapides.

Portons maintenant notre examen plus au centre de la question, voyons à quel genre de lésions du premier âge on peut opposer l'eau dont nous nous occupons ici. Par ses qualités alcalines ou antiplastiques et surtout par son bicarbonate de soude, elle éloignera les accidents diphthéritiques ; disons plus, elle pourra les combattre dans une certaine mesure. On trouvera encore en elle un puissant auxiliaire contre le cortége de symptômes de congestion qui accompagne la dentition difficile. Pour les hépatites légères, les phlegmasies intestinales non intenses, ce sera un remède agissant lentement, mais presque à coup sûr ; enfin, pour les empâtements du ventre, provenant de mauvaises digestions, parfois d'une nourriture trop bornée aux substances féculentes, on les verra disparaître peu à peu sous la bonne influence de l'eau alcaline de la source Saint-Jean. Donnons à l'appui quelques faits.

I. — L'enfant B..., petit garçon de trois ans et demi, laissé en nourrice fort tard où il était mal soigné et ne recevait que des aliments grossiers, offre les apparences de la maladie qu'on appelle vulgairement *le carreau*. Retardé dans sa croissance et dans sa dentition ; il a les jambes cambrées, les extrémités osseuses gonflées, le ventre volumineux et dure, la tête trop grosse comparée au corps. Il éprouve de l'inappétence et souvent de la diarrhée. Mis en traitement le 5 juillet, par l'eau de la Saint-Jean, rougie d'un peu de vin et donnée à satiété ; il était si bien guéri au bout de huit mois, qu'on retrouvait à peine vestige en lui de son premier état.

II. — J... a dix ans, une constitution sympathique ; il est assez grand pour son âge, mais pâle, maigre et anémique. Après quatre mois de la même médication, sa santé est assez bonne pour qu'il se livre avec ardeur et plaisir aux exercices gymnastiques.

III. — L'enfant G... est sujet à une toux croupale, il a même rejeté quelques fragments déliés de fausses membranes, car sa mère attentive lui administre du sirop d'ipéca, dès qu'elle est éveillée par la toux gutturale qui signale parfois l'invasion de la terrible maladie.

Pendant l'hiver de 1864 à 1865, nous fûmes appelé plusieurs fois, à reprises différentes, près de cet enfant, et nous eûmes pour lui quelques craintes sérieuses. Tout l'été on lui a donné, comme tisane ou comme boisson, l'eau de la source Saint-Jean. Or, pendant cet hiver le petit G... a été enrhumé deux ou trois fois, mais la toux croupale n'a pas reparu.

L'enfance est si souvent aux prises avec la maladie, que l'occasion d'employer la médication dont nous parlons se présente on peut dire tous les jours et à chaque praticien. C'est une raison pour nous de ne pas augmenter ici le nombre des observations de même nature. Voir par soi-même est bien préférable que de s'en rapporter à l'expérience d'autrui, et c'est aussi le meilleur moyen de se faire une conviction de bon aloi.

Excellente eau de table, et probablement sans rivale sur ce point, remède pour de nombreuses maladies d'enfant, tisane antidyspeptique chez les adultes, servant aussi, chez ces derniers, de préparation à un traitement plus énergique ou à le continuer, l'eau de la Saint-Jean, quoique moins sodique que les autres sources de Vals, méritait bien une place dans nos examens cliniques.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 4 avril 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Anesthésie locale par le sulfure de carbone.

M. Perrin. M. Delcominète, professeur suppléant à l'École de médecine de Nancy, m'a fait l'honneur de m'adresser, pour vous la communiquer, une note relative à un nouveau procédé d'anesthésie locale Vous savez que le sulfure de carbone, étudié expérimentalement par Simpson comme agent d'anesthésie générale, fut promptement abandonné à cause de son énergie et de la persistance de certains de ses effets. C'est ce même corps, préalablement rectifié pour en atténuer la mauvaise odeur, que M. Delcominète a eu la pensée d'utiliser pour provoquer l'anesthésie locale, et il a réussi. Sa note renferme l'observation de sept tentatives suivies d'un succès complet. Quelques-unes, il est vrai, sont relatives à de simples incisions superficielles, mais les autres, en plus grand nombre, ont été faites à l'occasion d'opérations un peu plus longues et plus douloureuses, telles que l'ablation d'un ongle incarné, le débridement multiple d'un phlegmon diffus du bras, d'un phlegmon profond de la fosse sous épineuse et l'extirpation d'un névrome de l'aisselle. L'une d'elles, relative à un ongle incarné, a déjà été publiée par M. Simonin, de Nancy, dans le numéro du 18 mars dernier de la *Gazette médicale de Paris*.

Dans tous les cas, l'insensibilité produite par le sulfure de carbone fut très-prompte, complète et suffisamment durable. Aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à considérer ce liquide comme beaucoup supérieur à l'éther pour déterminer l'anesthésie locale.

C'est aussi par la réfrigération des tissus que, selon toute apparence, l'insensibilité est provoquée. Dans des conditions identiques, le sulfure de carbone produit un abaissement de température beaucoup plus considérable que l'éther. Pour le montrer, M. Delcominète a imaginé une petite expérience comparative, aussi simple qu'ingénieuse, et que je vous demande la permission de répéter devant vous. En pulvérisant de l'éther avec le tube du *pulvérisateur* hygiénique, on obtient du froid sans congélation. Mais en substituant à l'éther le sulfure de carbone, on congèle instantanément la vapeur d'eau du courant d'expiration. Celle-ci se dépose sous la forme d'une couche de glace qui peut atteindre 1 millimètre d'épaisseur.

Toutefois, ce procédé ne serait pas bien efficace pour anesthésier les tissus, parce qu'une grande quantité de calorique est mise en liberté par le passage de la vapeur d'eau à l'état solide au préjudice de la réfrigération Celui qui a été employé par M. Delcominète consiste à laisser tomber le liquide goutte à goutte sur la partie que l'on veut rendre insensible et en activant l'évaporation à l'aide d'un soufflet ordinaire.

J'ai eu l'occasion de recourir samedi dernier au sulfure de carbone, dans des conditions qui me paraissent favorables pour juger de son efficacité. Il s'agissait de pratiquer une petite autoplastie de l'oreille chez un enfant de sept ans. En moins d'une minute l'insensibilité fut obtenue, et l'avivement des deux lèvres de la solution de continuité, temps de l'opération qui dura bien une minute, fut pratiqué sans provoquer la moindre douleur. Ce qui m'a frappé dans ce fait, c'est que contrairement à ce que l'on obtient avec les mélanges réfrigérants, les tissus privés de sensibilité étaient plutôt congestionnés qu'anémiés. Aussi, l'écoulement de sang fut-il au moins aussi abondant qu'à l'état normal. On conçoit, sans qu'il soit besoin de commentaires, que le

procédé de Richardson, destiné à la pulvérisation de l'éther peut être tout aussi bien appliqué au sulfure de carbone.

Les faits qui précèdent ne sont pas suffisants pour se prononcer aujourd'hui sur la valeur du sulfure de carbone, mais ils m'ont paru assez intéressants pour mériter votre attention et pour solliciter de votre part de nouvelles recherches.

M. LE FORT. Je viens d'essayer sur ma main le sulfure de carbone, et j'ai ressenti un picotement assez prononcé qui persiste encore.

M. PERRIN. J'ai constaté ce phénomène, la même cuisson persiste une ou deux minutes, mais elle n'a jamais rien de pénible.

COMMUNICATION.

Tumeur de nature éburnée, occupant la fosse nasale droite. — Ablation par écartement des os. — Guérison.

M. PAMARD fils (d'Avignon), lit sur ce sujet une observation qui lui est personnelle. Il la présente à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national. (Commissaires : MM. Panas, Le Fort, Dolbeau.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Dilatation congéniale du conduit de Warthon.

M. GUYON présente une pièce anatomique recueillie chez un nouveau-né. La description de cette pièce et l'observation seront publiées ultérieurement.

M. BROCA. Il est bien prouvé que le canal de Warthon peut se dilater, mais cette dilatation et la grenouillette sont choses très-distinctes. On avait donné comme siége anatomique à la grenouillette, le conduit de Warthon, parce que les autres canaux salivaires n'étaient pas connus. L'on sait aujourd'hui, d'une manière définitive, que la grenouillette est une tumeur enkystée qui a pour origine un des nombreux petits conduits des glandes sublinguales.

Lorsque l'on analyse les symptômes, on voit que la dilatation du conduit de Warthon s'accompagne de phénomènes douloureux dus à la rétention de la salive et d'une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne au niveau de la glande sublinguale. Dans la grenouillette il n'y a que la tumeur sublinguale. Le conduit salivaire où se fait l'accumulation du liquide et la glandule qui y est annexée sont d'un trop petit volume pour qu'aucun phénomène de rétention puisse se produire. La marche de la grenouillette est essentiellement chronique, la dilatation du conduit de Warthon peut se présenter à l'état aigu. Il ne faut donc pas confondre ces deux affections.

M. VERNEUIL. Je partage l'opinion de M. Broca ; la grenouillette et la dilatation du conduit de Warthon sont deux maladies distinctes. Le conduit de Warthon peut très-facilement se distendre, c'est ce que l'on observe lorsqu'il s'y développe des calculs salivaires. Les phénomènes de rétention qui accompagnent la formation de la tuméfaction sont si particuliers, que j'avais songé à les distinguer sous le nom un peu singulier, mais expressif de colique salivaire. J'avais réuni sur ce sujet plusieurs observations et préparé un travail qui n'a pas été publié. Je n'ai donc pas l'intention de proposer comme bonne la dénomination que je viens de rappeler, mais je dirai que les phénomènes douloureux, la tuméfaction de la région sus-hyoïdienne et en particulier de la glande sublinguale différencient nettement la dilatation du conduit de Warthon de la grenouillette, qui a surtout pour origine l'un des conduits de la glande sublinguale.

M. GUYON. Dans le cas que j'ai observé, il n'y avait d'autre phénomène apparent que la tumeur sublinguale. La région sus-hyoïdienne était nullement déformée, la dissection seule nous a montré la dilatation du conduit de Warthon. Je puis aussi affirmer qu'il n'y avait aucun symptôme douloureux. Il est d'ailleurs impossible de prévoir ce qui serait advenu si l'enfant avait vécu ; aussi, ce fait ne peut-il démontrer autre chose que la dilatation du conduit de Warthon, coïncidant avec une imperforation de son orifice.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour une question d'administration intérieure.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

165. Histoire médicale du phosphate de chaux, par J. G. Bertrand. — Des variations de longueur des membres et des différents procédés de mensuration dans la coxalgie, par J. Lautaret.

166. Essais sur le rhumatisme spinal, par D. Hantraye.

167. De l'amylène au point de vue anesthésique, par L. A. Suin.

168. Étude sur la propagation, par L. Lemaguet.

169. De la dyssenterie, par E. A. M. Tournier.

170. Analyse chimique de l'urine, par J. Vincent.

171. De la méningite des enfants, par P. Bayle.

172. De la blennorrhagie aiguë et chronique et de son traitement par le sous-nitrate de bismuth, par A. Basin.

173. Essai sur les signes et le diagnostic des tumeurs intra-orbitaires, par L. Fleys.

174. De la variole hémorrhagique anomale, par P. A. Mallebaye d'Écherac.

175. De l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum, par P. D. E. Farnier.

176. Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire, par G. Julliard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 11 avril 1866, M. le docteur Bernier, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 28 mars 1866, M. le docteur Daniel, médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal de 2e classe.

— Par divers arrêtés ministériels :

I. — Sont institués agrégés près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine) :

MM. les docteurs :

Raynaud, né à Paris, le 5 juillet 1834;

Péter, né à Paris, le 5 novembre 1824 ;

Paul, né à Paris, le 3 juillet 1833 ;

Proust, né à Illiers (Eure-et-Loir), le 18 mars 1834;

Ball, né à Naples (royaume d'Italie), le 20 avril 1833 ;

Isambert, né à Auteuil (Seine), le 22 juillet 1827;

Blachez, né à Paris, le 19 décembre 1827;

M. le docteur Raynaud entrera immédiatement en fonctions pour terminer son exercice le 1er novembre 1871.

MM. les docteurs Péter, Paul, Proust, Ball, Isambert et Blachez, agrégés stagiaires, entreront en activité de service le 1er novembre 1868.

II. — Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchements) :

M. le docteur Jaumes, né à Montpellier, le 8 avril 1834;

M le docteur Gayraud, né à Montpellier, le 8 mai 1834.

Ces agrégés stagiaires entreront en activité de service le 1er novembre 1868.

Conformément aux dispositions de l'article 24 du statut du 19 mars 1857, ces nominations ne seront définitives qu'après l'expiration du délai de dix jours accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

— Par arrêté ministériel en date du 28 mars 1866, M. Gréhant (Nestor), docteur en médecine et ès-sciences physiques, est nommé préparateur du cours de médecine au Collége impérial de France, en remplacement de M. Bert (Paul), appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté ministériel en date du 29 mars, M. Guinier, agrégé près la faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à faire, à titre gratuit, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1865-1866, un cours complémentaire sur les maladies du larynx et les altérations de la voix.

— Par arrêté ministériel en date du 9 avril 1866, M. le docteur Maheut, professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé membre de la commission académique d'hygiène de cette ville, en remplacement de M. le docteur Le Cœur, décédé.

— M. Moitessier, agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à faire, près ladite faculté, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1865-1866, un cours complémentaire de physique médicale.

— Il résulte d'une note adressée par le consul de France à Belgrade, au sujet de l'organisation de l'assistance publique en Serbie, dont la population est d'un million d'habitants, que le personnel médical est insuffisant dans toute la Principauté et que le gouvernement confère aux docteurs étrangers qui se présentent, des places de médecins de département ou de district, pourvu qu'ils offrent des garanties de savoir et de capacité.

Les pharmaciens font également défaut : il y en a quatre à Belgrade et seulement cinq dans le reste de la Principauté.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dabouron, médecin à Noyant (Maine-et-Loire). Cet infortuné confrère a succombé, aux suites d'un accident de voiture, malgré les soins empressés de MM. les docteurs Vallée (de Noyant), Thuau (de Beaugé) et Cousturier (du Lude).

— M. Bertrand (de l'Institut), fera aujourd'hui mardi 17 avril à trois heures précises, dans la grande salle du Conservatoire de musique et de déclamation, une conférence sur l'histoire de l'ancienne Académie des sciences.

Le Directeur, Dr E. Le Soupr.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 46. — JEUDI 19 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 19 AVRIL 1866. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 AVRIL 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la vaccine a pris presque toute la séance. M. Depaul a discuté et contesté de point en point les principes et les propositions du discours de M. Bousquet, sans apporter aucun élément nouveau à la discussion. Puis il a été mis en demeure, par plusieurs interpellations, de faire connaître les documents qu'il possède sur la question. C'est la seule manière de discuter utilement ; aussi nous joignons-nous volontiers aux membres de l'Académie qui l'ont interpellé, pour l'adjurer de mettre en lumière tous les documents qu'il peut avoir devers lui.

Une petite interlocution incidente a été soulevée entre M. Ricord et M. Béhier sur la transmissibilité de la syphilis de l'homme aux animaux. C'est une question qui est devenue une annexe obligée de l'étude de la question de la vaccination animale.

Une vacance nouvelle a été déclarée dans la section de médecine opératoire par suite du décès de M. Malgaigne. Avis aux compétiteurs. — Dr Brochin.

Notre dernier numéro contient le compte rendu d'une leçon de M. le professeur Natalis Guillot sur un cas de maladie compliquée du cœur. Il est à regretter que l'élève qui a recueilli cette leçon n'ait pas pensé à la soumettre à l'approbation du professeur, car elle renferme des erreurs et des inexactitudes, qui obligent M. Natalis Guillot à déclarer qu'il décline toute responsabilité à l'égard des faits et des opinions qui y sont exposés.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. PAUL TOPINARD.

Paralysis agitans très-avancée.

(Observation lue à la Société médicale d'observation.)

Dans les réflexions qui accompagnaient une observation de *paralysis agitans avec glycosurie* publiée dans le numéro du 20 février 1866 de la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai dit quelques mots d'un autre cas de cette maladie parvenu à un degré plus avancé. C'est de ce cas qu'il va être question.

C... est âgé de cinquante-sept ans. Son père et ses deux sœurs sont morts phthisiques. Personne de sa famille n'a eu d'affection nerveuse. Il a été six ans soldat à terre et cinq ans marin et attribue l'origine de sa maladie à l'humidité et aux fatigues qu'il a alors endurées. De trente-cinq à quarante ans environ il fut sujet à de violentes migraines et fut traité comme phthisique, il toussait, crachait le sang et avait des sueurs profuses. Il n'a jamais eu la syphilis et n'avoue aucuns excès alcooliques.

Le premier indice de sa maladie actuelle remontant à dix ou douze ans, lorsque les migraines disparurent et que la maladie de poitrine alla mieux, fut un engourdissement du bras gauche; la main était froide, violacée, gonflée et pesante. Un an après la jambe gauche fut atteinte des mêmes symptômes : engourdissement, faiblesse et refroidissement; il paraît même qu'il la traînait en marchant. Il n'avait ni céphalalgie, ni étourdissements, ni douleurs dans les membres, ni incontinence. Son médecin le regardait comme hémiplégique. L'année suivante son côté malade allait mieux, lorsqu'il fut pris d'hémoptysies, qui revenaient tous les mois et duraient un jour ou deux. Le tremblement si remarquable dont il est aujourd'hui atteint commença par le bras gaucho il y a huit ou dix ans, gagna la jambe gauche, et deux ou trois ans après s'étendit au bras droit et de là à la jambe droite. Presque en même temps, au dire de ses parents, et selon lui il y a six ans, l'obligation de courir se manifesta.

Le 26 mai 1865, l'attitude de C... est caractéristique. Ses jambes et ses cuisses sont un peu fléchies, le tronc, courbé en avant, fait un angle de 40° à 80°, la main droite s'appuie sur une canne, tandis que le bras gauche pendant est ramené en dedans, l'avant-bras en pronation sur l'abdomen ; le cou est fléchi dans ses articulations inférieures. La tête, penchée à droite et fortement portée en avant tandis que le menton se relève vers la gauche, a visiblement subi un mouvement de rotation d'arrière en avant et de droite à gauche; il en résulte que les yeux se dirigent à terre et que pour regarder ils ont à se contourner considérablement par en haut. C'est l'attitude du torticolis compliqué de flexion du cou. Effectivement, les deux attaches du sterno-mastoïdien droit sont plus rapprochées que du côté gauche, bien que le muscle ait sa consistance et son volume ordinaires; le bord supérieur du trapèze droit est dur et plus gros que du côté opposé, et le bord antérieur du peaucier droit fait une forte saillie. Nous verrons tout à l'heure que ce torticolis dépend d'un affaiblissement ancien des muscles du cou du côté gauche.

De cet ensemble réuni au tremblement des quatre membres et à une flaccidité des traits sur laquelle nous reviendrons, résulte pour C..., un aspect de caducité avancée.

Le tremblement est le second symptôme à décrire; il occupe les quatre membres. Peu visible par moments, il est d'autres fois d'une violence extrême, surtout aux membres supérieurs et surtout à la main gauche. Il suffit d'entrer ou de poser une question pour qu'on le voie se développer et grandir outre mesure. Les oscillations en sont égales, rhythmiques et pour le poignet droit en pronation, par exemple, sont en moyenne dirigées d'arrière en avant et de dedans en dehors. Aux jambes il est peu appréciable dans la position assise tant que les pieds posent d'aplomb, mais il apparaît aussitôt que le malade se lève. A la tête son existence est fort douteuse; aux lèvres et aux muscles de la face il n'existe nullement. Il est plus intense la nuit tant que le sujet demeure éveillé, et disparaît dès que celui-ci s'endort.

Un phénomène plus important encore éveille ensuite mon attention. Tandis que C... est assis devant moi, je vois sa tête, toutes les deux ou trois minutes, s'incliner peu à peu et le tronc la suivre dans le même sens jusqu'à ce qu'une chute soit imminente. Faisant alors un violent effort, il s'asseoit autrement, reste un instant tranquille et de nouveau s'abandonne à cette impulsion. S'il tarde trop à changer de position, il est infailliblement précipité de sa chaise, ce qui ne lui arrive que trop souvent. Il en est de même dans son lit, et s'il ne parvient pas alors à se déplacer lui-même, il faut que sa femme se hâte de venir à son aide. Lorsque celle-ci n'intervient pas assez vite, il tombe soit d'un côté soit de l'autre, éprouve une angoisse violente en arrière du sternum et se sent défaillir.

Cette même impulsion irrésistible se reproduit sous une autre forme pendant la marche. C'est dans la rue qu'elle est le plus prononcée. Dès qu'il se met en marche, on le voit, plié en deux, courir ou mieux trotter avec une rapidité extraordinaire; ses pas sont petits, réguliers et traînants; il lui est impossible d'aller autrement. Lorsqu'à bout de forces il veut s'arrêter, il se détourne, s'arc-boute contre un mur à l'aide de sa canne ou bien s'asseoit. Mais se lève-t-il et fait-il un premier pas que de nouveau il est emporté comme une machine montée et tenu de reprendre sa course précipitée. Il sort habituellement seul malgré le danger, évitant les rues où il y a beaucoup de monde et de voitures. Je le prie de faire tous ses efforts pour se redresser et marcher naturellement : il y parvient un instant, s'en trouve très-fatigué et finit par ne plus pouvoir se vaincre. L'impulsion alors est d'autant plus violente qu'elle a été plus contenue. Inutile d'ajouter que le pauvre homme se jette par terre fort souvent.

Le tremblement et l'impulsion irrésistible que je viens de décrire ne sont pas modifiés par l'occlusion des yeux.

En présence de tels troubles de locomotion, il devenait nécessaire de s'assurer de l'état de la force musculaire.

A la main droite, la pression du dynamomètre de Mathieu varie de 21 à 32, en moyenne 26 kilogrammes. A la main gauche, elle varie de 13 à 16 kilogrammes. C..., faible à droite, l'est donc à gauche plus que ne le comporte la différence physiologique ordinaire.

La pression des genoux l'un contre l'autre, c'est-à-dire la force des adducteurs des deux côtés, additionnée, est de 6 kilogrammes, chiffre très-faible.

L'extension de la jambe, celle-ci et la cuisse placées à angle droit et le sujet assis, donne 9 kilogrammes à droite et de 0 à 5 kilogrammes à gauche; ce chiffre de 0 veut dire que dans certaines épreuves le sujet est absolument incapable de remuer sa jambe. Cependant, dans la station verticale il projette sa jambe avec assez de vigueur pour donner de 20 à 34 kilogrammes au dynamomètre; ce que j'explique par l'action des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, qui entrent principalement en jeu dans ce mouvement.

Pour les membres inférieurs donc, il y a paralysie complète à certains moments, incomplète à d'autres, du mouvement d'extension de la jambe gauche, affaiblissement du mouvement d'extension de la jambe droite, affaiblissement du double mouvement d'adduction des cuisses et presque intégrité du mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin.

J'ai parlé de la flaccidité des traits. Sa physionomie est en effet comme inerte; les sillons naso-buccaux sont presque effacés; les lèvres, entr'ouvertes, laissent écouler la salive tantôt par une commissure, tantôt par l'autre; la lèvre inférieure est un peu pendante; les paupières sont trop écartées. Il peut siffler cependant. L'inertie est plus grande à gauche, et s'il rit, la bouche se dévie à droite. Je m'arrête donc à un affaiblissement musculaire de la face plus prononcé à gauche; ce qui, rapproché du torticolis à droite, de l'affaiblissement considérable du bras gauche et de la semi-paralysie de la jambe gauche, me permet de conclure chez C... à une hémiplégie incomplète à gauche.

La sensibilité cutanée est partout intacte dans ses divers modes; il me semble toutefois que le pincement est moins vivement perçu à la main gauche.

La sensibilité musculaire et la notion des attitudes sont conservées.

Jamais de crampes, de contractures dans les extrémités. Pas d'engourdissement ou de fourmillements depuis bien des années. Aucun trouble de la miction. Constipation habituelle. Disparition complète des désirs vénériens. Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Douleurs spontanées très-fréquentes dans les cuisses et les mollets s'accroissant quand il remue. Il les distingue d'une autre sorte de douleurs qui vont et viennent par tout le corps, s'arrêtant parfois pendant plusieurs jours en un point, aujourd'hui, par exemple, à la face. Elles sont assez pénibles par moments pour l'empêcher de dormir et ne ressemblent pas à celles de la sclérose spinale postérieure.

L'intelligence est obtuse sans qu'il y ait de délire partiel ou d'hallucinations. Il lit son journal tout haut et le comprend, mais arrivé au bas de la colonne il ne se souvient plus de rien. Il est très-irritable, et se met en colère à la moindre résistance. Depuis deux ans il est sujet à un sentiment très-pénible de pression à la nuque et à des accès de céphalalgie frontale. Jamais il n'a eu d'étourdissements, de pertes subites de connaissance, de crises convulsives, et ajoutons de suite, pas de rachialgie cervicale ou autre, pas de douleur en ceinture.

Les mouvements de la langue sont normaux et l'embarras de la parole tient vraisemblablement à l'état intellectuel. Il articule bien et n'oublie pas ses mots. Cet embarras est de l'hésitation, de la lenteur surtout. Il entend un peu dur et sa vue est passable, bien que depuis deux ou trois ans il voie quelquefois les lettres doubles en lisant.

L'appétit et les digestions sont excellents, jamais de vomissements. J'ai dit qu'il est phthisique depuis dix-huit ans et plus; il a des sueurs nocturnes, des crachements de sang; il tousse; son expectoration est nummulaire. J'ajourne l'examen du thorax.

M. le docteur Dally a entrepris de le traiter il y a dix-huit mois. Après l'avoir soumis d'une façon suivie au massage, à la faradisation, à l'iodure de potassium, à la belladone, il y a renoncé, avouant son insuccès.

Traitement actuel : Bromure de potassium en solution, 1 gramme matin et soir.

Le 30 mai, son tremblement et son impulsion à tomber de sa chaise sont plus forts, sa course est plus précipitée, son caractère plus irritable qu'il y a quatre jours. Le temps étant à l'électricité et à la pluie je lui rapporte cet état plutôt qu'à la médication. 4 grammes par jour.

Le 2 juin, il est mieux qu'au début du traitement. Il est vrai que le temps est au sec et au beau fixe.

Le 10 juin, l'agitation est considérable, il accuse de violents élancements dans les os. J'arrête le bromure.

Le 13, seigle ergoté et poudre de belladone, de chaque 10 centigrammes pour une pilule. Une matin et soir.

Le 6 juillet, aucun résultat. Cette nuit, me dit-il, sa langue s'est prise entre ses dents et il eut grand'peine à l'en retirer. Je suspends les pilules et ordonne un enveloppement de quelques secondes dans un drap mouillé tous les matins.

Le 20, il s'est d'abord bien trouvé de l'hydrothérapie. Il dormait et marchait mieux et tremblait moins; sa femme ne l'avait pas vu si calme depuis fort longtemps, lorsqu'une recrudescence de la toux et de l'expectoration l'obligèrent à arrêter, à son grand regret. Voici ce que je constate à l'examen du thorax :

En avant : matité au-dessous des deux clavicules, presque absolue; à gauche, aux mêmes points, inspiration rude et forte, expiration prolongée et mêlée de râles sibilants divers. Plus bas, le son reparaît ainsi que la respiration normale.

En arrière : quelques inégalités de son en comparant à droite et à gauche. L'inspiration ne s'entend pas aux deux sommets, et plus bas est rude. L'expiration s'y mélange aussi de râles sibilants. En dedans de l'omoplate droite, expiration bronchique dans une étendue grande comme une pièce de dix centimes. Nulle part de craquements, de souffle ou de retentissement exagéré de la voix.

En somme, tubercules infiltrés, mélangés d'emphysème probablement. Pas de caverne actuellement appréciable.

Traitement. — Emplâtre de thapsia entre les deux épaules; quatre pilules par jour, de tannin; kermès et poudre de digitale ââ 5 centigrammes pour une pilule.

Le 1er août, les râles sibilants sont devenus très-rares, l'expectoration et la toux sont calmés. A la place des pilules : essence de térébenthine, 2 grammes par jour, aux repas et en capsules.

Le 20, l'appétit et la digestion s'altèrent. Cesser l'essence de térébenthine et la remplacer par un demi-verre d'Eaux-Bonnes tous les matins, coupée avec lait bouillant et sirop de Tolu.

Le 2 novembre, la poitrine va bien, mais les symptômes nerveux ont fait des progrès. Il ne peut plus monter chez moi et ne sort plus seul. Douleurs vives dans les membres inférieurs, et le long du dos. Constipation; céphalalgie. J'ordonne quinze ventouses sèches le long du rachis et deux pilules d'Anderson.

Le 6 janvier 1866, s'étant bien trouvé de ce traitement, il l'a renouvelé à plusieurs reprises de son propre chef. Aujourd'hui il a une hémoptysie contre laquelle je prescris 2 grammes d'ergotine dans une potion.

Le 8, l'hémoptysie est arrêtée, mais il a de la diarrhée et va sous lui. La nuit, il a des accès de constriction rétro-sternale avec sentiment de défaillance, et s'imagine qu'il va mourir. Il ne peut s'aider en rien pour s'habiller, manger ou changer de position dans son lit. Il se plaint de douleurs profondes, continues, partout et surtout dans la fesse droite. Cependant il tremble peu dans son lit, mais dès que je lui adresse la parole les oscillations se mettent à grandir et atteignent peu à peu 8 et 10 centimètres d'envergure aux mains. Ventouses sèches le long du rachis. Un granule d'atropine de 1 milligramme. Sous-nitrate de bismuth, 8 grammes.

Le 28, l'incontinence a cessé avec la diarrhée. La constipation est revenue et les douleurs sont apaisées. — Pas de traitement.

Le 22 février, il y a un progrès véritable dans les symptômes nerveux depuis un mois. On le laisse sortir encore seul quelquefois, mais, dit-il, il court moins parce qu'il n'en a plus la force. La poitrine va également bien.

Le 23 mars, même état. Je constate encore que la jambe gauche obéit d'une façon très-variable à l'action de la volonté; tantôt elle demeure immobile et inerte, tantôt elle répond avec plus ou moins de vigueur.

En résumé, C..., âgé de cinquante-sept ans, est atteint d'un affaiblissement général de tout le système musculaire, moins le bras droit, plus prononcé à gauche, et méritant même à la jambe gauche de s'appeler de la paralysie incomplète; d'un tremblement des quatre membres, prédominant aux supérieurs; d'une impulsion irrésistible qui le jette hors de sa chaise lorsqu'il est assis et l'oblige sans cesse à courir lorsqu'il est debout; d'une flexion permanente du tronc et du cou en avant avec inclinaison et rotation de la tête à droite; de douleurs musculaires continues; de céphalalgie frontale et occipitale; de diminution de la mémoire et d'embarras de la parole. La sensibilité cutanée est intacte, les fonctions des sens et des organes pelviens sont à peu près bonnes. Il n'a jamais eu de pertes subites de connaissance, de convulsions ou de vomissements.

L'affaiblissement hémiplégique a ouvert la scène il y a dix ans ou plus, le tremblement a suivi deux ans après et l'obligation de courir presque aussitôt ou peu après. Avec cela, il est phthisique, et entre la maladie de poitrine et la maladie des centres nerveux il y a un balancement qui s'oppose au traitement de cette dernière.

Bien que cette observation soit riche d'enseignements, je ne m'arrêterai qu'à quelques-uns.

D'abord s'agit-il là de la maladie qu'on appelle *paralysis agitans* ou de la *chorea festinans*. Le nom importe peu, car la maladie demeurant à l'étude, il est préférable de ne pas s'arrêter à une dénomination qu'il faudrait peut-être ensuite changer. M. Duchenne (de Boulogne) ayant découvert ou ayant cru découvrir une maladie nouvelle en 1859, s'est hâté de la baptiser du nom d'ataxie locomotrice progressive. Il en est résulté qu'aujourd'hui on reconnaît généralement l'impropriété de cette dénomination, et que cependant on ne peut s'en débarrasser sous peine de confusion.

Mon malade présentait tout à la fois le seul symptôme connu de la *chorea festinans*, l'obligation de courir, et le seul symptôme donné comme caractéristique de la *paralysis agitans*, le tremblement. Les deux ont apparu presque simultanément, ainsi que chez un malade du même genre, couché en ce moment dans le service de M. Trousseau. Dans un troisième cas, celui dont je vous ai donné lecture il y a deux mois, l'obligation de courir a précédé le tremblement de deux ou trois années. Ces trois faits donc s'opposent, surtout le dernier, à la séparation que l'on cherche à établir entre la *chorea festinans* et la *paralysis agitans*. Ils permettent même de se demander si certaines observations reproduites par MM. Charcot et Vulpian dans leur mémoire, et d'autres données par M. Trousseau dans ses *Cliniques*, ne doivent pas être rejetées de la *paralysis agitans* et mises sous un titre différent.

Pour les deux savants médecins de la Salpêtrière, les cas de tremblement isolé représenteraient le premier degré d'une maladie, dont les trois cas précédents et quelques-uns des leurs seraient la période avancée. Mon observation d'il y a deux mois s'opposerait absolument à cette manière de voir, le prétendu indice de la période avancée, l'impulsion en avant, y ayant précédé de beaucoup le prétendu indice de la première période, le tremblement.

La *paralysis agitans* est-elle bien une unité morbide, une maladie spéciale, c'est-à-dire se développe-t-elle sous l'influence d'une action morbide une, a-t-elle une lésion plus ou moins aisée à découvrir, une dans sa nature et son siége anatomique? C'est ce qu'il n'est pas encore permis de dire. Malgré les observations divergentes où le tremblement existe seul, la clinique est assez favorable à cette unité.

Le cas actuel pourtant peut s'interpréter dans un sens opposé. Le père et les deux sœurs de mon malade sont morts tuberculeux. Seul de sa famille, il a atteint l'âge de cinquante-sept ans. Il est phthisique cependant, et l'auscultation fait reconnaître aux sommets des poumons l'existence de tubercules crus; il l'est depuis plus de dix-huit années; sa maladie de poitrine a été mieux du jour où celle des centres nerveux est apparue, et aujourd'hui marche d'autant moins qu'on respecte celle-ci davantage. Ne serait-il pas possible que la maladie des centres nerveux fût causée par des tubercules disséminés quelque part dans ces organes, notamment dans la protubérance, la moelle cervicale, etc.?

Mais, même dans cette supposition, les tubercules des centres nerveux peuvent n'avoir été que l'occasion du développement de la lésion quelle qu'elle soit, à laquelle correspond la *paralysis agitans*.

Ainsi, Landry a fait une autopsie d'ataxie locomotrice progressive, dans laquelle il a trouvé des tubercules crus, disséminés à la face postérieure de la moelle. Ne connaissant pas la sclérose spinale postérieure propre à cette maladie, il s'est contenté de ce résultat, et n'a pas poussé plus loin ses investigations sur les cordons postérieurs qui vraisemblablement offraient la lésion habituelle dans cette maladie. Les tubercules dans ce cas auraient été l'occasion de la sclérose spinale postérieure. De même chez mon malade, des tubercules peuvent bien avoir été le point de départ de l'altération propre à la *paralysis agitans*.

Mon observation ne prouve donc rien contre la probabilité d'une entité morbide, que la constance des mêmes symptômes et la spécialité de certains d'entre eux laissent entrevoir au lit du malade.

Il est un troisième poin sur lequel je m'arrêterai. Il n'y a pas de paralysie dans la *paralysis agitans*, dit-on, bien que la force musculaire soit affaiblie. D'abord, il faudrait établir où commence la paralysie incomplète et où finit l'affaiblissement, ce qui n'a pas encore été fait. Dans mon observation d'il y a deux mois, la force musculaire était considérable, quoique moins forte à la jambe droite. Chez le malade que j'ai observé dans le service de M. Trousseau la force était considérable et normale aux membres supérieurs, où avait commencé le tremblement, tandis qu'elle était très-affaiblie aux membres inférieurs où le tremblement était léger. Dans le cas actuel cette force n'est conservée qu'à la main droite, elle est diminuée à la main gauche, plus encore à la jambe droite et est presque anéantie à la jambe gauche. D'autre part les muscles de la face, surtout à gauche, sont à peu près inertes et ceux du cou sont si affaiblis à gauche, que la tête est en permanence entraînée dans le sens d'action de ceux de droite.

Je rapprocherai de ces résultats deux ou trois faits mentionnés dans le mémoire de MM. Charcot et Vulpian, dans lesquels la paralysie était certaine; il est vrai qu'on l'y attribue à des complications.

Il résulte de ce court aperçu que dans la *paralysis agitans* la force musculaire n'est pas aussi conservée qu'on l'a prétendu, et que l'intégrité de cette force ne doit plus y être regardée comme un élément de diagnostic.

Un dernier mot. Trois autopsies seulement ont montré dans la *paralysis agitans* des lésions dans le bulbe et la partie supérieure de la moelle. Les autres sont négatives. Et pourtant la logique veut qu'une lésion des centres nerveux existe, car tout symptôme a sa raison d'être et tout symptôme permanent suppose une lésion permanente. C'est donc à l'insuffisance des recherches ou à l'insuffisance de nos moyens actuels d'investigation qu'il faut s'en prendre.

En l'absence de preuves directes, voyons donc ce que les faits nous enseignent? Ceux, du moins, dont je vous ai entretenus.

Dans mon observation d'il y a deux mois, la glycosurie indiquait une altération du quatrième ventricule, et faisait présumer que les parties voisines étaient aussi en cause.

Dans la présente observation, il est évident que la moelle n'est pas le siége unique et principal du mal, puisqu'il n'y avait pas de troubles pelviens et qu'il y avait de l'hémiplégie au lieu de paraplégie. La lésion est située très-haut, car l'action des muscles du cou et de la face est troublée. Enfin elle doit comprendre les hémisphères cérébraux puisque la mémoire est profondément altérée et qu'il y a embarras de la parole, l'articulation des sons demeurant nette. Aussi, nous est-il permis d'affirmer, en l'absence même d'autopsie, que la maladie atteignait le cerveau en même temps que la moelle allongée. Je me demande donc si l'inutilité des recherches dans les autopsies négatives, ne tient pas à ce qu'on s'est contenté de regarder rapidement quelques points des centres nerveux. Ainsi pour une autopsie de *paralysis agitans* faite récemment à l'Hôtel-Dieu, et dans laquelle on ne trouva rien à l'œil nu, je regrettai vivement de voir que les couches optiques, les corps striés et les hémisphères cérébraux n'eussent pas été conservés pour être examinés au microscope.

L'observation actuelle par conséquent établit encore que, dans les autopsies de *paralysis agitans*, les investigations microscopiques doivent porter plus haut qu'on n'est dans l'habitude de le faire, et sur ce point j'appelle de toutes mes forces l'attention des membres de la Société.

LUXATION DU MAXILLAIRE

Par l'examen laryngoscopique,

Par le Dr H. Guinier, de Montpellier.

Les causes des luxations des mâchoires sont de deux ordres : les premières sont physiologiques et les secondes mécaniques.

Les causes physiologiques sont de beaucoup les plus fréquentes, le bâillement, le vomissement, un violent éclat de rire, en un mot tous les efforts qui déterminent l'écartement exagéré des mâchoires sont les conditions étiologiques les plus communes de leurs luxations.

Parmi ces causes, qui sont toutes par action musculaire, il en est une, d'origine en quelque sorte récente. — sinon pour le mécanisme, tout au moins pour la condition d'existence, — qu'il nous paraît utile de signaler. Nous voulons parler de l'examen laryngoscopique.

Pour que le miroir laryngien puisse faire pénétrer dans toutes les parties accessibles de l'appareil vocal une lumière suffisante, et réfléchir en même temps l'image complète de toute la surface éclairée, la personne que l'on examine doit être positivement active; elle doit se prêter autant que possible, par un ensemble coordonné de mouvements musculaires, à ce que nous appellerons le plus large étalement de l'orifice vestibulaire du larynx. Aplatir fortement la base de sa langue ou la maintenir hors la bouche par la fixation de son extrémité, surtout abaisser à la fois et porter en avant le maxillaire inférieur, tel est le mouvement combiné le plus favorable à l'examen laryngoscopique. Ce mouvement tout à fait volontaire devient en quelque sorte automatique, et il est effectué quelquefois avec une certaine énergie par les personnes habituées au laryngoscope et très-désireuses d'utiliser son emploi. L'exagération graduelle ou brusque de la projection en bas et en avant du maxillaire inférieur peut amener sa luxation. Cela arrive principalement chez certaines femmes dont les articulations sont très-lâches, et dont les ligaments articulaires supportent une certaine distension.

Nous citerons à l'appui, l'exemple d'une femme d'environ trente-huit ans, tuberculeuse, atteinte d'ulcérations chroniques de la muqueuse épiglottique et de la muqueuse aryténoïdienne, qui nous a présenté, à deux reprises et à environ un mois de distance, le même accident au moment où nous pratiquions sur elle, sous le laryngoscope, des cautérisations intra-laryngées.

A chaque fois, la luxation en avant du maxillaire inférieur fut complète; elle se produisit vers la fin de l'examen, au moment de la coopération la plus efficace de la malade. Il nous fut d'ailleurs facile de la réduire à l'instant, selon le procédé classique, par la simple pression avec les pouces sur les dernières molaires inférieures, et l'action simultanée de bascule en avant de la branche montante du maxillaire inférieur embrassée par les trois doigts de chaque main.

Ce mode de luxation, qui donne toujours une certaine préoccupation au malade et aux assistants, mérite d'être connu des médecins. Il suffit pour le prévenir de modérer la coopération de l'individu examiné, en lui recommandant de ne pas effectuer avec trop d'énergie le double mouvement d'abaissement et de projection en avant du maxillaire inférieur.

Le mécanisme de cette luxation nous paraît surtout résulter de l'énergique action du muscle ptérygoïdien externe, et, si nous nous en rapportons à nos propres sensations pendant nos expériences auto-laryngoscopiques, nous croyons qu'un écartement excessif des mâchoires n'est pas indispensable. Avec un écartement même modéré, analogue à celui que réclame l'emploi du miroir laryngien, le condyle du maxillaire inférieur est déjà porté en avant; le muscle ptérygoïdien externe fait alors effort; il tire énergiquement sur ce condyle, exagère sa progression en avant, et chez les personnes prédisposées, la luxation se produit.

Notre observation confirme ici la théorie de Boyer, assez généralement admise aujourd'hui, relative au rôle actif du ptérygoïdien externe dans le mécanisme de la luxation du maxillaire inférieur; elle démontre l'erreur de celle de J. L. Petit, qui attribuait une action prépondérante au muscle masséter; le crotaphyte en effet est évidemment étranger à l'action musculaire nécessaire pour l'examen laryngoscopique.

VINS FALSIFIÉS A L'AIDE DU PLOMB (DE LA LITHARGE).

On sait que pendant longtemps le vin a été adultéré à l'aide du plomb, et que des industriels, pour donner au vin une douceur agréable, se sont servis de la céruse, de la litharge, de l'acétate de plomb (1). On sait même que dans un ouvrage publié à Altona (Danemark), en 1760, par Martin le Bavarois, l'emploi du plomb était indiqué comme utile. En effet, on lit dans cet ouvrage que, pour conserver au vin sa saveur agréable, il faut y mettre trois ou quatre livres de plomb (2).

Les travaux faits sur ces adultérations nuisibles, par Wollin, 1778; par Klaproth (*Mémoires de Pyl*); par Berthollet, Cadet, Beaumé, Ditriet, Lavoisier, 1786; Leonbardi, Deyeux, Chaptal, Rozier, Parmentier, Alais, Bourdelin, Fourcroy, avaient fait cesser le danger.

Un seul cas était arrivé à notre connaissance; il date de 1837. A cette époque, du vin fut adouci, à Château-Thierry, par un vigneron, à l'aide de l'acétate de plomb. Le vin vendu aux soldats du camp de Compiègne, donna lieu à une épidémie de coliques saturnines. Une enquête fut faite; le délit fut établi, le vigneron fut traduit devant les tribunaux et justement condamné.

On devait donc penser que cette méthode criminelle n'était plus employée. Les faits suivants, révélés par une lettre d'Agen adressée au journal, lettre qui porte la date du 10 janvier, démontrent le contraire.

La chambre civile de la cour d'Agen, présidée par M. Sorbier, vient de condamner deux frères, de Castelmoran, chacun à un an de prison et à 500 francs d'amende, pour la vente de vins falsifiés. Les prévenus, dont le commerce avait pris, depuis quelques années, une grande extension, voulant utiliser une certaine quantité de vins piqués, crurent pouvoir, afin de paralyser la piqûre, y mêler de la litharge. Ce vin ainsi falsifié fut vendu à plusieurs personnes, et produisit sur elles des effets terribles. Trois d'entre elles moururent au milieu de convulsions affreuses; d'autres ont eu leurs membres paralysés; d'autres enfin ont éprouvé de violentes coliques.

On doit penser que cet exemple fera cesser l'emploi d'une méthode qui peut donner lieu à des accidents graves, et même entraîner la mort de ceux qui feraient usage de semblables mixtions. (*Moniteur d'hygiène et de salubrité publique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 avril 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux mémoires pour les prix de médecine et de chirurgie : l'un sur le phlegmon diffus, le second sur l'hydrocèle;

2° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Martin Duclaux (de Villefranche), Lemaître (de Limoges) et Vigel (de Gorze);

(1) Remer. *Traité de la police judiciaire.*

(2) Mœller Graham, 1773.

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1865 dans les départements de l'Allier, de la Sarthe, de l'Orne, de la Moselle, de la Savoie, de la Seine-Inférieure, de la Lozère, de l'Aisne, des Basses-Pyrénées et de Loir-et-Cher. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Martinencq (de Grasse), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Un troisième mémoire de M. le docteur Bassaget, sur la cause et la nature du choléra (Comm. du choléra.);

3° Une lettre de M. le docteur Danet, qui demande des instructions pour des expériences comparatives de vaccination qu'il va faire prochainement dans les établissements pénitenciers;

4° Un mémoire de M. Rambosson, sur les mariages consanguins;

5° M. le docteur Auzias-Turenne adresse la lettre suivante, relative à la vaccine animale :

Je viens rappeler à l'Académie mon opinion touchant la possibilité de régénérer, c'est-à-dire de renforcer le vaccin par son inoculation au cheval.

De courtes remarques suffiront à démontrer combien le cheval est supérieur à la génisse sous ce point de vue.

D'abord, le vaccin de la génisse sera-t-il constamment pur? Pourra-t-il être souillé de quelque virus transmis ou non à cet animal?

L'avenir nous l'apprendra.

Mais la proposition que je soutiens n'a pas besoin d'arguments douteux et je dois supposer que tout ce qui provient ou proviendra de la génisse ne peut qu'être irréprochable au point de vue de la pureté.

Quant au projet de faire tous les ans plusieurs millions de vaccinations de génisse à bras, personne n'a manifesté l'intention de lui donner suite.

Dans l'esprit même de ses partisans, la génisse ne peut donc qu'être destinée soit à la vaccination de quelques privilégiés, soit à la régénération du vaccin.

Ce dernier objet, étant seul d'intérêt général, doit exclusivement absorber les préoccupations de l'Académie.

La prétention de régénérer le vaccin sur la génisse est-elle fondée?

Non; la nature même de l'animal s'y refuse. On est bien heureux quand il rend le virus aussi fort qu'il l'a reçu. J'invoque à cet égard l'expérience de tout le monde et de tous les jours.

Mais l'espèce bovine fût-elle appropriée au but qu'on se propose, il faudrait encore choisir un sujet moins jeune et ne pas le cribler de piqûres.

1° L'animal doit être d'un âge moyen. L'enfant à la mamelle, de même que le vieillard, ne régénère pas complétement la matière syphilitique;

2° En outre, on pratique à la génisse un trop grand nombre d'inoculations.

Un organisme peut être capable de rendre pendant un certain temps une médiocre quantité de vaccin fort, en admettant qu'on ne fasse appel qu'à une étendue extrêmement limitée de sa surface; mais il rendra, au contraire, des flots de vaccin faible par une source aussi vite tarie qu'elle deviendra abondante, si on lui demande par la multiplicité des piqûres plus qu'il ne peut produire dans un temps déterminé.

C'est une formule que l'expérimentation a dévoilée pour plusieurs virus et qui s'applique vraisemblablement à toutes les autres.

J'en ai fourni la preuve détaillée dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie, et j'ai cité comme exemple le pus des chancres syphilitiques. Effectivement, quand une personne rend une grande quantité de ce pus par des chancres très-multipliés ou phagédéniques, on constate à l'aide de l'inoculation la faiblesse de ce pus. La quantité en exclut la qualité.

D'ailleurs, n'a-t-on pas déjà remarqué non sans déception que le rendement vaccinal de la génisse, d'après le procédé napolitain, n'est qu'éphémère?

C'est parce qu'il est trop considérable.

En résumé, l'animal serait moins jeune et on lui demanderait une moins grande quantité de vaccin que cependant sa nature ne lui permettrait pas de nous satisfaire.

La nature du cheval est plus généreuse. Le cheval est la source naturelle du vaccin : la vaccine, c'est le *grease* pustuleux.

Le *horse-pox* est le meilleur des *cow-pox* ou des vaccins.

Si l'on ne réussit pas toujours dans les essais de régénération du vaccin sur le cheval, c'est le plus ordinairement parce qu'on opère sur un animal trop âgé.

Un poulain bien portant, âgé seulement de quelques années, et surtout n'ayant pas eu la gourme, régénérera aisément le vaccin ou lui conservera son énergie, comme cela s'est produit chez les animaux que j'ai inoculés de concert avec M. Mathieu.

J'adjure l'Académie de charger la commission de vaccine de vérifier ce que j'avance.

La régénération du vaccin étant ainsi obtenue et renouvelée suivant les besoins, il ne restera plus qu'à prendre des précautions contre la syphilis dans les vaccinations de bras à bras.

— M. **POGGIALE** présente, au nom de M. Boucher, un travail sur la rage en Algérie.

— M. **ROBINET** fait hommage à l'Académie d'une brochure sur les principes immédiats amorphes et les principes cristallisables, qu'il a publiée en 1826. Cet hommage rétrospectif est motivé par une publication récente de M. Frémy sur le même objet.

— M. **VERNOIS** présente, au nom de M. le docteur Tigri, de Sienne, un travail sur la trichine du mouton.

— M. **J. CLOQUET** dépose sur le bureau de l'Académie plusieurs fascicules des publications de la Société d'acclimatation.

— M. **BOUILLAUD** présente, au nom de M. Duvivier, membre de la commission envoyée en Égypte pour l'étude du choléra, une brochure intitulée : *Égypte et choléra.*

— M. **MÊLIER** présente, au nom de M. le docteur Basset, une brochure sur les Eaux de Royat.

— M. **LARREY** présente, au nom de M. le docteur Verneuil, une monographie sur l'anoplastie (extraite du *Dictionnaire des sciences médicales*), et de la part d'un médecin portugais, dont le nom nous a échappé, une brochure sur l'état de la médecine en Portugal.

— M. **LE PRÉSIDENT** fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Batfos, membre titulaire.

M. le président annonce ensuite à l'Académie que le conseil a proposé de déclarer une vacance dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Malgaigne. La proposition soumise à l'Académie est adoptée.

M. le président donne des nouvelles à ses collègues de l'état de santé de M. Michon qu'une brusque et grave maladie a éloigné momentanément des travaux de l'Académie. Son état est actuellement très-satisfaisant.

—L'ordre du jour appelle la discussion sur la vaccination animale. La parole est à M. Depaul.

Discussion sur la vaccination animale.

M. **DEPAUL** commence par déclarer qu'il est de l'avis de M. le secrétaire perpétuel, que cette discussion est prématurée et qu'il aurait beaucoup mieux valu attendre pour l'engager; les expériences que l'Académie est en mesure de faire en ce moment et qui ont été commencées dans le courant de la semaine dernière. C'est donc en quelque sorte comme contraint qu'il prend la parole, dans une discussion qu'il n'a pas engagée et qu'il est en quelque sorte obligé de subir.

Il a un premier reproche à adresser à M. Bousquet, c'est de bouder la commission, de ne pas se joindre à elle pour suivre les expériences; cela n'est pas digne d'un homme qui occupe une si haute position à l'Académie et qui a joué un si grand rôle dans la vaccine.

M. Bousquet, poursuit l'orateur, n'a pas lu mon rapport, sans quoi il n'aurait pas confondu constamment, comme il l'a fait, mon opinion avec celle de M. Lanoix, non pas que je récuse, bien loin de là, tout rapprochement avec cet honorable confrère, mais parce que cela n'est pas exact. Il eût fallu au moins, en signalant ce qui nous rapproche, tenir compte des différences d'opinions qui nous séparent. Le rapport que je défends n'est plus d'ailleurs mon œuvre, c'est l'œuvre de l'Académie. Si M. Bousquet l'avait lu avec soin, il y aurait vu que j'ai examiné les trois questions suivantes :

1° Le vaccin animal est-il plus pur que le vaccin humain, et met-il mieux que lui à l'abri des mélanges qui exposent à la transmission de diverses maladies et en particulier de la syphilis? L'examen de cette question m'a conduit à cette conclusion : le vaccin animal préserve plus sûrement que le vaccin humain de la contagion syphilitique.

2° Les pustules du vaccin animal sont-elles plus belles? J'ai également répondu par l'affirmative, parce que j'ai pu m'en convaincre par mes expériences.

3° Le vaccin, une fois inoculé, et après qu'il a parcouru toutes ses évolutions, préserve-t-il mieux de la petite vérole? M. Lanoix le croit. Pour moi, je n'en sais rien. Je suis d'avis qu'il faut expérimenter pour le savoir.

Les revaccinations réussissent-elles mieux avec le vaccin animal? M. Lanoix dit oui, et ses statistiques tendraient à le démontrer; moi aussi j'ai des statistiques favorables, mais je ne me crois pas encore autorisé à conclure; il ne faut pas se laisser entraîner. D'ailleurs Steihrenner a réuni aussi, dans le temps, des statistiques sur les revaccinations faites en grand, en Allemagne, et dont les résultats étaient tout aussi favorables. Vous voyez bien que je ne suis pas d'accord sur tous les points avec M. Lanoix.

Autre question. La vaccine animale est-elle susceptible d'être généralisée? M. Bousquet dit non; je dis oui. M. Bousquet nous a rapporté à cette occasion les préoccupations de Jenner, relativement aux difficultés qu'il y aurait de se procurer du cow-pox pour chaque vaccination. Cette préoccupation de Jenner n'a pas été aussi grande que l'a dit notre collègue; il était bien plus préoccupé de la possibilité des accidents produits par le cow-pox.

Relativement à la question de la syphilis vaccinale, je crois être dans une meilleure voie que M. Bousquet. Notre collègue traite la vaccine en père aveugle, qui ne lui croit que des qualités et qui ferme les yeux sur ses défauts. Pour moi, je la traite en père plein de sollicitude et d'attention, qui ne se dissimule pas ses imperfections et cherche à les corriger.

M. Bousquet ne comprend pas le mélange de deux virus vaccin et syphilitique, et il a émis là-dessus des théories sur lesquelles je ne veux pas le suivre. Quant à moi, je dis et je maintiens que lorsque je prends du liquide contenu dans la pustule vaccinale d'un enfant syphilitique, je prends deux choses, qui sont du virus vaccin et du virus syphilitique, et que je cours le risque par conséquent d'inoculer ce dernier en même temps que l'autre. M. Bousquet le nie. C'est au public médical de juger entre nous qui a tort ou raison.

Ce n'est pas du cow-pox que vous inoculez, nous dit M. Bousquet, quand vous inoculez le vaccin animal, c'est tout simplement le vaccin ordinaire, le vaccin humain que vous avez fait passer par l'organisme de la génisse sans lui rien faire perdre ni gagner; M. Lanoix est allé à Naples pour chercher du cow-pox, il en a rapporté du vaccin. M. Bousquet s'inscrit donc en faux contre les expériences de M. Palaciono et de tous les autres médecins de Naples et d'autres contrées de l'Italie, il s'inscrit également en faux contre les expériences que nous avons faites ici nous-mêmes, et dont il n'a pas voulu être témoin.

M. Bousquet poursuivant toujours la discussion de la syphilis vaccinale, veut bien admettre pour un moment la réalité des faits, mais c'est pour les réduire aussitôt à néant. Ce sont des faits qu'on peut compter, dit-il, dans la science, mais qui ne comptent point dans la pratique. Je renverserai volontiers sa proposition, et je dis : si ces faits n'avaient qu'une valeur scientifique, je m'en préoccuperais peu, mais ils touchent à l'intérêt des malades, voilà ce qui me préoccupe.

On a objecté à la nouvelle pratique la difficulté de répandre la vaccine animale. Je crois avoir établi qu'on pourrait le faire sans plus de frais, à moins de frais même que pour la vaccine actuelle. Il n'y a point de contrée où il n'y ait des génisses. D'ailleurs l'administration n'interviendrait-elle pas si la chose était reconnue bonne?

M. Bousquet a tourné en ridicule quelques-unes des nécessités de la nouvelle pratique, en faisant le tableau que vous savez de la génisse introduite dans les appartements escortée de ses deux gardiens, etc. Je ne m'arrêterai pas là-dessus.

M. Bousquet m'a reproché plusieurs erreurs et c'est le cas, en me justifiant de ces reproches, de lui signaler les erreurs nombreuses et les contradictions où il est tombé lui-même. Ici M. Depaul entre dans des détails sur les faits de Chartres et de Toulouse, sur la question des eaux aux jambes faussement rattachée à la vaccine, alternativement résolue en deux sens différents par M. Bousquet, etc. Et il termine en disant, en résumé, qu'on a toujours trouvé M. Bousquet en opposition avec le progrès. Vous êtes, dit-il, une grande autorité en matière de vaccine; nous aurions vivement désiré vous voir marcher avec nous et nous aider de vos lumières et de vos conseils, mais vous nous abandonnez et vous n'aspirez qu'au repos, quand votre concours actif nous serait si utile. Quant à moi, j'ai pris l'engagement d'éclairer cette importante question de la vaccine animale, autant qu'il me sera possible de le faire. Peut-être n'y trouverons-nous rien de nouveau au fond; mais n'y eût-il à en retirer que la préservation de la syphilis, que j'y trouverais encore un motif très-suffisant de nous en occuper.

M. **GIBERT** demande à M. Depaul s'il a devers lui des documents à l'appui de ses assertions.

M. **DEPAUL.** Je pourrai donner à M. Gibert, s'il y tient, des documents recueillis dans mon hôpital.

M. **J. GUÉRIN** désirerait savoir si les renseignements que possède M. Depaul lui ont été communiqués personnellement ou bien comme membre de la commission. Dans ce dernier cas, il voudrait que ces documents fussent communiqués à la commission.

M. **DEPAUL.** Les documents dont il s'agit proviennent de deux sources : les uns m'ont été communiqués personnellement, les autres sont officiels. Pour les documents personnels, je désire ne m'en servir qu'à mon heure. Quant aux autres, je les tiendrai à la disposition de l'Académie et des membres de la commission.

M. **J. GUÉRIN.** Je suis étonné que M. Depaul, qui est animé du sentiment du bien public, veuille garder en charte privée les documents qu'il possède. Il serait beaucoup plus loyal en même temps qu'utile de les communiquer tout de suite.

M. **RICORD** a une petite opposition à faire à M. Bousquet, relativement à la question de la transmission de la syphilis aux animaux. Notre collègue a donné le fait comme accepté par tout le monde. Ce n'est pas exact. S'il est accepté par quelques uns, il est nié par d'autres et par moi en particulier. Je ne connais ni chien ni chat à qui on ait pu donner la vérole. Il y a bien quelques singeries dont on a fait du bruit, mais ce que l'on a obtenu chez les singes a passé aussi vite qu'une de leurs grimaces. Jusqu'à présent on n'a pas encore démontré la transmissibilité de la syphilis aux animaux avec toutes ses conséquences. Or, voilà une occasion superbe de faire des expériences. Si jamais la syphilis est transmissible de l'homme à un animal, ce doit être évidemment à la génisse, qui présente pour ses affections éruptives une très-grande analogie avec l'homme. Il serait d'autant plus important de s'en assurer que, dans la pratique nouvelle, on inocule le vaccin de l'homme à la génisse pour le reporter ensuite de celle-ci à l'homme. Il est donc absolument nécessaire que l'on sache si la syphilis est transmissible à la vache en lui inoculant le produit d'un chancre infectant. Cela fait, il faudrait chercher ensuite à inoculer sur la vache du vaccin d'un enfant syphilitique.

M. **BÉHIER.** Je ferai remarquer à M. Ricord que la question est résolue pour le chancre mou, qui a été inoculé avec succès, non pas à des singes seulement, comme il l'a dit, mais à des chats et à des lapins. Reste donc à résoudre la question pour le chancre induré et ses conséquences.

M. **RICORD** récuse les conséquences qu'on pourrait tirer de ces expériences, parce que, pour lui, jamais le chancre mou n'a été la vérole. S'il y a un fait acquis à la science, c'est celui-là. Je demande donc, pour être convaincu de la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux qu'on me montre chez ceux-ci les accidents consécutifs.

Du traitement de la blennorrhée par l'insufflation de poudres médicamenteuses.

M. **RICORD** présente, au nom de M. le docteur Mallez, un instrument destiné à pratiquer l'insufflation de poudres médicamenteuses dans l'urèthre, et il dépose sur le bureau la note suivante de ce médecin.

Les antiphlogistiques, les balsamiques réussissent contre les accidents aigus de la blennorrhagie, mais les injections de toutes sortes que l'on pratique après leur cessation échouent dans un certain nombre de cas.

La difficulté de guérir la blennorrhée ne semble tenir qu'à ce fait, que le point de l'urèthre où l'affection s'est localisée échappe par la disposition même du canal, à l'action médicamenteuse, et que alors le dernier globule purulent en vertu de sa propriété d'en engendrer d'autres, se reproduit constamment plus ou moins, suivant les circonstances.

C'est donc à atteindre la lésion circonscrite et avec elle le dernier germe de sécrétion que l'on s'est toujours appliqué.

Les injections faites avec une sonde, les bougies médicamenteuses ou simples, les pommades, l'injection à la glycérine et au sous-nitrate de bismuth qui remplit le mieux le canal, répondent en partie à cette pensée; mais en recouvrant, comme je l'ai essayé, les parois de l'urèthre dans toute leur longueur d'une couche plus ou moins épaisse de poudre médicamenteuse on me semble atteindre parfaitement ce résultat déjà beaucoup cherché.

L'instrument dont je me sers pour cela, et que j'ai fait faire par MM. Robert et Collin, est très-simple, il se compose : 1° d'une poire en caoutchouc munie d'un embout métallique; 2° d'une sonde n° 7, 8, 9, munie d'un ajutage à cuvette qui se fixe à frottement dans l'embout de la poire; 3° d'une sonde n° 15, 17, 19, filière Charrière, ouverte aux deux extrémités. Cette dernière sonde est introduite jusqu'au fond de la portion membraneuse, on glisse la petite sonde dans son intérieur, après avoir placé la poudre dans l'ajutage à cuvette dont elle est munie, et en la fixant à la partie métallique de la poire; il suffit de presser la poire en retirant l'instrument lentement, mettant le doigt sur la petite ouverture destinée à laisser rentrer l'air après chaque pression, pour déposer, tout le long de l'urèthre, toute la quantité de poudre que l'on a successivement introduite dans la cuvette. On répond ainsi à l'indication d'atteindre tous les points de la muqueuse uréthrale, de les recouvrir d'une couche médicamenteuse, de telle épaisseur que l'on

veut comme le démontre l'expérience sur le cadavre ; cette application d'ailleurs faite avec soin n'est nullement douloureuse pour les malades atteints de blennorrhée, et l'objection qui pourrait être faite de l'introduction répétée de la sonde, d'autant moins sérieuse, qu'en faisant uriner le malade avant la petite opération, et en lui recommandant de boire peu, on peut y laisser trois et quatre heures le médicament en place, ce qui ne saurait s'obtenir par les injections les mieux faites.

De douze observations de guérison obtenues par ce moyen, il en est cinq dans lesquelles la durée de la maladie mérite d'être notée : trois ans, deux ans, quatre ans, quatre ans, deux ans.

C'est jusqu'à présent la poudre au sous-nitrate de bismuth dont je me suis servi ; j'expérimente en ce moment plusieurs autres substances, et notamment le phosphate de magnésie que M. le docteur Calvo a employé en injections.

L'instrument permettrait de porter des poudres dans le vagin, mais surtout dans la cavité utérine, car la grosse sonde, véritable spéculum, peut-être réduite au n° 10 ou 12 de la filière Charrière et passer ainsi dans le col ou dans tous les trajets fistuleux.

M. LARREY présente à l'Académie un ancien militaire auquel M. le docteur Jules Roux (de Toulon), a pratiqué la désarticulation coxo-fémorale, à la suite d'un coup de feu reçu à la bataille de Magenta et qui avait produit une fracture comminutive de la partie supérieure du fémur.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 23 mars 1866. — Présidence de M. BÉHIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A cette occasion, M. Pelvet signale une erreur dans le procès-verbal qu'a reproduit la *Gazette des Hôpitaux* du 22 mars. La thèse inaugurale sur « la hernie diaphragmatique congénitale » qu'on lui a attribuée est de M. Duguet.

LECTURE.

M. PAUL TOPINARD lit une observation de *paralysis agitans à une période avancée*. (Voir plus haut.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. M. Topinard nous dit, dans les réflexions qui accompagnent son observation, que la moelle n'est pas le siége unique ni principal de l'affection et que très-probablement le cerveau est atteint. J'émettrai une opinion plus exclusive et je rejetterai toute altération de la moelle. Rien dans les antécédents ni dans les symptômes ne peut se rapporter à ces altérations. Au contraire, l'hémiplégie au début, les troubles de la parole, la perte de la mémoire font penser que l'encéphale est atteint, et j'admettrai ici volontiers une paralysie générale ou un ramollissement du cerveau compliqué de tremblement.

M. TOPINARD. Je pense aussi que les lésions portaient sur l'encéphale, et la preuve, c'est que j'en ai conclu que dans les autopsies futures de *paralysis agitans*, on devra recbercher les lésions plus baut qu'on est dans l'habitude de le faire. Si je me suis permis quelques réserves en faveur de la moelle, c'est parce que dans l'observation de Lebert on a trouvé la moelle cervicale altérée, et ensuite, parce que j'ai remarqué depuis longtemps que les influences morbides chroniques ne limitent guère leur action à un département de l'axe cérébro-spinal.

M. Beaumetz penche pour un ramollissement ou une paralysie générale compliquée de tremblement. Je doute qu'il maintienne son opinion, s'il voyait par lui-même le tremblement tout spécial qu'offrait ce malade et surtout cette démarche, si particulière qu'elle me paraît caractéristique.

M. BÉHIER. Je n'ai pas assisté à la lecture tout entière de M. Topinard et ne veux répondre qu'aux derniers mots qu'il vient de prononcer. Prendre à l'avance pour caractéristique d'une maladie un symptôme déterminé, c'est admettre de parti pris la maladie et en fixer les limites arbitrairement. C'est ce qu'on a malheureusement fait pour l'ataxie locomotrice sur laquelle l'on n'est pas encore d'accord.

M. TOPINARD. J'ai signalé cet écueil dans mes réflexions, en prenant précisément pour exemple l'ataxie locomotrice, et je l'avais en vue lorsque, me refusant à une appellation qui implique un jugement, j'ai dit de la *paralysis agitans* : « la maladie étant à l'étude, il est préférable de ne pas s'arrêter à une dénomination qu'il faudrait peut-être ensuite changer. » Si, pour les deux observations que j'ai lues à la Société aujourd'hui et précédemment, j'ai adopté, sous toute réserve cependant, le titre de *paralysis agitans*, c'est que j'y ai été frappé de l'existence de la même démarche avec les mêmes particularités que dans ceux des cas que j'ai retrouvés à la Salpêtrière qui ont servi au mémoire de MM. Charcot et Vulpian.

M. CORNIL. L'observation sans autopsie que vient de lire M. Topinard ne prouve pas qu'il s'agisse d'une *paralysis agitans simple*, et il est possible qu'il y ait dans le cerveau soit une tumeur, soit un ramollissement. Non-seulement on ne peut rien affirmer dans le cas particulier, mais on doit encore moins en inférer que dans d'autres cas de *paralysis agitans* primitive on doive mettre en cause les parties centrales du cerveau. Aux allusions que M. Topinard a faites à une autopsie de *paralysis agitans* pratiquée récemment où les couches optiques et les corps striés n'auraient pas été examinés au microscope, on peut répondre que dans les cas où l'examen très-attentif à l'œil nu n'aura montré exactement rien, il est infiniment probable que le microscope ne révélera rien de plus.

M. TOPINARD. J'ai noté dans l'observation que le malade n'a présenté ni étourdissements, ni pertes de connaissance, ni accès convulsifs, ni vomissements, ce qui est défavorable à l'hypothèse d'un ramollissement ou d'une tumeur. Quant à prétendre qu'il s'agisse d'une *paralysis agitans* simple, primitive, j'en suis fort éloigné. Je n'ai rien avancé à cet égard.

Pour ce qui est du microscope, je pense qu'il peut découvrir une lésion là où l'œil nu n'aura rien soupçonné. Ainsi, avant qu'on ait trouvé à l'aide de cet instrument l'altération des cordons postérieurs propre à l'ataxie locomotrice, cinq fois au moins on avait examiné la moelle avec soin sans y rien découvrir.

M. CORNIL. M. Cruveilhier, qui savait regarder, avait vu pour sa part la sclérose spinale avant que le microscope ne l'eût décrite.

M. TOPINARD. En effet, mais ce qui était facile à M. Cruveilhier et ce qui l'est aussi pour M. Cornil, qui a fait de longues recherches d'histologie sur la moelle et le cerveau, ne l'est pas au même titre pour tous.

M. BÉHIER. Je partage l'avis de M. Cornil, et je pense qu'avant la vulgarisation du microscope on ne laissait pas échapper, dans les autopsies, guère moins de lésions qu'aujourd'hui.

M. PELVET. Le malade dont M. Topinard vient de parler présentait cette singulière tendance à la marche en avant qu'on a remarquée plusieurs fois déjà dans la *paralysis agitans* et qu'on a désignée sous le nom particulier de *sclerotyrbe festinans*. On sait que certains physiologistes, Magendie le premier, ont voulu localiser dans le cervelet cette impulsion irrésistible. Dans le cas particulier de la *paralysis agitans*, est-ce dans un trouble des centres excito-moteurs qu'il faut placer la cause de la propulsion en avant? Ne pourrait-on pas, d'une façon plus simple, n'y voir qu'un effet du tremblement? On sait, en effet, que le tremblement se compose de deux temps : l'un d'action, l'autre de repos. Les membres inférieurs sont soumis à cette alternative comme les membres supérieurs. Il en résulte que le centre de gravité du corps se trouve à chaque instant déplacé et porté en avant ; le malade, pour se retourner, court en quelque sorte après lui-même, suivant l'expression de M. Trousseau.

M. TOPINARD. Cette opinion a déjà été soutenue, mais l'observation que j'ai lue à la Société il y a deux mois la réfute. La propulsion y est venue la première et a existé seule pendant deux ans et plus, avant que le tremblement n'apparaisse.

— **M. FRARIER** lit, à l'appui de sa candidature, une observation de *Névralgie cervico-brachiale avec phénomènes convulsifs se rattachant à l'épilepsie.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Ball, Bricheteau et Gouguenheim.

ÉLECTIONS.

On procède ensuite à l'élection de trois membres titulaires. Sont nommés : MM. Anger, Verliac et Odier.

La séance est levée à dix heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Lundi dernier, M. le professeur Tardieu a repris son cours, et a été accueilli avec de nombreuses et légitimes marques de sympathie. Les jeunes gens ont compris que pour être descendu du décanat, M. Tardieu n'en reste pas moins un des professeurs les plus brillants de la Faculté.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel de ville le vendredi 20 avril à trois heures et demi.

Ordre du jour :

1° Nominations du conseil de famille, du comité de publication et d'un archiviste ;

2° Rapport de M. Aimé Martin, sur le travail de M. le docteur Fraigniaud ;

3° Suite de la discussion sur les revaccinations ;

4° Discussion sur l'emploi des bains dans la phthisie.

— M. Coste, membre de l'Institut, reprendra au Collége de France son cours d'embryogénie comparée, le mardi 24 avril, à une heure précise, et le continuera les mardis et samedis suivants.

— *Leçons cliniques et théoriques sur les affections de la peau.* — M. E. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ces leçons le jeudi 26 avril 1866, à neuf heures et demie du matin, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Leçons cliniques et visite des malades à huit heures et demie.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kyste du rein pris pour un kyste du foie.

Il y a dans la science de ces faits exceptionnels qui viennent jeter le trouble dans les esprits; Bérard a dans sa thèse sur le diagnostic dans les maladies chirurgicales, rassemblé un certain nombre d'erreurs de diagnostic inévitables; voici un fait nouveau et qui n'est pas moins digne de fixer l'attention. Nous l'empruntons à la riche collection du *Bulletin de la Société anatomique*. Il a été recueilli par M. Obédénare, interne des hôpitaux.

B..., cinquante-sept ans, ébéniste, entre le 18 avril 1865, dans le service de M. Maisonneuve pour une tumeur abdominale.

Rien à noter dans les antécédents.

Le malade fait remonter le début de sa maladie au milieu du mois d'août 1864. A cette époque il eut des douleurs très-vives dans l'hypochondre droit, et en même temps il s'aperçut que son ventre avait grossi. Les douleurs étaient intermittentes, déterminées par le changement de position.

Au mois de janvier 1865, de l'œdème peu considérable aux malléoles droites, puis aux malléoles gauches. L'œdème disparaît au bout de deux mois.

Quinze jours avant l'entrée, diarrhée peu intense (3 à 4 selles en 24 heures). Appétit diminué, soif plus vive, amaigrissement, insomnie.

État du malade à son entrée. — Le côté droit de l'abdomen est arrondi, bombé. Par la palpation on constate la présence d'une tumeur fluctuante, le liquide paraît distendre beaucoup les parois de la cavité. La matité se confond en haut avec celle du foie; en bas elle s'étend jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la crête iliaque, en dedans elle est limitée par une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'épigastre, de sorte qu'en dedans et en haut, la matité de la tumeur se confond encore avec la matité du foie. Le côté gauche de l'abdomen est libre, pas d'ascite.

On diagnostique un kyste du foie, probablement hydatique, et le 21 avril on fait une ponction. Il sortit un liquide brun foncé, d'une odeur fétide, à la surface duquel on voyait des paillettes de cholestérine. Le liquide sorti peut être évalué à trois litres. On fit une injection de teinture d'iode coupée avec égale partie d'eau; on laissa la canule en place.

Le 22 avril, ventre météorisé, non douloureux, quelques nausées, pas de fièvre. Injection d'une solution d'acide phénique au millième, puis au centième. Les jours suivants, on faisait sortir un liquide foncé, de plus en plus fétide, et on injectait toujours de l'acide phénique au centième.

La canule restée en place détermina une adhérence entre la paroi abdominale et la paroi de la tumeur. Affaiblissement et prostration des forces, inappétence.

Le 29, deux frissons dans la journée.

Le 30, frissons, dépérissement du sujet.

Le 13 mai, frissons, pouls fréquent, petit, pulvérulence des narines.

Pendant la vie, aucun trouble de la miction, rien n'a appelé l'attention du côté des fonctions du rein, les urines n'ont pas été examinées.

Le 14, mort.

Autopsie, pratiquée 28 heures après la mort. Au niveau de la ponction, le kyste adhère intimement à la paroi abdominale. La poche kystique a contracté des adhérences celluleuses avec le bord antérieur et la face inférieure du foie, avec les intestins et le grand épiploon; ces adhérences sont faibles, elles cèdent devant le doigt qui les presse. La poche kystique est revenue sur elle-même; elle a une capacité d'un peu moins d'un litre, elle fait corps avec le rein et proémine surtout beaucoup du côté du bord convexe de cet organe. Le rein est allongé; la distance entre ses deux extrémités est de 15 centimètres; ses deux moitiés sont séparées par un segment du kyste. La surface externe de la poche kystique est lisse, se continue manifestement avec la surface externe du rein, ce qui démontre bien que le kyste s'est développé dans l'épaisseur du rein. La paroi du kyste a, dans certains points, 5 millimètres d'épaisseur; dans d'autres points, la paroi a plus d'un centimètre. La face interne de cette paroi est irrégulière, mamelonnée, présente des saillies molles, granuleuses, peu adhérentes, d'un brun foncé; quelques-uns de ces grumeaux sont libres dans la cavité. Les deux moitiés du rein, séparées par un segment du kyste, sont aplaties, un peu amincies; le rein opposé, ainsi que les capsules surrénales ne présentent rien d'anomal. La rate est tuméfiée d'une manière notable. Dans le sommet des deux poumons on trouve des abcès métastatiques du volume d'une grosse noisette.

De la méthode de traitement par l'application topique du froid le long de la colonne vertébrale.

Il nous a été écrit pour nous demander quelques renseignements sur la méthode de traitement par l'application topique du froid, du docteur Chapman, de Londres. Nous avons exposé, dans plusieurs articles successifs, l'idée physiologique très-rationnelle sur laquelle repose la conception de cette méthode, et cette idée a été développée assez clairement, croyons-nous, pour n'avoir dû laisser aucune obscurité ni aucun doute dans les esprits. Aussi n'est-ce pas là-dessus qu'on nous demande des éclaircissements, mais bien sur l'application même du mode de traitement, sur le *modus faciendi*. On voudrait savoir combien de temps la glace doit rester appliquée, si une seule application suffit ou s'il en faut plusieurs, enfin de quelle sorte d'appareil il faut se servir. L'application n'ayant pas été faite sous nos yeux, nous ne saurions répondre d'une manière précise à toutes ces questions. Mais il nous semble qu'il suffit de bien connaître le but qu'on se propose et le mode d'action que l'on cherche à produire par ce moyen pour que chacun puisse régler soi-même la durée des applications et la nécessité de les multiplier ou de s'en tenir à une seule. Il est évident que l'on ne peut d'avance rien déterminer de fixe à cet égard, et que la durée, comme l'intensité du moyen ou sa répétition doivent être subordonnées à l'effet produit. S'il s'agit de combattre un accès de choléra algide, par exemple, il est clair que l'application réfrigérante devra être maintenue jusqu'aux premiers signes de réaction. Que si la réaction ne se manifeste point après un laps de temps assez prolongé pour que l'application trop continue du froid puisse commencer à devenir dangereuse pour la vitalité de la peau, on ne devra pas insister davantage.

Quant au *modus faciendi*, il est des plus simples. De la glace enfermée dans un sac ou une série de sachets imperméables quelconques et appliqués bout à bout le long du rachis, c'est tout autant qu'il en faut pour remplir l'indication. M. Chapman a fait construire à cet effet une sorte de sac en caoutchouc de la longueur moyenne de la colonne vertébrale, divisé intérieurement par compartiments, de manière à le remplir en totalité ou partiellement seulement, et dans telle ou telle partie de sa hauteur, de glace pilée, suivant les effets que l'on désire obtenir. Ce même appareil peut servir également pour les application topiques chaudes ou à telle température qu'on peut le désirer.

Corps étranger de la vessie expulsé spontanément.

M... (Octave), âgé de onze ans, entre le 3 juin 1865, dans le service de M. Giraldès, pour des troubles de la miction.

D'après le peu de renseignements que nous avons pu recueillir, les accidents qui l'amènent à l'hôpital auraient débuté il y a quelques jours seulement. Ils consistent en douleurs vives apparaissant subitement pendant la miction, paraissant siéger au niveau du col de la vessie et s'accompagnant de ténesme vésical et de rétraction du testicule. Le jet se trouve alors subitement interrompu, et la miction ne peut être continuée malgré les efforts d'expulsion du malade qui pousse des cris de douleur. Les accès sont intermittents, et laissent parfois entre eux des intervalles assez longs pendant lesquels le malade ne souffre plus et peut parfaitement uriner. Les deux derniers accès se sont présentés le soir, et ont duré plusieurs heures. Il n'y a pas d'incontinence d'urine.

M. Giraldès pratique le cathétérisme à l'aide d'une sonde métallique, et après plusieurs recherches infructueuses, perçoit la sensation d'un choc sec et sonore. Il croit donc à l'existence d'un calcul vésical peu volumineux, très-mobile, échappant facilement à l'instrument, et d'une densité assez considérable.

Le 5 juin au soir, deux jours après son entrée, le malade est pris en urinant d'un nouvel accès et pousse des cris effrayants. Au bout d'une heure environ, les accidents cessent subitement,

FEUILLETON.

Assemblée annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

L'Association générale des médecins de France a tenu sa septième assemblée générale le dimanche 8 avril, sous la présidence de M. Rayer, assisté des vice-présidents, des membres du conseil général et du conseil administratif, et du président délégué de la Société centrale.

Nous empruntons aux rapports du secrétaire-général de l'Association et du secrétaire de la Société centrale l'exposé précis de la situation financière et morale de ces deux institutions.

Voici, d'après le rapport de M. le secrétaire général, quelle est la situation présente de l'Association générale :

Les sociétés locales sont aujourd'hui au nombre de 96, disséminées dans 77 départements et 2 colonies. Il ne reste plus que 12 départements où l'Association ne se trouve pas encore représentée.

L'Association réunit aujourd'hui 6,209 membres; 197 d'excédant sur le chiffre de l'année dernière.

En tenant compte des sociétaires décédés, l'excédant est de 325 membres nouveaux.

Le tableau suivant représente l'avoir de l'Association, au 1er janvier 1866, dans les divers éléments de l'Œuvre :

Caisse générale.....................	60,277	65
Caisse des pensions viagères d'assistance.........	71,466	80
Sociétés locales (y compris la Société centrale)....	295,532	61
Total de l'avoir...........	427,277	06
A l'exercice précédent, l'avoir était de..........	387,056	41
Il existe donc pour le présent exercice un excédant de	40,220	65

Les dons et legs faits à l'Association pendant le dernier exercice s'élèvent à la somme de 3,320 fr.

Les dons et legs faits à la Caisse des pensions viagères sont de 6,561 fr. 80 c. Les dons aux Sociétés locales, de 2,221 fr. 85 c.

L'Association, dans l'ensemble de l'Œuvre, a reçu pendant le dernier exercice, en dons et legs, la somme de 12,103 fr. 65 c.

Voici en quels termes M. le rapporteur expose le mécanisme financier de l'Œuvre de l'Association générale.

L'ensemble financier de l'Œuvre est constitué par trois caisses distinctes, et auxquelles ressortissent un fonctionnement et des devoirs particuliers.

1° La Caisse générale, alimentée par le droit d'entrée des membres dans l'Association générale et par le dixième des revenus des Sociétés locales.

Les devoirs de cette Caisse consistent à donner des subsides aux Sociétés locales dont le fonds de secours est épuisé; à doter la Caisse des pensions viagères d'assistance; à lui verser tous les ans une somme de 6,000 fr., et toute somme excédant celle de 50,000 fr., qui constitue le maximum de son fonds de réserve.

La Caisse générale, comme on le voit, ne peut donc jamais posséder qu'une somme de 50,000 fr.

2° Il n'en est pas ainsi de la Caisse des pensions viagères d'assistance. Celle-ci est destinée à s'enrichir sans cesse. Jusqu'en 1878, elle se trouvera placée dans cette condition de recevoir toujours sans jamais dépenser. Les revenus de 6,000 fr. que lui fait la Caisse générale, les intérêts du capital s'accumulant tous les jours, les dons et legs qu'elle reçoit et qu'elle ne manquera pas de recevoir de plus en plus, voilà les sources diverses de sa fortune croissante, auxquelles il faut joindre comme très-probable le versement de l'excédant de 50,000 fr. de la Caisse générale.

Cette fondation de la Caisse des pensions viagères a été le complément de la fondation de l'Association générale. L'exercice dernier se fermait pour elle avec un avoir de 38,227 fr. 50 c.; la fin de l'exercice actuel lui donne un avoir de 71,466 fr. 80 c.; c'est une augmentation, en un an, de 33,239 fr. 30 c.

3° Vient enfin la Caisse des Sociétés locales qui représente en ce moment un avoir de 295,532 fr. 61 c.

Pendant cet exercice, le Conseil général n'a distribué de subside qu'à une seule Société locale. Une somme de 600 fr. lui a été votée et a paru suffisante pour le but d'assistance qu'elle voulait atteindre.

Parmi les Sociétés locales, 38 ont eu à ouvrir leur Caisse, soit à des associés malades ou malheureux, soit à leurs veuves, soit à leurs enfants.

Le chiffre des secours accordés pendant l'exercice s'élève à la somme de 17,107 fr. 70 c.

L'Association a distribué jusqu'à ce jour, c'est-à-dire en quatre ans, en secours, la somme de 56,009 fr. 10 c.

L'Association ne s'est pas bornée à des secours en argent; plusieurs sociétés locales ont usé de leur influence pour obtenir des emplois à des veuves ou des filles de sociétaires, des bourses à leurs fils; d'autres sont intervenues utilement, par leur concours moral, dans des conflits où se trouvaient engagés quelques-uns de leurs membres. Enfin, un grand nombre de Sociétés locales et l'Association générale, à leur instigation, se sont préoccupées des projets de législation nouvelle sur l'exercice de la médecine, de l'exercice illégal et de diverses autres questions se rattachant aux droits professionnels des médecins.

Après le rapport sur les actes de l'Association générale, un mot du rapport sur les actes de la Société centrale.

La liste générale des membres de la Société centrale, arrêtée le 2

et l'enfant montre alors un corps étranger cylindrique et arrondi qu'il vient d'expulser par l'urèthre. La longueur de ce corps étranger est d'environ 12 millimètres ; son diamètre de 5 à 6 millimètres. Sa forme est assez régulièrement cylindrique, l'une des extrémités étant parfaitement arrondie, tandis que l'autre est découpée et comme taillée. Il offre, en outre sur un point de sa surface, une cavité rugueuse et semblant présenter un aspect stratifié. Sa consistance est très-dure, et aucun instrument ne peut le pénétrer; sa coloration est d'un gris jaunâtre.

Il ressemble assez exactement à une de ces pierres siliceuses qu'on rencontre en grand nombre dans les graviers.

L'enfant, interrogé avec soin à plusieurs reprises, nie complétement avoir introduit ou s'être laissé introduire ce corps étranger dans le canal de l'urèthre. Néanmoins les caractères physiques de la pierre et la forme des accidents qu'elle a provoqués ne permettent pas d'émettre d'autre hypothèse.

Du reste les accès qui, sans doute, étaient dus à ce que le corps étranger tendait, pendant la miction, à s'engager dans le canal n'ont pas reparu depuis, et l'enfant est sorti le 8 juin parfaitement guéri.

ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES.

A Monsieur le docteur Hervieux, médecin à la Maternité.

Monsieur,

Je n'ai pas l'honneur de vous être personnellement connu. Vous avez étudié longtemps les maladies et les épidémies puerpérales à la Maternité, je les ai étudiées longtemps à la Clinique. Si vous avez montré dans cette étude un talent et une sagacité qui me manquent, j'ai recherché la vérité avec une ardeur égale à la vôtre. Permettez-moi de vous le dire, Monsieur, et de m'en féliciter, vos conclusions sont les miennes, absolument les miennes, nous ne différons qu'en un point très-léger, et je vous demande l'autorisation de l'exposer en quelques mots.

Vous dites dans votre très-remarquable travail : « la doctrine du traumatisme puerpéral reçoit un grave échec de l'existence d'observations incontestables et qui sont vulgaires dans toutes les Maternités, d'où il appert que les accidents peuvent éclater pendant et même avant le travail de l'accouchement. »

Je possède quelques-unes de ces observations, elles sont incontestables, je le reconnais comme vous ; mais elles sont *relativement très-rares*, vous l'admettrez comme moi.

Or, je vous le demande, Monsieur, la doctrine de l'érysipèle traumatique reçoit-elle un *échec grave*, de ce qu'on observe encore assez souvent des érysipèles spontanés, ou du moins, dans lesquels il n'est pas possible de découvrir pour point de départ un traumatisme quelque minime qu'il soit ?

Les femmes enceintes peuvent être prises d'affections puerpérales. Oui. Mais que l'on cite des chiffres. Je suis, pour mon compte, à même de dire aujourd'hui : sur *cent* femmes enceintes, vivant dans un foyer d'infection puerpérale, pas *une* seule ne devient malade. Mais pourrait-on le dire sur deux cents, sur cinq cents, sur mille. Je l'ignore.

Ce qui me surprend, écrivais-je il y a quelques jours, c'est le *très-petit nombre relatif* de ces observations. Comment chez une femme enceinte, dont les parois abdominales, le péritoine, les viscères subissent, en trois ou quatre mois (les derniers de la grossesse), une distension énorme, des pressions, des refoulements, des éraillures, il ne surviendrait jamais de péritonites, de phlébites, etc., et d'infection secondaire, si le milieu y est favorable !

Mais si l'on pouvait placer des hommes valétudinaires ou convalescents de maladies de l'abdomen au milieu des épidémies puerpérales, je pense qu'on en verrait de temps en temps quelques-uns subir l'influence du milieu, s'infecter et mourir. Les hommes n'ont-ils donc jamais de péritonite spontanée !

A fortiori, le verra-t-on parfois chez des femmes, pendant la grossesse, pendant les règles et même chez des femmes bien portantes en dehors de ces états.

Mais répétons-le, ce sont proportionnellement des observations *très-rares* et qui, pour moi, ne constituent pas un *échec grave* à la doctrine dominante du traumatisme.

Ces observations isolées ne détruiront pas, amoindriront même à peine ce grand fait : *les femmes accouchées qui meurent de maladies puerpérales (et non de fièvre puerpérale) se comptent par milliers, les femmes enceintes ou non qui succombent de la même manière, se chiffrent par unités.* Et que dit la raison en présence de cette proposition indiscutable ?

La raison dit : établissons nos doctrines sur le grand nombre et avouons, s'il le faut, notre impuissance à expliquer des exceptions peut-être réelles, peut-être apparentes.

Faire le contraire comme certains accoucheurs l'ont fait dans ces trente dernières années ; établir une *unité* puerpérale démentie par l'observation clinique ; baser une doctrine sur quelques très-rares exceptions inexpliquées, si l'on veut, et négliger des milliers de faits acquis, c'est fermer la voie à toute recherche et à tout progrès.

Vous l'avez senti, Monsieur, et je ne saurais vous dire quelle satisfaction j'ai éprouvée, pour ma part, en me trouvant absolument du même avis que vous. Nous avons étudié, tous deux, chacun de notre côté, dans des hôpitaux spéciaux d'accouchements. Nous avons marché sans nous connaître, sans nous concerter, et nos conclusions sont identiques. C'est au moins une probabilité pour être dans le vrai.

Je me trouve honoré, Monsieur, quant à moi, de cet accord, et je vous prie de vouloir bien agréer l'assurance de ma plus sincère estime.

Professeur PAJOT.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des effets de la vératrine et de son efficacité dans le traitement de l'irido-choroïdite rhumatismale.

Un de nos confrères de l'armée, M. Martin, aide-major de première classe, fut atteint, pendant un séjour en Afrique, d'une irido-choroïdite intense avec douleurs et élancements des plus douloureux ; en même temps il eut quelques douleurs aux extrémités. Un traitement antiphlogistique énergique ne put arrêter la marche des accidents qui cédèrent à l'emploi de la vératrine et du sulfate de quinine. M. Martin rapporte avec détail sa propre observation, dans le numéro de janvier du *Montpellier médical*. Voici les conclusions qu'il formule relativement aux effets de la vératrine éprouvés sur lui-même :

1° La vératrine est un agent d'une grande énergie, dont l'emploi doit être surveillé attentivement ;

2° A la dose de 2 centigrammes, la vératrine, prise en une seule fois, a déterminé, demi-heure après son administration, une sensation de chaleur avec picotements qui, de l'estomac se sont vite propagés dans les autres parties du tube intestinal ;

3° Absorbée, la vératrine a influencé la circulation et notablement troublé l'innervation ; les battements du cœur ont été ralentis ; le pouls est devenu moins fréquent et concentré. Il y a eu sensation de chaleur, fourmillements et picotements à la face, surtout *loco dolenti* et aux extrémités ;

4° A la dose de 2 centigrammes, prise en une seule fois, la vératrine a produit des fourmillements tels, dans les membres, qu'ils provoquaient des mouvements involontaires ; la sensibilité de la peau n'a nullement été influencée ;

5° On peut progressivement augmenter la dose de la vératrine : j'en ai pris 5 centigrammes dans la journée, 1 centigramme toutes les quatre heures ;

6° Administrée de cette façon, la vératrine détermine quelques nausées, et les effets qu'elle produit sur la circulation et l'innervation sont moins violents ;

7° Son action purgative, à la dose de 1 centigramme, n'a pas été démontrée dans le cas spécial ;

8° La vératrine a été préconisée pour combattre les affections rhumatismales ; son efficacité a été incontestable dans l'irido-choroïdite dont j'ai été atteint ;

9° Les effets produits par la vératrine ne pourraient-ils pas faire supposer que ce médicament pourrait être avantageusement employé dans le traitement des hémiplégies ou des paralysies en général ?

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 11 avril 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine.

— M. le Président remet, au nom de madame Morel-Lavallée, une série d'*observations inédites* recueillies par notre regrettable collègue ; ces observations seront examinées par la commission qui avait déjà été chargée de faire un premier rapport.

— M. le président annonce que M. le professeur Bardinet, membre correspondant, directeur de l'École préparatoire de médecine de Limoges, assiste à la séance.

M. le docteur Bergh, médecin de l'hôpital de Copenhague, M. le docteur Hugenberger, de St-Pétersbourg, médecin en chef de l'Institut de la grande duchesse Hélène et M. le docteur Lazaréwitch, professeur à l'Université de Kharkoff, assistent également à la séance.

DISCUSSION.

Hygiène des maternités.

M. TRÉLAT. Messieurs, l'empressement avec lequel vous avez accueilli cette discussion, l'attention que vous avez prêtée à l'importante communication de notre collègue M. Tarnier, témoignent de l'intérêt que vous portez à la question soulevée parmi nous. Je vous apporte le contingent de mes études et de mes réflexions, et s'il m'arrive de revenir sur des faits déjà connus de vous, je réclame d'avance votre indulgente attention pour ces répétitions inévitables.

Pour ménager vos moments, je ne m'arrêterai pas sur ce fait capital que la mortalité dans les maternités est considérablement plus élevée que dans toute population extra-hospitalière. Je considère cette proposition comme démontrée et à l'abri désormais de toute contestation. Toutes les recherches entreprises sur ce sujet, depuis dix ans, ont donné le même résultat sans une seule infirmation. Partout, les comparaisons statistiques ont prononcé dans le même sens, et nos confrères d'Allemagne, de Russie et d'Angleterre ont donné une éclatante confirmation aux premières observations faites par M. Tarnier sur la mortalité, suite de l'accouchement, à la Maternité et dans le douzième arrondissement de Paris.

Or, je dis que lorsqu'un fait statistique est ainsi vérifié itérativement un grand nombre de fois et lorsqu'il repose sur des bases d'évaluation aussi larges que celles qu'a utilisées M. Le Fort, on peut le considérer comme établi et hors de discussion.

Cependant, permettez-moi une remarque : oui, nous savons qu'il existe un écart considérable entre les deux mortalités au préjudice des maisons d'accouchement, mais la valeur exacte de cet écart, nous l'ignorons. Pour la connaître, il faudrait être fixé d'abord sur la mortalité générale de l'accouchement. Or, il n'a été fait jusqu'ici aucun relevé complet de cette nature, et, particulièrement en France, on peut dire qu'il n'existe aucun document digne de foi sur les diverses causes de mort, sauf les accidents et les suicides. Peut-être trouverait-on sur ce sujet des renseignements importants dans les remarquables statistiques de la Belgique et du canton de Genève ; le temps m'a manqué pour faire ces recherches et je ne puis que les indiquer.

Il serait bien désirable cependant que nous fussions éclairés sur le chiffre moyen de la mortalité puerpérale, ce chiffre pouvant subir, dans une même localité et sur une nombreuse population, des variations du simple au double.

Ce n'est pas nous qui pouvons faire de pareils dénombrements ; nous n'en possédons pas les éléments. Ce travail revient aux bureaux de statistique ; mais, en présence de l'intérêt persistant qui s'attache à l'hygiène des maternités, il nous appartient d'en signaler l'utilité et même la nécessité.

---

février 1866, comprend 701 membres ; l'an dernier, à pareille époque, elle n'en comptait que 642 ; elle en a gagné 59 pendant l'année courante.

Dans le cours de l'année 1865 expirait la période de cinq ans dévolue aux fonctions de membre de la commission administrative de la Société centrale ; le conseil général de l'association a réélu tous les membres sortants et a remplacé les membres décédés ou empêchés par leurs fonctions, par MM. les docteurs Cerise, Bucquoy et Le Roy de Méricourt.

Voici la situation financière de la Société centrale au 1er janvier 1866 :

Le solde restant en caisse au 1er janvier 1865, le produit des droits d'admission de 25 sociétaires nouveaux, et celui des cotisations de 1865, ainsi que les intérêts des fonds placés, constituent le total de 13,560 fr. 65 cent.

Les emplois des fonds et dépenses de 1865, se décomposent comme il suit :

Secours accordés par la Société	4,110	»
Versements à l'Association générale	1,467	75
Fonds déposés à la Caisse des dépôts et consignations	4,000	»
Dépenses de secrétariat et du trésorier, impressions, distributions, timbres-poste	490	»
Frais de recouvrements des cotisations et droits d'admission	450	»
Liquidation du compte de l'*Annuaire*	420	»
Total	10,937	75

BALANCE DE 1865.

Recettes augmentées de l'encaisse existant au 1er janvier 1865			13,560	65
Emplois et dépenses de 1865	10,937	75	13,560	65
Reste en caisse le 1er janvier 1866	2,622	90		

L'avoir de la Société centrale se compose, au 1er janvier 1866, de :

1° Sommes en dépôt à la Caisse des dépôts et consignations	30,800	»
2° Somme en caisse de la Société centrale	2,622	90
3° Deux titres de rente français 3 p. 100 ensemble de 60 fr.	1,320	»
Avoir de la Société centrale au 1er janvier 1866	34,742	90
L'an dernier, à pareille époque, l'avoir était de	29,154	17
Différence en faveur de 1865	6,588	73

Dans cette même séance M. Henry Roger, secrétaire de la commission de la souscription du monument à élever à Laënnec, a exposé la situation de cette souscription :

La souscription ouverte sous le patronage de l'association a produit jusqu'à ce jour la somme de 16,558 fr. 58 c. A ce chiffre il faut ajouter environ 3,000 fr. qui sont assurés et, d'après l'appréciation du rapporteur, un millier de francs qui sont à l'état d'espérance ; de sorte que le total général devra s'élever à 20,000 fr.

L'artiste chargé de faire la statue de Laënnec est M. Lequesne. L'inauguration du monument ne sera faite probablement qu'après l'exposition de 1867.

— La séance du lundi 9 avril a été consacrée à la lecture du compte rendu de la situation de la caisse générale et de la caisse des pensions viagères.

M. Barrier membre du conseil général et président de l'association du Rhône, a fait un rapport sur les résultats de l'enquête ouverte dans les sociétés locales relative à la révision des lois sur l'exercice de la médecine.

Une discussion a eu pour résultat l'adoption à l'unanimité d'une proposition ainsi conçue :

L'assemblée générale désirant que les efforts de l'association soient immédiatement dirigés vers la répression de l'exercice illégal de la médecine, et craignant qu'en divisant les efforts elle ne les affaiblisse, déclare que les autres questions inscrites au rapport de M. Barrier, sont ajournées et renvoyées au Conseil général pour qu'il agisse dans les circonstances qui lui paraîtront favorables et dans le sens de la majorité exprimée dans l'enquête et dans l'assemblée générale.

M. Houzelot, membre du Conseil général, secrétaire de la société de l'arrondissement de Meaux, a fait un rapport sur la proposition de la société de Puy-de-Dôme relative à l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes.

L'assemblée, après discussion, a adopté les conclusions du rapport tendant à mettre cette question à l'étude dans toutes les sociétés locales, afin qu'un rapport d'ensemble puisse être présenté à la prochaine assemblée générale.

D'autres rapports ont été entendus sur des vœux émis par des sociétés locales : l'un tendant à obtenir que les sociétés locales soient autorisées à présenter à l'Empereur une liste de candidats pour la présidence de leurs sociétés ; l'autre sur la non exécution de l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI, relative à la vente et à l'annonce des remèdes secrets ; un troisième sur l'exigence du timbre pour les certificats délivrés par les médecins ; enfin un dernier sur la proposition de modification du dernier alinéa de l'art. 19 des statuts de l'association générale relatif au nombre des délégués aux assemblées générales.

Ainsi, messieurs, j'abandonne ce point du débat. Je crois que personne, ni parmi les médecins, ni parmi les administrateurs, ne conteste plus que les femmes en couches succombent dans les maternités en beaucoup plus grande proportion que partout ailleurs, et qu'on peut affirmer en prenant les plus faibles évaluations, c'est-à-dire sans aucune crainte d'erreur, que le même acte physiologico-pathologique, l'accouchement, est suivi de mort dix fois plus souvent à l'hôpital que hors de l'hôpital.

Comment se comporte cette excessive mortalité? Atteint-elle indistinctement tous les individus? Suit-elle une marche régulière et continue ou bien est-elle sujette à des variations plus ou moins fortes? Ces variations elles-mêmes sont-elles purement accidentelles ou bien subissent-elles quelque influence que nous puissions découvrir? Telles sont les questions qu'il me semble utile d'examiner maintenant.

La mort frappe dans les maisons d'accouchement sur toutes les catégories d'accouchées; pour aucunes il n'y a d'exception; pour aucunes même de disproportion qui mérite d'être appelée favorable. Cependant, il faut reconnaître que certaines conditions individuelles constituent une prédisposition fâcheuse incontestable.

Je n'ai pas l'intention de m'arrêter sur ce sujet bien connu; j'en toucherai seulement quelques points.

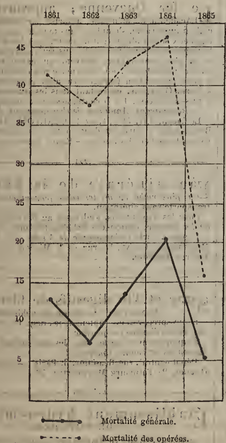
Les fatigues d'un travail long et pénible sont à juste titre considérées comme prédisposant aux affections puerpérales, et, depuis la thèse de M. Lasserre, cette opinion est généralement acceptée. Cet auteur avait noté les différences suivantes : Travail de six à dix-huit heures, 2,54 p. 100 de mortalité. Travail de plus de dix-huit heures, 11,48 p. 100. Tous les faits qui se sont produits sous mes yeux à la Maternité plaident dans le même sens.

La primiparité me semble devoir être rattachée à deux autres éléments; elle constitue un fait complexe dans lequel entrent, pour une certaine part, d'un côté la longueur et les incertitudes d'un premier travail, de l'autre la misère. Je parle bien entendu des femmes qui viennent accoucher à l'hôpital, et là il est incontestable que les primipares sont en général plus misérables que les multipares. Quelle que soit la valeur de cet aperçu que je crois fondé, il n'en reste pas moins que les primipares succombent en plus forte proportion que les multipares.

Quant aux opérations obstétricales, si on se borne à comparer la mortalité générale avec la mortalité à la suite des opérations, on obtient toujours et partout un chiffre beaucoup plus élevé pour cette dernière. Ce résultat est facile à prévoir, il en est des opérations tocologiques comme de la plupart des opérations d'urgence; on les pratique pour porter remède à un état déjà grave par lui-même et elles ont leurs chances d'accidents et leurs complications fréquentes. Aussi, d'après le relevé de M. Späth, cité par M. Le Fort, elles donnent une mortalité de 30 p. 100; d'après mon relevé fait sur cinq années de la Maternité, 1861-65, 38 p. 100, tandis que la mortalité générale est de 12 p. 100 pendant la même période. Mais tant à Vienne qu'à Paris, cette haute mortalité opératoire prend une bien faible part dans la mortalité générale. A Vienne elle représente 6 p. 100 des décès et fait périr seulement 0,7 p. 100 des accouchées; à Paris (Maternité) elle fournit 8,4 p. 100 des décès et cause la mort de 1,01 p. 100 des accouchées.

Vous voyez combien ce contingent est faible et comme cette élévation du chiffre relatif pour les opérations joue un rôle insignifiant par rapport à la mortalité générale.

Mais j'appelle votre attention sur un fait qu'on a trop méconnu jusqu'ici. Ces chiffres de 30 et 38 p. 100 que je citais tout à l'heure ne sont en aucune façon des moyennes de résultats obstétricaux, ce sont des chiffres horriblement chargés, des chiffres qui représentent pour un peu l'acte opératoire et pour beaucoup l'influence pernicieuse de l'hôpital. Je m'explique : je dis qu'en cherchant trop l'influence des opérations sur la mortalité, on n'a pas assez vu la prodigieuse influence de l'état nosocomial sur les résultats opératoires. Celle-ci ressort d'une manière saisissante de mon relevé et peut-être rendue sensible à l'œil par le tracé graphique qui suit. La ligne supérieure indique la marche pour 100 de la mortalité des opérations; la ligne inférieure, la marche de la mortalité générale.



Ces deux lignes ont une marche rigoureusement parallèle; l'une suit l'autre. Quand la mortalité générale est forte, celle des opérations l'est aussi, toute proportion gardée; si la mortalité générale baisse, il en est de même pour l'autre. Et ces variations des résultats opératoires ne sont pas à dédaigner puisqu'elles dépassent 30 p. 100. Au reste, pour éviter toute incertitude et toute équivoque, voici les chiffres :

	Mortalité générale pour 100.	Mortalité des opérations pour 100.
1861	11,73	41,67
1862	7,49	37,50
1863	13,70	42,80
1864	20,26	46,15
1865	5,97	15,62

Ainsi d'une part les opérations interviennent faiblement dans la mortalité générale, d'autre part l'état nosocomial (indiqué par la mortalité) tient sous sa dépendance rigoureuse le résultat des opérations.

Tout le monde est à peu près d'accord pour considérer la misère, et je confonds sous ce titre la misère physique et la misère morale, l'une entraînant l'autre, comme prédisposant aux maladies puerpérales. Je ne vais pas à l'encontre de cette proposition, mais je soutiens avec la plupart de nos collègues, avec M. Tarnier, avec M. Hervieux, M. Le Fort, qu'elle n'est vraie que dans l'enceinte des maternités et encore il s'en faut qu'elle soit en tout temps évidente.

Cette influence n'est guère appréciable par les méthodes statistiques qu'en comparant la mortalité relative des femmes mariées et celle des filles mères, ces dernières étant en général de beaucoup les plus misérables. Déjà M. Tarnier, après avoir rappelé la différence qui existe entre les deux hôpitaux de Lyon, dont l'un ne reçoit que des femmes mariées, nous citait une statistique de trois années. Voici les résultats d'un dépouillement qui m'a été remis par le directeur de la Maternité, M. Richer.

MORTALITÉ POUR 100.

	Femmes mariées.	Filles mères.
1855	2,90	3,98
1856	5,09	6,03
1857	9,91	2,62
1858	3,35	3,39
1859	7,57	8,36
1860	5,79	12,80
1861	6,47	12,78
1862	7,43	7,49
1863	9,45	14,66
1864	12,63	21,56
Moyennes	6,19	8,97

Pendant toutes ces années, sauf en 1857, les filles mères ont fourni un chiffre proportionnel de décès supérieur à celui des femmes mariées et la moyenne de ces dix années accuse la même différence. Celle-ci n'est probablement pas aussi considérable qu'elle devrait être, par la raison que sous la rubrique : femmes mariées, on comprend à la Maternité des veuves et des femmes séparées de leur mari qui, au point de vue de la vie matérielle, sont exactement dans la même situation que les filles mères.

J'avais pensé à un autre moyen de constater l'influence de la misère. Je m'étais dit que les femmes admises à la Maternité pendant le cours de la grossesse ne sont reçues que sur leur demande et que cette demande est dans la grande majorité des cas une preuve de dénument. En conséquence, voulant connaître les mortalités comparées des femmes arrivant à l'hôpital pendant la grossesse, et de celles qui viennent seulement pour accoucher, je demandai au directeur de la maison des documents sur ce sujet, et il me fournit le tableau qui depuis a été publié par M. Hervieux.

Ce tableau pris en bloc peut être interprété dans le sens que j'avais pressenti, à savoir que si c'est la misère qui conduit les femmes à l'hôpital plus ou moins longtemps avant leurs couches, ces femmes misérables payent à la mort un plus fort tribu que celles qui peuvent attendre au dernier moment pour se présenter à la Maternité.

Mais ce relevé pouvait être appliqué à l'étude d'une autre question bien importante soulevée par notre collègue M. Tarnier, je veux parler de ce qu'on a nommé l'acclimatement des femmes en couches c'est-à-dire de l'influence qu'un séjour plus ou moins prolongé dans une Maternité avant l'accouchement, exerce sur la mortalité des femmes qui ont séjourné.

Vous savez, messieurs, que notre collègue avait confirmé par ses propres recherches faites en 1856, l'opinion antérieurement émise par MM. Lasserre, Botrel et Charrier. En présence des chiffres nouveaux et plus considérables mis à sa disposition par l'administration de l'Assistance publique, il a abandonné cette opinion; mais il reste dans le doute et n'ose conclure à l'influence fâcheuse du séjour antérieur à l'accouchement.

Je crois cependant que telle est la vérité. Vous allez en juger.

Le dépouillement que je possède porte sur onze années, 1855 à 1865. Il est divisé en deux catégories : d'un côté les femmes accouchées le jour de leur entrée, de l'autre les femmes ayant séjourné plus d'un jour avant l'accouchement. Pour la première catégorie le coefficient de la mortalité est 7,39 p. 100. Pour la seconde 10,21 p. 100. Pendant chacune de ces onze années sans exception, il en a été de même : le chiffre mortuaire des femmes accouchées immédiatement restant toujours plus faible que l'autre.

Pour les années 1860 à 1865, M. Tarnier nous a communiqué une autre coupure. Les accouchées sont réparties en trois classes : accouchées le jour de leur entrée; accouchées dans les huit jours après l'entrée; après plus de huit jours. Voici les chiffres de quelques années : 1862 : 5,93 p. 100, 9,08 p. 100, 6,70 p. 100. — 1864 : 16,32 p. 100, 19,81 p. 100, 24,76 p. 100. — 1865 : 5,27 p. 100, 5,67 p. 100, 8,86 p. 100. Enfin les moyennes de ces cinq années sont : 10,20 p. 100, 13,14 p. 100, 12,90 p. 100.

M. Le Fort a publié dans son livre un tableau de M. Späth qui touche à notre sujet. Seulement M. Späth tient compte non des mortes mais des malades; de plus ses coupures sont différentes de celles que je viens de citer, mais pour la facilité de la comparaison je les ai ramenées à la même formule. Voici le résultat pour l'année 1862, la seule indiquée : les femmes accouchées le jour de leur entrée donnent 18,5 p. 100 de malades; celles qui ont séjourné huit jours 25,4 p. 100; après huit jours 21,4 p. 100.

La conclusion est dans tous les cas la même. Qu'on envisage la morbilité ou la mortalité, l'influence du séjour dans l'hôpital est fâcheuse toujours et partout, tel est le langage de la statistique au moins d'après tous les documents que nous possédons aujourd'hui.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement la statistique qui parle ainsi, ce sont encore les faits isolés.

M. Tarnier et M. Hervieux nous ont cité les cent femmes enceintes qui, en 1862, furent indemnes de toute affection puerpérale dans le service de M. Pajot, quoiqu'en contact avec des femmes malades et mourantes. Elles furent invulnérables pendant la grossesse; mais l'accouchement venu, avaient-elles bénéficié de l'accoutumance? C'est M. Pajot qui va répondre : « non elles ne s'acclimataient pas, puisque, après l'accouchement, elles retombaient sous la loi générale et mouraient à leur tour. »

Pour être isolé, ce fait est loin d'être unique. M. Tarnier nous a appris lui-même le sort des femmes enceintes qui, lors de l'évacuation de la Maternité en 1856, furent envoyées dans d'autres hôpitaux. Celles qui entrèrent à Lariboisière où il ne régnait *pas encore* d'épidémie, y succombèrent presque toutes. Ainsi elles apportèrent avec elles la maladie qu'elles avaient puisée à la Maternité, et en furent les premières victimes après l'accouchement.

M. Labéda a vu se reproduire exactement le même fait, l'année dernière (1865) à l'hôpital Saint-Louis. Les pauvres transfuges de la Maternité périrent du feu qu'elles avaient allumé.

M. Hervieux nous rappelle des observations identiques faites en 1843 et 1844 par MM. Bidault et Arnoult à l'Hôtel-Dieu annexe : 64 femmes enceintes venues de la Clinique et de la Maternité envahies par l'épidémie, donnèrent une mortalité de 23 p. 100, tandis que dans un service voisin les femmes de la ville perdaient seulement 4 p. 100.

On a cité ces faits pour prouver la contagion. Je le veux bien. Mais ne prouvent-ils pas que loin de s'acclimater et de s'aguerrir contre les influences léthifères, ces malheureuses femmes s'en étaient imprégnées; qu'elles les portaient avec elles, en elles et que c'est dans l'hôpital, pendant leur séjour antérieur à l'accouchement, que la mort avait posé son doigt sur leur front!

Cette influence du séjour antérieur à l'accouchement peut être prouvée encore d'une autre façon qui la précise et l'explique à la fois. Le directeur de la Maternité, qui s'occupe avec un soin constant de recueillir et de conserver les documents statistiques, avait pensé que pendant les années à forte mortalité le séjour était nuisible, tandis qu'il était innocent ou même favorable dans les années exemptes d'épidémie. M. Hervieux a indiqué ce fait dans son mémoire.

J'ai recherché ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans cette assertion, et voici comment je m'y suis pris. La mortalité des femmes qui ont séjourné dans la Maternité dépassant toujours celle des femmes entrées au moment du travail, j'ai calculé, pour chacune des onze années de mon relevé, la valeur de cet excédent ou, en d'autres termes, la différence entre les deux mortalités et j'ai vu que cette différence est d'autant plus grande que la mortalité générale est plus élevée. D'où je tire cette conclusion que le séjour des femmes enceintes est dangereux en raison directe de l'état sanitaire. Dès lors il n'y a plus seulement opposition entre les résultats d'années excessives en bien ou en mal, mais un rapport constant entre la situation hygiénique de l'hôpital et son retentissement sur les femmes enceintes qui vivent dans ce milieu.

Je mets en regard des onze années, 1855 à 1865, d'abord la mortalité générale de l'établissement, puis la quantité dont la mortalité des accouchements après séjour dépasse celle des accouchements immédiats.

	Mortalité générale pour 100.	Différence.
1855	3,79	1,46
1856	5,86	2,46
1857	2,89	0,81
1858	3,39	2,24
1859	8,22	1,19
1860	11,62	3,99
1861	11,73	4,15
1862	7,49	2,21
1863	13,70	3,20
1864	20,26	6,68
1865	5,97	1,95

Ces deux colonnes permettent d'établir un tracé dont les deux lignes sont absolument parallèles, sauf pour la seule année 1859; mais l'explication de cette unique exception est facile : la mortalité élevée de 1859 provient d'une recrudescence violente qui eût lieu pendant les mois de novembre et décembre, de sorte que les femmes enceintes qui ont pu souffrir de ce fait sont, pour un certain nombre au moins, accouchées et peut-être mortes au commencement de 1860.

Ainsi après avoir reconnu que l'influence du séjour n'est jamais profitable, nous constatons que cette influence est d'autant plus pernicieuse que la mortalité des établissements est plus élevée. Or, mortalité et morbilité étant congénères en fait d'accouchement, il en résulte que le séjour plus ou moins prolongé n'exerce d'action nuisible qu'en raison de la puissance du milieu morbifique.

Aussi, si on suppose une maternité exemplaire où la maladie et la mort ne feraient que de rares et courtes apparitions, rien n'empêche de penser que les femmes enceintes habiteraient impunément ses murs, et même qu'y trouvant une vie tranquille, une nourriture réparatrice, une cosmétique convenable, elle acquèreraient ainsi une résistance qu'elles n'avaient pas contre les atteintes de la maladie, et arriveraient à fournir un chiffre mortuaire égal ou même inférieur à celui des femmes entrant à l'hôpital pour accoucher. Cette hypothèse semble avoir un commencement de preuve : en examinant les relevés de M. Tarnier, de 1860 à 1865, on voit que la mortalité des femmes qui ont séjourné plus de huit jours, — ce qui peut vouloir dire deux ou trois mois, — est, en général, un peu inférieure à celle des femmes qui sont accouchées peu de jours avant leur entrée.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'avoir longuement insisté sur ce point, mais outre l'intérêt que lui avaient donné les recherches de M. Tarnier, il constitue une indication importante pour l'hygiène des maternités.

Jusqu'ici nous avons vu une seule chose : c'est que certaines catégories de femmes, celles que la misère ou le chagrin a rendues moins résistantes, qui ont été surmenées par la fatigue et la douleur, fournissent à la mort, *dans les maternités*, un contingent plus élevé que les autres. Et comme la misère est la grande pourvoyeuse des maternités, on a dit : misère et mort fréquente sont deux termes qui s'enchaînent et qui expliquent par leur lien la mortalité inexorable des hôpitaux d'accouchement.

Ce raisonnement repose sur une erreur de fait, et roule sur une

erreur de méthode. L'erreur de fait a été démontrée par MM. Le Fort, Tarnier et Hervieux : hors des maternités les prédispositions individuelles s'effacent et les couches se terminent aussi heureusement sur le dernier grabat que sur le lit le plus moelleux. Même dans les maternités il y a des moments, de longs moments, où toutes guérissent en dépit de la misère, des opérations obstétricales, etc. Par conséquent il n'y a pas de lien indissoluble entre ces prédispositions et l'issue funeste de l'accouchement. C'est seulement dans les maternités, et par le fait des maternités qu'il s'établit.

Il y a une erreur de méthode, car en ne prenant que les femmes les moins misérables, les femmes mariées, qui n'ont enduré aucune opération, subi aucun accident, celles-là n'en sont pas moins durement frappées par la mort. Ce n'est qu'une question de plus ou de moins et le moins est encore infiniment trop.

Je n'insiste pas d'avantage, car je crois que nous sommes tous d'accord à cet égard, et que nous ne voyons là que des prédispositions, des aptitudes à contracter les affections puerpérales, mais nullement une cause génératrice de ces affections.

Avant de rechercher la cause ou les causes de ces affections, il nous faut compléter l'étude de la mortalité, la suivre dans sa marche, ses évolutions et ses vicissitudes. Étude capitale pour le problème qui nous occupe, elle va nous révéler des particularités qui n'ont point encore été suffisamment exposées et qui sont la clef de questions difficiles à résoudre. (*A suivre.*)

M. LE FORT. Il serait à désirer que les tableaux graphiques dressés par M. Trélat, à l'appui de son argumentation, fussent insérés au bulletin.

Cette proposition est adoptée.

COMMUNICATION.

Extirpation de l'utérus. — Guérison.

M. CHASSIN lit une observation d'extirpation de l'utérus, pratiquée pour une inversion complète et ancienne ; la pièce pathologique est mise sous les yeux de la Société. M. Chassin désire être compris au nombre des candidats au titre de membre correspondant national.

Commissaires : MM. Tillaux, Tarnier, Guyon.

La séance est levée à cinq heures et demi.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

177. Emploi thérapeutique du chloroforme, par C. L. Plumerel.

178. De l'empoisonnement aigu par le phosphore, par J. Breyton.

179. Quelques considérations sur les causes et le traitement de la tumeur lacrymale, par H. L. Masson.

180. Étude sur les aliénés au point de vue de la nuit, par A. Poret.

181. Structure et texture des artères, par Gimbert.

182. Considérations sur l'origine et la nature du miasme paludéen, par N. C. Maldaresco.

183. Des procidences des membres au point de vue de l'obstacle qu'elles peuvent apporter à l'accouchement, par V. Toussaint.

184. Des tumeurs de l'orbite formées par du sang en communication avec la circulation veineuse intra-crânienne, par E. J. Dupont.

185. Essai sur l'inflammation subaiguë de la prostate chez les adultes, par O. F. Deniau.

186. Étude sur l'hépatite des pays chauds, par T. Reboulleau.

187. Des antiseptiques, par L. Coste.

DÉCRET

CONCERNANT L'APPLICATION DE LA PILE DE VOLTA.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Vu les décrets des 23 février 1852 et 18 mai 1858 ;

Vu la loi en date du 28 mars 1866, en vertu de laquelle un prix de 50,000 francs à décerner dans cinq ans est institué en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra la pile de Volta applicable avec économie soit à l'industrie, comme source de chaleur, soit à l'éclairage, soit à la chimie, soit à la mécanique, soit à la médecine pratique,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Les savants de toutes les nations sont admis au concours du prix ci-dessus mentionné.

Art. 2. Ledit concours restera ouvert pendant cinq ans, à partir de la date du présent décret.

Art. 3. Une commission, nommée par notre ministre de l'instruction publique, sera chargée d'examiner les travaux de découvertes de chacun des concurrents et de reconnaître s'ils remplissent les conditions requises.

Art. 4. Notre ministre de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 18 avril 1866.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre de l'instruction publique,

V. DURUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— L'assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu, le 11 avril, à l'École de pharmacie, sous la présidence de M. Em. Genevoix. M. Am. Vée, secrétaire général, a présenté le compte rendu des travaux du conseil d'administration. La société se compose de 465 membres. L'encaisse est de 67,000 fr. ; la somme des secours donnés aux veuves et aux orphelins est de 3,500 fr. Les élections ont terminé la séance. Cent soixante sociétaires ont pris part au vote. Ont été nommés à une très-grande majorité :

Vice-président: M. Favrot ;

Secrétaire-adjoint : M. Caroz ;

Conseillers : MM. Em. Genevoix, A. Vée, Lebrou, Surun, Comar, Dubrac.

Le conseil d'administration, pour l'année 1866-1867, est ainsi composé :

MM. Massignon, président ; Favrot, vice-président ; Leprat, secrétaire général ; Caroz, secrétaire adjoint ; Buirat, trésorier ; Collas, Ferrand, Boucher, Desnoix, E. Genevoix, Am. Vée, Lebrou, Surun, Comar, Dubrac.

Dans la première partie de la séance, la distribution annuelle des prix à 16 élèves stagiaires a eu lieu, dans l'ordre ci-dessous, à la suite du rapport présenté par M. Mallard.

PREMIÈRE DIVISION. — *Premier prix.* — M. Desaux, élève chez M. Surbled.

Deuxième prix, ex æquo. — MM. Wesson, élève chez M. Coindet, Legrand, élève chez M. Remond.

Mention honorable, avec livres. — M. Marmonier, élève chez M. Lebeault.

DEUXIÈME DIVISION. — *Premier prix, ex æquo.* — MM. Dangreau, élève chez M. Victor Garnier ; Blot, élève chez M. Bourières.

Deuxième prix, ex æquo. — MM. Eudes, élève chez M. Soubert ; Duquesnel, élève chez M. Schaeufféle.

Première mention honorable, avec livres. — M. Pairone (Giacomo), élève chez M. Demailly.

Deuxième mention honorable, ex æquo, avec livres. — MM. Mouysset, élève chez M. Ferrand ; Lewis, élève chez M. Geneau.

TROISIÈME DIVISION. — *Premier prix.* — M. Binard, élève chez M. Tricard.

Deuxième prix, ex æquo. — MM. Baylé, élève chez M. Eyguières ; Martin, élève chez M. Taffoureau.

Troisième prix, ex æquo. — MM. Bucaille, élève chez M. Sampso ; Burck, élève chez M. Comar.

Première mention honorable, sans livres. — M. Payelle, élève chez M. Bosredon.

Deuxième mention honorable, sans livres. — M. David, élève chez M. Sulot.

— M. Foucher commencera ses leçons sur les opérations qui se pratiquent sur l'œil, le lundi 26 avril à 9 heures, à l'hôpital Saint-Antoine.

Il continuera les conférences cliniques les lundi et vendredi de deux à quatre heures à la consultation du bureau central (Parvis Notre-Dame, 2).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se tronvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Geneve, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Bnénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du rhumatisme viscéral, par M. le docteur BALL. In-8° avec planches. Prix : 4 fr.

Étude sur la mort, son mécanisme, déductions pratiques, par le docteur FERRAND. In-8°. Prix 2 fr. 50. — Paris, 1866, P. Asselin,

De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique, par le docteur Constantin PAUL. In-8°. Prix ; 3 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

De la tuberculisation en général, par M. le docteur PÉTER, In-8, prix : 3 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Des différentes formes de ramollissement du cerveau, par M. le docteur PROUST. In-8, prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, P. Asselin.

Traité de la dyspepsie, par M. le docteur BEAU, médecin de l'hôpital de la Charité, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine. Un vol. in-8, cartonné à l'anglaise, prix : 6 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 48. — MARDI 24 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 24 AVRIL 1866. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant M. JOBERT (de Lamballe).

Atrophie papillaire, Ambliopie au début de la paralysie générale.

Au moment de commencer des leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, un sentiment de reconnaissance bien vive me porte à rappeler dans cette enceinte tout ce que je dois à mes illustres maîtres MM. Nélaton et Velpeau. Ce sont eux qui ont fait mon éducation chirurgicale.

Appelé à remplacer près de vous un chirurgien éminent qu'une maladie cruelle a subitement atteint, je vous prie, messieurs, de partager avec moi les sentiments de regrets légitimes que nous inspire l'état de santé du titulaire de cette chaire.

La clinique peut prêter à des considérations générales qui sont loin d'être sans valeur ; j'aurais pu tenter, par exemple, de classer les maladies chirurgicales, de formuler des règles sur les éléments du diagnostic ; ou bien encore j'aurais pu comparer entre elles les grandes méthodes thérapeutiques. Mais j'estime qu'il faut laisser à nos maîtres dans l'art le soin de traiter toutes ces questions de synthèse; elles exigent une grande maturité de jugement et surtout une longue pratique.

Nous nous contenterons d'étudier les malades tels qu'ils se présenteront à notre observation. Je m'efforcerai d'analyser les symptômes et d'en préciser la signification ; c'est en procédant de la sorte qu'on arrive à faire un diagnostic exact et à poser ce que l'on appelle des indications.

La clinique a pour mission d'utiliser les enseignements de la pathologie, d'une part pour reconnaître les maladies, et d'autre part pour distinguer ce que chaque affection présente de particulier eu égard à tel ou tel individu. Il y a autant de maladies que de malades, et l'art du clinicien consiste à instituer une thérapeutique en rapport avec l'état général et local de chacun des malades. Cela dit, messieurs, j'entre immédiatement en matière.

Nous avons en ce moment dans nos salles deux hommes que le hasard a réunis et placés côte à côte; l'un au n° 20, l'autre au n° 21. Ces deux hommes, messieurs, sont atteints de la même affection, mais à des périodes bien différentes. Cette circonstance nous permettra de vous montrer le début et la terminaison d'une maladie dont le diagnostic ne laisse pas souvent que d'être embarrassant.

Le premier de ces deux malades, celui qui est couché au n° 21, est dans nos salles depuis cinq mois. C'est un tailleur âgé de quarante-sept ans. Il fait remonter l'origine de sa maladie à trois ans et demi. Depuis plusieurs mois il a parcouru un certain nombre de services hospitaliers, il a fréquenté les cliniques spéciales et il a subi différents traitements tous dirigés contre une affection chronique de la vue.

Examinons d'abord les antécédents. Ce malade a toujours joui d'une assez bonne santé ; il est d'ailleurs bien constitué. Il avoue s'être livré à de grands excès vénériens et avoir contracté une syphilis constitutionnelle ; les renseignements qu'il donne à ce sujet ne laissent aucun doute. En l'interrogeant sur les symptômes qui ont marqué le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital, on apprend qu'au milieu de la santé la plus parfaite il éprouva des troubles notables de la vision. Lorsqu'il fixait un objet, il lui semblait qu'un nuage en obscurcissait la clarté; les individus lui apparaissaient environnés de brouillards. En même temps se déclara une céphalalgie frontale persistante. Ce n'est que six mois après l'apparition de ces symptômes qu'il se décida à consulter. A cette époque, les troubles de la vue avaient augmenté, et il avait été forcé d'abandonner sa profession de tailleur. C'est depuis ce moment qu'il a subi un grand nombre de traitements et qu'il a, pardonnez-moi l'expression, traîné d'hôpital en hôpital sans obtenir aucune amélioration.

Je vous ai déjà dit qu'il était dans nos salles depuis plusieurs mois. Pendant cette nouvelle période, les symptômes se sont modifiés, d'autres manifestations sont apparues ; nous y reviendrons. Du reste, en vous décrivant l'état actuel, je vais vous donner une idée très-approximative de l'état de santé du malade lors de son admission à l'Hôtel-Dieu.

État actuel : au moment de la visite vous avez pu voir, messieurs, que cet homme a toutes les apparences d'une bonne santé. Il était en train de coudre, aidé de lunettes grossissantes. Lorsqu'on l'interroge sur son état, il répond qu'il se porte très-bien et que toutes ses fonctions s'exécutent librement; il ne se plaint que de l'affaiblissement de sa vue. Mais vous avez remarqué comme moi de l'indécision dans sa manière de s'exprimer, en même temps qu'une certaine emphase dans ses réponses. La vue de ce malade est singulièrement affaiblie, et pour vous en donner une idée, je vous dirai qu'il lit à peine le titre de la *Gazette des hôpitaux*. Grâce à ses lunettes, il peut encore écrire ; mais les caractères qu'il trace ont de trois à quatre millimètres de hauteur. Tous les objets lui apparaissent environnés de brouillards, mais enfin il peut encore très-bien se conduire.

J'attire, messieurs, votre attention sur un symptôme important. Cet individu n'a plus la notion des couleurs; présentez-lui un papier d'un beau rouge, il vous dira que c'est du gris ou du noir; du reste, aucune douleur dans le globe de l'œil, aucune céphalalgie, par conséquent aucun symptôme pénible.

Notre malade est donc atteint d'une amblyopie qui porte à un égal degré sur les deux yeux, et le problème clinique consiste à déterminer si le trouble de la vue reconnaît pour cause une lésion du globe de l'œil ou une altération située dans l'encéphale.

Si nous examinons les yeux de notre malade, nous voyons que les globes oculaires, un peu saillants par suite de la conformation propre à cet individu, ne présentent aucune augmentation dans leur consistance. Les paupières sont saines; la conjonctive, la sclérotique et la cornée ne présentent aucune altération. L'iris est sain, la pupille est plutôt étroite, mais régulière, et d'une dimension égale pour les deux yeux. Les mouvements de l'iris ne sont point abolis, mais on peut dire qu'ils sont lents.

L'éclairage au moyen d'un simple miroir, permet de constater que les différents milieux du globe de l'œil sont transparents, et qu'aucune circonstance matérielle ne s'oppose au passage des rayons lumineux.

Si maintenant nous faisons intervenir l'ophthalmoscope, nous constatons de suite que le fond de l'œil présente une altération d'une évidence absolue. Pour bien faire comprendre à ceux d'entre vous qui n'ont pas l'habitude de ces sortes d'altération, je vous rappellerai en quelques mots l'état normal du fond de l'œil.

Lorsque la rétine est parfaitement éclairée, on constate tout d'abord l'existence à sa surface d'un petit disque à bords peu accentués, d'une couleur d'un blanc rosé, c'est ce que l'on désigne sous le nom de papille du nerf optique ; c'est en effet le point qui correspond à l'émergence de ce nerf sur la rétine. Au centre de ce disque il y a une très-légère dépression qui correspond à l'arrivée de l'artère et de la veine centrale de la rétine. A part cette dépression, l'ensemble de la papille peut être considéré comme une surface plane. La coloration de la papille n'est point uniforme. On y distingue normalement trois zones concentriques dont une centrale est blanche, une intermédiaire noirâtre et enfin une troisième périphérique qui se rapproche du gris. Ces différentes zones se fondent insensiblement les unes dans les autres par une série de teintes intermédiaires.

Chez notre malade, les choses sont bien différentes; la papille est beaucoup plus apparente qu'à l'état normal, ses bords sont plus accentués, sa couleur est uniforme et d'un blanc mat; aussi le disque papillaire se détache-t-il sur le fond de l'œil, comme le ferait un pain à cacheter blanc sur ce tableau noir. Quelques particularités doivent encore vous être indiquées eu égard aux vaisseaux centraux de la rétine. L'artère est considérablement atrophiée, la veine, au contraire, est largement distendue par le sang. Mais, ce qu'il est important de noter ici, c'est une inflexion dans la direction de ces vaisseaux, inflexion qui correspond à la circonférence de la papille.

Je m'explique : à l'état normal, les vaisseaux qui émergent du centre de la papille gagnent insensiblement la surface de la rétine où ils se perdent ; mais dans leur trajet plus ou moins sinueux, ils occupent toujours le même plan. Chez notre malade, au contraire, il est évident que chaque branche artérielle, en abandonnant la surface papillaire pour gagner la rétine, passe, d'un plan plus profond, vers un plan plus superficiel, d'où il résulte un coude assez brusque qui correspond, comme je le disais tout à l'heure, à la circonférence de la papille.

Ces diverses circonstances : 1° blancheur de la papille ; 2° accentuation de ses bords ; 3° coude des vaisseaux, indiquent d'une manière positive que la surface papillaire s'est creusée en une sorte de cupule du fond de laquelle émergent les vaisseaux rétiniens ; telles sont, en effet, messieurs, les caractères d'une altération matérielle que l'on désigne en clinique sous le nom d'excavation papillaire.

Mais à quoi tient, chez notre malade, cette excavation de la papille ? Nous avons dit que les milieux du globe de l'œil étaient sains, par conséquent il y a lieu d'écarter de suite l'idée d'une excavation ayant pour cause une augmentation dans la pression intra-oculaire. L'excavation, chez notre malade, ne peut être rapportée qu'à une atrophie du nerf optique. En effet, la diminution dans le volume de ce nerf entraîne une sorte de rétraction du cordon nerveux qui attire à lui la papille et détermine mécaniquement l'excavation. C'est ce que M. de Graefe a décrit sous le nom d'excavation par rétraction.

Nous voici plus avancés dans l'analyse du malade, puisque nous sommes arrivés à conclure qu'il n'y a point de lésion oculaire et que l'excavation de la papille n'est qu'un indice de l'atrophie du nerf optique. Il nous reste à déterminer quelle est la raison de cette atrophie.

La vision étant également troublée des deux côtés, nous devons rejeter l'idée d'une lésion limitée au nerf optique ; il faut au moins remonter jusqu'au chiasma de ces nerfs, puisque l'un et l'autre envoient des fibres dans chacun des yeux. Quelques personnes qui ont vu le malade, ont pu admettre qu'il existait à la base du crâne une tumeur située dans le voisinage de la selle turcique, tumeur qui, en comprimant le chiasma, aurait déterminé l'atrophie du nerf optique. On avait même précisé la nature syphilitique de la production.

Vous trouverez dans les *Archives de médecine*, un mémoire de M. Rayer dans lequel on démontre que certaines tumeurs de la glande pinéale ont déterminé l'amaurose et la paralysie de l'olfaction. Ce dernier symptôme existe chez notre malade ; néanmoins je n'hésite pas à repousser l'idée d'une tumeur cérébrale qui aurait atrophié les deux premières paires de nerfs crâniens. Des phénomènes d'un autre ordre seraient indispensables pour justifier cette manière de voir. Il n'y a chez notre malade ni céphalalgie, ni vomissements, ni aucun de ces symptômes qui annoncent l'existence d'une tumeur cérébrale. Il y a plus : une autre circonstance particulière nous permet d'éloigner l'idée d'une gomme située dans le voisinage de la selle turcique. L'examen nous a révélé que non-seulement notre malade était privé de l'odorat et de la vue, mais encore qu'il avait presque complétement perdu le sens du goût. Il faudrait donc, pour expliquer ces différentes paralysies par une compression, admettre soit une tumeur volumineuse, soit des tumeurs multiples ; l'ensemble des symptômes me fait éloigner cette idée.

A quelle cause faut-il donc rattacher cette paralysie par atrophie de la plupart des nerfs de sensation spéciale ? Je crois, messieurs, qu'il faut rapporter toutes ces lésions à une maladie plus générale des centres nerveux, maladie qui est connue sous le nom de paralysie générale progressive.

Cette affection, dont la marche est lente, a pour conséquences l'atrophie des circonvolutions cérébrales, en même temps que celle des principaux nerfs qui émergent de la base du cerveau. Elle pourrait nous rendre compte des différents troubles qui s'observent chez notre malade.

Lorsque cet homme est entré dans notre service, il présentait un symptôme qui a disparu depuis, mais qui a de la valeur, je veux parler du tremblement des membres supérieurs. Actuellement encore vous pouvez observer un signe considéré comme important par tous les aliénistes, le tremblement de la langue. Enfin, comme si rien ne devait manquer au tableau que je trace devant vous, un symptôme nouveau est apparu depuis environ un mois. Le malade, jusqu'alors très-calme, a présenté une variété de délire propre au paralytique général : simple ouvrier tailleur, il se croit appelé à de grandes destinées ; il veut réformer la coupe des habits et prépare en ce moment un grand ouvrage sur la matière.

Vous le voyez, messieurs, le diagnostic est aussi complet que possible ; mais j'attire votre attention sur cette circonstance : notre malade est un paralytique général avec troubles du côté des organes des sens ; mais les troubles de la vue, au lieu de survenir à une période avancée, ont marqué le début de cette terrible affection. Aujourd'hui le diagnostic est possible ; mais pendant longtemps notre malade a été considéré comme un simple amaurotique. En vous faisant l'histoire du deuxième malade, j'espère vous faire assister aux premières phases de la maladie, et surtout vous montrer les lésions du fond de l'œil qui caractérisent le début.

Le pronostic est dans ce cas d'une gravité extrême, et, quoique un amendement très-notable se soit manifesté dans les

symptômes depuis que le malade est en observation, je veux vous prémunir contre une illusion qui ne peut être de longue durée. Cet homme deviendra probablement fou, les troubles de la motilité se prononceront de plus en plus et vous le verrez succomber à une attaque de ramollissement ou d'apoplexie cérébrale.

Nous avons, depuis plusieurs mois, mis ce malade à l'emploi du bromure de potassium à haute dose. Je suis peu disposé à mettre sur le compte de ce médicament la disparition du tremblement des membres, l'état stationnaire de la vision. Observons néanmoins, mais n'oubliez pas que dans la paralysie générale il y a des temps d'arrêt plus ou moins longs, ce qui n'empêche pas les accidents de reparaître et de suivre leur progression fatale.

Abordons maintenant l'histoire du second malade. C'est un jeune homme âgé de vingt-quatre ans. Rien de particulier dans ses antécédents, si ce n'est un abus immodéré des boissons alcooliques et des plaisirs vénériens. C'est là une chose importante à noter, car ces sortes d'excès déterminent presque invariablement tôt ou tard des lésions du côté de l'encéphale.

C'est, comme vous le savez, pour un trouble de la vue que le malade s'est présenté. L'affection a débuté il y a cinq mois seulement, par une céphalalgie persistante; comme chez l'autre malade, les objets apparaissaient environnés d'un brouillard. Depuis, les troubles de la vision n'ont fait qu'augmenter.

Aujourd'hui la céphalalgie persiste et le malade s'en plaint amèrement. L'acuité de la vision est notablement diminuée; c'est à peine si cet homme peut bien lire le titre du *Moniteur*. Les objets sont toujours environnés de brouillards; enfin, chose importante, le malade a perdu la faculté de distinguer les couleurs.

Nous avons dû procéder à l'examen du globe de l'œil. En deux mots je vous dirai qu'il n'y a rien d'anomal ni dans les enveloppes, ni dans les milieux. Le fond de l'œil, au contraire, nous offre des altérations manifestes. Il est très-rouge, les vaisseaux de la rétine sont extrêmement développés, mais ce qui surtout doit attirer votre attention, c'est l'état de la papille. Elle est recouverte par une foule de petits vaisseaux capillaires, qui occupent la plus grande partie de sa surface et cela indépendamment de l'artère et de la veine centrale de la rétine. Ces nombreux capillaires indiquent une congestion évidente du fond de l'œil. Mais d'où proviennent ces vaisseaux? Sont-ce des rameaux qui émergeraient de l'artère et de la veine centrale de la rétine avant leur entrée dans l'œil; la chose est au moins douteuse. Il résulte en effet, des recherches de M. le docteur Galezowski, que la papille reçoit des vaisseaux qui lui sont propres et qui émanent des enveloppes du nerf optique. Le sang qui nourrit la papille n'est donc pas fourni par l'artère ophthalmique; la circulation de la papille est une dépendance de celle des méninges. Ceci, messieurs, a une grande importance, car cette congestion de la papille reflète un état analogue des enveloppes du cerveau. La céphalalgie intense dont se plaint si vivement notre malade vient à l'appui de ce que nous avançons.

Outre cette injection de la papille, il faut noter, dans une portion de sa circonférence, un commencement notable d'excavation qui se traduit par la décoloration et par des coudes très-accentués dans les vaisseaux rétiniens.

Le diagnostic anatomique peut être formulé de la manière suivante : congestion du nerf optique et de la papille, ou bien encore neuro-rétinite avec commencement d'excavation.

A quelle cause peut-on rapporter cette amblyopie, dont la gravité ne saurait nous échapper? Je crois, messieurs, qu'il y a lieu de soupçonner que notre malade est au début d'une paralysie générale. En effet, cette affection commence souvent par une congestion des méninges succédant aux excès alcooliques. Or, chez notre malade, l'état des méninges nous est révélé par l'injection de la papille, ainsi que par la céphalalgie : à la congestion des méninges succèdent leur épaississement et l'atrophie avec ramollissement de la substance nerveuse; chez notre malade, un certain degré d'excavation de la papille vient nous indiquer que l'atrophie s'est déjà emparée du chiasma des nerfs optiques; il y a donc, vous le voyez, certaines présomptions. J'ajouterai que deux autres signes viennent encore corroborer notre manière de voir. Il y a : 1° un tremblement très-accentué de la langue en même temps qu'une certaine lenteur dans l'articulation des mots; 2° on constate une diminution dans la force musculaire des membres inférieurs. L'intelligence est obtuse.

Je ne saurais, messieurs, être plus affirmatif. Je crois que nous assistons au début d'une paralysie générale, mais néanmoins je dois faire quelques réserves. C'est un malade qu'il faut observer, et si le diagnostic se confirme, ce sera un nouvel exemple de paralysie générale débutant par un trouble de la vue.

L'ophthalmoscope, qui a rendu déjà tant de services, permettrait donc, dans quelques cas, de reconnaître au début une affection bien grave des enveloppes du cerveau, circonstance qui pourrait rendre certainement d'incontestables services à la thérapeutique.

Notre malade est jeune, menacé de perdre la vue; je crois qu'il est de notre devoir d'agir énergiquement. Déjà des purgatifs, des révulsifs, et enfin un séton à la nuque ont fait disparaître la céphalalgie. Nous continuerons l'emploi de ces moyens, auxquels nous avons ajouté l'usage à l'intérieur du bromure de potassium à haute dose.

ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES.

A Monsieur le docteur Pajot,

Professeur d'accouchements à la Faculté de Paris.

Monsieur,

Merci mille fois de votre très-bonne et très-gracieuse lettre; merci surtout de l'occasion que vous m'offrez de m'expliquer sur l'intéressante question que vous avez soulevée. J'espère vous prouver que notre désaccord est plus apparent que réel et que vos conclusions sont, ainsi que vous l'avez dit si obligeamment, absolument les miennes.

J'admets la doctrine du traumatisme puerpéral et je crois, comme vous, monsieur, qu'elle est applicable à un grand nombre de cas et notamment aux affections puerpérales sporadiques.

Je n'admets pas cette doctrine en tant qu'elle serait exclusive et qu'elle aurait la prétention d'embrasser et d'expliquer tous les cas d'affections puerpérales sans exception.

Eh bien, monsieur, vous n'êtes pas à cet égard plus absolu que moi, et la preuve c'est que vous avez comme moi recueilli des cas d'empoisonnement puerpéral, se traduisant par des frissons, de la fièvre, de la sensibilité ou des douleurs abdominales, etc., tout cela soit pendant le travail de l'accouchement, soit même un ou plusieurs jours avant le début du travail.

Notre désaccord, si désaccord il y a, ne porte que sur le nombre de ces cas qui, selon vous, sont très-rares, et selon moi assez fréquents, en d'autres termes sur une différence du plus au moins, c'est-à-dire une nuance, un détail, qu'on pourrait négliger, mais qui me paraît facilement explicable par ce fait que nous n'avons pas observé sur le même théâtre.

La Maternité a été, comme vous le savez, monsieur, cruellement éprouvée dans ces dernières années. Elle a eu à souffrir d'épidémies aussi longues que désastreuses. Or, c'est dans ces années à épidémies véhémentes que se produisent particulièrement les cas d'empoisonnement puerpéral antérieur à l'accouchement. Je ne suis pas en mesure de vous en dire ici le chiffre exact, mais je ne crois pas m'éloigner beaucoup de la vérité en l'évaluant pour les années épidémiques à 2 à 3 sur 100 accouchées malades, proportion qui serait déjà selon moi assez considérable.

Oui, monsieur, quand la mortalité atteint ces moyennes effrayantes, désordonnées, dont nous avons été témoin en 1865 et tout récemment en janvier et février 1866, le principe toxique ne se borne plus à frapper les accouchées après la parturition; il atteint les femmes enceintes dans une assez forte proportion et voici alors ce que j'ai observé :

1° Dans le plus grand nombre de cas (je parle toujours d'empoisonnement préalable) c'est pendant le travail que se manifestent les frissons, la fièvre, etc., les douleurs abdominales, l'altération des traits, la diarrhée, etc., et ces symptômes continuent de se développer après l'accouchement;

2° Dans un nombre de cas beaucoup plus restreint, les symptômes précédemment indiqués se produisent un jour, quelquefois deux et même trois avant le début du travail;

3° Enfin, il est une catégorie de cas beaucoup plus rares et qui m'ont extrêmement impressionné au point de vue pathologique, ce sont ceux dans lesquels les femmes enceintes présentent pendant un et même plusieurs septenaires une fièvre continue avec ou sans douleurs abdominales, mais compatible pourtant avec une certaine régularité des principales fonctions. Ces cas sont encore pour moi des cas d'empoisonnement puerpéral préalable à l'accouchement, mais d'empoisonnement à marche lente presque chronique. Et voici sur quoi je me fonde, c'est que ces malheureuses chez lesquelles j'ai constaté ainsi un état fébrile continu pendant les jours ou les semaines qui précédaient l'accouchement présentaient, constamment après cet acte accompli, des accidents puerpéraux graves et le plus souvent mortels.

Ces diverses catégories de cas ne vous sont pas, monsieur, aussi familières qu'à moi, d'abord parce que la population des femmes en couches est plus grande à la Maternité qu'à la Clinique; en second lieu, parce que la Clinique a été beaucoup moins souvent que la Maternité aux prises avec des épidémies meurtrières comme celles que nous avons traversées dans ces dernières années.

Voilà, monsieur, selon moi, la cause de notre légère divergence d'opinions sur le point que vous m'avez signalé. D'ailleurs, je suis bien heureux de me trouver en communion d'idées avec un homme aussi compétent, aussi autorisé que vous, et si je n'ai pas, pour défendre mes idées, cette fascination de la parole qui enchaîne toute notre jeunesse médicale aux pieds de votre chaire, j'ai du moins comme vous des convictions énergiques, une foi profonde dans la cause que je soutiens, et un amour sincère de la vérité.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués, E. HERVIEUX.

DU CHLOROFORME DANS L'ÉCLAMPSIE,

Par M. le Dr JULES DE SOYRE.

On a quelquefois, dans l'éclampsie, essayé l'emploi du chloroforme qui a paru donner des résultats peu satisfaisants.

Ce n'est pas sans avoir réfléchi très-attentivement que j'émettais cette opinion dans un article publié le 27 janvier dernier par la *Gazette des Hôpitaux*. Car, malgré les travaux sérieux qui ont paru sur la curabilité de l'éclampsie par le chloroforme, cette question reste dans une incertitude que peut-être bien des années encore ne feront pas disparaître. Il est vrai que le chloroforme fait, dans quelques circonstances, avorter l'accès éclamptique, mais il est très-contestable que ce résultat amène une guérison certaine. Si un pareil moyen thérapeutique était souverain, pourquoi ne serait-il pas accepté et pratiqué depuis longtemps d'une façon régulière à la Clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris, là où l'on reçoit proportionnellement un si grand nombre d'éclamptiques. Cette clinique ne fait-elle pas suffisamment autorité? N'a-t-elle pas été dirigée pendant vingt-huit ans par un professeur d'un rare mérite, M. Paul Dubois? Ne nous a-t-elle pas donné les maîtres Cazeaux et Chailly, les professeurs Depaul et Pajot, et cette légion d'agrégés et de chefs de clinique dont quelques-uns siégent à l'Académie de médecine?

M. le professeur Paul Dubois n'a jamais hésité à se servir du chloroforme pour les cas de dystocie et l'usage en est toujours fréquent à la Clinique. Mais, pour l'éclampsie, après avoir employé cette thérapeutique, M. Paul Dubois y renonça. Cependant il n'était pas l'adversaire de l'emploi du chloroforme dans l'éclampsie, et il laissa volontiers expérimenter des anciens internes de la Maternité, devenus ses chefs de clinique, quand ils paraissaient avoir quelque confiance dans ce moyen de guérir l'éclampsie. Les résultats ne furent pas bien décisifs et les suppléants de M. Dubois n'ont pas démontré l'utilité incontestable du chloroforme dans l'éclampsie. M. le professeur Depaul en particulier n'en est pas partisan.

Si mes souvenirs sont exacts, c'est, je crois, le 5 janvier 1849 que M. Dubois employa pour la première fois le chloroforme dans l'éclampsie. Déjà plusieurs guérisons par ce procédé thérapeutique avaient été obtenues et naturellement elles avaient fait un grand bruit.

OBS. I. — Le 5 janvier 1849, à quatre heures du matin, on amena à la Clinique Marie D..., domestique, âgée de vingt et un ans, primipare à terme. Elle avait une infiltration des jambes depuis dix jours. Le 4 janvier, à huit heures du soir, peu après son dîner, elle eut une attaque d'éclampsie. Les médecins appelés dans cette circonstance pratiquèrent une saignée, mais, n'obtenant pas d'amélioration dans l'état de la malade, ils décidèrent à trois heures du matin de la faire conduire à la Clinique.

A la salle d'accouchement on appliqua des sangsues aux apophyses mastoïdes et des sinapismes aux mollets de cette jeune femme. M. Dubois pratiqua, à neuf heures du matin, une saignée de 250 grammes et à dix heures on employa le chloroforme que j'étais chargé de faire respirer à l'aide d'une éponge imbibée de ce liquide. Voici ce que j'observai :

Au début de l'accès les bras se tournaient dans la rotation en dedans; il y avait de la roideur dans les articulations; les doigts crispés renfermaient le pouce dans la paume de la main; le pouls était irrégulier, très-fréquent et très-petit. Si à ce moment je faisais respirer du chloroforme, la résolution s'opérait dans les membres, le pouls se régularisait, il diminuait de fréquence et il augmentait d'intensité. L'accès disparaissait complétement. Au moindre signe d'un accès, j'employais de nouveau le chloroforme et on a ainsi évité, pendant une heure et demie, une série d'accès qui se reproduisaient auparavant tous les quarts d'heure. Mais l'action du chloroforme s'épuisa peu à peu, et à onze heures et demie un accès se déclara, malgré le chloroforme, avec toutes ses périodes; il fut suivi d'un nouvel accès à midi et d'un autre accès à midi vingt minutes. A midi et demi, la dilatation de l'orifice utérin était complète, M. Dubois fit une application de forceps et amena un garçon mort, d'un très-fort volume, qui fut pesé et mesuré par moi-même. (Poids : 3,925 grammes; longueur totale, 53 centimètres. Diamètre de la tête : occipito-frontal, 12 centimètres 1/2; occipito-mentonnier, 14 1/2; bi-pariétal, 10 1/2; sous-occipito bregmatique, 10 centimètres 1/2.)

Dans la leçon qui suivit, M. Dubois s'exprima ainsi :

« Le chloroforme employé a paru produire une résolution complète « et une moindre fréquence des accès convulsifs. La flexion des « doigts et des poignets a cessé sous son influence, la respiration de« venait plus régulière et moins forte; le pouls était moins tumul« tueux et plus fort. Quand le chloroforme n'a plus rien produit, on « en a cessé l'emploi. »

Les accès d'éclampsie ont duré pendant vingt-quatre heures (du 4 janvier à huit heures du soir au 5 janvier huit heures du soir). Le 6 janvier une monomanie puerpérale se déclara et dura quelques jours. L'application trop prolongée des sinapismes sur les jambes détermina de la gangrène, puis une angine pseudo-membraneuse survint, et la malade succomba le 19 janvier, mais ce n'était pas à une péritonite puerpérale.

A l'autopsie faite le 20 janvier, le cerveau n'offre rien de particulier. Rougeur des voies respiratoires. Rien au péritoine. Les reins offrent une hypérhémie notable, un premier degré de néphrite même. Rien à l'utérus. Un corps jaune encore visible.

OBS. II. M. Charrier, pendant son internat à la Maternité, obtint, par le chloroforme, un succès dont on trouve l'analyse dans la thèse d'agrégation de M. Blot pour l'année 1857. Devenu chef de clinique de M. Dubois, M. Charrier obtint l'autorisation d'employer le chloroforme sur une éclamptique arrivée dans le service. L'élève externe fut chargé de faire respirer cet anesthésique, mais forcé de s'absenter il confia ce soin à un élève instruit et d'une probité médicale exemplaire, M. Théodore Ganhal. Dès le début de l'accès, M. Ganhal employait le chloroforme et l'accès disparaissait. Au retour de l'externe, M. Ganhal lui fit part de son observation et en fit l'épreuve devant lui, mais l'externe doutait toujours. On attendit un nouvel accès; le chloroforme fut mis de côté; l'accès parut avec toutes ces périodes; il fut le dernier et la malade mourut.

Un exemple pareil m'a été communiqué par M. Tarnier, qui reste encore dans une bien légitime incertitude sur la possibilité de guérir l'éclampsie par le chloroforme.

MM. Danyau et Tarnier donnaient des soins à une dame atteinte d'une éclampsie des plus graves. L'état était tel que le soir M. Danyau fut d'avis de tout mettre en usage. M. Tarnier passa la nuit entière

auprès de la malade, lui faisant respirer du chloroforme dès les premiers signes d'un accès. Il obtint ainsi huit heures de calme, et il avait employé 400 grammes de chloroforme. M. Danyau à sa visite du matin fit suspendre l'usage de l'anesthésique; un accès complet survint, puis cette dame mourut.

Autre exemple.

Une jeune primipare accoucha très-heureusement à huit mois et demi de grossesse d'une petite fille bien portante, le 19 décembre 1862 à huit heures du soir. Dix heures s'étaient écoulées depuis son accouchement, lorsque apparut une éclampsie pour laquelle on alla chercher à six heures du matin M. Guéniot. Trois accès s'étaient déjà présentés; notre confrère employa 100 grammes de chloroforme sans obtenir de modifications notables. La malade fut dirigée sur la Clinique où elle arriva à midi, le 20 décembre, après avoir déjà eu onze accès éclamptiques. A une heure cinquante minutes le nombre des accès s'élevait à quatorze; on pratiqua une saignée de 500 grammes; on appliqua 12 sangsues aux apophyses mastoïdes; on donna du calomel et du jalap (aa 0,50 centigr. divisé en 10 paquets, un paquet d'heure en heure) et un lavement purgatif. Pendant trois heures environ les accès furent suspendus. Le quinzième accès eut lieu à quatre heures vingt-cinq et le seizième à quatre heures quarante-cinq. Une nouvelle saignée fut pratiquée et produisit du calme pendant sept heures. A onze cinquante-cinq du soir parut le dix-septième accès suivi d'un repos pendant six heures. Enfin le dix-huitième et dernier accès se montra à six heures du matin le 21 décembre 1862. Ici c'est à la saignée et non au chloroforme qu'il faut attribuer les résultats favorables survenus dans les accès. Mais la malade succomba à une péritonite puerpérale.

Je vis, le 19 août 1864, avec le docteur Charles Loiseau, une dame primipare à terme, atteinte d'éclampsie. Avant mon arrivée M. Loiseau avait prescrit une potion antispasmodique, et il avait fait respirer du chloroforme qui ne modifia nullement les accès. Je fus témoin, à trois heures du matin, d'un accès nouveau, et nous pratiquâmes une large saignée du bras. Notre malade n'était pas infiltrée; le travail était peu avancé; l'enfant présentait le sommet. Rien dans la conformation extérieure ne put nous faire supposer un rétrécissement du bassin, dont cependant le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'avait net que huit centimètres et demi. Nous attendîmes patiemment la dilatation complète qui eut lieu à midi et l'auscultation nous donnant la certitude que l'enfant avait cessé de vivre nous pratiquâmes la céphalotripsie. Le nombre total des accès, avant et après l'accouchement, avait été de douze. Notre jeune dame guérit et aujourd'hui elle est de nouveau enceinte et presque à terme, après avoir refusé de se soumettre à un accouchement provoqué à huit mois de grossesse, pour avoir un enfant vivant et se trouver dans de meilleures conditions.

C'est à la saignée et à la céphalotripsie faite au moment opportun et patiemment attendu qu'il faut attribuer la guérison de notre cliente.

De tous les traitements proposés pour combattre l'éclampsie, le plus mauvais, à moins de circonstances particulières, est l'intervention chirurgicale. Les jeunes praticiens, malgré l'avis contraire de leurs devanciers, pensent que l'accouchement hâté et forcé fait cesser l'éclampsie. Ils reviendront de cette erreur, et ils reconnaîtront que même l'expectation leur donnera de meilleurs succès.

On a pensé aussi que la glace devait toujours guérir les éclamptiques.

Le docteur Booth fit cesser des accès d'éclampsie et guérit une malade, par les affusions froides d'eau de puits faites sur tout le corps pendant plusieurs minutes.

M. Cazeaux a cru longtemps à l'efficacité des ventouses Junot que j'ai vues plusieurs fois fonctionner inutilement.

Par le tartre stibié M. Tarnier a obtenu un succès inespéré. Dans une seconde circonstance il n'a pu réussir.

D'honorables praticiens ont constaté des cures obtenues par le chloroforme. Tout les autorise à persévérer dans leur études; mais, en médecine, aucun traitement n'étant infaillible, on peut leur prédire des revers.

M. le professeur Paul Dubois donnait la préférence aux émissions sanguines jusqu'en 1862, époque où il renonça à la pratique des accouchements. Son successeur à la clinique d'accouchement, M. le professeur Depaul, partage encore aujourd'hui cette même opinion, qu'il émettait le 29 juillet 1851 à l'Académie de médecine, et dont je reproduis ici le texte.

« Après avoir vu employer, dit M. Depaul, et après avoir « employé moi-même, dans des cas très-nombreux, les diffé« rents modes de traitement qui ont été conseillés contre l'é« clampsie, je n'hésite pas, et cela avec une entière conviction, « à mettre en première ligne les émissions sanguines générales « surtout, et portées assez loin pour faire perdre aux malades, « dans l'espace de quelques heures, 1000 grammes, 1500 gram« mes et 2000 grammes de sang, selon les cas et l'effet pro« duit. »

Quant à moi, c'est le traitement que j'ai vu le mieux réussir sur les éclamptiques de la Clinique depuis 1845. C'est donc celui que je préfère. Mais, avec la Clinique et la majorité des accoucheurs, je crois que le chloroforme n'a pas encore donné des résultats assez satisfaisants pour qu'on puisse s'y fier d'une manière certaine.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 11 avril 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

(Suite du discours de M. Trélat.)

Le caractère particulier de la mortalité dans les maisons d'accouchement, c'est l'irrégularité de sa marche, ce sont des variations brusques et souvent considérables qui, au premier abord, semblent échapper à toute loi. Tandis que dans les hôpitaux ordinaires, la mortalité se répartit à peu près comme la mortalité de la population générale, ce dont vous pouvez juger par ce tracé graphique où j'ai mis en regard, pour les années 1862 et 1863, la mortalité mensuelle de l'Hôtel-Dieu de Paris et celle de la France entière, dans les maternités au contraire, cette analogie est beaucoup moins intime et ne peut être perçue qu'en calculant sur les résultats accumulés d'une longue période d'années. Aussi le coefficient de la mortalité est-il éminemment inconstant de mois en mois et d'année en année.

Jetez les yeux sur les tracés graphiques de M. Le Fort, ou ceux que je vous présente et qui indiquent la mortalité mensuelle de la maternité de Paris pendant quarante ans, de 1825 à 1864, et vous suivrez du regard ces oscillations petites ou grandes, mais toujours irrégulières.

Si la mortalité est ainsi variable, il en faut conclure que la cause de cette mortalité, quelle qu'elle soit, doit aussi être variable dans sa puissance et même dans son existence, et déjà nous pouvons entrevoir qu'aucune influence permanente et constante ne fournira une explication satisfaisante des faits observés.

Cependant à travers ces incessantes variations, on dégage une influence incontestable, celle des saisons; j'aimerais mieux dire celle des conditions atmosphériques, terme plus général et plus vrai, tout en reconnaissant que les saisons sont les causes les plus fixes et les plus efficaces des changements de l'atmosphère.

Depuis longtemps cette influence a été plus ou moins rigoureusement étudiée et reconnue. Chez nous elle n'a guère été entrevue qu'à travers un voile, tandis qu'à l'étranger elle a donné lieu à de remarquables travaux et sans rien enlever au mérite de nos collègues et confrères, MM. Le Fort, Guyon et Hervieux, qui s'en sont occupés récemment, je crois pouvoir dire qu'aucun document précis et étendu ne s'est produit parmi nous.

J'ai utilisé pour cette étude les relevés mensuels que je viens de vous montrer et qui portent sur quarante ans (1825-1864). Ces relevés me donnaient la somme des accouchements et celle des décès pour quarante mois de janvier, de février, etc., et en soumettant à une correction méthodique l'inégale longueur des mois (sans quoi, pendant quarante ans, on comparerait les 1240 jours de janvier, par exemple, aux 1127 jours de février, plus court alors de 3 mois et 21 jours), j'ai pu établir la marche mensuelle des accouchements et des décès sur les moyennes de cette longue période.

Dès lors, au lieu d'appréciations approximatives et sommaires, j'ai eu sous les yeux des valeurs exactes et faciles à comparer.

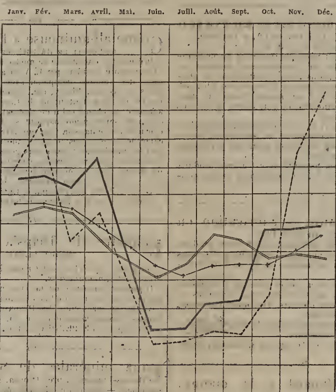
J'insiste ici avec M. Le Fort sur la rigoureuse nécessité pour de semblables calculs d'accumuler les résultats de longues périodes, et je profite de cette occasion pour dire, sans que ce soit une critique de ma part, que le tracé graphique de la Maternité, ainsi que le relevé mensuel de la Clinique donnés dans son livre par notre collègue, perdent beaucoup de leur valeur en raison de la courte période (cinq ans) sur laquelle ils reposent, et aussi en raison de la mortalité violente et tourmentée de cette période.

Pour le but que je me proposais, j'ai soumis la mortalité à un double calcul. D'un côté, j'ai étudié sa répartition, c'est-à-dire la quantité relative de morts qui revient à chaque mois par rapport au total général; de l'autre, j'ai établi son intensité ou la proportion des décès p. 100, pendant chaque mois. Ces deux quantités sont voisines sans être semblables, et vous comprendrez de suite que tel mois peut fournir peu de décès parce qu'il aura peu d'accouchements tout en ayant un coefficient mortuaire élevé, et inversement qu'un autre mois peut avoir un coefficient faible et fournir cependant beaucoup de décès s'il y a eu beaucoup d'accouchements.

Parallèlement à la mortalité, j'ai indiqué la fréquence ou la rareté relative, c'est-à-dire la répartition des accouchements suivant les mois.

A ces valeurs j'ai ajouté la répartition de la mortalité générale en France, calculée sur les trois années 1858 à 1860, et, pour un motif que vous apprécierez dans quelques instants, la répartition et l'intensité des décès des accouchées dans l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, pendant dix ans, 1776 à 1785.

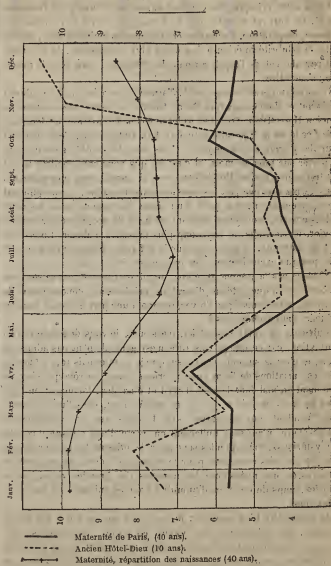
RÉPARTITION MENSUELLE DE LA MORTALITÉ ET DES NAISSANCES.



Tout cela est résumé en deux séries de tracés dont l'une comprend : la répartition mensuelle de la mortalité en France, celle de la Maternité, celle de l'ancien Hôtel-Dieu, la répartition des accouchements à la Maternité. L'autre série ou l'autre tableau porte encore la répartition des accouchements à la Maternité, l'intensité des décès à la Maternité, l'intensité des décès à l'ancien Hôtel-Dieu.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'entrer dans ces détails; il me semblait impossible que vous pussiez apprécier les résultats si vous ne saviez d'abord par quels procédés ils ont été obtenus.

INTENSITÉ MENSUELLE DE LA MORTALITÉ.



En jetant les yeux sur ces tableaux, vous verrez que les mois les plus chargés de décès (répartition) sont : d'abord avril, puis février, janvier, mars; au second rang, décembre, novembre, octobre; au troisième, mai, septembre, août, et en dernier lieu juillet et juin.

Si au lieu de tenir compte de la quantité des décès on ne s'occupe plus que de leur nombre relatif, de leur intensité, les mois se rangent dans l'ordre décroissant qui suit : avril et octobre, de 6 à 7 p. 100; janvier, février, mars, novembre, décembre, mai, de 5 à 6 p. 100; septembre, août, de 4 à 5 p. 100; juillet, juin, de 3 à 4 p. 100.

Telle est l'exacte et complète vérité pour la Maternité de Paris, vérité qui devra être confirmée par d'autres établissements de la même ville ou du même pays, mais qui doit varier relativement pour d'autres pays, suivant la nature des climats.

Ainsi, tandis que pour nous, les deux mois maxima sont avril et octobre, à Vienne ce sont mars et novembre. Le mois de novembre est le second maximum non-seulement pour Vienne, mais pour Londres et Saint-Pétersbourg, tandis que le premier maximum est rejeté en février pour ces deux dernières villes, climats maritimes. Nos mois minima sont juin et juillet; pour Londres, Saint-Pétersbourg et Vienne, ce sont août et septembre. On ne manquera pas d'observer que ces déplacements des maxima et des minima prouvent, une fois de plus, l'action saisonnière.

On a cherché de bien des manières à expliquer cette influence des saisons.

L'idée la plus simple qui se présente à l'esprit, c'est que les accouchées ressentent comme tous les individus les effets favorables ou fâcheux de la température, et qu'en somme leur mortalité n'est que l'expression partielle de la mortalité générale. La marche des six premiers mois de l'année semble confirmer cet aperçu, mais à partir de là, et surtout à partir du mois d'août, il n'y a plus de parallélisme et même si, au lieu de prendre la mortalité de la France, on prend la mortalité du département de la Seine, (beaucoup mieux comparable à celle de la Maternité), on voit que le mois d'octobre est le minimum pour le département, tandis qu'il est le second maximum pour la Maternité. Autre chose est donc la mortalité générale et celle des accouchées.

Faut-il dire avec mon collègue de la Maternité, M. Hervieux, que la mortalité croît en raison inverse de la température, c'est-à-dire qu'elle augmente avec la rigueur du froid et s'affaiblit à mesure que la chaleur atmosphérique augmente? Non, cela n'est pas plus vrai à Paris qu'à Vienne. A Vienne, mars et novembre sont les maxima; à Paris, avril et octobre. Personne ne soutiendra que ces quatre mois soient les plus froids de l'année, pas plus que juin n'est le mois le plus chaud. Ce n'est donc pas la température qui joue le rôle principal.

M. Guyon insiste sur l'encombrement, et particulièrement sur cet encombrement qu'on pourrait appeler saisonnier et qui résulte de ce que les accouchements ont leur maximum de fréquence dans les mois de janvier, février, mars, avril, décembre, mai, novembre et leur minimum en octobre, septembre, août, juillet et juin. Sans nier la valeur de ce fait qui joue son rôle dans l'état variable des conditions hygiéniques, je ferai remarquer que tandis que le nombre des accouchements décroît de février à avril, la mortalité augmente d'une manière fort sensible, et d'autre part que le mois d'octobre, dont le coefficient mortuaire occupe le second rang, ne vient que le huitième pour le nombre des accouchements et presque sur la même ligne que septembre et août. Ici donc encore pas de parallélisme exact de telle sorte qu'on ne peut dire : accouchements nombreux, mortalité forte et réciproquement.

J'ajoute que pour étudier cette question dans le menu détail, j'ai fait recueillir le nombre des accouchements et leur mortalité jour par

jour pendant neuf années, dont quatre bonnes, 1848-1851, et cinq mauvaises, 1859-1863, et qu'il m'a été impossible d'établir un rapport quelconque entre le nombre quotidien des accouchements et le chiffre de leurs décès.

Après cette critique, deux causes subsistent. L'une a été indiquée par M. Le Fort, et acceptée par M. Tarnier. En hiver et en raison de la basse température, l'aération serait beaucoup moins parfaite, et par suite, la salubrité intérieure des salles plus défectueuse. Je le crois, non par une vue de l'esprit rationnelle et logique, mais pour la raison que je vais dire.

Dans notre dernière séance, M. Tarnier nous a rappelé le tableau saisissant et douloureux que Tenon traçait des salles d'accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu. Dans ces salles abjectes, la mortalité ne dépassait guère celle de la Maternité actuelle : 1 p. 100 environ, c'est bien peu pour de si grands changements. Mais cette faible différence est loin de porter sur tous les mois, et c'est ici que vous comprendrez le but des tracés de l'ancien Hôtel-Dieu que j'ai donnés dans mes tableaux. Vous verrez que pendant les mois de mars à octobre, la mortalité est sensiblement la même à près d'un siècle de distance dans les deux établissements, tandis que pendant les mois de novembre, décembre, janvier, février, elle est beaucoup plus intense à l'ancien Hôtel-Dieu qu'à la Maternité, de telle sorte que la différence annuelle de 1 p. 100 pèse presque exclusivement sur ces quatre mois.

N'est-ce pas la preuve exagérée, amplifiée que les mauvaises conditions hygiéniques, défaut d'aération, méphitisme, concentration de miasmes, déterminées par l'hiver, prennent une part évidente dans les influences atmosphériques ?

Mais cela ne suffit pas, et ici, messieurs, je vous demande un peu d'attention, car ce que je vais dire n'est généralement pas admis. Je crois, et c'est la seconde des causes que je mentionnais tout à l'heure, que les variations de l'état atmosphérique jouent un rôle qui s'accuse fortement en mal dans le mois d'avril et d'octobre, fortement en bien dans les mois de juin et juillet, et modérément, dans l'un ou l'autre sens, pendant tous les autres mois. Je crois que ces variations de l'atmosphère n'agissent nullement en vertu d'une puissance occulte et mystérieuse, mais qu'elles sont pour le miasme hospitalier ce que sont les chaleurs orageuses pour le miasme paludéen, ce que sont les sécheresses prolongées pour les miasmes des grandes villes, ce que sont les temps de dégel ou d'humidité pour les miasmes de toutes les habitations.

Je désire être bien compris : je ne répète pas ce qui a été réfuté, à savoir, que l'électricité, les orages, les pluies, les tempêtes, etc., agiraient directement sur les accouchées, et feraient éclore chez elles la fièvre puerpérale. Ce que je dis, c'est que *dans l'intérieur des maternités infectées* comme nous le verrons, les mouvements météorologiques, plus fréquents en de certains mois, rendent par leurs actions successives le miasme de l'hôpital plus subtil et plus puissant dans ses effets.

Je fonde cette opinion, je dirai cette hypothèse, car mes arguments ne sont pas encore suffisants, sur trois faits : 1° les mois d'avril et d'octobre, essentiellement variables, ont la mortalité la plus intense ; 2° l'ordre dans lequel se rangent les autres mois au point de vue de la mortalité est aussi leur ordre de variabilité atmosphérique ; 3° je montrerai dans un moment que lorsqu'en certaines années la constatation météorologique affecte une prédominance marquée pour la forme estivale ou pour la forme hibernale, ces deux mots pris dans un sens général, on voit la mortalité des maternités subir cette influence non plus seulement dans un même lieu, mais dans des établissements, des villes, des contrées distinctes.

En effet, messieurs, les partisans de l'épidémicité de la fièvre puerpérale, se sont complu à rappeler qu'à des époques déjà éloignées, on l'avait vu sévir en même temps dans les hôpitaux et sur la population urbaine; à Paris, par exemple, en 1746 et en 1782; à Londres, en 1769. Dans son discours à l'Académie de médecine lors de la discussion sur la fièvre puerpérale, notre éminent collègue M. Danyau disait qu'en 1819 l'Allemagne, l'Italie, la France, l'Angleterre, la Suède et la Russie, avaient été simultanément atteintes.

A ces faits j'en ajouterai d'autres : en 1829, la Maternité, l'hôpital Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu avaient tous une forte mortalité.

En 1841 et 42, la Maternité de Vienne, celle de Paris, Saint-Louis, la Clinique et l'Hôtel-Dieu ; en 1853 et 1854, les Maternités de Vienne et de Paris, la Clinique et l'Hôtel-Dieu; en 1861, les mêmes hôpitaux à Paris et à Vienne subissaient en même temps les mêmes effets funestes.

C'est là le revers de la médaille; avant de tirer une conclusion, regardons-en la face. Voici ce qu'elle nous montre : en 1848, 1849, 1850, 1851 et même 1852, la mortalité des accouchées dans les hôpitaux est très-basse à la fois à Vienne, à Dresde, à Londres, à Paris, et dans tous les services de cette ville, Maternité, Clinique, Saint-Louis, Hôtel-Dieu.

Qu'est-ce à dire? Si on veut admettre que c'est l'épidémie qui courait l'Europe en 1829, 1841, etc., admettra-t-on que l'antiépidémie suivait le même chemin pendant la période 1847-1851?

Cela n'aurait pas de sens, et cependant la logique le voudrait pour ceux qui persistent à croire à l'épidémie.

Quant à moi, je repousse cette explication et je soutiens que tous ces faits, hautes et basses mortalités, simultanés, s'expliquent beaucoup plus simplement par l'influence météorologique prédominante dans les années citées.

Je n'ai rien à dire de l'année 1819, mais qui ne sait que 1829 fut caractérisé par un froid rigoureux et persistant, que 1842 fut une année de grande sécheresse, que 1853, 1854, 1861, furent des années de tempêtes, de pluies prolongées et de trouble saisonnier profond qui eut pour résultat de produire, au moins en France, la disette des récoltes? Inversement avez-vous oublié que les années 1848 à 1851, et notamment 1848 et 1849, eurent de longs étés sans trop grande sécheresse et en conséquence d'abondantes récoltes?

Mais, pourra-t-on dire, qu'importe que l'épidémie reconnaisse pour cause une influence météorologique ou une autre influence morbifique, elle n'en est pas moins l'épidémie. Non, elle n'est pas l'épidémie, car elle sévit seulement dans les maternités; car si je découvre une simultanéité plus ou moins large dans certaines années, assez peu nombreuses du reste, en revanche, pendant toutes les autres années, je vois des dissemblances extrêmes dans des localités distantes ou rapprochées. Je vois la Maternité atteindre en 1864 le chiffre mortuaire de 20,26 p. 100, tandis que le service temporaire de Villas perdait 1,73 p. 100, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu et à la Clinique la mortalité oscillait entre 3 et 4 p. 100. Je vois encore que ce qu'on appelle l'épidémie, au milieu de ses prédilections générales pour les maternités, ferait encore un choix parmi elles et accablerait les unes de ses tristes faveurs, tandis qu'elle oublierait presque les autres. Je vois enfin que ces épidémies puerpérales présenteraient un caractère absolument insolite, à savoir, qu'avec une puissance redoutable et parfois irrésistible dans un foyer, elles auraient une force d'expansion hors du foyer à peu près nulle.

Pour tous ces motifs, je soutiens que les maladies puerpérales ne sont pas d'origine épidémique, qu'elles ne sont pas causées par une puissance impossible à prévoir qui voyagerait dans l'air et se révélerait seulement par ses victimes. J'apporte, à cet égard, l'appui de mes convictions motivées à l'opinion qu'a soutenue M. Le Fort, et j'espère que nous arriverons promptement à un accord général sur cet important sujet.

M. Tarnier conserve le mot épidémie, mais, à la façon dont il s'est exprimé, je crois pouvoir dire qu'il n'existe guère de différence dans nos manières de voir. Il veut, pour qu'il y ait épidémie, que la population hospitalière et la population civile soient également atteintes. A ce compte, il n'y a plus entre nous qu'un mot, c'est-à-dire rien.

M. Guyon, lui aussi, croit au génie épidémique ; il nous dira, sans doute, prochainement sur quoi reposent ses croyances. Je n'oserais pas avancer qu'elles ne soient pas très-solides, cependant je les trouve résumées dans cette phrase écrite par lui : Toute maladie s'élevant à la puissance épidémique se double de contagion. On peut traduire : toute maladie épidémique est contagieuse. Or, qui dit contagion ne prend plus le mot épidémique que comme un adjectif de quantité sans valeur doctrinale.

Ah ! je conçois, messieurs, qu'on se rattache au mot épidémie et à l'idée qu'il recèle. C'est un aveu d'impuissance. On montre les efforts tentés, les améliorations accomplies, les hôpitaux tranformés sous tous les rapports ; l'air, la lumière, la propreté substitués à l'encombrement, à l'obscurité noire et sordide, et de guerre lasse on invoque l'inconnu, l'*indémontrable*.

Le mot est commode pour se soustraire à ce que je nommais un cauchemar dans notre discussion sur l'hygiène des hôpitaux, pour échapper au poids de cette mortalité invaincue jusqu'ici des maisons d'accouchement. Mais que sert un mot s'il n'est la représentation d'un fait ? Or le fait n'existe pas, donc il faut renoncer à l'expression ou du moins ne plus la prendre que dans son sens étymologique : maladie qui frappe à la fois un grand nombre de personnes.

Il faudrait d'ailleurs se garder de croire que l'insalubrité proprement dite ne joue aucun rôle dans la mortalité des accouchées. Déjà nous avons vû son expression caractérisée à l'ancien Hôtel-Dieu et aujourd'hui encore les maternités de Bordeaux (hôpital Saint-André), Strasbourg, Nantes (ancienne), Caen, Limoges, Colmar, etc., témoignent des effets déplorables d'une mauvaise installation et montrent la maladie et la mort installées d'une manière permanente dans leurs salles. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point.

Je m'arrête dans cette étude de la mortalité considérée dans sa répartition sur les différents groupes d'individus et dans sa marche si accidentée et si variable, répartition et marche qu'on ne saurait négliger dans la recherche des causes.

Par décret en date du 18 avril a été promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Theullier, médecin principal de 2e classe.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 49. — JEUDI 26 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 26 AVRIL 1866. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 AVRIL 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la vaccine est terminée, ou plutôt elle est suspendue jusqu'à ce que les expériences en voie d'exécution faites sous le patronage de l'Académie aient fourni les éléments suffisants d'une nouvelle discussion plus approfondie... nous n'osons pas dire encore définitive. La parole reste maintenant aux faits. Nous ferons donc sagement, à l'exemple de l'Académie, d'ajourner toute réflexion. Il est bon de faire remarquer, cependant, que cette sorte de petite discussion préalable qui vient d'avoir lieu n'aura pas été tout à fait inutile. Outre qu'elle a donné l'occasion à M. Bousquet d'exposer quelques-uns des principes qu'il importe de ne jamais perdre de vue dans des questions de cet ordre et d'émettre, sur l'utilité et l'efficacité de la nouvelle méthode, des doutes motivés sur une vaste expérience et sur une connaissance approfondie du sujet, elle a fait surgir plusieurs questions incidentes qui devront élargir le programme des expériences que la commission a mission de poursuivre. C'est ainsi, par exemple, que les doutes énoncés sur la véritable origine du vaccin animal, qui est l'objet des expérimentations, sont une obligation pour la commission des'enquérir rigoureusement de sa provenance et de ses transmissions successives ; que les échecs, nombreux, paraît-il, accusés par les praticiens qui ont inoculé le vaccin en tubes, tandis que les vaccinations faites de pis à bras réussissent dans de très-grandes proportions, l'obligent également à étudier la question de la conservation et de la possibilité des transports lointains du nouveau vaccin (1).

Les observations très-judicieuses de M. Ricord sur la transmissibilité de la syphilis de l'homme aux animaux, qu'il conteste, mais que M. Depaul admet, créent enfin à la commission la nouvelle obligation de dissiper tout soupçon à l'égard de la constante pureté du vaccin des génisses, et notamment de leur immunité absolue à l'endroit de la syphilis, ce qui ne pourra se faire que par des expériences qui auront, en outre, l'avantage d'éclairer un point encore obscur et controversé de l'histoire de la syphilis. Nous comptons, du reste, sur le zèle de la commission pour l'exécution de cet important programme.

Avant la reprise de ces dernières explications qui ont clos jusqu'à nouvel ordre le débat, M. Bouley a donné lecture, pour son collège et ami M. Chauveau (de Lyon), d'un très-intéressant travail sur la production expérimentale de la vaccine naturelle.

On verra dans le compte rendu de la séance un court exposé des expériences extrêmement curieuses de M. Chauveau. Quoique nous ne saisissions pas très-bien en quoi ces expériences portent le dernier coup à la doctrine de la spontanéité de la vaccine, comme le conclut M. Chauveau, nous ne les acceptons pas moins avec reconnaissance comme des documents d'un très-grand intérêt au point de vue de la question spéciale qui occupe en ce moment l'attention de l'Académie et du monde savant tout entier, ainsi qu'au point de vue plus général de l'histoire naturelle des virus et des maladies virulentes.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. FOUCHER.

Luxation de l'extrémité supérieure du péroné avec fracture du tibia.

Les luxations de l'extrémité supérieure du péroné sont excessivement rares, et, il y a quelques années, on ne connaissait que l'observation fort peu concluante de Sanson. Les faits rapportés depuis cette époque ont permis de faire deux variétés de luxations simples, l'une en avant, dont on ne connaît qu'un cas appartenant à Dubreuil, et l'autre en arrière, dont il existe trois ou quatre observations. Les luxations compliquées de fracture du tibia sont tout aussi rares, et aux exemples cités par Boyer, J. Cloquet, etc., il faut joindre celui qui a été observé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Foucher.

Le nommé Jean L..., âgé de trente-six ans, rentrait chez lui, vers minuit, dans un état d'ivresse assez prononcé, lorsqu'il fut assailli par un individu qui lui donna plusieurs coups de pied sur la partie antérieure de la jambe droite. L... fut renversé et il lui fut impossible de se relever ; dans cet état, il fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, et couché salle Saint-Barnabé, n° 2.

Le lendemain, à la visite, on constate une fracture du tibia, oblique en bas et en avant, et située à la réunion des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur, douleur, ecchymose, gonflement, mobilité anomale. Le déplacement est peu considérable, on sent cependant une saillie aiguë, formée par le fragment supérieur. Le membre est uniformément tuméfié, mais on remarque une saillie anormale siégeant au niveau de la crête du tibia, près de l'insertion du ligament rotulien ; en arrière de cette saillie, les téguments sont soulevés par une sorte de cordon fibreux. La face antérieure du membre est élargie dans sa partie supérieure, et en appliquant le doigt sur la saillie que nous venons de signaler, on constate que cette saillie se continue en bas avec le péroné ; on trouve, en outre, qu'il existe un vide en arrière au niveau de la facette articulaire supérieure du tibia, de telle sorte qu'il est manifeste que la saillie antérieure est formée par la tête du péroné déplacée. Le corps de l'os a une direction oblique en bas et en arrière, et l'on peut s'assurer qu'il ne présente aucune solution de continuité. Les muscles du mollet sont tendus et déprimés ; le malade se plaint de ressentir dans toute la jambe une sorte d'engourdissement, dû peut-être au tiraillement du sciatique poplité externe. La pression est douloureuse à la partie supérieure et externe de la jambe. En pressant d'avant en arrière sur l'os luxé, on le réduit facilement ; cependant il faut noter que la réduction est beaucoup plus facile quand la jambe est fléchie sur la cuisse. La mobilité de la tête péronéale est exagérée, et on peut, en la poussant d'arrière en avant et d'avant en arrière, la porter soit en avant, soit en arrière de la facette articulaire du tibia ; on peut aussi faire exécuter au péroné un mouvement de translation totale, ce qui indique un diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, et l'arrachement probable des ligaments péronéo-astragaliens et calcanéens. En effet, la mortaise tibio-péronéale est élargie, une mobilité obscure existe lorsqu'on appuie sur la malléole externe, et le pied est porté dans l'abduction.

La fracture étant réduite, il a été facile de replacer la tête du péroné dans sa position normale après avoir fléchi la jambe. Le membre est maintenu dans un appareil de Scultet.

Six jours après, on enlève le premier appareil. La luxation s'est maintenue réduite, et la tête du péroné est dans sa position normale. Le gonflement a à peu près complétement disparu, la sensation d'engourdissement qui avait tourmenté le malade n'existe plus. Les jours suivants, la consolidation de la fracture a marché régulièrement, et le malade a pu quitter l'hôpital parfaitement guéri.

SERVICE MÉDICAL
DE L'ÉTABLISSEMENT MARITIME D'INDRET.

Hépatite. — Abcès du foie. — Ouverture par le bistouri. Injections iodées. — Drainage. — Guérison.

Par M. le Dr A. BORIUS, médecin de la marine.

La femme M... âgée de trente-quatre ans, mère de trois enfants, jouit d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladie grave, jamais de fièvre intermittente, elle habite depuis longtemps la commune de Boiseau et n'a jamais quitté le département de la Loire-Inférieure.

Le 10 janvier, étant dans un excellent état de santé, cette femme fit une course de plus d'une lieue portant un enfant de trois ans à cheval sur sa hanche gauche. Il faisait froid, une pluie abondante la forçait de tenir de la main droite restée libre un parapluie ouvert. Le poids de l'enfant obligeait la mère à se tenir penchée sur le flanc droit, ce qui rendit le voyage des plus pénibles. En rentrant chez elle cette femme éprouvait une douleur vive à la région hépatique. Cette douleur persista les jours suivants, sans être cependant assez intense pour empêcher la malade de s'occuper des soins habituels du ménage. Cependant, le 30 janvier, après avoir eu un surcroît de fatigue, son mari ayant été atteint d'une attaque de cholérine, la femme M... vint à la consultation. Elle se plaignait d'une légère douleur au côté accompagnée de fièvre, il existait des symptômes d'un fort embarras gastrique ; un vomitif fut prescrit : des vomissements bilieux très-abondants firent éprouver un soulagement momentané, mais la douleur reparut plus vive, et trois jours après je fus appelé.

Le 2 février, voici ce que j'observe : la douleur est forte et continue, elle siége à la partie postérieure de la région hépatique d'où elle irradie vers l'épigastre. Le décubitus latéral ainsi que la position assise sont impossibles. La percussion et la palpation, très-douloureuses d'ailleurs, permettent de constater une augmentation de volume du foie. Cet organe déborde les fausses côtes en avant, d'environ deux travers de doigt, la matité descend très-bas en arrière, elle ne remonte pas plus haut qu'à l'état normal.

La respiration est courte, fréquente, l'auscultation ne donne que des signes négatifs, pas d'hypertrophie de la rate, pas de douleur à l'épaule droite, pas d'ictère, forte fièvre, les règles apparues le 30 janvier persistent six jours assez abondantes.

Une application de sangsues, l'administration du calomel ne procurent aucun soulagement. Les jours suivants on fait deux applications de ventouses scarifiées et le calomel est donné jusqu'à produire la salivation. On remplace le calomel par l'aloès et le jalap, deux vésicatoires sont successivement posés sur le point douloureux.

Malgré l'énergie de cette médication l'état de la malade s'aggrave. Les douleurs deviennent lancinantes, le pouls fort et fréquent au début, devient petit, faible, irrégulier, très-fréquent, frissons erratiques sur lesquels le sulfate de quinine n'a aucune prise ; la peau reste chaude, elle se recouvre irrégulièrement de sueurs assez abondantes.

Vingt jours après ma première visite voici l'état dans lequel se trouve la malade : la face est amaigrie, stupide, rougeur des pommettes, céphalalgie, insomnie, délire léger, sécheresse de la langue. Sur la peau du ventre et de la partie antérieure des cuisses apparaissent quelques sudamina, le ventre est légèrement sensible à la pression vers les fosses iliaques ; il y a un peu de ballonnement, selles régulières sous l'influence des purgatifs salins. A ces symptômes généraux se joignent la douleur hépatique qui a conservé toute son intensité, une voussure prononcée de l'hypochondre droit et un œdème mal circonscrit qui répond au point le plus douloureux, et occupe la partie inférieure et postéro-latérale de la cage thoracique. Ces derniers symptômes ne laissent plus aucun doute sur la formation d'un foyer purulent, mais permettent d'espérer que des adhérences se forment entre les parois de l'abcès et celles de l'abdomen.

Le 25, les symptômes adynamiques ont pris plus de gravité, la malade est couverte d'une éruption confluente de sudamina, l'œdème a augmenté, la douleur est toujours la même.

Le 26, en examinant s'il n'y a pas un endroit où le pus cherche à se faire jour, on remarque au milieu de l'œdème un point plus saillant et plus douloureux que les autres, la peau y paraît amincie et l'on croit constater de la fluctuation ; cette sensation n'était produite que par l'œdème, le pus se trouvant beaucoup trop profondément pour donner lieu à de la fluctuation. C'est au niveau de ce point qu'a toujours siégé la plus forte douleur, et c'est là qu'ont été appliquées les sangsues. Ce point est situé à 7 centimètres seulement au-dessus de la crête iliaque et à 9 centimètres des apophyses épineuses lombaires ; il répond au bord inférieur de la onzième côte.

Après une consultation dans laquelle la nécessité de donner immédiatement issue au pus fut reconnue évidente, et après nous être décidé à agir avec le bistouri, j'enfonçai au point indiqué un trocart explorateur. Il fallut pénétrer à plus de 3 centimètres pour avoir la sensation que donne l'arrivée de l'instrument dans une cavité. Le trocart retiré rien ne s'écoula par la canule, et après avoir examiné celle-ci nous allions conclure que je n'étais pas arrivé jusqu'au foyer lorsque je reconnus une gouttelette extrêmement petite de pus restée près de l'extrémité du tube. Le diagnostic ainsi confirmé, il restait à ouvrir l'abcès.

Une incison fut faite couche par couche parallèlement à la direction des côtes. Après la division de la peau, celle d'un tissu cellulaire épais et œdémateux, et de plusieurs couches musculaires, j'arrivai à découvrir le bord inférieur de la onzième côte. Le doigt introduit dans le fond de cette plaie profonde, reconnut qu'une simple membrane fibreuse séparait le foyer de l'extérieur.

Une sensation bien évidente de fluctuation était communiquée au doigt lorsqu'on percutait la face antérieure du foie. Avec l'extrémité d'une sonde je lacérai cette membrane parallèlement à la côte ; à un certain moment la sonde pénétra brusquement et une odeur purulente caractéristique avertit mes confrères que j'étais arrivé jusqu'au foyer. L'ouverture agrandie avec la sonde laissa s'écouler un pus très-épais, crémeux, de couleur vert pâle ; je laissai sortir environ 100 grammes de ce liquide, et plaçai une mèche volumineuse dans le fond de la plaie.

Le soir je revois la malade, elle n'a éprouvé que peu de soulagement ; la mèche enlevée, il s'écoule une quantité de pus qui remplit un vase de la capacité de 160 grammes. L'écoulement s'accélère pendant les inspirations et par de légères pressions sur le bord inférieur et antérieur du foie.

Le 27, on retire la même quantité de pus de bonne nature, moins

(1) Il a été dit dans la discussion que les inoculations de pis à bras seules réussissaient et que les inoculations du vaccin de génisse conservé dans des tubes échouaient toujours. Nous avons pratiqué un certain nombre de vaccinations et de revaccinations avec du vaccin en tubes que nous devions à l'obligeance de M. Lanoix. Nous avons obtenu avec ce vaccin des pustules vaccinales légitimes sur des sujets vaccinés comme sur des non vaccinés. Il n'est donc pas exact de dire que le vaccin en tube perd complétement ses propriétés. Mais il est vrai de dire que le virus dont nous nous sommes servi avait été recueilli récemment et qu'il n'était resté que deux ou trois jours au plus dans les tubes. La question de la conservation prolongée et des longs transports nous paraît donc devoir être réservée. B.

verdâtre, l'état général ne s'est pas modifié, le pouls est très-irrégulier à 130, l'éruption de sudamina continue; il n'y a pas de douleurs à l'abdomen, celle du côté a beaucoup diminué.

Le 28, on constate une faible teinte ictérique des conjonctives qui n'avait pas été notée les jours précédents. Le pouls est toujours misérable, la faiblesse est extrême, la langue est un peu moins sèche, le ventre indolore, les selles sont fétides, le pus est de bonne nature, l'œdème a diminué, la voussure disparaît, les côtes se dessinent comme celles du côté opposé.

Les jours suivants, le pouls conserve sa fréquence, mais reprend de la régularité, le délire persiste encore pendant quelques nuits; il y a des sueurs abondantes, pas de frissons, l'éruption de sudamina est presque générale.

Le traitement consiste en préparations de quinquina, quelques légers purgatifs salins. Bouillons, vin de Bordeaux.

Le 5 mars, le pus est devenu fétide, peu homogène; on fait quelques injections d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau vineuse. L'etat général s'améliore, l'appétit reparaît, on insiste sur un régime alimentaire assez généreux et sur les préparations de quinquina, vin de Séguin, etc.

Le 8, injections avec teinture d'iode mélangée à une quantité double d'une solution d'iodure de potassium.

Ces injections sont continuées les jours suivants : on les fait alterner assez régulièrement avec des injections d'eau simple, le pus redevient de bonne nature.

La quantité de liquide qui pouvait pénétrer dans le foyer était (autant que le mauvais état des instruments dont je pouvais disposer permettait de le juger), d'environ 200 grammes dans les premiers jours. Le stylet pénétrait alors facilement à 8 centimètres de profondeur dans la direction d'une ligne normale à la surface cutanée. Les jours suivants la quantité de liquide qu'il est possible d'injecter, devient de plus en plus faible; le stylet pénètre moins profondément, il semble être dans une cavité étroite, il ne paraît plus libre dans un large foyer comme au moment de l'opération.

Le 13, on substitue à la mèche un drain de caoutchouc, l'écoulement du pus se fait alors d'une manière continue. L'amélioration dans l'état général est très-marquée. Les forces se relèvent, la voix est moins faible, la face bonne, le sommeil naturel, le pouls est à 90. Le décubitus dorsal est le seul possible, la malade peut rester quelques instants seulement couchée sur le côté droit, mais lorsqu'elle essaye de se tenir assise ou de se coucher sur le côté gauche, elle éprouve des tiraillements très-douloureux au niveau des adhérences du foie avec les bords de la plaie.

Il y a une escarre au sacrum.

Les injections de teinture d'iode quelquefois pure, le plus souvent mélangée avec un tiers d'eau sont continuées jusqu'au 24; à cette date elles ne peuvent plus guère pénétrer, cependant le stylet s'enfonce encore de 5 centimètres dans le trajet fistuleux. On combat quelques sueurs irrégulières et quelques légers mouvements fébriles par les préparations de quinquina.

Le 28, on supprime le drain devenu inutile, le stylet ne pénètre plus qu'à 4 centimètres ; état général excellent.

Le 3 avril, la guérison de la plaie s'est faite rapidement; il reste une cicatrice ombiliquée; la convalescence est confirmée; la malade se lève depuis trois jours. Il n'y a plus aucune douleur spontanée, mais les mouvements un peu brusques sont encore pénibles. Il faudra probablement un temps assez long pour faire disparaître ces douleurs occasionnées par les adhérences du bord du foie avec la paroi abdominale.

La matité hépatique déborde en avant les fausses côtes d'un centimètre au plus, elle descend en arrière jusqu'au niveau de la cicatrice. Malgré quelques symptômes précurseurs de l'hémorrhagie utérine, survenus vers la fin de mars, les règles suspendues depuis le 5 février n'ont pas encore reparu.

Les abcès du foie sont tellement rares dans nos contrées, qu'il est intéressant de rechercher la cause de la maladie qui fait le sujet de cette observation. Pour nous, comme pour la malade elle-même, elle est dans cette course pénible dont nous avons parlé, et d'après laquelle ont été ressenties les premières douleurs. Y a-t-il eu une sorte de contusion ou mieux de compression du foie due à la position fortement inclinée sur le côté droit, pendant une marche forcée accompagnée d'un effort permanent pour porter un fardeau plus gênant encore que lourd? Pouvons-nous ranger cette hépatite dans la catégorie des hépatites traumatiques? Certainement il n'y a pas eu là de traumatisme dans le sens ordinaire du mot : la malade assure n'avoir jamais reçu aucun coup dans cette région. Le froid et l'humidité ont joué un rôle important dans le développement des accidents inflammatoires, mais ces causes ne me paraissent pas suffisantes pour produire dans nos climats sur une personne non prédisposée des accidents aussi graves; il a fallu que le foie fût en même temps comprimé par les organes voisins. Quelle que soit la manière d'interpréter le fait, il me paraît assez intéressant, et je ne sache pas que cette position inclinée du corps, ordinaire chez les personnes qui portent des fardeaux d'une seule main, ait jamais produit une observation analogue à celle-ci.

Sans les renseignements donnés par la malade, le diagnostic aurait pu être difficile au début. Lorsque les symptômes typhoïdes sont devenus prédominants, la persistance de la douleur empêchait de prendre ces symptômes accessoires pour la maladie principale. Ils sont d'ailleurs le cortége habituel de la formation du pus dans le tissu hépatique. L'examen du foie ne permettait pas de s'arrêter à l'idée d'un phlegmon profond des muscles postérieurs de l'abdomen. Une péritonite localisée suivie d'un abcès circonscrit, est malgré la rareté du fait, une maladie qui aurait pu produire des symptômes analogues et cependant à laquelle nous ne songeâmes que peu d'instants. L'ouverture de l'abcès, la couleur du pus, mais surtout la direction que prenait la sonde plongée de 6 à 8 centimètres dans l'épaisseur du foie, ne laissait plus tard aucun doute sur le siége de la collection purulente.

Le traitement énergique employé au moment où la malade demanda des soins n'a pu prévenir la formation du pus. L'apparition heureuse d'un point saillant dans l'œdème, indiquait la possibilité en même temps que la nécessité d'ouvrir l'abcès. Quel procédé devions-nous choisir? Avant tout il fallait agir rapidement. Le procédé de Récamier est sans doute le meilleur et le seul prudent lorsqu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie; mais dans le cas présent, nous ne pouvions attendre quatre ou cinq jours : les symptômes d'infection putride que nous avions sous les yeux eussent enlevé la malade avant que les caustiques eussent eu le temps de frayer un chemin au pus. De plus, la douleur vive en un point bien limité, l'œdème du tissu cellulaire voisin donnaient de très-fortes présomptions, pour ne pas dire la certitude qu'il existait depuis plusieurs jours des adhérences.

En agissant avec prudence avec le bistouri, en allant couche par couche, nous pouvions nous arrêter si ces adhérences ne paraissaient pas évidentes et attendre le résultat. A la consultation qui fut faite avant l'opération, ces raisons prévalurent, mes deux confrères M. Chiché du Pellerin et M. Gaubert, mon collègue de la marine, reconnurent, comme moi, la nécessité d'agir avec l'instrument tranchant.

L'avantage des injections iodées sous l'influence desquelles la suppuration est redevenue de bonne nature, et le fond de l'abcès s'est peu à peu comblé, mérite d'être notée. Je remarquerai que, malgré les doses assez fortes de teinture d'iode injectées, il n'y eut aucun symptôme d'iodisme lorsque, à la même époque, je voyais à la suite d'une injection momentanée de 50 grammes de teinture d'iode dans le kyste d'un hygroma ancien, se manifester les symptômes les plus prononcés de l'empoisonnement par l'iode. Le drainage a été employé pour remédier à l'inconvénient que présentait une plaie étroite et profonde ayant de la tendance à s'oblitérer. Le drain avait les avantages de la mèche, tout en permettant l'écoulement libre du pus entre les pansements; il était enfin fort commode pour l'entrée et la sortie des injections. On n'avait pas à craindre l'introduction de l'air qui pénétrait déjà librement dans l'abcès. C'est grâce à ces soins, à l'usage des préparations de quinquina, à un régime alimentaire généreux, et aussi à la bonne constitution de la malade que nous pûmes rappeler à la vie cette femme sur l'état de laquelle nous avions porté le plus fâcheux pronostic.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

EXAMEN CLINIQUE DES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr CLERMONT (de Lyon).

Source de la Rigolette.

Si un grand nombre de lésions morbides surexcitent et augmentent les propriétés vitales de l'organisme, il en est beaucoup d'autres où celles-ci sont au contraire déprimées et dont l'alanguissement fonctionnel est le principal caractère. C'est pourquoi, reconstituer le sang, et en conséquence l'innervation et les tissus humains, est une des indications qui se présentent le plus souvent dans l'exercice de notre profession.

A la vérité on emploie, on essaie une foule de moyens pour concourir à ce but. Le fer, le quinquina, les toniques amers ou non, le régime et bien d'autres modificateurs sont à tout moment mis en réquisition pour rétablir une constitution délabrée. Ils y parviennent quelquefois, bien souvent ils échouent. C'est qu'il ne suffit pas de posséder les matériaux d'une construction pour la voir s'élever rapidement, dans de bonnes conditions de solidité; il faut d'abord se procurer une base immobile et ferme, sur laquelle il devient ensuite possible de bâtir.

Ce que nous venons de dire s'applique parfaitement au malade anémique, dont le sang est appauvri, et auquel il faut restituer les éléments indispensables à une bonne santé. Que son état soit idiopathique, ce qui est rare, qu'il soit symptomatique, ce qui est fréquent, l'anémique répugne aux remèdes aussi longtemps que la partie la plus lésée de son organisme n'est pas tant soit peu revenue à son intégrité physiologique ; disons plus, les remèdes lui font mal; il ne supporte guère les préparations martiales; il trouve que les huiles de morue ou de squale pèsent à son estomac, sont mal digérées et parfois lui donnent la diarrhée. Il faut donc, avant d'aborder ces agents thérapeutiques, qui plus tard lui seront excellents, établir les bases, fixer les assises, comme nous le disions tout à l'heure, et pour parvenir à ce but, rien ne mérite mieux la prédilection des praticiens que l'eau de *la Rigolette*.

Elle est supportée par les estomacs les plus faibles, comme le serait un peu d'eau sucrée. On la boit avec plaisir et on la digère sans peine; on l'associe avec avantage aux sirops et aux liqueurs peu colorés. Sa riche minéralisation commence le traitement de la chloro-anémie et des hyperhémies passives en général, avec de si grandes chances de succès, que souvent on peut éviter par elle d'être obligé plus tard de recourir à d'autres médicaments. En voici deux exemples :

I. Mme S..., accouchée il y a quatre mois, n'a pas eu le retour du flux menstruel. Pâle, faible et oppressée, le moindre effort lui donne des palpitations de cœur. Son pouls très-accéléré, le bruit de souffle que l'auscultation fait entendre dans les carotides, ses appétits bizarres, rien ne manque pour le diagnostic d'une chloro-anémie. Le 16 octobre on la met à l'usage de l'eau de *la Rigolette*, 8 demi-verrées par jour. L'effet en est si prompt que, vers le 1er novembre les règles reparaissent abondantes, et après elles tous les signes d'une belle santé.

II. — Mlle M..., quinze ans, réglée de bonne heure, éprouve un retard de dix-huit jours, puis des palpitations de cœur, de l'essoufflement en montant les escaliers, de la faiblesse dans les jambes, etc. Douze jours suffisent à son rétablissement, quoiqu'elle prenne seulement 2 verrées par vingt-quatre heures de l'eau de *la Rigolette*.

Avec la petite quantité de sel ferro-manganique contenu dans l'eau de *la Rigolette* (24 milligrammes par litre), on se rendrait difficilement raison de semblables cures, si on ne savait que les remèdes agissent moins par leur quantité que par l'extrême facilité de leur assimilation, et dans cette eau le fer est dans un tel état de divisibilité que chacune de ses molécules passe dans le sang sans effort de l'organisme, comme par une sorte d'endosmose. On serait étonné de ces guérisons rapides si on ne savait encore que cette eau contient 1 gr. 20, par litre, de chlorure de sodium et 5 gr. 8 de bicarbonate de soude, qui viennent expliquer son action tonique sur nos humeurs, sur les muqueuses du tube digestif, sur l'acte si important de la nutrition, et enfin le tout ensemble sur la reconstitution du sujet.

On a en effet vanté avec pleine justice et sur tous les tons, la bonne influence diététique du chlorure de sodium, qui se montre, lui ou ses dérivés, dans tous nos fluides, qui facilite en nous les phénomènes d'exosmose, d'endosmose et de dissolution, qui complète nos actes de circulation et de respiration, et que nous trouvons dissous par la nature, dans l'eau de *la Rigolette*, en proportions convenables, non pas en assez grande quantité pour irriter la muqueuse gastrique et pour exciter la soif, mais juste en quantité nécessaire pour favoriser les actes fonctionnels dont nous venons de parler.

C'est par ses propriétés toniques et éminemment reconstitutives que l'eau de *la Rigolette* se distingue de l'eau des autres sources bicarbonatées sodiques de Vals, et ce sont ces propriétés spéciales qui nous ont engagé à en faire un sous-genre à part. Elles seules ont une action promptement efficace dans les chloro-anémies, dans les diarrhées chroniques et dans toutes les affections qui entraînent à leur suite l'appauvrissement du système sanguin, et où la vitalité des principaux organes, des fonctions est au-dessous de la ligne normale. Les flux muqueux bronchiques, vésicaux et utérins en sont également modifiés dans un sens favorable.

III. — M. R..., cinquante ans, est depuis trois ans sujet à une bronchite chronique qui reparaît tous les hivers, et qui, entre autres phénomènes communs à cette maladie, offre une abondante expectoration d'un liquide muqueux et légèrement spumeux. Son unique tisane, cette année, a été l'eau de *la Rigolette*, 3 à 4 verrées par jour, en y ajoutant parfois une cuillerée à café de rhum, et il s'est si bien trouvé de son traitement qu'il se croit guéri et se promet de recommencer l'expérience quand l'occasion s'en présentera.

Il nous resterait, pour compléter cet examen clinique, à présenter quelques observations sur l'influence de cette eau dans les diarrhées chroniques et quelques autres maladies qui sont toujours accompagnées d'une grande faiblesse; mais cela nous entraînerait hors du cadre limité que nous nous sommes tracé, et nous avons publié récemment quelques faits de cette nature. Nous nous bornerons ici à nous résumer en peu de mots, en disant : à défaut d'autres avantages, qui ne lui manquent certes pas, cette médication aurait seulement pour résultat de favoriser chez un malade l'emploi ultérieur de remèdes peu agréables et parfois irritants, de le mettre en état de supporter au bout d'un petit nombre de jours les effets de modificateurs plus énergiques, que ce serait déjà un grand service rendu à la thérapeutique.

LES EAUX SULFUREUSES D'ENGHIEN,

Appliquées au traitement des accidents syphilitiques anciens,

Par M. le docteur A. MIRBEL.

Il est aujourd'hui démontré que les eaux minérales n'agissent pas seulement comme moyen hygiénique, et l'on sait qu'elles constituent l'une des ressources les plus efficaces de la thérapeutique. Applicables surtout à la guérison des affections générales ou de certaines maladies locales liées à une diathèse, elles stimulent les grandes fonctions de l'économie, modifient profondément l'organisme, atténuent d'abord l'intensité des symptômes morbides, puis déterminent consécutivement le retour à l'état physiologique.

S'il est une affection, qui sur son déclin, réclame impérieusement l'intervention des eaux minérales, c'est à coup sûr la syphilis, dont les suites sont si longues, si insidieuses et souvent si peu soupçonnées. Lorque la médication spécifique a remédié aux accidents primitifs et qu'elle a conjuré l'invasion des accidents secondaires, tout n'est pas fini : le malade, en effet, est-il sûr d'échapper aux manifestations tardives de la vérole? Évidemment non, et c'est ainsi que l'on peut s'expliquer comment tant de jeunes femmes sont contaminées par leurs maris; comment tant d'autres font un si grand nombre de fausses couches, et comment tant de nouveau-nés payent de leur vie les imprudences paternelles. Au moment de leur mariage, beaucoup d'hommes ne sont point guéris d'une façon radicale : ils ont pris des mercuriaux en quantité peut-être suffisante, mais ils n'ont pas lavé toute trace de souillure vénérienne. Il leur a manqué la consécration suprême, celle des eaux minérales sulfureuses, qui, comme celles d'Enghien, agissent si puissamment en pareil cas.

La science enregistre tous les jours de nouveaux faits cliniques, et les praticiens qui s'occupent spécialement du traitement des maladies vénériennes, sont habitués à compter sur

les effets définitifs de la cure thermale. Nous pourrions citer les très-nombreux exemples qui ont été rapportés par les auteurs à l'appui de notre opinion, mais nous voulons résumer seulement le groupe d'observations qui se trouve relaté dans l'excellent ouvrage qu'ont publié MM. les docteurs de Puisaye et Ch. Leconte (*Des eaux d'Enghien au point de vue chimique et médical*). Il importe que tous les médecins soient largement édifiés sur des faits qui se présentent si souvent à leur observation.

I. M. D..., âgé de cinquante ans, arriva dans l'état suivant : amaigrissement général, alopécie datant de deux ans ; douleurs vives et profondes dans les membres inférieurs, analogues par leur acuité aux douleurs ostéocopes, plus vives la nuit que le jour ; diminution de la caloricité et de la sensibilité du membre inférieur droit, pas de fourmillement ni engourdissement ; douleurs vagues dans la région lombaire, ne s'exaspérant ni par le décubitus horizontal, ni par les mouvements ; peu de gêne dans la marche, seulement M. D... se fatigue facilement ; atonie des parties génitales, éjaculation sans érection, pas de difficulté pour uriner ; pas de paralysie, même incomplète, du rectum ; absence d'exostoses et de tumeurs gommeuses ; enfin, nulle éruption à la peau ; les fonctions digestives dans un état d'intégrité parfaite ; le sommeil très-bon, sauf le cas où les douleurs se font sentir ; le pouls normal, l'intelligence nette, la mémoire un peu affaiblie.

D'après tous ces symptômes, on aurait pu croire à une affection de la moelle épinière ; mais en interrogeant les antécédents, on ne tarda pas bientôt à voir qu'il s'agissait d'une syphilis constitutionnelle. Le traitement au grand établissement thermal d'Enghien fut le suivant : tous les jours, deux verres de la source Deyeux, un bain de 32 degrés centigrades et de trois quarts d'heure seulement. La quantité d'eau en boisson fut graduellement élevée à quatre verres par jour, et dans les quinze derniers jours de la cure les bains furent remplacés par des douches. La guérison fut complète au bout de six semaines.

II. M. G..., âgé de cinquante-cinq ans, n'a eu d'autre maladie qu'une syphilis qui remonte à vingt années. Depuis huit ans, fatigue extrême dans les membres, douleurs dans la région lombaire et dans la profondeur des membres, impuissance prématurée. Il parut difficile d'attribuer exclusivement à un élément rhumatismal les douleurs vagues éprouvées de temps à autre par M. G..., et qui, même dans leur période initiale, n'avaient jamais eu un caractère d'acuité. L'atonie des organes de la génération, chez un homme d'ailleurs bien constitué et encore dans la force de l'âge, a fait rattacher cet état pathologique à l'influence de la diathèse syphilitique. Or, l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur, l'usage de l'eau minérale d'Enghien et l'emploi des douches sulfureuses, rendirent M. G... à la santé.

III. M. B..., âgé de trente-huit ans, a eu, depuis dix ans, plusieurs blennorrhagies qui ont été successivement traitées et qui ont paru n'avoir laissé aucune trace. L'émission de l'urine est facile, on ne sent aucune nodosité le long du canal de l'urèthre. M. B..., est depuis huit mois dans l'état suivant ; douleurs dans les membres inférieurs, insomnie presque continuelle et ne cédant pas à l'usage des antispasmodiques et des opiacés ; caractère irascible, etc. Après un examen attentif et soutenu, on découvre à l'extrémité inférieure du radius du côté gauche, une tumeur indolente. Il y avait évidemment là une corrélation entre les accidents éprouvés par M. B... et dont il était si difficile de se rendre compte, et ce gonflement osseux, et le doute n'était plus permis sur la nature syphilitique d'une blennorrhagie antérieure. M. B... suivit un traitement à Enghien pendant six semaines, et il reprit toutes les apparences de la santé.

IV. M. X..., âgé de vingt-cinq ans, a contracté il y a deux ans une syphilis, dont les accidents primitifs ont consisté en un chancre à la verge, des ulcérations sur les piliers du voile du palais et les amygdales et en une ulcération sur la cloison médiane du nez.

A la suite d'un traitement mercuriel, ces accidents primitifs disparurent. Il y a un an, après un excès de table, ce malade éprouva un malaise général, de la fièvre, et au bout du troisième jour il se développa à la face externe du bras et de l'avant-bras, au genou et sur le dos, de petits points rouges accompagnés de fourmillement, puis peu à peu ces points s'agrandirent, prirent la forme d'une petite lentille, tout en se couvrant d'écailles minces et blanchâtres qui, en se détachant, laissaient une surface d'une couleur cuivrée et constamment sèche. Ces plaques disparaissaient d'un endroit pour reparaître dans un autre. A ces signes, il était facile de reconnaître un *psoriasis guttata* de nature syphilitique ; aussi, le malade fut-il remis au traitement mercuriel. Une salivation abondante survint et M. Ricord adressa M. X... aux eaux d'Enghien. L'iodure de potassium fut administré concurremment avec les eaux sulfureuses et la guérison la plus complète fut obtenue dans l'espace de six semaines.

Que d'anciens accidents syphilitiques sont mal soignés, passent inaperçus ou sont méconnus ! Que d'erreurs grossières de diagnostic sont commises chaque jour ! C'est contribuer puissamment aux progrès de la science que de venir éclairer la route qui conduit à une thérapeutique efficace, sérieuse et certaine de la plus affreuse des maladies, de la syphilis. Aussi, sans craindre d'être démenti, posons-nous les deux conclusions suivantes :

1° Les eaux d'Enghien sont employées avec le plus grand succès dans la diathèse syphilitique et dans certains états morbides placés sous la dépendance de la vérole ;

2° Ces eaux sulfureuses réussissent toujours chez les malades qui ont des signes apparents de syphilis constitutionnelle et chez ceux dont la santé a été altérée par l'usage des mercuriaux.

POUGUES. — SES EAUX MINÉRALES, SES ENVIRONS,

par le Dr Félix Roubaud, médecin directeur des eaux de Pougues (1).

La vue de ce livre, ou plutôt le titre nouveau qui accompagne le nom de l'auteur, soulève dans notre esprit une question préjudicielle relativement à la position des médecins dans les établissements thermaux.

En effet, M. Roubaud, ancien inspecteur de Pougues, signalait dans son premier rapport officiel, en 1860, que la population des malades qui fréquentaient cet établissement ne s'élevait pas au-dessus de 80. Quelques années plus tard, en 1865, le même inspecteur annonçait que près de 500 malades venaient annuellement à Pougues.

Ainsi, dans l'espace de cinq ans, la population des malades de Pougues avait quintuplé, et il faut bien reconnaître que l'activité, les soins et les travaux de M. Roubaud n'ont pas été étrangers à cette augmentation.

Évidemment, d'un côté la Société des eaux de Pougues avait intérêt à s'attacher intimement un homme qui, en si peu de temps, avait ainsi métamorphosé un établissement jusque-là si modeste ; mais d'autre part aussi l'administration supérieure devait tenir à un inspecteur dont les travaux et l'aménité relevaient singulièrement le titre dont il était revêtu.

Pourquoi donc M. Roubaud a-t-il donné sa démission de médecin inspecteur pour devenir médecin directeur ? N'a-t-il pas trouvé dans les fonctions d'inspecteur l'autorité et les prérogatives qui lui semblaient nécessaires pour l'accomplissement de nouveaux progrès et pense-t-il les rencontrer dans le nouveau titre qu'il a échangé contre l'ancien ?

Il faut le croire, car M. Roubaud n'est pas homme à avoir troqué, comme on dit, son cheval borgne contre un cheval aveugle.

D'ailleurs, au point de vue médical, le seul qui nous doive occuper ici, rien n'est changé dans la position de notre confrère ; qu'il soit revêtu du titre d'inspecteur ou de directeur, il reste avant tout médecin, ne déchire pas son diplôme et demeure fidèle au rôle médical qui nous a valu le Mémoire sur les dyspepsies et celui plus récent sur l'identité d'origine de la gravelle, de la goutte, du diabète et de l'albuminurie, publié dans les colonnes mêmes de ce journal.

C'est là ce qu'il nous importait de savoir, car nous aurions vu avec peine M. Roubaud déserter le terrain scientifique et renoncer à ses études dont il accumule depuis sept ans les matériaux et dont il a promis la prochaine publication.

Mais je suis bien loin du livre dont j'ai à parler aujourd'hui, et l'auteur me pardonnera de l'avoir un instant négligé en faveur d'une question purement incidente ; j'ai d'autant moins à me reprocher cette longue digression que l'ouvrage dont j'ai à rendre compte est une troisième édition, revue, j'y consens, augmentée, je le veux bien, mais enfin une troisième édition dont on connaît depuis longtemps les deux sœurs aînées ; et puis, faut-il le dire, ce livre, mi-scientifique, mi-littéraire, reste dans les généralités de la pathologie et dans les données de la thérapeutique spéciale aux eaux de Pougues, et n'aborde aucune de ces grandes questions auxquelles nous avons vu M. Roubaud se mêler dans ces derniers temps. Il est vrai que ces graves problèmes n'avaient point ici leur place et qu'ils reviendront l'hiver prochain, il faut l'espérer, sous la plume de M. Roubaud, alors qu'ayant complété ses études cliniques, il nous dira toute sa pensée sur les origines et le rôle pathologique de l'acide urique en excès.

Pour aujourd'hui, M. Roubaud se renfermant dans des limites plus modestes, se fait notre *cicerone* aux eaux de Pougues et dans leurs environs. — Sa parole n'est ni trop austère ni trop enjouée ; il sait que son auditoire n'est composé exclusivement ni des hommes de science ni des gens du monde, et il parle une langue, assez nourrie pour ne pas être dédaignée par les premiers, et assez claire pour être acceptée par les seconds.

En dehors de certains détails qui constituent la révision de l'édition qui nous occupe, il est une partie toute nouvelle qui n'existe pas dans les éditions précédentes et qui est consacrée à la bibliographie des eaux de Pougues. Ce chapitre très-intéressant, dressé par ordre chronologique, nous dit d'une manière incontestable toute la réputation dont ces eaux jouissaient dans le xvie et le xviie siècles. M. Roubaud parviendra-t-il à leur rendre leur vogue d'autrefois ? Il a déjà fait beaucoup, comme on l'a vu au début de cet article ; espérons que dans sa nouvelle position de médecin plus intimement attaché à l'établissement il fera davantage encore, parce qu'il aura tout à la fois et plus d'autorité et plus d'initiative. Dr Eug. Dulac.

(1) 1 vol. in-18, 3e édition.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 avril 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. Dalmas, médecin à Marseille, sur une nouvelle médication abortive de la petite vérole. (Commission de vaccine.)

2° Deux rapports d'épidémies de M. le docteur Sclafer. (Commission des épidémies.)

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Vichy, par M. le docteur Alquié ; de Propiac (Drôme), par M. le docteur Loubier ; de Vals (Ardèche), par M. le docteur Chabannes. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Gaillard (de Poitiers), correspondant de l'Académie, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Formules et rubriques*.

2° Le compte rendu des vaccinations et revaccinations pratiquées, par M. le docteur Bazin, médecin-major au dépôt d'instruction du 72e de ligne. (Commission de vaccine.)

3° Une note critique de MM. les docteurs A. Fabre et Silus Pirondi, sur les assertions émises par M. Casalas, relativement à l'origine du choléra de Marseille en 1865. (Commission du choléra.)

4° Un travail de M. le docteur Chabassu, médecin principal de la marine, relatif au mode de traitement qu'il a employé contre le choléra pendant l'épidémie qui vient de sévir à Brest. (Même Commission.)

— M. Béclard offre en hommage, au nom de M. Legoït, chef de la division de la statistique générale de France au ministère de l'intérieur, deux volumes sur le mouvement de l'aliénation mentale dans nos asiles publics et privés, de 1842 à 1860.

— M. Vernois présente au nom de M. le docteur Raynaud un ouvrage intitulé : *De la révulsion*.

— M. Larrey présente de la part du chirurgien général de l'armée américaine, M. Joseph Barnes, la relation médico-chirurgicale de la guerre d'Amérique.

— M. Bouillaud offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Hameau, médecin inspecteur des bains de mer d'Arcachon, une brochure intitulée : *De l'influence du climat d'Arcachon dans quelques maladies de la poitrine.*

— M. Ricord communique à l'Académie une lettre de M. le docteur Jacquemet (de Montpellier), dans laquelle ce médecin réclame la priorité de l'idée des injections pulvérulentes émise dans la note de M. Mallez, présentée dans la dernière séance. En 1857, dit M. Jacquemet, je fis construire par la maison Charrière un insufflateur qui m'a servi depuis à saupoudrer et à dessécher nombre d'orifices, de conduits et de cavités. Il indique un numéro du *Montpellier médical* dans lequel il a exposé les résultats avantageux que lui ont donnés la méthode et l'instrument en question.

— M. Mélier présente, de la part de M. le professeur Alvarenga (de Lisbonne), très-connu du monde savant comme rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Lisbonne, et auteur d'un grand nombre de travaux dont plusieurs ont été traduits en français, un ouvrage en portugais intitulé : *Apontamentos acerca dos ectocardios*, etc. C'est un tableau complet des déplacements du cœur, tant de ceux qui sont congénitaux que de ceux qui arrivent accidentellement et se lient à différentes maladies. Il contient : 1° une classification méthodique de tous les déplacements du cœur, que l'auteur désigne sous le nom commun d'*ectocardie*, et qu'il divise en plusieurs espèces ; 2° une partie historique et critique ; 3° des notions sur les ectocardies en général, leur importance, le diagnostic, l'étiologie et le traitement ; 4° la description particulière de chaque espèce, etc. L'auteur y a joint un grand nombre d'observations recueillies par lui dans l'hôpital de Saint-Joseph de Lisbonne, avec les tracés au sphygmographe. M. Alvarenga aspire au titre de correspondant.

— M. le Président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire d'un de ses correspondants, M. le docteur Boucher, le doyen des médecins de Versailles.

LECTURE.

Vaccine naturelle. — M. Bouley donne lecture, au nom de M. Chauveau, correspondant de l'Académie à Lyon, d'un travail ayant pour titre : *Production expérimentale de la vaccine naturelle improprement dite vaccine spontanée.*

« La vraie vaccine naturelle, dit M. Chauveau, c'est-à-dire la vaccine dite spontanée, dans les circonstances relativement très-rares où l'on a eu l'occasion de l'observer sur le cheval et sur la vache, depuis Jenner, s'est toujours montrée avec des caractères spéciaux que l'homme jusqu'à présent n'est jamais parvenu à reproduire expérimentalement dans la vaccine transmise.

La vaccine dite spontanée (cow-pox ou horse-pox naturels) est un exanthème pustuleux généralisé qui apparaît avec un caractère de confluence tout spécial dans certains lieux d'élection comme la région mammaire chez la vache, la région naso-labiale et la région des talons chez le cheval, et qui parfois même se manifeste exclusivement dans ces régions. Transmis à un autre animal par insertion sous-épidermique, le virus de cet exanthème détermine une éruption locale dans la région inoculée, et jamais il ne survient, à la suite de cette inoculation, de manifestation dans les régions qui forment le siége de prédilection de l'éruption dite spontanée... Frappé de ces différences, je résolus de chercher à créer expérimentalement la vaccine dite spontanée et cela en faisant intervenir directement, d'une manière méthodique, l'agent virulent selon moi indispensable.

L'idée qui présida à l'institution de mes recherches fut que, si les éruptions vaccinales spontanées se manifestent avec des caractères si différents de ceux de la vaccine inoculée, ceci tient à une différence dans la manière dont le germe pénètre à l'intérieur de l'économie animale. J'avais ainsi à rechercher et à comparer toutes les conditions dans lesquelles cette pénétration peut s'effectuer.

Écartant la surface cutanée et les muqueuses extérieures, je ne vis plus que les voies digestives ou respiratoires comme portes d'entrée possibles du virus. J'éliminai au moins provisoirement l'appareil digestif. Je restai en présence de la voie pulmonaire. Mais sous quelle forme l'atmosphère peut-elle donner le vaccin au poumon ? Ni sous la forme volatile, ni sous la forme liquide, mais incontestablement sous la forme solide (poussières provenant des croûtes vaccinales). D'autre part, le poumon n'est la principale porte d'entrée du virus que parce que cette porte s'ouvre directement sur l'appareil circulatoire. Alors, pour les faire pénétrer dans cet appareil, poussons-les-y directement au lieu de prendre la voie indirecte de l'organe pulmonaire.

Nos deux premières expériences ont été faites sur un cheval et sur un mulet. J'injectai dans la veine jugulaire de chacun d'eux trois tubes d'excellent vaccin. Un mois plus tard, il ne s'était rien manifesté sur ces deux animaux.

Je fis alors une injection vaccinale dans la carotide d'un cheval et une autre dans l'artère faciale d'un second sujet. Résultat négatif encore.

J'injectai, dans une troisième série d'expériences, le système lymphatique en choisissant de préférence un vaisseau interrompu sur son trajet par un ganglion. Une expérience fut exécutée le 12 mars sur un cheval. Onze jours après, un magnifique exanthème vaccinal apparut au nez et aux lèvres, et le quatorzième jour, au pli du paturon dans les membres postérieurs.

Le liquide de cet exanthème, inoculé à quatre animaux de l'espèce bovine, fit naître sur tous une belle éruption vaccinale qui resta absolument locale, comme cela a toujours lieu. Inoculé par quatre piqûres à un enfant, il lui donna un seul bouton vaccinal fort petit,

dont l'inoculation fut extrêmement lente, et dont le virus transmis à un second enfant, fit naître à chaque bras trois pustules à évolution également fort prolongée et qui finirent par acquérir des dimensions extraordinaires.

Pour mettre cette première expérience à l'abri de toute objection, j'injectai trois tubes de ce même vaccin, pris sur le cheval et sur le second enfant, dans un lymphatique du cou chez une vieille jument. Huit jours après, superbe éruption pustuleuse près du pli inguinal gauche et plus tard aux lèvres. La transmission, dans ce cas encore, fut effectuée avec un plein succès au bœuf et à l'enfant.

Enfin, au moment où j'écris ces lignes, un troisième résultat positif est en train d'accomplir ses périodes.

Ces faits mettent fin à toute discussion sur l'origine de la vaccine en prouvant qu'on peut produire à volonté, avec son activité spéciale, la vaccine naturelle si improprement appelée vaccine spontanée. Ils apportent une contribution importante à la physiologie du virus et à l'histoire naturelle des maladies virulentes, surtout par le coup nouveau porté à la doctrine de la spontanéité.

J'aurai à faire connaître prochainement le résultat de mes expériences sur l'espèce bovine. »

M. Bouley met sous les yeux de ses collègues de beaux dessins coloriés, représentant les diverses phases des exanthèmes vaccinaux dont il vient d'être question.

M. Bouley exprime le désir, en terminant, que si quelques membres de l'Académie ont des observations à présenter au sujet de cette communication, ils veuillent bien attendre l'époque où M. Chauveau sera à Paris, afin qu'il puisse soutenir lui-même la discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine animale.

La parole est à M. Bousquet.

Suite et fin de la discussion sur la vaccine animale.

M. BOUSQUET lit un discours que nous sommes dans l'impossibilité de reproduire, le manuscrit n'ayant pas été déposé au secrétariat. M. Bousquet dans cette nouvelle argumentation, s'est proposé de répondre aux observations et aux critiques du dernier discours de M. Depaul. Deux points principaux en ressortent ; ce sont les seuls que nous signalerons ici : le premier, c'est que le vaccin animal, le vaccin des génisses de M. Lanoix, n'est pas du tout le cow-pox, comme le prétend M. Depaul, mais bien le vaccin humain reporté simplement sur la génisse ; le second, c'est que des revaccinations faites à l'Hôtel-Dieu, par M. Horteloup, avec le vaccin des génisses de M. Lanoix, ont donné des résultats complétement négatifs.

M. J. GUÉRIN avait l'intention de prendre la parole dans cette discussion, mais ce qui vient d'être dit par M. Bousquet, rend son intervention inutile ; il y renonce par conséquent. Il demande seulement la permission à l'Académie de lui communiquer un document important. Il a écrit en Italie pour avoir des renseignements sur l'origine du vaccin que M. Lanoix a rapporté de Naples. Or il résulte d'une lettre de M. le docteur Carenzi, directeur de la vaccine à Turin, que, lorsque M. Negri a manqué de cow-pox spontané il a inoculé du vaccin humain à la génisse et a continué ses inoculations de génisse à génisse avec le même vaccin. Le prétendu cow-pox que M. Lanoix a rapporté de Naples ne serait donc autre chose que le produit de l'inoculation du vaccin humain aux génisses.

M. DEPAUL ne répondra pas à la première partie de la nouvelle argumentation de M. Bousquet, qui lui est toute personnelle ; il ne répondra seulement qu'à une question que M. Bousquet lui a adressée dans la deuxième partie. Savez-vous, a-t-il dit, s'il est vrai que M. Lanoix ait perdu la trace du cow-pox ? Il a été déjà répondu à cette question. Non, la trace du cow-pox n'a pas été perdue, c'est du moins ce qu'affirme M. Lanoix.

Quant à la lettre que vient de communiquer M. J. Guérin, c'est une simple assertion à laquelle on peut opposer des assertions contraires.

Je prendrai de mon côté, dit M. Depaul, des informations à Naples et ailleurs, et je saurai bien si ces renseignements sont exacts. Pour le moment il n'y aurait aucun intérêt à poursuivre cette discussion. Je continue les expériences commencées. Si mes collègues de la commission avaient bien voulu y assister, ils auraient pu voir aujourd'hui même des résultats remarquables. M. Horteloup dit qu'il n'a rien obtenu. Je n'y comprends rien. Il y a huit jours, j'ai vacciné 10 enfants avec le vaccin de nos génisses, 8 sont revenus aujourd'hui portant tous de très-belles pustules vaccinales.

M. BOULEY. Il y a une raison pour expliquer l'insuccès de M. Horteloup. Il y a deux ans, nous avons fait des expériences nombreuses à Alfort. Toutes les inoculations que nous avons faites, de pis à bras, ont réussi. D'autres inoculations ont été faites avec du vaccin transporté en tubes, pas une seule n'a réussi. Le vaccin animal ne se conserve pas en tubes. Voilà l'explication la plus probable de l'insuccès de M. Horteloup.

M. VERNOIS. Un grand nombre d'expériences ont été faites à l'Hôtel-Dieu avec le vaccin pris sur les génisses mêmes, elles n'ont pas mieux réussi.

M. DEPAUL. Des vaccinations ou des revaccinations ?

M. VERNOIS. Des revaccinations.

M. DEPAUL. Il ne faut pas confondre les vaccinations avec les revaccinations. Il est évident que les revaccinations échoueront souvent comme elles échouent avec le vaccin humain lui-même.

M. GIBERT. J'ai entendu beaucoup de médecins se plaindre que les vaccinations ne réussissaient pas mieux que les revaccinations. Si ce que vient de dire M. Bouley est vrai, c'est la condamnation du vaccin animal.

M. J. GUÉRIN. J'ai cru comprendre et beaucoup de personnes ont compris avec moi, que M. Depaul nous avait fait cette concession que les revaccinations faites avec le vaccin animal réussissaient moins que les revaccinations ordinaires.

M. DEPAUL. Du tout. Je suis convaincu, au contraire, que les revaccinations réussissent davantage avec le vaccin animal qu'avec l'ancien vaccin. Voici, du reste, un des documents dont j'ai parlé dans la dernière séance et que je tiens de notre collègue des hôpitaux M. Hillairet. Sur 217 revaccinations faites au lycée Saint-Louis sur des jeunes gens de 11 à 20 ans, avec le vaccin de génisse, il y a eu 77 succès, 35 p. 100, plus d'un tiers. On pourra voir les détails sur le tableau que je place sous les yeux de l'Académie. Ces résultats concordent avec ceux qui sont consignés dans les tableaux de M. Lanoix.

M. RICORD. La méthode jennerienne n'a été mise en question qu'en vue de la possibilité de la transmission de la syphilis. Jusque-là tout le monde la laissait tranquille, excepté peut-être M. Depaul qui avait déjà manifesté quelques tendances à revenir à l'inoculation. Il est certain que c'est là que gît toute la question. Or, si mes souvenirs sont bons, je crois être l'interprète fidèle des dires de M. Depaul, en affirmant qu'il croit à la transmissibilité de la syphilis de l'homme aux animaux. C'est là, pour lui, un fait acquis. Or, avec cette croyance, je ne vois pas trop que ce soit un grand avantage et un grand motif de sécurité de demander le vaccin aux animaux, vu les interruptions forcées dans la transmission du cow-pox et la nécessité de replanter le vaccin humain à la génisse pour maintenir la chaîne non-interrompue des vaccinations. On a donc encore la chance de transmettre la syphilis et on n'a rien gagné, si ce n'est peut-être la possibilité de transmettre encore d'autres maladies inconnues. C'est là l'occasion ou jamais de faire des expériences pour s'assurer définitivement s'il est vrai, oui ou non, que la syphilis est transmissible aux animaux.

M. DEPAUL. C'est avec une grande satisfaction que j'ai entendu M. Ricord dire, dans la dernière séance, qu'il n'était plus notre opposant en fait de syphilis vaccinale. Je m'en félicite, si je suis pour quelque chose dans cette conversion. Mais maintenant il veut me mettre en contradiction avec moi-même, pour ce qui concerne la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux. Je ne puis accepter cette situation. J'ai dit, en effet, que j'admettais cette transmissibilité, mais pour deux animaux seulement, le singe et le chat ; mais je ne l'admets pas pour la génisse. C'est là même un des points sur lesquels est basé le programme de nos expériences. Ce qui me rassure d'ailleurs complétement à cet égard, c'est que j'ai la conviction que ce n'est pas du vaccin d'enfant que nous recueillons sur les génisses, mais bien du cow-pox transmis de génisse à génisse. Si j'avais une conviction contraire, je m'abstiendrais.

Personne ne demandant plus la parole, **M. LE PRÉSIDENT** déclare la discussion close. Elle sera reprise après que les expériences en voie d'exécution seront terminées.

La séance est levée à cinq heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le jeudi 17 mai 1866, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de chirurgiens au bureau central d'admission.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le semedi 21 avril jusqu'au jeudi 3 mai inclusivement.

— La Société médicale d'Observation tiendra sa séance générale annuelle à la Faculté de médecine, le 27 avril prochain.

Ordre du jour : 1° Compte rendu des travaux de l'année par le secrétaire annuel, M. Paul Topinard ;

2° Rapport du secrétaire-général et du trésorier ;

3° Élection des membres du bureau à renouveler.

De l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine, par le docteur SPIESS, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 92 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 50. — SAMEDI 28 AVRIL 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 28 AVRIL 1866. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Éclampsie avant terme ; saignée; guérison.

Il y a peu de temps, M. Depaul fut appelé par M. Guéniot pour un cas d'éclampsie développée chez une primipare avant terme. Une large saignée fut pratiquée, et elle permit à la grossesse de suivre son cours régulier. La jeune dame accoucha à terme, sans accident, d'un enfant vivant.

La Clinique d'accouchements a reçu, depuis un mois, deux éclamptiques dans des circonstances à peu près semblables. Elles étaient enceintes l'une de huit mois et la seconde de sept mois et demi ; les accès se sont manifestés avant le début du travail de l'accouchement, et les émissions sanguines ont produit de salutaires résultats.

Voici sur ces deux faits quelques détails que nous devons à l'obligeance de M. le docteur J. de Soyre.

La première éclamptique, Antoinette R..., femme G..., est déjà accouchée deux fois à terme, sans accidents. Bien réglée habituellement, elle a cessé d'avoir ses règles le 15 août 1865, et rien de particulier n'est à noter pour cette grossesse.

Le 31 mars 1866, étant grosse de huit mois, et sans cause appréciable, elle est subitement prise d'éclampsie. Neuf accès s'étaient montrés en ville, lorsqu'elle arriva à la Clinique dans un profond état comateux. On pratiqua une saignée de 500 grammes et l'on prescrivit le calomel et le jalap, 50 centigrammes de chacun, divisés en dix doses, à donner d'heure en heure. Il n'y eût plus d'accès. Le travail de l'accouchement n'était pas commencé.

Le jour suivant, à six heures du soir, la femme G... accoucha, naturellement et sans accident, d'un petit garçon faible (1410 grammes), qui n'a vécu que vingt-quatre heures. La mère se rétablit très-bien et elle sortit bien portante de l'hôpital, le 10 avril 1866.

La seconde éclamptique est la nommée Adèle B..., femme S..., âgée de vingt-six ans, primipare. Cette jeune femme est bien constituée ; la dernière apparition des règles a eu lieu au commencement de septembre 1865 ; elle est donc enceinte de sept mois et demi environ.

Le dimanche 15 avril, une éclampsie se déclara subitement, la sage-femme appliqua six sangsues derrière les oreilles et elle appela un médecin qui fût d'avis d'envoyer la malade à la Clinique, où elle fut apportée à huit heures du soir. Elle avait eu déjà sept accès (premier accès, à onze heures du matin ; deuxième accès, à une heure trente minutes du soir ; troisième accès, à deux heures quarante-cinq minutes du soir ; quatrième accès, à quatre heures quinze minutes du soir ; cinquième accès, à cinq heures trente minutes du soir ; sixième accès, à six heures trente minutes du soir ; septième accès, à sept heures quarante-cinq minutes du soir.)

A neuf heures du soir apparut un nouvel accès ; on fit une saignée de 500 grammes, et les accès ne se reproduisirent plus. Le travail n'était pas commencé ; l'utérus s'élevait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; les jambes étaient infiltrées depuis deux jours ; les urines contenaient une grande proportion d'albumine.

Le jour suivant, 16 avril, à la visite du matin, les urines contenaient une moindre quantité d'albumine ; les réponses de la malade étaient incertaines. A cinq heures du soir, l'intelligence était nette. Le 17 avril, l'albumine avait encore diminué dans les urines. L'enfant qui s'agitait beaucoup avant l'éclampsie, ne remue plus, et l'auscultation permet d'affirmer qu'il a cessé de vivre.

La femme S... a quitté la Clinique le 19 avril, sans être accouchée et jouissant d'une bonne santé.

Cette dernière éclamptique a fait, en partie, le sujet de la leçon du 17 avril, de M. le professeur Depaul. Il a rappelé aux élèves qu'il a toujours protesté, dans ces circonstances, contre la provocation de l'accouchement et contre l'accouchement forcé, aussi n'a-t-il rien entrepris dans ce sens. D'après sa statistique, M. Depaul donne, dans les cas d'éclampsie, la préférence à la saignée, et il considère le traitement par le chloroforme non-seulement comme une médication inutile, mais même dangereuse.

Nouveaux renseignements sur l'application du chaud et du froid, d'après la méthode du Dr Chapman.

Les indications que nous avons données dans la *Revue* du 21 avril sur la méthode du docteur Chapman, et à l'égard desquelles nous avions dû rester dans des termes généraux faute de renseignements plus précis, nous ont valu de la part d'un de nos jeunes et distingués confrères de Paris des explications beaucoup plus explicites, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs, convaincus qu'elles satisferont complétement ceux d'entre eux qui ont désiré être renseignés sur ce point. M. le docteur Beni-Barde, qui a eu l'occasion d'expérimenter la méthode de M. Chapman, a bien voulu rédiger à notre intention la note suivante, que nous transcrivons textuellement :

Cl. Bernard, Brown-Séquard, Aug. Valler et Schiff ont démontré que le grand sympathique a sur les vaisseaux sanguins une puissance qui peut s'exercer sur le cœur, les poumons, le tube digestif, les organes génito-urinaires, en un mot sur tous les appareils de la vie organique.

Cette découverte, qui date à peine de quelques années, a suggéré au docteur Chapman (de Londres) l'idée de combattre certaines maladies en agissant directement sur ce nerf, qu'il appelle avec juste raison le grand contrôleur des fonctions organiques.

Ce savant praticien a démontré qu'on pouvait modifier la circulation du sang dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les ganglions du système sympathique, et, par l'intermédiaire de ces centres nerveux, dans les organes du corps, au moyen du froid et du chaud appliqués sur différentes parties du dos. De cette façon l'excitabilité réflexe ou pouvoir excito-moteur de la moelle épinière et par suite la contractilité des artères peuvent être modifiées.

Pour augmenter la vitalité de la moelle épinière, Chapman emploie l'eau chaude et la glace alternativement, surtout lorsqu'il veut agir avec une certaine énergie ; quand l'action qu'il veut obtenir doit être moins vigoureuse, il fait tout simplement des applications d'eau froide, pendant un temps fort court et à longs intervalles.

Pour accroître la circulation dans une partie quelconque du corps, il faut appliquer, pendant un temps suffisamment long, la glace sur les ganglions du sympathique qui envoient des nerfs vaso-moteurs à la partie dont on veut augmenter la circulation.

Pour diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle épinière, Chapman conseille d'appliquer la glace dans un sac en caoutchouc de grandeur variable, suivant qu'on veut agir sur la totalité de la moelle ou sur une partie limitée.

La durée de l'application doit être basée sur la persistance de la maladie et sur le degré de tolérance du malade. Elle peut être de plusieurs heures consécutives dans le même jour, si l'accident que l'on veut combattre est grave et persistant. Si l'intervention thérapeutique n'est pas extrêmement urgente, on peut se contenter d'une application de une, deux ou trois heures, en ayant soin de renouveler cette application deux ou trois fois par jour. Ainsi, quand il s'agit de combattre une attaque de convulsion, des vomissements, une diarrhée, etc., il faut employer la glace, jusqu'à la disparition de l'accident. S'il s'agit, au contraire, de combattre l'aménorrhée, la dysménorrhée, la constipation, le froid aux pieds, etc., etc., on applique la glace à deux ou trois reprises dans la journée, en ayant soin, suivant l'intensité du mal, de faire varier l'application de la glace entre environ une demi-heure et trois heures. Chapman n'a jamais vu de mauvais effets provoqués par l'emploi de la méthode thérapeutique, et, pour mon compte, depuis que j'y ai recours, il m'a été donné de constater de très-bons résultats, jamais d'accidents.

Afin de faciliter l'usage de cette méthode, Chapman emploie des sacs appelés sacs spéciaux, qui sont de deux sortes. Les uns sont principalement destinés à l'application de l'eau chaude, ou d'eau modérément froide. Les autres sont pour la glace et l'eau glacée.

Sac à eau chaude. — Il consiste en deux tubes parallèles séparés par un étroit intervalle et communiquant par en haut et par en bas. L'ouverture de ce double sac est fermée par une vis. Pour s'en servir, il faut tout simplement remplir le sac d'eau à la température requise. Si l'eau froide est employée, le sac peut être appliqué sur la partie appropriée du dos et être maintenue en place par tous les moyens que le malade préférera. Si l'on a recours à l'eau chaude, il est bon de renfermer le sac dans une enveloppe de flanelle pourvu de brides à l'aide desquelles on maintient le sac dans la position exigée.

Sac à glace. — L'autre sac destiné à l'application de la glace ou de l'eau glacée est comme le précédent en caoutchouc. Il se compose de plusieurs compartiments, en général de trois. Ces compartiments sont séparés l'un de l'autre, soit par des compresseurs de métal appliqués extérieurement, soit par des cloisons en caoutchouc de longueur différente. Dans tous les cas, l'ouverture du sac est fermée par un compresseur, dont un côté est assez mince pour que, appliqué sur le dos, il ne puisse incommoder le patient. Des brides sont attachées au côté extérieur du sac, à l'aide desquelles il est soutenu et maintenu à sa place.

Pour préparer et appliquer le sac à glace avec cloison intérieure et divisé en trois compartiments (c'est le plus fréquemment employé), brisez la glace en morceaux gros comme une noisette ; introduisez-la dans l'ouverture du sac sur le côté adhérent aux brides jusqu'à ce que son niveau supérieur atteigne le fond du second compartiment. Mettez ensuite de la glace dans le compartiment du milieu jusqu'à ce qu'elle s'élève à la hauteur du fond du troisième. Enfin, remplissez pareillement de glace ce troisième jusqu'à l'ouverture. Fermez ensuite le sac avec le compresseur que vous placerez sur la bordure du sac.

La glace appliquée au moyen des vessies ou par les méthodes ordinaires, est pleine d'inconvénients pour le malade. Elle le condamne à conserver la même position et ne peut être employée assez longtemps pour assurer le succès.

1° La glace doit être maintenue en contact avec chaque région de l'épine ;

2° L'application ne doit pas s'étendre loin de chaque côté de l'épine, afin d'éviter au malade une grande sensation de froid qui pourrait être nuisible ;

3° L'ouverture du sac doit être fermée pour empêcher la sortie de l'eau qui provient de la glace fondue ;

4° L'ouverture du sac doit être aussi large que le sac lui-même, pour que le sac puisse être aisément et rapidement rempli ;

5° Il faut, sans pourtant incommoder le malade, que l'air qui s'accumule dans chaque compartiment du sac pendant la fusion de la glace puisse échapper facilement.

C'est pour remplir toutes ces conditions que Chapman a inventé ses sacs spéciaux qui, dans certains cas, m'ont rendu de véritables services.

Névralgie intermittente. — Électricité.

Nous avons rapporté dans la *Revue* du 7 avril, une observation de névralgie sus-orbitaire intermittente guérie par des injections hypodermiques. Cette observation a été l'objet de quelques commentaires critiques de la part de M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), qu'il nous paraît utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs, d'abord parce qu'on y trouvera des réflexions pratiques judicieuses et la relation d'un fait intéressant de guérison d'une névralgie intermittente par l'électricité, et aussi parce qu'ils nous fourniront l'occasion de revenir sur cette observation dont il importe de bien faire comprendre le véritable sens.

« Cette névralgie, qui durait depuis sept jours seulement, sur un homme de quarante-deux ans, dit M. Alf. Liégard, a nécessité pour sa guérison, des injections pratiquées pendant onze jours de suite, et la dose énorme de 4 gr 80 c. de sulfate de quinine, ce qui nous a paru à la fois long, pénible et fort dispendieux. Je veux bien croire que si M. Bricheteau, l'auteur de cette observation avait une névralgie intermittente, il se soumettrait d'emblée à ce traitement, mais pour moi et tous les médecins de nos contrées, habitués à guérir presque toujours en deux doses de 40 centigrammes toutes les névralgies de cette espèce, je suis convaincu qu'il ne nous viendra jamais à la pensée de recourir à un pareil traitement ; nous préférerions encore la solution de quinine pulvérisée, par la voie respiratoire, conseillée par M. le docteur Ancelon (*Gazette des Hôpitaux*, 14 avril). J'ai dit que presque toujours une ou deux doses de 40 centigrammes de sulfate de quinine suffisent pour faire disparaître cette névralgie. Dans les autres cas, qui sont très-rares, j'ai recours, au commencement de l'accès, avec un merveilleux succès, à l'électricité. Voici un fait qui en donnera la preuve et le *modus faciendi :* l'année dernière (septembre 1865), je donnais mes soins à un négociant de quarante ans, d'une forte constitution, qui souffrait depuis trois semaines d'une névralgie périodique dans la partie supérieure et antérieure de la poitrine, ces crises duraient de trois à huit heures de l'après-midi. Le sulfate de quinine, l'arséniate de soude à l'intérieur, les narcotiques à l'extérieur, avaient été employés

inutilement. Je fis venir ce malade chez moi, à trois heures précises, et dès les premières manifestations de sa douleur, j'appliquai, au centre de la région douloureuse, l'extrémité de l'un des conducteurs de la machine Lebreton, terminé par une éponge légèrement imbibée d'eau acidulée ; et avec l'autre, armé de la brosse électrique, je dirigeai rapidement des frictions partant de ce centre vers la circonférence. Cette manœuvre dura huit minutes. A ce moment la douleur avait presque entièrement disparu; dix minutes après, l'accès avait cessé. Le lendemain nous avons fait encore, à trois heures, une semblable application de l'électricité. L'accès n'est pas venu et n'a pas reparu depuis. »

Nous n'avons aucune observation à faire sur le fait de M. Liégard, mais nous lui demanderons la permission de lui faire remarquer, au sujet de l'observation de M. Bricheteau, que le mode d'administration du sulfate de quinine par la méthode d'injection hypodermique, auquel ce médecin a eu recours, n'a point été préconisé en vue d'être substitué aux modes usuels d'administration de cet agent thérapeutique, mais bien comme un mode succédané ou supplémentaire, dans les cas où quelque contre-indication, telle qu'une irritation gastro-intestinale ou un embarras gastrique, par exemple, s'opposerait à l'ingestion du médicament par l'estomac. Ce n'était pas le cas précisément, dans l'espèce, ainsi que M. Bricheteau en a fait lui-même la remarque; mais le malade, dans un précédent accès de même nature, avait pris le sulfate de quinine par la bouche, à doses beaucoup plus élevées, et il ne lui avait pas fallu moins de trois semaines de traitement pour obtenir la guérison. C'est précisément à cause de cette résistance extraordinaire à l'action du sulfate de quinine, qu'il a eu l'idée de l'administrer par la méthode hypodermique pour en étudier comparativement les effets. Or on a pu voir, par le résultat obtenu, que le sulfate de quinine ainsi administré, bien qu'il ait exigé des doses élevées et des applications multipliées, a eu encore cependant, dans cette circonstance, l'avantage sur la méthode usuelle. C'est tout ce que notre confrère a entendu démontrer par ce fait.

Kyste thyroïdien. — Ponction.

Voici la relation d'un fait observé dans le service de M. Foucher, à l'hôpital Saint-Antoine, et les réflexions qu'a faites à cet égard ce chirurgien.

Malgré les travaux de Walther, de Sacchi, de Maunoir et les recherches de M. le professeur Cruveilhier, les maladies du corps thyroïde n'ont encore obtenu qu'une place très-restreinte dans les traités classiques de pathologie externe, et c'est inutilement qu'on rechercherait une étude complète de l'affection dont nous allons rapporter une observation restée, elle aussi, incomplète par la volonté de la malade.

La nommée B... Eugénie, âgée de trente-six ans, sans profession, entre le 16 mars à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe; cette femme est née à Saint-Amour (Jura), commune située à une lieue de Balaneau, village où existe une population atteinte de goîtres; elle a été vaccinée, ses parents sont sains et vivent encore, elle n'a aucun antécédent pathologique, elle est mariée et mère de trois enfants, ses couches ont été faciles.

La malade porte à la partie médiane du cou, au-dessous du cartilage thyroïde, une tumeur de forme ellipsoïde, du volume d'un œuf de dinde et offrant les dimensions suivantes : grand diamètre, 7 centimètres; diamètre transversal, 6 centimètres; saillie lorsque la tête est renversée en arrière de 3 centimètres environ. Elle est limitée en haut par le cartilage thyroïde, en bas par le creux claviculaire, 4 centimètres la séparent de l'articulation sterno-claviculaire, des deux côtés par les bords internes des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, elle s'étend et soulève celui du côté droit; par sa partie profonde, elle est contiguë à la partie inférieure du larynx et semble y adhérer, quoique jouissant d'une certaine mobilité, puisqu'elle suit les mouvements qu'imprime la déglutition. La peau qui recouvre la tumeur est lisse et tendue et sa coloration ne s'altère pas alors que la tête est rejetée en arrière; si dans cette situation on explore la tumeur, on constatera sa mobilité dans tous les sens hormis dans la partie profonde. Sa consistance prise en masse est dure, rénitente; quand on redresse la tête, elle est plus molle; si alors on cherche avec précaution la fluctuation, on obtient une sensation de flot superficiel comme dans les abcès sous-cutanés. Cette tumeur, qui diminue considérablement alors que la malade penche la tête en avant, est indolente et ne cause ni gêne, ni phénomènes de compression.

La malade fait remonter l'origine de cette tumeur à une petite glande grosse comme une aveline qui existait au même endroit il y a dix ans, et qui n'aurait pris d'accroissance rapide que sous l'influence du premier accouchement et de ceux qui lui auraient été consécutifs. Cette femme est depuis longtemps fixée à Paris.

Le 29 mars, M. Foucher pratique dans la tumeur une ponction avec le trocart explorateur; il en sort un liquide d'abord brunâtre, puis devenant bientôt franchement sanguin; ce liquide reposé laisse voir à sa surface des paillettes brillantes de cholestérine.

Après cette opération la tumeur n'a pas sensiblement diminué de volume; elle est seulement plus fluctuante. Quelques jours après, elle diminue considérablement, au point de paraître affaissée, et si on place la main dessus, on ne sent plus le mouvement qu'elle opérait dans le temps de la déglutition.

La malade, satisfaite de ce résultat, ne veut plus rester à l'hôpital; on lui recommande la médication iodée, qu'elle a déjà essayée sans succès alors que sa maladie débutait.

Tout en regrettant que cette observation soit restée incomplète, nous nous sommes décidés à la publier, dans la pensée que sa lecture pourrait servir au diagnostic différentiel des affections de cette région et que la petite opération montrerait, comme l'avait déjà fait remarquer Bouchacourt, combien est grande l'analogie entre ces goîtres kystiques et l'hématocèle.

MÉDECINE LÉGALE.

Étude sur un cas de simulation de folie pendant plus de trois mois,

par le docteur LADREIT DE LACHARRIÈRE.

La *Gazette des Tribunaux* et quelques journaux politiques ont reproduit dans leurs colonnes des fragments d'un rapport judiciaire signé par M. Tardieu, par M. Lasègue et par moi, dans lequel nous avons consigné les phases et les péripéties d'une étude médico-légale, qui n'a pas duré moins de trois mois, et pendant laquelle un homme, accusé de vol, a simulé la folie avec une ténacité et une puissance de volonté véritablement prodigieuses. Nous n'avons pas, il est vrai, employé les moyens violents dont trois de nos confrères de Lyon (1) usèrent en 1828. Ils avaient à examiner l'état mental d'un homme accusé d'assassinat, qui, pour se soustraire à la punition de son crime, se mit à simuler la folie, et, comme tous les simulateurs intelligents, prit pour rôle un mutisme absolu. Rien ne put réussir à lui faire proférer une parole. Les médecins, chargés de faire un rapport sur l'état de ses facultés intellectuelles, se décidèrent alors à user d'un moyen cruel qui rappelle un peu la question de la justice du moyen âge; des cautérisations au fer rouge furent faites sur la plante des pieds du prévenu. A la septième séance seulement, il ne put contenir ses cris et avoua son crime. Pour nous, nous n'avons pas songé à recourir à de pareilles rigueurs; nous avons demandé au temps d'opérer sur les forces morales de l'homme que nous avions à examiner cette action incessante qui, dans la lutte, se manifeste au bout de quelque temps par de la lassitude, et plus tard par de la défaillance.

L'homme que nous avions devant nous ne devait pas être un aliéné, parce que, derrière les actes qui ressemblaient à la démence, on pressentait une prudence qui faisait penser à un coupable.

Cette histoire, qui a provoqué une vive curiosité, porte en elle un enseignement qui ne sera pas, j'espère, sans intérêt pour ceux qui ont l'occasion de s'occuper de médecine légale; les faits de simulation de la folie sont d'ailleurs assez rares pour que chaque observation mérite d'être publiée.

Le 2 juillet dernier, vers midi, une demoiselle M....., domestique, demeurant rue Vivienne, surprit, en rentrant dans sa chambre, un individu caché sous son lit. Elle appela au secours; on accourut, et l'individu fut arrêté. Interrogé par le commissaire de police, il prétendit n'avoir d'autre nom que *le Régénérateur*, et demeurer à Villejuif. On trouva sur lui une certaine quantité de prospectus de l'Office de la publicité générale, et un modèle de prospectus écrit au crayon et paraissant être l'œuvre d'un fou.

Outre ces prospectus, il était porteur d'un ciseau de menuisier de forte dimension, d'un rasoir et de deux petits couteaux à lame pointue, instruments pouvant devenir autant d'armes dangereuses.

Le concierge de la maison où cet homme fut arrêté déclara qu'à deux reprises, dans la matinée, il avait passé devant sa loge.

Interpellé sur le motif qui l'avait déterminé à s'introduire chez la fille M....., il prétendit qu'il avait sur elle les droits que donnent d'anciennes relations et une promesse de mariage; que ces relations avaient commencé à Châlons, qu'il était venu à Paris pour suivre sa maîtresse, que là il avait reconnu qu'elle lui était infidèle, et que c'était pour la surprendre en flagrant délit d'inconduite qu'il s'était caché sous son lit. Comme preuve de l'innocence de ses intentions, il rappelait qu'il n'avait essayé ni de fuir, ni d'opposer la moindre résistance.

Son récit était vrai, à cela près qu'il n'avait jamais connu la fille qu'il disait avoir eue pour maîtresse; mais, en affirmant ces prétendues relations, il expliquait, justifiait presque sa présence dans la maison.

Il était nécessaire tout d'abord de s'enquérir des antécédents, des habitudes, des occupations de cet homme étrange. Il fut interrogé souvent, mais on ne put obtenir de lui que des mensonges ou des propos extravagants.

Il avait, disait-il, été employé à Châlons dans une maison de mercerie; à Paris, dans l'agence de publicité dont il possédait les prospectus. Il habitait Villejuif au moment de son arrestation. Le nom de *Régénérateur* représentait pour lui les facultés supérieures dont les membres de sa famille et lui-même étaient doués. Il avait reçu pour mission de régénérer le genre humain; parmi ses dons surnaturels, il avait celui de guérir les sourds. A Villejuif, chacun s'empressait de lui donner ce qui lui était nécessaire en retour des services qu'il prodiguait.

Ces idées de supériorité imaginaires, en pleine contradiction avec la situation sociale et intellectuelle des malades, ne sont pas rares chez les aliénés; elles caractérisent même une des formes de l'aliénation. Mais, si l'aliéné se pose comme un être supérieur, immensément riche, alors qu'il n'a même pas de quoi subvenir à ses besoins, artiste éminent, homme politique, général ou prophète, il n'hésite pas davantage à dire où il était la veille, quelle maison il habitait, quelles personnes il a fréquentées, sans même s'apercevoir que ces réponses sont des aveux en contradiction avec les grandeurs et les richesses dont il se déclarait quelques instants auparavant en possession.

Les renseignements recueillis par la justice apprirent bientôt que les indications fournies par *le Régénérateur* étaient autant de mensonges, qu'il n'était connu ni dans le magasin de mercerie, ni dans l'agence de publicité, ni même à Villejuif, où il n'a probablement jamais habité; que non-seulement ce nom supposé n'avait pas été prononcé, mais qu'aucun individu répondant au signalement n'avait laissé de traces de son passage.

Une fois convaincu que l'on n'était pas dupe de ses mensonges, *le Régénérateur* arrêta un nouveau plan de conduite. A toute question il opposa un refus absolu de répondre; quand on le pressait vivement, il répondait invariablement : « J'ai offensé Dieu, je fais ma retraite, je ne parlerai que lorsque ma retraite sera terminée. » Ce changement brusque systématique, cette réticence obstinée, survenant ainsi sans qu'aucun trouble cérébral nouveau se fût déclaré, ne pouvait que confirmer les soupçons. S'il y avait lieu de supposer que l'on avait affaire à un homme décidé à cacher son identité et à simuler la folie, il était cependant nécessaire de procéder avec la plus extrême réserve. L'aspect de cet homme était en effet des plus bizarres : il n'avait pas certainement la physionomie intelligente, mais il possédait à un degré remarquable la faculté de donner à son visage une expression de stupidité morne qu'il conserva pendant près de quatre mois.

Il cachait son regard derrière des lunettes vertes, qu'il ne quittait que le moins possible; ses cheveux longs étaient hérissés sur sa tête et dans un tel désordre qu'il eût été impossible de les démêler : ils étaient, comme toute sa personne, d'une saleté repoussante. Ses vêtements étaient tachés et déchirés; sa chemise, toujours largement entr'ouverte, laissait voir sa poitrine. Il affectait de n'avoir aucun soin de lui-même et de vivre dans une indifférence sordide.

Après être resté quelques jours au dépôt de la préfecture de police, *le Régénérateur* fut transféré à la prison de Mazas et placé dans une cellule commune à trois autres prisonniers. On lui choisit pour compagnon un détenu intelligent, rusé, qui mit son amour-propre à lui extorquer quelques indices. Il ne put y parvenir. Pendant les premiers jours, *le Régénérateur* fut aussi bizarre, aussi délirant pour ses compagnons qu'il l'était pendant nos visites; il fut impossible d'obtenir de lui une parole. Il restait étendu toute la journée sur son lit, lisant avec intérêt quelques livres de voyages que l'aumônier lui avait prêtés; il refusait de prendre la moindre nourriture jusqu'à trois heures du soir. A cette heure il dévorait, outre un pain de 2 livres, sa portion d'aliments et ce que ses compagnons pouvaient avoir laissé de leur repas. Au bout de quelque temps, il reprit à peu près les habitudes des autres prisonniers, tout en conservant un mutisme absolu. A ses co-détenus, comme à nous, il disait qu'il voulait entrer à la Trappe, et demandait qu'on l'y conduisît. Il ne souhaitait point sa mise en liberté, et ne désirait qu'une chose, d'être seul pour pouvoir faire sa retraite. Peu à peu on finit par obtenir quelques phrases vides de sens, qui se terminaient toujours par ces mots : « Je veux faire ma retraite. »

Décidés à prolonger une surveillance jusqu'alors improductive, nous demandâmes et obtînmes que *le Régénérateur* fût transféré au dépôt de la préfecture de police. Là il fut maintenu dans l'isolement cellulaire le plus strict, et fut l'objet d'un examen souvent répété.

Pendant deux mois, il ne se démentit pas un seul jour, n'interrogeant jamais, ne se plaignant pas, ne prononçant pas même une parole pour demander sa nourriture, et déclarant, quand il était pressé de questions, qu'il était satisfait et qu'il ne désirait rien. Sa santé ne paraissait avoir souffert ni de la saleté, ni de l'absence d'exercice, ni de l'ennui de la solitude; sa physionomie avait pris un caractère de plus en plus stupide. Quand on s'approchait de lui, il reculait comme saisi de crainte. Au directeur de la prison, qui lui reprochait d'avoir jeté du pain mouillé par terre, il répondait avec l'air et le ton les plus niais qui se puissent imaginer : « C'est pour les mouches », et cherchait d'un air stupide s'il ne découvrirait pas quelques mouches au plafond.

Tout le monde, dans la prison, finissait par être persuadé que *le Régénérateur* était bien un aliéné, et qu'il fallait le considérer comme un véritable idiot.

Bien que cette enquête ainsi prolongée ne nous eût fourni aucun élément décisif de jugement, ce délire était si peu d'accord avec les formes connues de l'aliénation que nous étions résolus à attendre encore avant de conclure. *Le Régénérateur* le savait; nous avions eu le soin de le répéter et de le faire redire par les surveillants.

De guerre lasse, et voyant que notre ténacité égalait la sienne, il céda le premier et jeta son masque.

« J'en ai assez, dit-il, un matin, à un surveillant qui lui apportait son pain; je ne peux plus tenir à la vie que je mène, et j'aime mieux tout avouer. » Il écrivit alors au procureur impérial pour le prier de prendre en pitié sa situation, et fournit avec une sorte d'empressement tous les renseignements qu'on avait jusqu'alors vainement sollicités.

En abandonnant son rôle, *le Régénérateur* s'était en même temps, pour ainsi dire, transfiguré. Il avait déposé ses lunettes, et son visage, sans être intelligent, n'avait plus cet aspect d'imbécillité. Il avait nettoyé ses habits, et sa tenue était propre et convenable. Il déclarait avoir simulé la folie dans l'espérance d'être placé dans un établissement d'aliénés, et d'en sortir au bout de quelque temps, sans passer par les mains de la justice.

Son nom était Ch..... Élevé chez les Frères, il avait appris et pratiqué l'état de confiseur. De son propre aveu, il n'en était pas à ses débuts en fait de vol et d'escroqueries.

En 1859, il était employé chez M. G....., rue Vivienne; il vola une somme de 200 francs environ, fut condamné à cinq ans de prison et dirigé sur la maison de détention de Poissy.

Remarqué pour son travail et sa tranquillité, il fut gracié au bout de quatre années. Après avoir exercé son état de confiseur pendant quelques mois dans une ville de province, il vint à Paris en 1863. N'y trouvant pas de travail, il se rendit à Meaux, peut-être avec la pensée d'y commettre une nouvelle escroquerie. Il se présenta en effet chez un épicier, de la part d'un de ses voisins, pour lui demander à emprunter une petite somme d'argent; mais le voisin arrivant sur ces entrefaites, la ruse fut reconnue et Ch..... condamné à six mois de prison.

Pendant trois mois, il refusa de dire son nom, qui demeura inconnu jusqu'à ce qu'une enveloppe de lettre conservée dans sa poche fit découvrir son identité.

Sorti de prison, il revint à Paris, et c'est quelque temps après qu'il fut arrêté Vivienne, dans la maison qu'il avait autrefois habitée et où il avait commis son premier vol. « J'avais faim, dit-il à l'audience, n'ayant pas mangé depuis la veille. Ayant habité la maison, je savais que la chambre de la fille M..... servait en même temps de cuisine, et je m'y étais introduit dans l'intention de dérober des aliments; j'avais pris un ciseau de menuisier pour forcer le buffet si je l'avais trouvé fermé. » Inutile d'ajouter que le tribunal n'a pas accepté cette explication.

L'homme dont nous venons de raconter l'histoire est doux, d'un esprit borné, mais il possède une puissance de volonté et une ténacité peu communes. Avant de s'introduire dans la maison où il doit com-

(1) *Manuel de médecine légale* de MM. Briand et Chaudé, p. 534.

mettre un vol, son plan est arrêté d'avance, il doit jouer la folie; aussi, à peine est-il arrêté, il pousse des cris, tient des propos incohérents qui inspirent des doutes aux agents de l'autorité.

Le nom de *Régénérateur*, ces idées de grandeur, sont des conceptions préparées à l'avance et qu'il sait appartenir quelquefois aux aliénés. Il s'aperçoit bientôt qu'il ne sera pas assez habile pour jouer longtemps le rôle de fou parlant et agité; aussi, pour éviter de se compromettre, il ne répond plus et prononce à peine quelques paroles en laissant croire qu'il est absorbé par des idées religieuses. Ce qui le perd, comme presque tous les aliénés simulateurs, c'est qu'il dépasse la mesure et qu'il n'ose pas, puisqu'il veut être fou, faire montre d'une seule idée raisonnable. (*Archives de médecine.*)

DE L'IMPERFORATION DE L'HYMEN

avec accumulation du sang menstruel dans le vagin et l'utérus,

Par M. le docteur M. PERRIN.

L'imperforation de l'hymen suivie de la rétention forcée des règles, constitue un accident pathologique assez rare. Le docteur Ch. Bell, à l'occasion d'une observation publiée par lui dans le *Medical World Nantucket* (février 1857), et reproduite dans l'*Union médicale*, t. XII, p. 92, 4re série, rappelle que dans son immense pratique, Isaac Baker Brown, de Londres, n'en a vu que deux cas, et encore à l'époque où on le consulta, il y avait chez une de ces malades un petit orifice de l'hymen qui donnait passage aux règles, et chez l'autre le sang s'échappait par une fistule urétro-vaginale. Il rappelle également que le docteur Dewees, de Philadelphie, n'en parle pas dans son traité des maladies des femmes, publié en 1843, et que le docteur Shuttice, de Virginie, en cite un seul cas observé par lui, en 1844, chez une jeune femme qui perdit environ 8 livres d'un sang noir et grumeleux.

La rareté de l'imperforation de l'hymen a été de même signalée par M. le docteur de Castella, de Neufchâtel (Suisse), qui en a vu un cas, et qui a fait cette remarque que la *Gazette médicale de Paris*, depuis 1833 jusqu'en 1852, n'en a publié que cinq exemples. (*Gazette médicale*, année 1852, p. 295.) Nous ajouterons que nos propres investigations confirment pleinement cette assertion. C'est vainement que nous en avons cherché, au delà de trois ou quatre cas, dans la plupart des nombreuses publications médicales de ces vingt dernières années. Par contre, les exemples de rétention mécanique des règles par oblitération cicatricielle du vagin ou du col utérin se rencontrent infiniment plus souvent.

Quoiqu'il en soit, il y a donc encore intérêt à recueillir les faits nouveaux qui peuvent se présenter dans la pratique et à les ajouter à ceux que la science possède déjà. C'est ce que nous nous proposons de faire pour notre compte, messieurs, en venant devant vous exhumer aujourd'hui de nos cartons, où elles sommeillaient depuis plus de quinze ans, deux nouvelles observations complétement inédites.

Voici ces deux observations, que nous vous exposerons tout d'abord, sauf ensuite à les faire suivre des réflexions qu'elles auront paru mériter.

OBS. I. *Rétention mécanique des règles par imperforation de l'hymen, méconnue pendant cinq mois.*

Depuis cinq mois, Mlle X..., âgée de dix-huit ans, de petite stature, assez peu développée, éprouvait du côté du bas-ventre et des lombes une série d'accidents dont le début coïncida avec une rétention d'urine qui persista pendant trois jours. Ces accidents ne tardèrent pas à devenir à peu près continus, mais avec des exacerbations marquées chaque mois. Au bout de peu de temps, une tumeur apparut dans la région hypogastrique, tumeur qui continua d'augmenter progressivement de volume pour atteindre, vers le cinquième mois, le niveau de l'ombilic et simuler, à s'y méprendre, une grossesse déjà avancée. Il y avait des envies fréquentes d'uriner et une sensation de poussée à travers la vulve. Outre le développement considérable de l'utérus, on sentait dans la région iliaque gauche, et comme accolée sur les côtés de la tumeur, une petite grosseur du volume d'un testicule moyen, mobile, souple, douloureuse à la pression, qui n'était manifestement autre chose que l'ovaire correspondant entraîné avec l'utérus par en haut. Outre la difficulté d'uriner et un besoin aussi pénible qu'incessant d'y satisfaire, les garde-robes étaient horriblement douloureuses, et cela, sans qu'il y eût constipation. Bientôt les accidents devinrent continus : la malade ne pouvait rester ni assise ni couchée, aucune position n'était plus supportable; assise, elle était obligée de s'asseoir de côté; accroupie, elle sentait, disait-elle, *quelque chose qui forçait à travers les parties.*

Un officier de santé méconnut complétement la cause des accidents si caractéristiques que nous venons d'énumérer. Aussi eut-il vainement recours aux sangsues sur l'abdomen, aux purgatifs à l'intérieur, à l'emplâtre de Vigo comme fondant, dans le but d'obtenir évidemment la résolution de la prétendue tumeur pathologique qu'il avait cru reconnaître.

Consulté à notre tour, nous soupçonnâmes, de prime abord, une rétention des règles accumulées depuis cinq mois dans le canal vulvo-utérin, par suite d'un obstacle mécanique, tel qu'une imperforation probable de l'hymen. L'examen direct démontra de suite la justesse de notre diagnostic. Nous trouvâmes, en effet, un hymen imperforé, épais, résistant, distendu par un liquide placé derrière. La vulve était projetée en avant, le périnée bombait exactement comme il arrive au moment où la tête du fœtus traverse le détroit inférieur. Une main placée au niveau de l'ombilic sur le point culminant du globe utérin, et l'autre fixée sur la tumeur intra-vulvaire, il était facile de déterminer, entre ces deux points éloignés, un mouvement de fluctuation d'une netteté exquise et d'une rapidité extrême. La dilatation du vagin par le liquide était telle que le doigt avait peine à pénétrer dans le rectum effacé et aplati d'avant en arrière. La vulve elle-même était tellement distendue que les petites lèvres étaient complétement effacées, que les grandes arrivaient à peine au contact et que l'orifice de l'urèthre enfoncé et refoulé en haut, ne pouvait être découvert qu'avec la plus grande difficulté.

Complétement éclairé sur la cause de tous les accidents qui précèdent, nous plongeâmes sans désemparer un bistouri à travers l'hymen qui fut incisé suivant son diamètre antéro-postérieur. Immédiatement, un flot énorme de sang s'échappa au dehors et remplit, en moins de quelques secondes, un vase convenablement placé pour le recevoir. Le sang, liquide, de couleur chocolat foncé, de consistance de bouillie claire, sans caillots, complétement inodore, pouvait s'élever à la quantité d'un litre au moins. Immédiatement après l'opération, l'utérus revint sur lui-même pour disparaître dans la profondeur du petit bassin, en même temps que les petites lèvres, tout à l'heure effacées, se reformèrent intégralement. Pendant trois jours, nous crûmes utile de placer à demeure une grosse mèche enduite de cérat dans l'incision pratiquée.

Le mois suivant les règles se montrèrent, et ont continué depuis de paraître sans accident.

Voici maintenant notre seconde observation :

OBS. II. — *Imperforation de l'hymen avec accumulation du sang menstruel dans le vagin et l'utérus, simulant une grossesse à terme et un travail commençant.*

Le 7 mars 1851, nous étions appelé en consultation par un de nos honorables confrères, le docteur Leblaye, médecin à Mayet (Sarthe), dans le voisinage duquel nous exercions alors la médecine, à l'effet d'examiner avec lui une jeune fille atteinte d'une rétention mécanique des règles.

Renée C..., aide de culture, âgée de dix-neuf ans, s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Depuis un an elle accuse du côté du bas-ventre de vives douleurs qui ont été promptement suivies d'un développement anormal de l'abdomen. En même temps que son ventre prit de l'accroissement, elle s'aperçut, dit-elle, de l'existence à la vulve d'une tumeur qui faisait effort pour s'en échapper. Les souffrances chez notre malade ont été, dès le début, à peu près continues; pourtant elle a cru remarquer que chaque mois elles augmentaient, pendant quelques jours, notablement d'intensité. Dès le début également, l'accumulation des menstrues, sous forme de tumeur sanguine utéro-vaginale, ne tarda pas à apporter chez notre malade une gêne dans la miction comme dans la défécation. L'envie d'uriner était surtout fréquente, et accompagnée le plus souvent d'une vive cuisson. L'examen direct permit de constater ce qui suit : l'abdomen est distendu, développé outre mesure comme dans une grossesse à terme. Sur la ligne médiane, on reconnaît la présence d'une énorme tumeur, remontant de cinq à six centimètres au moins au-dessus de l'ombilic, mate à la percussion, manifestement formée par le globe utérin. Les fosses iliaques sont vides et sonores. La tumeur, au lieu d'être parfaitement sphérique, régulière et uniformément développée, comme nous l'avions noté dans notre première observation, donnait au toucher la sensation d'une résistance inégale sur divers points de sa surface, de manière à simuler, au moment de notre examen, ces bosselures résultant des contractions irrégulières et partielles d'un utérus en travail.

Du côté des organes génitaux externes, à travers les grandes lèvres écartées et distantes l'une de l'autre de deux centimètres, on aperçoit une tumeur ferme, élastique, fluctuante, formée manifestement aux dépens de l'hymen imperforé, mesurant au moins sept à huit centimètres suivant son diamètre antéro-postérieur, et s'étendant de la fourchette au méat urinaire. La résistance offerte par cette tumeur, rappelait exactement celle que donne au doigt la poche amniotique fortement tendue au moment d'une vigoureuse contraction utérine. Nous ajouterons que le canal de l'urèthre était dévié par en haut. Une sonde introduite ne put que difficilement pénétrer dans la vessie.

Le diagnostic n'étant pas douteux, l'opération, comme dans notre première observation, consista dans une incision suivant le grand axe de la vulve. Presque instantanément, la tumeur utéro-vaginale disparut après l'expulsion de 2,500 grammes au moins d'un liquide inodore, sans caillots, épais, poisseux, de couleur chocolat ou de kermès minéral. Une grosse mèche de charpie fut ensuite introduite pour prévenir la réunion de la plaie. Nous croyons devoir rappeler que lorsque nous avons procédé à l'opération, la pauvre fille ne pouvait plus tenir en place, ni debout, ni assise, ni couchée. Elle croyait, disait-elle, que son ventre allait crever. Il y avait de l'oppression, une anxiété extrême, et la respiration était haletante.

Aussitôt après la sortie du liquide, on put constater la reconstitution naturelle des parties externes de la génération, et notamment des petites lèvres qui n'existaient plus, ainsi que le capuchon qui surmonte le clitoris.

Au bout d'un mois, les règles apparurent et ont continué plus tard de se montrer aux époques périodiques habituelles.

RÉFLEXIONS. — Ces réflexions seront courtes. Elles mettront surtout en relief les causes d'erreur auxquelles l'imperforation de l'hymen a pu quelquefois donner lieu. Et d'abord, notre première observation démontre qu'un premier médecin appelé, a pu croire chez la malade à l'existence d'une tumeur pathologique de l'abdomen. Chez une jeune fille de seize ans, traitée par M. le docteur Daniel, de Cette (*Encyclographie médicale*, t. I, p. 598), on avait cru, avant l'opération pratiquée par notre confrère, à une hydropisie ascite. « L'abdomen, en effet, était aussi volumineux qu'il l'eût été à six mois de grossesse, et la percussion y faisait reconnaître la présence d'un liquide. Cependant le contre-coup qu'elle procurait n'était point net comme dans l'ascite ordinaire. » A l'occasion d'un fait de persistance de l'hymen chez une jeune femme mariée depuis deux ans, et observée à la clinique de M. le professeur Velpeau (*Gazette des hôpitaux*, année 1851, p. 121), M. le docteur Foucher a rappelé l'histoire d'une malade qui avait été dirigée, l'année précédente, dans le service de M. Denonvilliers pour y subir l'ablation d'un polype utérin. Or, ce prétendu polype utérin n'était autre que l'hymen imperforé, repoussé par le sang accumulé dans le vagin et venant former une tumeur assez volumineuse entre les replis de la vulve. Une erreur plus singulière, mais qui fut de courte durée, fut également commise en pareil cas par Smellie, le célèbre accoucheur anglais. Ce médecin avoue franchement qu'il prit la saillie de l'hymen pour les membranes poussées en bas par les douleurs du travail. Ces douleurs étaient accompagnées d'une suppression des urines. Il évacua environ deux pintes de sang. Notre seconde observation, explique très-bien la possibilité momentanée d'une semblable méprise. Notre malade en effet, outre cette tension de l'hymen prise par Smellie pour la poche des eaux éprouvait, avons-nous dit, en même temps de véritables contractions utérines. De plus, les seins offraient chez elle, ce que nous avons oublié de mentionner, et au plus haut degré, tous les caractères présomptifs, au dire de Montgomery, d'une grossesse confirmée : érection des mamelons, coloration foncée, brune des aréoles et développement considérable à la surface de ces mêmes aréoles de tubercules papillaires.

Il serait encore facile de comprendre, bien que nous n'ayons aucun exemple à citer, que chez une malheureuse fille ainsi en proie à un semblable travail d'expulsion, la membrane hymen vînt tout à coup à se déchirer, et que cette déchirure survenant spontanément, en dehors de tout témoin, puis faussement interprétée par la malveillance publique, servît de prétexte à une accusation plus ou moins vague d'accouchement récent et clandestin. Une expertise médico-légale de la part d'un médecin peu attentif ou inexpérimenté, ne pourrait-elle pas, en pareille occurrence, faire un moment hésiter le magistrat ? Ces linges ensanglantés, ce ventre tout à coup diminué de volume, puis devenu flasque et mou, ces vergetures dont peut-être il est parsemé, ces modifications caractéristiques du côté des seins, l'écoulement par le vagin d'un liquide sanguinolent, la dilatation énorme de ce conduit, l'état de ramollissement du col à peine revenu sur lui-même, et dans lequel le doigt pénètre facilement; tout cet ensemble de signes, nous le demandons, n'est-il pas effrayant par les conséquences médico-légales auxquelles il pourrait donner lieu. Quoi qu'il en soit, sans vouloir donner plus de valeur qu'ils n'en méritent aux rapprochements que nous venons de faire, ils suffisent pour mettre en garde les praticiens contre des erreurs de diagnostic déplorables à tous les points de vue.

Maintenant, quelques mots de l'opération et des soins consécutifs : dans l'immense majorité des cas, une simple incision suivant le grand axe de la vulve, devra suffire. Ceux qui ont conseillé une incision cruciale ou en étoile, et surtout d'enlever les angles libres de l'incision, n'ont vraisemblablement jamais pratiqué cette opération, car elle est tout bonnement impossible dans les conditions de rapidité et d'instantanéité dans lesquelles ont lieu l'évacuation du liquide sanguin, et la reconstitution, au point de vue de la forme régulière, des différentes parties de la vulve. Avec le docteur Ch. Bell, nous blâmerons également la méthode opératoire du docteur Brown, de Londres, qui excise ordinairement la membrane à son point d'insertion ou de jonction avec les petites lèvres. Comme le dit avec juste raison le docteur Bell, une pareille excision expose les malades à des inflammations graves du vagin et, de plus, à des rétrécissements de l'orifice vulvaire par la rétraction du tissu cicatriciel. Nous croyons également inutiles (1) les injections détersives, conseillées par quelques chirurgiens et par M. Bell lui-même, pendant les deux ou trois jours qui suivent l'opération. L'emploi d'un pareil moyen facilite singulièrement, selon nous, le développement de phlegmasies qui pourraient s'étendre du vagin à l'utérus et au péritoine. Une simple mèche, placée dans l'incision faite à l'hymen, nous paraît suffisante pour assurer la sortie des liquides; et encore, ne sommes-nous pas certain qu'elle soit indispensable. Nous serions presque tenté d'imiter à l'avenir la ligne de conduite de M. Verneuil qui, dans un cas d'oblitération cicatricielle du vagin avec rétention des règles, se borna à conseiller « l'introduction du doigt, répétée « deux ou trois fois par jour, et plus tard d'une grosse bougie coni- « que en cire, que la malade enfonce le plus profondément possible « et qu'elle laisse en place au besoin une demi-heure à chaque « séance. » (*Union médicale*, t. 49, deuxième série, p. 615.)

Avant de terminer la lecture de cette note déjà un peu longue, nous appellerons, en dernier lieu, votre attention sur une question délicate d'anatomie, soulevée par M. de Castella, de Neufchatel, à propos de l'observation qu'il a publiée et que nous avons mentionnée dans le cours de ce travail. Nous poserons seulement devant vous le problème agité par lui, sans chercher en aucune manière, vu notre complète insuffisance, à le résoudre. Il s'agit de savoir, d'après M. de Castella, si l'hymen est une duplicature de la muqueuse du vagin, comme le pensent plusieurs anatomistes, ou s'il n'est, comme l'a dit Virey (lettre à M. le professeur Velpeau, *Gazette médicale*, 1840, p. 400), que la simple modification du raphé qui coud ensemble les deux moitiés antérieures du tronc, et qui constitue aussi bien le filet de la langue que celui du pénis ou du clitoris. Dans cette dernière supposition, le docteur de Castella demande comment expliquer le godet, la dépression observée par lui sur l'hymen, à l'endroit où l'on observe ordinairement chez les vierges l'orifice du vagin. Il croit plutôt, dans le cas qu'il rapporte, à un arrêt de développement ou plutôt d'absorption de l'hymen, comme cela a lieu chez les sujets qui naissent avec l'iris imperforé.

Mais nous laisserons à d'autres le soin, comme nous l'avons dit, de trancher cette difficile question, et nous bornerons là en même temps l'exposé de cette simple communication.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des pansements à l'alcoolé de guaco.

Dans un numéro récent de la *Gazette des hôpitaux*, nous avons rapporté une série d'observations cliniques, recueillies par M. le docteur Melchior Robert, sur l'efficacité de l'*alcoolé de guaco*, dans le traitement de certaines formes des maladies vénériennes.

Après deux années d'expériences nouvelles, ce judicieux praticien résumait, dans les termes suivants, les résultats obtenus par lui dans les plaies de mauvaise nature, gangréneuses, pseudo-membraneuses et virulentes, par les pansements à l'alcoolé de guaco. Les mêmes résultats étaient également obtenus à Lyon, à Paris, dans les cliniques les plus importantes, par les chirurgiens les plus autorisés. Voici l'opinion de M. Robert, consignée par M. Pascal dans un mémoire présenté, en 1861, à l'Académie de médecine.

« Je vous ai promis quelques documents relatifs à vos préparations de guaco, je tiens à remplir ma promesse.

Les effets du guaco sont aujourd'hui positifs, il n'est donc plus besoin d'insérer dans vos mémoires des observations détaillées, que les lecteurs ne font que parcourir le plus souvent sans s'y arrêter. L'énoncé seul des faits me paraît suffire pour établir l'efficacité de cet agent dans telle ou telle affection. C'est pourquoi je me borne à vous faire un résumé concis de ce que j'ai vu, depuis les observations publiées dans votre premier mémoire.

L'action curative de cet agent sur les chancres simples m'est démontrée de nouveau par plus de vingt observations puisées dans ma

(1) A moins d'indications particulières formelles.

clientèle de ville. Je cesse aujourd'hui de compter, et pour moi le guaco est le mode de pansement le plus efficace.

Je l'ai employé dans quelques cas de vaginite, à l'état pur, porté au moyen d'un pinceau de charpie; j'ai réussi à guérir ce genre d'affection avec assez de rapidité. Mais les cas où il m'a paru efficace, surtout le plus rapidement efficace, c'est sur les plaies gangréneuses, les plaies blafardes, les ulcères des jambes, recouverts d'une matière pultacée; là, je vous le répète, l'alcoolé de guaco m'a paru jouir de propriétés vraiment remarquables. J'ai traité trois malades atteints aux jambes de plaies recouvertes d'escarres très-larges que les lotions au quinquina n'avaient pu modifier. J'ai touché avec le guaco pur les bords de ces plaies et les parties molles où les escarres étaient légèrement soulevées, j'ai ensuite pansé le tout avec des masses de charpie imbibée de guaco au cinquième; les résultats ont été merveilleux et la détersion s'est faite en deux ou trois jours.

A la chute des escarres, toujours très-rapide, j'ai vu une plaie rosée de bon aloi, que la continuation des mêmes pansements a promptement cicatrisée.

Tout récemment encore, un homme avait eu tout l'avant-pied brûlé par de la fonte. Je proposai l'amputation, il s'y refusa. L'escarre, très-adhérente au fond, ne paraissait pas vouloir tomber de si tôt. J'eus recours aux attouchements de guaco, d'après les règles posées ci-dessus; et en peu de jours la gangrène faisait place à une plaie bourgeonnante, à travers laquelle faisaient saillie les cinq os métatarsiens. La résection de ces cinq os, faite assez profondément, a laissé une plaie de très-belle nature et d'assez bonne condition pour donner un résultat approximatif de celui que j'aurais obtenu par la désarticulation tarso-métatarsienne de Lisfranc.

J'ai employé ces jours derniers la solution de guaco et les attouchements de guaco contre un cas de pourriture d'hôpital pseudo-membraneuse, très-bien caractérisée, survenue sur une large brûlure du pied au troisième degré; j'ai obtenu une très-prompte modification de la plaie, et aujourd'hui tout va pour le mieux.

Je panse en ce moment une ulcération de la jambe, très-profonde, résultant d'un tubercule tertiaire, négligée depuis un mois. Quelques jours ont suffi pour faire bourgeonner cette plaie et lui donner le plus bel aspect. Aujourd'hui la cicatrisation est commencée...

Pour ma part, je suis convaincu que le guaco a, sur les plaies blafardes, gangréneuses, pseudo-membraneuses et virulentes, une action qu'aucun autre agent ne possède. Vous pouvez vous servir de ces lignes et me citer à l'appui: je suis prêt à démontrer ce que j'avance; vous savez que je n'affirme pas sans avoir vu. »

Parmi les expérimentateurs de cette préparation, nous citerons Ricord, Ad. Richard, Bauchet, Costilhes, Langenhagen, Diday, Rollet, Bérenger-Féraud, etc.; appuyés sur l'autorité de ces praticiens, les médecins trouveront souvent, pour les cas indiqués, un agent utile dans l'*alcoolé de guaco*, de M. Pascal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 2 mars 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Deux lettres par lesquelles MM. Aimé Martin et Charrier remercient la Société de l'accueil favorable fait à leurs candidatures.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que MM. Charrier et Aimé Martin assistent à la séance.

M. LUNIER dépose sur le bureau une lettre par laquelle M. le docteur Charvot, médecin à Moulins, sollicite l'honneur d'être admis dans la Société à titre de membre correspondant, et fait hommage de plusieurs mémoires à l'appui de sa candidature. (Rapporteur, M. Duparcque.)

A propos du procès-verbal,

M. DUPARCQUE lit une note, de laquelle il résulte que les revaccinations faites de la génisse à l'homme ne réussissent pas plus souvent que les revaccinations de bras à bras.

La discussion sur ce sujet est remise à une prochaine séance.

RAPPORTS.

L'ordre du jour appelle la lecture du rapport sur les titres scientifiques de M. Motet par M. Lunier.

La commission chargée du rapport moral sur la candidature de M. Motet, se compose de MM. Simonot, Costilhes, Andry, rapporteur.

La parole est à M. Richard, pour la lecture du rapport moral sur M. Leudet.

ÉLECTIONS.

Le scrutin est ouvert sur la candidature de M. Leudet.

Conformément aux conclusions favorables du rapport et après dépouillement du scrutin, M. Leudet est élu membre titulaire.

LECTURE.

M. PERRIN, candidat au titre de membre résidant, lit le travail suivant : (voir plus haut).

(Une commission composée de MM. Simonot, de Soyre, Charrier, rapporteur, est chargée de l'examen du travail de M. Perrin).

M. FRAIGNIAUD lit un mémoire inédit intitulé : *Étude sur l'antagonisme entre l'opium et la belladone* (sera publié).

(Une commission composée de MM. Chausit, Lagneau, Aimé Martin, rapporteur, est chargée de l'examen du travail de M. Fraigniaud).

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

188. De la prostatite aiguë, par A. Malsang.
189. Du traitement des ankyloses, par A. Deroyer.
190. Du traitement chirurgical de la pierre dans la vessie chez les enfants, par A. Abafour.
191. De l'extirpation du rectum, par A. Fumouze.
192. Du cancer de la langue et de son traitement, par J. E. Royer.
193. Étude sur les plaies que produisent les corps circulaires mus par la vapeur, par J. Ph. Laroche.
194. Essai sur l'histoire philosophique de la médecine de l'antiquité, par J. L. E. Villeneuve.
195. Considérations sur la convalescence qui succède aux maladies aiguës, par J. Lagrisse.
196. De l'aphasie, par P. Vivent.
197. Examen des opinions émises sur la pathogénie de l'emphysème pulmonaire, par J. F. Gauran.
198. Du diagnostic des maladies de la matrice en général, par A. Sicard.
199. De l'éclampsie des femmes enceintes et en couche, par C. Cretté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Dans sa séance annuelle, la Société de médecine de Bordeaux a décerné les prix suivants :

Médaille d'or (grand module) et titre de membre correspondant à M. Hippolyte Jaquemet, pour son mémoire sur l'édification des hospices et hôpitaux.

Médailles d'argent (grand module), à MM. Dechaux et Bertet, membres correspondants, pour leur travail : de la valeur relative de l'expectation et des méthodes de thérapeutique actives dans le traitement de la pneumonie ; — à M. le docteur Hameau, pour son livre : *Du climat d'Arcachon dans quelques maladies de poitrine ;* — à M. Boissarie, pour son mémoire : *Du choléra infantile.*

Première mention honorable, à M. Castiglioni, médecin de l'hospice des aliénés, à Milan, auteur d'un projet de législation des aliénés.

Deuxième mention honorable, à M. Bonnecaze, pour ses observations cliniques prises dans une épidémie de variole à Saint-Pé-de-Bijorre.

Nous publierons, dans notre prochain numéro, les sujets de prix proposés, avec les observations de la Société. Ces dernières remarques étant nécessaires pour indiquer la voie dans laquelle on désire engager les concurrents.

— Dans sa séance du 6 courant, la Société d'agriculture, sciences, belles-lettres et arts d'Orléans, a décerné à M. le docteur Ronzier-Joly le prix (médaille d'or de 400 francs), pour le concours qu'elle avait ouvert sur la question suivante : « Dans toutes les fièvres intermittentes qui réclament l'emploi du quinquina, et surtout dans les fièvres pernicieuses, peut-on administrer, avec un égal succès, le sulfate de quinine ou le quinquina en substance ? » La Société a également arrêté que ce mémoire serait inséré dans le recueil de ses travaux.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi, 2 mai, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 20.

Ordre du jour : 1° Rapport de candidature, par M. le docteur Edm. Langlebert. — 2° Suite de la discussion sur le goudron et ses préparations. — 3° L'adénie et la leucocythémie sont-elles deux maladies distinctes ou deux variétés d'une même maladie ? par M. le docteur Corlieu. — 4° Sur le Berberis vulgaris, par M. Laboureur. — 5° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

Note sur le spéculum laryngien, présentée à l'Académie des sciences, par le docteur DE LABORDETTE, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, chevalier de la Légion d'honneur. In-8° de 24 pages. Prix : 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Étude clinique sur les plaies du globe oculaire, par le docteur DUBLANCHET. Un vol. in-8° de 124 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 51. — MARDI 1er MAI 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 1er MAI 1866. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 AVRIL 1866.

UN MOT SUR LA GRANULIE

A propos de quelques critiques dont elle a été l'objet.

La publication de mon livre sur *la Granulie* semble avoir donné une impulsion nouvelle à l'étude de l'affection tuberculeuse; et en France comme à l'étranger, elle m'a suscité de la part des travailleurs, un certain nombre de critiques plus ou moins judicieuses. Le professeur Virchow me paraît être un de ceux que mon livre a le plus fortement émus; à son occasion, il a publié dans ses Archives (1), un long mémoire dans lequel la critique un peu passionnée de mon œuvre laisserait à penser que l'éminent micrographe a tremblé un instant pour sa théorie de la tuberculose. Je viens discuter ici quelques-uns des arguments de sa critique.

Tout d'abord quelle est donc la théorie nouvelle du professeur Virchow sur la tuberculisation, et en quoi diffère-t-elle de celle des médecins français? Prenons des exemples :

Un individu, dans de bonnes conditions de santé jusque-là, est pris d'une fièvre cérébrale; il meurt après trois semaines de maladie aiguë, pendant laquelle il a eu de la fièvre, un peu de contracture musculaire, de l'hyperesthésie cutanée, du délire, des vomissements, de la constipation avec rétraction du ventre, etc., etc..

Le malade est mort; on en fait l'autopsie devant le professeur Virchow. Que dit-il? Sans s'arrêter à toutes les altérations inflammatoires du côté des méninges, du côté de l'encéphale, du côté des plèvres, voire même du côté du péritoine, il va droit à une douzaine de petites granulations demi transparentes, qu'il rencontre par-ci par-là, sur le chiasma des nerfs optiques, le long des vaisseaux qui rampent dans la scissure de Sylvius, sur la face externe de la rate, sur la plèvre et sur quelques points du parenchyme pulmonaire, et après avoir examiné sur le champ du microscope les éléments figurés que présentent les granulations, il se prononce sans hésitation : « Voici, dit-il, ce que j'appelle des tubercules; ils sont vierges « de toute dégénérescence et de métamorphose caséeuse. C'est « là pour moi le type du tubercule! » Oui, la granulation récente, sans granulations graisseuses, sans corpuscules tuberculeux de Lebert, en un mot sans trace de matière caséeuse, c'est là le vrai tubercule, c'est là l'unique tubercule pour l'éminent professeur de l'école de Berlin. Poursuivons les exemples :

Un autre individu bien portant pendant une vingtaine d'années, finit par perdre la santé; il ne tombe pas brusquement malade en passant subitement de l'état de santé à l'état de maladie; la transition est presque insensible, et l'on ne pourrait préciser le jour où la maladie a commencé; mais cet individu pâlit, il maigrit, il sent peu à peu ses forces diminuer, et en même temps il tousse. L'état général s'aggrave progressivement; le malade est pris de diarrhée, et bientôt il tombe en consomption. L'exploration de la poitrine a fourni successivement tous les signes de la désorganisation pulmonaire : rudesse de la respiration suivie de craquements humides, puis de gargouillements, puis de respiration caverneuse, de pectoriloquie, etc.

Enfin le malade meurt comme meurent tous les phthisiques, et M. Virchow est appelé à constater les lésions révélées par l'autopsie. Que dit-il? Après avoir examiné les cavernes pulmonaires, les petites masses caséeuses disséminées dans le parenchyme du poumon qui, du haut en bas du viscère thoracique, se présentent soit à l'état de ramollissement, soit à l'état de crudité, et qui caractérisent à leurs différents degrés, ce que Laënnec, Andral, Louis et tant d'autres, ont décrit jusqu'ici comme des tubercules; Virchow, après avoir inutilement cherché des granulations grises demi-transparentes dans tous les tissus, nie d'une façon formelle que cet individu ait des tubercules. Mais alors qu'a-t-il donc et à quoi a-t-il succombé? Pour l'éminent micrographe, ce malade offre un type d'une métamorphose caséeuse des poumons, sans intermédiaire de tubercule; il n'est pas, il n'a jamais été tuberculeux selon lui! C'est qu'en effet pour Virchow, le produit caséeux qui constituait pour Laënnec et pour les pathologistes français le tubercule proprement dit, à l'état de crudité, n'est plus du tout ce que, dans sa théorie et dans sa nouvelle acception des mots, il entend par tubercule; il réserve exclusivement la dénomination de tubercule à la granulation grise, qu'elle subisse ou non d'ailleurs la métamorphose caséeuse.

On voit tout de suite la dissidence frappante qui existe entre la théorie française et la théorie allemande. En France, nous étions tous à peu près d'accord sur les caractères du tubercule caséeux; le point sur lequel, depuis les immortels travaux de Bayle et de Laënnec, il y avait parfois de la dissidence entre les pathologistes les plus autorisés, c'était surtout sur le point de départ du tubercule caséeux; c'était de juger s'il était fatalement précédé par la granulation grise ou s'il ne l'était pas?

Or, pour Virchow, le tubercule caséeux n'est plus du tout du tubercule; ce produit peut être dû aussi bien à la métamorphose caséeuse des cellules contenues normalement dans le poumon ou dans tout autre organe, qu'il peut être la conséquence de la même métamorphose caséeuse d'une néoplasie telle que la granulation grise. Ce n'est plus qu'une métamorphose « qui peut affecter les tissus anciens comme les tissus de « nouvelle formation et qui n'indique jamais qu'une mortifica- « tion des cellules. » Aussi, l'éminent histologiste considère-t-il cette métamorphose comme étant aussi propre au cancer et au pus qu'à la granulation fibro-plastique, et à n'importe quel tissu constitutionnel, tel que le tissu ganglionnaire et le tissu pulmonaire. Il ne s'arrête pas à la question de savoir si cette métamorphose caséeuse des organes coïncide seule ou non avec l'état général de consomption qu'on appelle la phthisie pulmonaire; il considère seulement la lésion anatomique qui n'est, pour lui, qu'un état régressif, qu'un état de dégénérescence et de mortification, sans aucune spécificité. Partant de cette hypothèse, il élimine du champ de la tuberculisation tous les produits caséeux que nous appelons tubercules, et ne conserve comme tels que la granulation grise demi-transparente qui précisément, selon l'école française, n'est point encore le tubercule. Voilà la théorie de Virchow, et en quoi elle est essentiellement différente de la nôtre.

Il est remarquable et instructif de voir jusqu'où les théories spéculatives peuvent entraîner les esprits les plus éminents, lorsque ces théories sont conçues en dehors des études cliniques. Si Virchow, au lieu de se borner à trancher la question de la tuberculisation sur le champ de son microscope, se fût mis en mesure de la juger au lit des malades, il aurait reculé devant la subtilité de sa distinction de la métamorphose caséeuse en scrofuleuse et en tuberculeuse. Il aurait vu qu'à mesure que cette métamorphose des éléments du poumon s'accomplit, le malade offre un état pathologique identique dans les deux cas, tant sous le rapport des troubles fonctionnels que sous celui des signes physiques que révèle l'exploration de la poitrine.

Il admet bien, pour soutenir sa théorie cellulaire, que la granulation grise puisse, dans certaines circonstances, subir la métamorphose caséeuse commune et devenir ce que l'école de Laënnec appelle le tubercule cru; mais, pour lui, cette transformation n'est même pas fatale, et il ne s'inquiète pas de savoir qui est-ce qui décide si elle doit ou ne doit pas s'accomplir. Serait-ce la cellule qui, de propos délibéré, et sans le concours de l'économie tout entière, se transformera isolément et autocratiquement en matière grasse? ou bien, au contraire, dans cette métamorphose, la cellule n'est-elle pas toute passive et subordonnée à la disposition morbifique générale de l'économie qui la porte? L'état général qui préside à la métamorphose caséeuse des granulations n'est plus du tout celui qui s'observe lors de leur éclosion dans l'économie; et ces granulations fibro-plastiques resteraient indéfiniment inoffensives par elles-mêmes, pour le tissu qui les soutient, si, dans certaines circonstances qui ne leur sont pas fatales, ainsi que le reconnaît lui-même Virchow, une autre puissance morbifique ne leur infligeait cette métamorphose, en même temps que, sous son influence, cette même métamorphose s'accomplit comme spontanément et sans intermédiaire granuleux, dans le tissu ganglionnaire lymphatique et dans une certaine étendue du parenchyme pulmonaire.

Or cette puissance morbifique nouvelle et nécessaire à l'accomplissement de la métamorphose caséeuse des granulations, est-elle donc autre chose que ce que les cliniciens désignent et comprennent sous le nom de diathèse tuberculeuse, et son intervention n'est-elle pas absolument nécessaire pour déterminer la phthisie dans l'acception clinique et traditionnelle du mot!

Chose étrange! Avec la théorie de Virchow, non-seulement la phthisie pulmonaire n'est plus la tuberculisation des poumons comme l'entend l'école de Paris; mais, qui plus est, la nouvelle tuberculisation qu'il enseigne ne produit jamais la phthisie, qu'à la condition expresse de ne plus rester soi, c'est-à-dire d'être métamorphosée en quelque chose de tout à fait différent : la métamorphose caséeuse!

Il est très-remarquable, à propos de cette grande question de la *granulie* et de la tuberculisation, de voir confondre, comme le fait le savant professeur de Berlin, la lésion anatomique avec la maladie générale, et plus encore, un élément histologique isolé avec l'ensemble des manifestations anatomo-pathologiques que révèlent les autopsies.

Virchow, pour critiquer plus à l'aise la *granulie* et la taxer « de résultat d'une logique aveugle », ne se donne pas la peine de rechercher quel rapport existe entre la phlegmasie des membranes séreuses et la granulation; il ne s'occupe point de savoir si cette inflammation dont la prédominence vers l'encéphale constitue la fièvre cérébrale des auteurs, et dont la dissémination du côté des trois cavités, constitue la forme typhoïde de la phthisie galopante, si cette inflammation, dis-je, précède, accompagne ou suit le produit granuleux, si ces produits granuleux sont nécessaires au développement de ces phlegmasies, ainsi qu'une observation trop superficielle l'avait fait admettre prématurément, ou bien si ces inflammations sont le phénomène initial et constant de l'affection granulique.

Virchow, dans sa critique un peu passionnée, garde un silence si complet sur cette partie de l'anatomie pathologique de la *granulie*, qu'il serait possible, en vérité, qu'il ne l'eût pas aperçue. Là cependant est le nœud de la question; car l'affection aiguë que, sous le nom de *granulie*, j'ai cherché à faire mieux connaître qu'elle ne l'était avant mon travail, se caractérise anatomiquement bien plus encore par l'inflammation des membranes séreuses réparties dans les trois cavités, que par les granulations qui lui succèdent et qui, l'inflammation une fois éteinte, persistent sur les tissus souvent longtemps, avant de provoquer de nouveaux troubles fonctionnels; en effet, ceux-ci ne réapparaissent, et notons-le bien, alors sous une autre forme, qu'au moment de la métamorphose caséeuse de ces granulations, c'est-à-dire, dans le langage clinique moderne, au moment de leur tuberculisation.

Si mon éminent contradicteur avait comparé un instant l'état pathologique aigu dont j'ai rapporté dans mon livre des exemples si probants, avec l'état pathologique chronique qui caractérise ce qu'il appelle la métamorphose caséeuse des granulations, il aurait été infailliblement frappé de la différence des deux maladies; et, en présence de ces phthisies latentes qui surviennent en dehors de toute empreinte scrofuleuse, qui se traduisent par un état chloro-anémique parfois si insidieux et si peu en proportion avec des désordres locaux appréciables, il aurait dû reconnaître qu'en dehors de la métamorphose caséeuse de granulations qui n'existent pas, et qu'en dehors de la scrofule que le bon sens clinique se refuse également à admettre, dans le cas auquel je fais allusion, il y a une affection expressément générale qui se caractérise anatomiquement par une production caséeuse spéciale, et que c'est cette affection qu'on appelle la *phthisie pulmonaire*.

Il eût été sans doute précieux pour l'anatomie pathologique de découvrir dans les lésions de la phthisie pulmonaire, déjà si nettement caractérisée par les altérations du poumon qui sont appréciables à l'œil nu, un élément histologique spécial qui en établit matériellement l'essentialité; on aurait pu croire cette découverte définitivement acquise à la science, si les ingénieuses investigations de Virchow ne venaient ébranler fortement le monument de Lebert et soulever des doutes sérieux sur la valeur spécifique du corpuscule tuberculeux de ce savant auteur.

Mais, alors même qu'au moyen du microscope, on ne saurait pénétrer la nature intime de la métamorphose caséeuse propre à la phthisie pulmonaire, et alors même que son produit ne se caractériserait par aucun signe physique différent de ceux des produits caséeux qui proviennent du cancer, du pus, du typhus, etc., il ne faudrait pas en conclure précipitamment à la non-spécificité de sa cause.

N'avons-nous pas d'ailleurs passé par la même école à propos de la diphthérie de Bretonneau?

Déjà en 1849, dans un mémoire que la Faculté m'a fait l'honneur de couronner, je me suis élevé contre la tendance qui se manifestait alors à localiser la spécificité de l'affection dans l'élément histologique; et dans mon travail sur la diphthérite, publié en 1850 (1), j'ai mis tous mes soins à démontrer que les fausses membranes couenneuses de la peau et des membranes muqueuses de quelque nature nosologique qu'elles

(1) *Phymatie, Tuberculose und Granulie, eine historisch-kritische Untersuchung, in Arch. für Path. Anat. und Physiol.* 1865, Berlin.

(1) *Archives générales de médecine*, 1850, quatrième série, t. XXII. *Étude de la diphthérite.*

fussent, étaient toutes constituées par la coagulation de la fibrine exsudée avec le sérum du sang, par l'effet de l'inflammation : « Or, écrivais-je alors (1), si de ce que l'examen microscopique « démontre que les fausses membranes de la diphthérite sont « constituées par des éléments anatomiques semblables à ceux « qui entrent dans la formation de fausses membranes propres « à d'autres maladies, quelques personnes voulaient conclure « que ces diverses exsudations appartiennent à une seule mala- « die, nous pourrions leur objecter que le même examen micros- « copique les conduirait à conclure que la pustule primitive de « la syphilis, la pustule de la variole, la pustule vaccinale, etc., « ne sont aussi que des lésions propres à une même maladie, « puisque le microscope n'y découvre également que des élé- « ments identiques.

« L'application de la micrographie aux études médicales de- « viendrait, à notre avis, le plus funeste moyen d'investigations, « s'il devait conduire à de tels résultats. Mais bien au contraire, « c'est précisément en établissant et en mettant en évidence la « parité des éléments anatomiques de beaucoup de lésions « propres à diverses affections, que le microscope fait encore « mieux ressortir toute l'influence et la force de ce *quid divi- « num* qui préside au développement et à l'évolution des ma- « ladies, en leur imprimant un cachet tout spécial, qui les rend « nettement distinctes les unes des autres, et en fait autant « d'unités pathologiques distinctes de toute autre analogue. »

Si un micrographe, en s'appuyant sur l'identité des éléments histologiques des fausses membranes fibrineuses, voulait aujourd'hui nous faire rebrousser chemin et nous forcer à confondre la diphthérite avec toutes les autres maladies susceptibles comme elle de donner lieu à des pseudo-membranes fibrineuses, sous prétexte que la nosologie ne relève exclusivement que de l'histologie, il perdrait son temps.

De ce que la matière caséeuse que présente le poumon des individus morts de phthisie pulmonaire ressemble par ses éléments histologiques à la matière caséeuse qui peut provenir d'une métamorphose du pus, du cancer ou d'une néoplasie cellulaire quelconque, doit-on en conclure que toutes ces affections sont de même nature, et que la dégénérescence caséeuse de la phthisie n'est pas aussi spécifique que la cause qui la produit? Je ne le pense pas.

L'école allemande, ne pouvant plus parvenir à spécifier la phthisie par un élément histologique spécial depuis qu'elle retrouve, ailleurs que dans cette affection, le corpuscule tuberculeux de Lebert, substitue de son autorité privée, la variété de la phthisie à l'espèce, et semble prendre en mauvaise part que les cliniciens, à la vue de cette innovation, ne crient pas bravo!

La phthisie pulmonaire, qui résulte de la métamorphose caséeuse des granulations grises, ne peut jamais être qu'une variété. Si la granulation, en restant elle-même, coïncidait jamais avec l'état général de la phthisie, on pourrait jusqu'à un certain point en faire, comme le voudrait Virchow, le caractère spécifique et essentiel de l'affection; mais il ne faut pas perdre de vue, d'une part, que la granulie ne devient une phthisie qu'à la condition expresse que les productions granuleuses dégénèrent, qu'elles se métamorphosent et qu'elles deviennent matière caséeuse; et, d'autre part, que beaucoup de phthisiques meurent avec cette même dégénérescence caséeuse de leur poumon sans que la granulie y joue aucun rôle.

C'est précisément cette absence de la granulation grise dans les organes d'individus morts de phthisie pulmonaire qui a fait admettre aux pathologistes les plus autorisés, comme à M. Andral, que le tubercule n'avait pas pour origine constante des granulations.

Qui peut prévoir d'ailleurs ce que nous réserve l'avenir au sujet des granulations grises fibro-plastiques, et quel sera le dernier mot de l'histologie, après les inoculations animales auxquelles nous nous livrons tous avec ardeur, depuis les résultats si remarquables et si inattendus qui ont été proclamés par M. Willemin. Dans combien de maladies différentes trouvera-t-on des granulations que le microscope montrera être constituées par des éléments histologiques identiques à ceux des granulations de la granulie?

Déjà l'on peut citer la morve; attendons donc pour clore la discussion; mais surtout attachons-nous à l'observation clinique qui est et qui restera, dans les temps à venir, comme elle a été dans tous les temps passés, le guide le plus sûr pour parvenir, en médecine, à la vérité.

Ce ne sont pas les faits qui peuvent plier devant la théorie : « Que restera-t-il donc du tubercule, s'écrie Virchow, si Empis avec sa *granulie*, lui enlève la granulation? » Rien, en effet, dans l'opinion de mon savant critique, puisque selon la théorie allemande, toutes les tuberculisations caséeuses de Laënnec, d'Andral, de Louis, etc., ne seraient plus que des métamorphoses et des mortifications de cellules auxquelles la tuberculisation n'aurait plus rien de spécifique à faire; mais ce qui peut consoler le professeur de Berlin, c'est qu'en chassant le mot, on n'évite pas la chose, et qu'en dépit des vaines théories des libres penseurs, la phthisie pulmonaire n'en persistera pas moins à désoler l'humanité et à défier nos médications les plus puissantes.

Parmi les arguments soulevés par Virchow contre la distinction clinique que j'ai établie entre la granulie et la tuberculisation, mon collègue d'outre-Rhin me reproche de ne pas confondre assez l'œuf avec la poule; ma distinction lui paraît, dit-il, aussi illogique que si l'on voulait faire *une espèce œuf et une espèce poule!...*

La critique est spécieuse. Sans chercher pour le moment si, en zoologie, les œufs se classent d'après les mêmes caractères que les poissons et les oiseaux, je doute fort que Virchow ne comprît pas bientôt la nécessité d'une distinction entre ces deux choses, si, chaque jour à son dîner, on lui faisait la mauvaise plaisanterie de lui servir un œuf au lieu d'une poule.

L'argument de Virchow est d'autant plus malheureux, qu'en le suivant sur ce terrain allégorique qui paraît être de son goût, l'œuf représente ma granulie, et la poule la phthisie caséeuse. Eh bien, il nie précisément que la phthisie caséeuse soit toujours la conséquence des granulations, et que celles-ci soient nécessaires à son développement. La phthisie caséeuse pour lui, n'a plus rien de spécifique, et peut-être aussi bien l'effet de l'inflammation; de la scrofule, du cancer, etc., que de la métamorphose des granulations grises, d'où il résulte que la poule de Virchow ne provient pas toujours de l'œuf et qu'elle peut éclore sans lui, sans doute, alors par génération spontanée!

La plus grande différence qui sépare la doctrine de Virchow de celle que j'ai développée dans mon livre sur la *granulie*, c'est que le professeur de Berlin élimine du domaine de la tuberculisation toutes les altérations pulmonaires que les médecins français s'étaient habitués à considérer comme des tubercules, depuis les travaux de Bayle et de Laënnec, du moment où ces altérations n'ont pas pour point de départ avéré des granulations grises; tandis que moi, je persiste à appeler tubercules les dégénérescenses caséeuses du tissu pulmonaire; et sous le nom de *granulie*, j'élimine, au contraire, du domaine de la tuberculisation, tout ce groupe de maladies aiguës, connues sous les noms divers de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse, d'hydrocéphalie aiguë, de phthisie galopante, etc., qui se caractérisent anatomiquement par des inflammations primitives, avec exsudation séro-fibrineuse, prompte à s'organiser et n'aboutissant pas fatalement à la métamorphose caséeuse que nous appelons la tuberculisation. Cette élimination me paraît fondée non-seulement sur les lésions matérielles que l'on constate à l'ouverture des cadavres, mais encore et surtout, elle me paraît indiquée par l'ensemble des phénomènes pathologiques qui diffèrent du tout au tout, dans la granulie, de ceux de la tuberculisation caséeuse, soit aiguë, soit chronique.

Déjà les cliniciens avaient tellement senti la nécessité d'une distinction entre la phthisie aiguë granuleuse et la phthisie aiguë caséeuse, qu'ils avaient tous accepté avec empressement, la dénomination, tant soit peu subtile, de phthisie *galopante* par opposition à celle de phthisie *rapide*; mais la phthisie galopante, telle qu'elle avait été décrite et comprise, laissait en dehors d'elle beaucoup des manifestations de l'affection générale dont elle n'est, elle-même, qu'une forme.

Ainsi on ne regardait pas la fièvre cérébrale comme étant la même affection que la phthisie galopante, et dans la forme *typhoïde* de cette dernière maladie, personne que je sache n'avait fait ressortir, comme j'ai essayé de le faire, l'importance de la méningite encéphalo-rachidienne qui l'accompagne toujours.

Enfin, et ce dernier point est capital, je crois que les observations qui servent de base à mon travail ne permettent plus de méconnaître que les inflammations qui se disséminent sur les membranes séreuses et sur les organes contenus dans les trois cavités, ne soient l'effet, dans cette maladie, d'une cause morbifique interne, et non celui des corpuscules granuleux qui n'apparaissent que plus tard et qui font parfois complétement défaut.

Le plus grand tort de l'école allemande est, à mon avis, de vouloir juger la question par un seul de ses éléments, et de limiter la discussion de la granulie à la granulation, en laissant de côté les inflammations aiguës qui sont si étroitement liées à l'ensemble symptomatologique de l'affection.

Je l'ai dit, et je ne saurais trop le répéter, la granulation par elle-même ne produit aucun trouble fonctionnel dans l'organe qui la porte, du moment où l'inflammation qui a présidé à son éclosion est totalement éteinte. La granulation ne devient offensive qu'à partir du moment où elle subit la métamorphose caséeuse de Virchow, c'est-à-dire au moment où, pour nous, elle se tuberculise.

En définitive, si, laissant en dehors de la discussion la théorie de la prolifération initiale des cellules, l'on m'accorde :

1° Que l'inflammation aiguë, dont j'ai décrit les caractères dans mon livre, se développe primitivement, initialement, dans l'affection que caractérise également la présence des granulations grises;

2° Que la maladie est complétement différente par ses symptômes de ce qu'elle est dès qu'il y a commencement de métamorphose caséeuse des cellules;

3° Que cette métamorphose caséeuse des cellules, ainsi que l'état symptomatologique qui l'accompagne, n'est pas nécessairement précédée de la production de granulations, et qu'elle peut survenir d'emblée, comme par exemple sous l'influence de la scrofule, etc.;

Je dis que la critique de Virchow, au sujet de ma granulie, n'est pas seulement une dispute de mots, mais bien une querelle d'allemand!

EMPIS,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

---

(1) Page 204, *loc. citat.*

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Quelques considérations sur le traitement du strabisme.

(Observation recueillie par M. DIEULAFOY, interne du service.)

Au numéro 31 de la salle Sainte-Vierge, est un jeune garçon de quinze ans, qui demande à être opéré d'un strabisme convergent à l'œil droit.

Nous passons sous silence les différentes parties de cette observation, qui ne présentent, du reste, aucune particularité intéressante, et nous abordons immédiatement la question du traitement.

Il y a depuis quelque temps, pour nos voisins d'outre-Manche et d'outre-Rhin, un engoûment bien légitime d'ailleurs, mais qui demanderait parfois à être contrôlé de plus près.

Ainsi, en lisant dans les *Archives de médecine* (juillet 1864) un article sur le strabisme, au point de vue médical et chirurgical, on voit que l'auteur, en discutant le traitement, rejette le procédé de Graeffe, et lui préfère le procédé mis en usage à Moorfields, dont il vante la supériorité, et qu'il paraît donner comme nouveau.

Mais en cherchant un peu, on trouve que cette opération se pratiquait en France, il y a plus de vingt-cinq ans, et aujourd'hui encore M. Velpeau la pratique telle qu'il l'a exécutée et décrite en 1840, pour la première fois.

On n'a, pour s'en convaincre, qu'à lire l'article qu'il publia deux ans plus tard, dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère.* C'est l'opération qui va être faite sur ce jeune garçon.

Le malade, assis sur une chaise, a la tête maintenue par un aide, et les paupières écartées par un blépharéirgon; cet instrument en fil de fer élastique se place sans difficulté et tient les paupières parfaitement écartées, en occupant si peu de place, qu'il laisse au chirurgien toute la liberté désirable pour agir sur l'œil.

Alors l'opérateur, debout en face du malade, saisit avec une forte pince à griffes un large pli de la conjonctive et *l'attache du muscle lui-même* à la sclérotique, pour fixer l'œil et l'attirer en dehors.

S'il s'agit de l'œil droit (et c'est aujourd'hui le cas), l'opérateur maintient lui-même cette pince de la main gauche, puis avec une autre forte pince à griffes, il embrasse le corps du muscle et la conjonctive. Cette dernière pince est confiée à un aide.

Il y a donc entre les deux pinces une bride de 4 à 8 millimètres, c'est cette bride contenant la conjonctive, le muscle et les aponévroses, qui est coupée d'un seul coup, au moyen de ciseaux courbés; des sections secondaires en haut et en bas divisent ensuite tout ce qui peut résister encore.

Enfin, M. Velpeau excise le lambeau interne du pli conjonctival pour éviter, dans la cicatrisation, un petit bourgeon qu'il faudrait exciser plus tard.

C'est ainsi que vient d'être opéré le jeune garçon qui est sous nos yeux. Une minute a suffi, l'œil est parfaitement droit; il n'est besoin d'aucun pansement.

Aucun accident ne s'est déclaré; quelques jours après le malade a quitté l'hôpital.

ÉTUDE SUR L'ANTAGONISME

Entre l'opium et la belladone au point de vue surtout des injections sous-cutanées.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, le 2 mars 1866, par M. le Dr FRAIGNIAUD).

L'étude des propriétés si importantes dont jouissent l'opium et la belladone, bien qu'elle ait été l'objet de très-nombreuses recherches, demeure encore un sujet du plus haut intérêt. Peu de substances, en effet, offrent des ressources plus variées et plus certaines; elles sont de celles sans lesquelles la médecine demeurerait le plus souvent impuissante. On peut donc dire que c'est là un terrain qui, bien que très-exploré et très-ancien, demeure encore nouveau et sur lequel il y a constamment place pour des recherches dignes de nous occuper.

Tant que la médecine s'est bornée à utiliser ces agents sous les formes anciennes d'extraits, de teintures, etc., et à prendre pour les administrer la voie stomacale ou rectale, les accidents qui pouvaient être observés étaient rares; même après qu'on eut connu les principes actifs de ces médicaments et qu'on les eut introduits dans l'économie par le chemin plus court du derme dénudé, les cas d'empoisonnement n'avaient lieu qu'exceptionnellement à la suite de doses exagérées, résultat d'une méprise ou d'une intention criminelle.

Mais depuis que la pratique des injections sous-cutanées s'est étendue et que les sels de morphine et d'atropine sont devenus les seules préparations de ces substances que cette nouvelle méthode puisse employer, l'énergie de leur action s'est accrue d'une façon considérable. Introduits ainsi dans la circulation par voie d'absorption rapide et presque instantanée, à côté des effets thérapeutiques qu'on est sûr d'obtenir d'une manière certaine et immédiate, se sont montrés de pair des inconvénients sérieux de l'intoxication dont il est presque impossible de modérer le développement ou de prévoir la limite.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'historique des injections hypodermiques. Cette méthode, chacun le sait, a pris naissance en Angleterre mais s'est développée sous l'heureuse initiative de M. le professeur Béhier à qui revient l'honneur de l'avoir introduite en France.

Je ne veux pas non plus chercher à discuter l'utilité incontestable de cette découverte, car ce serait entreprendre de prouver la lumière. Je veux seulement établir que les injections sous-cutanées sont une arme d'une très-grande portée qui peut faire courir des dangers considérables par la nature des substances qu'elle utilise, et dont la puissance n'est assujettie encore à aucune règle fixe et certaine.

Le mémoire de M. le professeur Béhier, lu à l'académie de médecine en 1859, et qui produisit la plus grande sensation, fut suivi de la relation d'une foule d'observations intéressantes qui excitèrent les médecins à suivre d'aussi bons exemples. Ces observations, dont la plupart sont remplies des plus minutieux détails et toutes empreintes de la plus parfaite bonne foi, semblaient en effet devoir justifier cet entraînement. Après les avoir lues, on pouvait demeurer convaincu qu'il n'y avait guère que des succès à attendre, et qu'en de rares circonstances seulement la réussite ne viendrait pas couronner la tentative. Quant aux accidents qui pouvaient se produire, ils semblaient peu sérieux, devant disparaître d'eux-mêmes et n'entraînant jamais la responsabilité du médecin au delà d'une certaine limite, que, le résultat final faisait oublier.

Telle n'est pas, à mon avis, la marche ordinaire des choses. Appelé comme mes confrères à m'engager dans la voie des injections sous-cutanées (je parle surtout et uniquement ici des injections hypodermiques de morphine et d'atropine), enthousiaste de ce moyen si simple et si facile de procurer aux malades une guérison désirée, je me suis trouvé dès le début en présence d'accidents qui m'ont ému. Je les ai mis sur le compte de mon expérience encore incomplète, je me suis procuré les instruments les plus précis; j'ai apporté la plus grande attention dans l'injection des doses convenables et malgré cela je n'ai pu toujours éviter les graves inconvénients qui m'avaient préoccupé. Quand j'ai agi avec des quantités faibles et dans le but de ne produire qu'une action locale sur les extrémités nerveuses, les effets m'ont paru nuls; quand j'ai eu recours à des proportions plus élevées, les résultats sont devenus certains, mais les accidents presque constants. Je crois cependant qu'il est de toute nécessité d'introduire dans l'économie des quantités de substances actives capables de donner naissance à des symptômes physiologiques bien tranchés, pour avoir la certitude d'arriver à un résultat thérapeutique réel et durable. A peine si je puis faire une exception pour les douleurs légères et superficielles; encore à cet égard ma conviction n'est-elle pas entière.

Tel serait donc le côté défectueux de cette pratique, dont la rapidité d'action laisse une très-grande place à l'insécurité des événements. Ces considérations ne sauraient évidemment suffire pour la mettre en discrédit, mais elles sont de nature à rendre circonspect et à modérer un entraînement que la simplicité du manuel opératoire est bien faite pour produire.

Du reste, les promoteurs de la méthode, et Wood tout le premier, furent frappés des accidents, que malgré toute la prudence désirable, ils ne parvenaient pas à éviter; aussi essayèrent-ils de mettre à profit les propriétés en apparence contradictoires de l'opium et de la belladone pour opposer ces deux substances l'une à l'autre. Les premières tentatives faites dans ce sens furent données comme réalisant ce problème (1). A ce moment, la cause des injections sous-cutanées de morphine ou d'atropine, dégagée de ses dangers, parut devoir conquérir tous les suffrages. Comme tout le monde, je cherchais à profiter de cette victoire et j'introduisis à la fois les deux médicaments, selon les règles tracées, comptant bien ne plus avoir les mêmes émotions que par le passé; mais le résultat ne fut pas toujours celui que j'attendais; j'eus encore des symptômes toxiques à combattre et j'acquis la conviction que cette seconde manière d'agir, tout en fournissant des avantages très-certains, plus complets même que la première, ne mettait pas encore à l'abri des complications sérieuses que je tiens à bien dénoncer, comme faisant partie inhérente des injections sous-cutanées.

Soit que je fasse appel à mes souvenirs ou que je consulte les notes que j'ai prises à l'occasion, soit que je lise les observations dans lesquelles, se plaçant au point de vue de l'antagonisme de l'opium et de la belladone, on a donné comme correctif, à l'absorption sous-cutanée de l'atropine, de hautes doses de son antidote, je trouve toujours un cortége de symptômes très-curieux. Il est vrai que presque toujours une franche amélioration ou une guérison radicale ont été obtenues, mais il est juste de chercher quel a été le motif de ces succès; quelle a été la part qu'il faut faire à l'opium comme correctif de la belladone, ou à la belladone comme correctif de l'opium, et quelle confiance faut-il avoir dans les propriétés mutuellement contradictoires de ces substances; ou en d'autres termes l'opium est-il antagoniste de la belladone? L'association de ces deux médicaments est-elle de nature à modifier, dans une large mesure, les accidents qui pourraient surgir de l'administration de l'une ou de l'autre isolément? Ne doit-on pas craindre au contraire de surajouter l'action toxique de l'une à l'action toxique de l'autre? Telle est au fond toute la question. Il n'est possible de la résoudre qu'en invoquant la physiologie expérimentale et les observations bien prises sur l'homme.

D'abord que doit-on entendre par substances antagonistes? Évidemment celles dont les propriétés contraires et opposées sont capables de se neutraliser.

L'opium et la belladone ont été bien anciennement et bien souvent considérés comme tels. Avec cette opinion préconçue, ils ont été fréquemment mis en présence pour se combattre, et je dois dire que la liste des faits où cet antagonisme paraît avoir été mis à profit, présente un ensemble considérable.

Mais ces observations, quelque nombreuses qu'elles soient, ne me paraissent pas démontrer ce qu'elles voulaient prouver; je crois bien plus qu'elles établissent que l'union de l'opium et de la belladone accroît leurs effets thérapeutiques et pourraient à l'occasion doubler leur action toxique. Assurément ces deux substances ont des actions physiologiques contraires et bien tranchées qu'il serait inutile de nier, mais elles en produisent aussi de semblables et presque d'identiques qu'il est facile d'établir. Je vais chercher dans les faits les phénomènes bien tranchés qu'elles déterminent; il sera possible ensuite d'établir l'échelle des ressemblances et des différences.

Dans un mémoire fort bien fait et qui a pour titre : *De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées*, 1855, M. le docteur Jousset (de Bellesme), résumant la pratique de M. le docteur Béhier, dont le plus grand nombre des observations relatives à ce sujet ont été consignées dans la thèse de M. le docteur Gaudry, sous le titre : *Des injections de sulfate d'atropine dans le traitement des névralgies*, 1863, montre tout le parti qu'a su en tirer, dans une foule de circonstances, l'éminent professeur de la Faculté. Je ne puis les reproduire ici, mais dans chaque observation on voit revenir la description d'accidents plus ou moins sérieux, même dans celles où de larges doses d'opium ont été administrées après l'injection du sel d'atropine. M. le docteur Jousset (de Bellesme) termine cette partie de son mémoire, en déclarant que l'intoxication atropique, après l'injection de doses de sulfate d'atropine qui varient entre 0,001 et 0,007 milligrammes, est difficile à éviter complétement. Mais que si cette intoxication venait à prendre des proportions de gravité qui inquiétassent le médecin à intervenir, il devrait avoir présent à l'esprit l'effet salutaire qu'exerce en ce cas la morphine.

Pour soutenir cette opinion, il cite, à la page 99, une observation de sciatique double, traitée par cinq injections d'atropine, après lesquelles chaque fois 10 centigrammes d'extrait d'opium furent administrés. La guérison eut lieu en sept jours, mais l'administration simultanée de l'opium et de l'atropine n'empêcha pas de se produire les accidents d'un véritable empoisonnement, présentant les symptômes qui appartiennent à l'action physiologique des deux substances administrées. Ces faits sont donc loin de donner la certitude que l'opium puisse contre-balancer les inconvénients qui résultent de l'absorption de la belladone; ils ne prouvent pas par conséquent que le médecin puisse se fier à l'action antagoniste de ces deux médicaments pour en élever les doses, et qu'en des circonstances particulières, leur administration simultanée ne puisse donner naissance à des accidents redoutables.

Si je tiens compte maintenant de ce que j'ai eu l'occasion d'observer personnellement, je suis conduit aux mêmes conclusions. Je possède trois observations, recueillies avec soin, d'injections d'une solution contenant à la fois du sulfate d'atropine et du sulfate de morphine, à la suite desquelles les accidents les plus inquiétants se manifestèrent. Cette solution contenait, pour dix gouttes d'eau acidulée avec l'acide sulfurique, cinq centigrammes de sulfate de morphine et deux milligrammes et demi de sulfate d'atropine. La première eut pour sujet une dame âgée de 68 ans, atteinte de douleurs intolérables au pied gauche qui furent d'abord attribuées à la compression du nerf tibial antérieur par un cal vicieux, suite d'une ancienne fracture à la partie inférieure de la jambe. Cette dame, que je voyais avec M. le docteur Brown Séquard, reçut dans le voisinage du point douloureux l'injection hypodermique dont il a été parlé plus haut. Déjà plusieurs injections de morphine ou d'atropine avaient été faites précédemment sans effets durables sur la douleur, mais avec production d'accidents toxiques plus ou moins marqués. Une sorte d'accoutumance pouvait donc être considérée comme acquise. Quelques minutes après cette injection, des accidents très-inquiétants se manifestaient; le sel de morphine parut prédominer dans les symptômes d'empoisonnement, la contraction de la pupille fut extrême, des lypothimies se produisirent ainsi que des nausées et des vomissements; le pouls devint filiforme, le sommeil presque invincible, une sueur froide apparut sur toute la surface de la peau, il fallut avoir recours aux manuluves sinapisés pour ranimer la circulation aux extrémités; plus d'un litre d'infusion de café fut introduit dans l'estomac; on tint en éveil continuel la malade, on la stimula avec l'eau froide et ce ne fut qu'après quinze heures de soins assidus que ces symptômes disparurent. Il est juste d'ajouter que l'état local fut profondément modifié, puisque cette dame qui depuis longtemps ne s'était servie de son pied, put marcher dans sa chambre. Si la guérison ne se maintint pas il faut l'attribuer à l'altération profonde des os du pied existant déjà, qui se manifesta plus tard par des symptômes absolus, changea le diagnostic et finalement força d'avoir recours à l'amputation tibio-tarsienne.

La seconde et la troisième observations ont trait à deux cas rebelles de névralgie intercostale qui, l'un et l'autre, furent traités par la même injection. Ici les individus étaient jeunes, entre vingt-cinq et trente ans; j'eus à compter avec des symptômes presque aussi graves d'intoxication par l'opium, ou du moins avec des nausées, des vomissements, des tendances à la syncope, un sommeil presque insurmontable, phénomènes qui ne sont pas exclusivement propres à l'opium et dont l'atropine peut bien revendiquer sa part. La guérison, j'ai hâte de le dire, fut obtenue. Si ces deux derniers succès, et pour être plus juste, si les résultats qui, dans ces trois cas, suivirent l'injection, peuvent m'encourager à recommencer, je ne saurais cependant oublier la leçon qui me fut acquise. Mais ils ne démontrent en aucune manière l'action opposée des deux substances que j'avais réunies pour obtenir la neutralisation de leurs propriétés toxiques; ils prouvent bien plutôt que l'atropine et la morphine ne se montrèrent pas antagonistes, et que les accidents que j'ai eus à observer peuvent être mis sur le compte de cette association qui, loin d'avoir été contradictoire, fut au contraire plus énergique.

Après les expériences sur l'homme malade, la question de l'antagonisme entre l'opium et la belladone pouvait être étudiée par des expériences sur les animaux. C'est ce qu'a essayé de faire M. le docteur Camus qui a consigné le résultat de ses recherches dans sa thèse inaugurale intitulée : *Étude sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone* (année 1865).

(1) M. le professeur Béhier, *Bulletin de thérapeutique*, 1859, *Gazette médicale*, 1859; M. le professeur Courty, *Gazette des Hôpitaux*, 1859.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la pneumatose intestinale.

Le *Bulletin de thérapeutique* du 15 avril contient quelques considérations intéressantes du professeur Fonssagrives, sur la pneumatose gastro-intestinale et son traitement. Voici les moyens à l'aide desquels on peut remédier aux nombreux accidents que détermine cette pneumatose.

I. Une première indication consiste à la prévenir chez les individus qui y sont prédisposés par une idiosyncrasie particulière ou par un état morbide.

On atteindra ce but par le choix d'un régime sévère dont on proscrira sévèrement tous les féculents, le lait, etc., tous les aliments, en un mot, capables de donner lieu à un grand développement de gaz dans l'intestin.

Sans admettre que la flatulence dérive toujours d'un état atonique de l'estomac et de l'intestin, il est certain que, dans un bon nombre de cas, elle coexiste avec une sorte de torpeur des parois musculaires du canal intestinal et de là vient que l'emploi des condiments stimulants et aromatiques rend de très-grands services dans ce cas. En Angleterre on fait un grand usage des condiments aromatiques dans le cas de dyspepsie atonique. La *poudre apéritive* de Grégory y jouit surtout d'une grande faveur. C'est un mélange de 2 drachmes de rhubarbe, de 2 drachmes de magnésie calcinée, de 7 grains de poudre de gingembre et de 17 grains de cannelle. On emploie cette poudre à la dose d'une demi-cuillerée à café que l'on prend dans de l'eau simple ou mieux dans de l'eau additionnée de quelques gouttes d'essence de menthe. Les infusions chaudes d'anis, de thé, d'agapana, l'anisette, le curaçao, l'élixir de Garus, pris après les repas, stimulent l'estomac et lui permettent de bien digérer des aliments qui, sans cette précaution, produiraient souvent de la pesanteur, des baillements et des fluatuosités. Chomel recommandait encore aux gens flatulents de faire un exercice régulier; l'intestin et l'estomac ont, en effet, besoin chez eux de la stimulation rhythmique que leur impriment les parois de l'abdomen, dont les contractions répartissent d'ailleurs d'une manière uniforme les gaz contenus dans l'intestin et les empêchent de se cantonner dans certains points du ventre et d'y produire une sensation importune de distension et de tiraillement.

II. Une seconde indication est d'absorber les gaz. Le froid, les alcalis et le charbon de bois sont les moyens à l'aide desquels on remplit cette indication.

L'emploi de la glace *intus* et *extra* rend quelquefois de très-grands services dans la tympanite stomacale, et il est probable que le froid, stimulant les fibres musculaires de l'estomac, facilite par cela même la répartition plus égale des gaz et leur expulsion par l'orifice pylorique ou le cardia.

De tous les absorbants qui ont été conseillés, l'ammoniaque est le plus utile. Ce médicament s'administre à la dose de 10 gouttes dans une potion de 120 grammes que l'on peut, s'il est besoin, réitérer deux ou trois fois, ou pour plus de simplicité, on peut en faire prendre toutes les demi-heures 5 gouttes dans un demi-verre d'eau glacée, jusqu'à concurrence de 30 gouttes.

La liqueur de potasse, préparée suivant la pharmacopée de Londres, est une préparation très-usitée en Angleterre et qui peut très-bien remplacer l'ammoniaque dans les cas de flatulence. Elle s'administre à la dose de 30 à 40 gouttes dans une infusion d'écorces d'oranges. L'avidité avec laquelle la liqueur de potasse absorbe l'acide carbonique de l'air est une présomption en faveur de son utilité dans ce cas.

L'eau de chaux à la dose de 100 à 150 grammes par jour, étendue d'eau par moitié, la magnésie calcinée rendent de très-grands services. Quant aux sels absorbants (craie, poudre de coquilles d'huîtres, d'yeux d'écrevisses, d'os de sèche, sous-carbonate de magnésie, carbonates ou bicarbonates de soude), ils n'ont guère d'efficacité dans la dyspepsie flatulente, puisque leur décomposition au contact des acides du suc gastrique doit rendre libre une grande quantité d'acide carbonique. Mieux vaut sans contredit recourir aux alcalins. Il va sans dire que les alcalins absorbants, principalement ceux qui sont liquides (liqueur de potasse, eau de chaux), peuvent être employés en lavement quand il s'agit d'une tympanite intestinale, siégeant surtout dans le côlon.

Le charbon de bois rend souvent aussi de grands services. On sait quelle est la curieuse propriété qu'il possède d'absorber les gaz, propriété signalée à la fin du siècle dernier par Lowitz et Th. de Saussure. On l'emploie à la dose d'une à quatre cuillerées à bouche par jour, avant ou après le repas, en ayant soin d'humidifier la poudre au préalable et de boire un verre d'eau pour que des parcelles de charbon ne soient pas adhérentes aux dents.

Enfin, il importe de remplir une troisième indication, celle de favoriser la sortie ou l'expulsion des gaz. Deux sortes de moyens peuvent concourir à remplir cette indication : les moyens médicamenteux, qui excitent la contractilité de la tunique musculeuse gastro-intestinale et les moyens mécaniques.

Dans la première catégorie se place l'immense groupe des carminatifs, qui se compose de presque toutes les substances stimulantes et diffusibles, des eaux distillées et des essences à action analogue : l'anis, la vanille, le fenouil, l'angélique, le gingembre, le cumin, la cannelle, la badiane, la cascarille, la mélisse, la camomille, l'eau de fleurs d'oranger, etc., sont les plus usuels des carminatifs. Les frictions simples ou aromatiques sur le ventre, le massage modéré, les ventouses sèches, appliquées en grand nombre, sont encore des moyens de réveiller la tonicité des fibres musculaires intestinales et de favoriser la progression et l'expulsion des gaz. Les purgatifs produisent le même résultat par un mécanisme différent, et, en provoquant des évacuations, ils entraînent du même coup une certaine quantité de gaz.

Lorsque ce traitement est insuffisant il faut recourir à l'introduction d'une sonde dans l'estomac ou dans l'intestin, suivant que la pneumatose est stomacale ou intestinale. Enfin si ce moyen échoue aussi et que l'asphyxie soit imminente, le praticien se trouve en demeure de pratiquer la ponction stomacale ou intestinale. Cette opération, employée souvent dans la médecine vétérinaire sur les herbivores, mérite d'être introduite dans la médecine humaine et les cas dans lesquels elle a déjà réussi seraient certainement plus nombreux si on n'avait pas attendu habituellement pour la pratiquer que l'état des malades n'offrît plus de ressources. La ponction intestinale a été pratiquée onze fois en France par MM. Velpeau, Nélaton, Blache, Maisonneuve, Levrat, et onze fois avec succès complet.

Emploi du citrate de soude dans le traitement du diabète.

On sait, depuis les belles recherches de Vœhler, que les sels alcalins à acides organiques administrés à doses trop faibles pour provoquer des effets purgatifs, sont absorbés; que leur acide est brûlé dans l'acte respiratoire interstitiel, et qu'ils sont éliminés par les urines à l'état de carbonates.

Ces faits autorisent à admettre que le citrate de soude, sans troubler, comme les carbonates alcalins, la digestion primitivement acide de l'estomac, met secondairement l'organisme sous l'influence du carbonate alcalin, indispensable à la combustion interstitielle de la glucose alimentaire.

C'est pour ce motif que M. Guyot Danecy vient de proposer

l'introduction du citrate de soude à la dose de 4 à 8 grammes dans la thérapeutique du diabète. Suivant cet auteur, l'analyse démontrerait que le sucre disparaît des urines après l'administration de ce sel, mêlé avec les aliments comme assaisonnement, au lieu du sel marin, et même qu'on peut, moyennant ce mélange, permettre la consommation du pain et des légumes féculents. (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

PRIX PROPOSÉS.

La Société s'efforce toujours de choisir les nouvelles questions qui sont inscrites dans son programme, parmi celles qui se trouvent à l'ordre du jour de la science, et qui paraissent les plus pratiques.

Elle s'arrête aujourd'hui devant les variations et les modifications que peuvent présenter les maladies dartreuses dérangées de leur cours ordinaire; et devant des faits pathologiques graves qui paraissent avoir pour siége l'appareil circulatoire.

Nous posons ces deux sujets d'étude.

I. — Les manifestations dartreuses ont leur tendance habituelle vers l'extérieur (la peau). Cette tendance est souvent déviée vers d'autres points intérieurs de l'organisme.

Il est intéressant et utile d'étudier quelles sont les dispositions locales, morbides ou autres, qui facilitent ou contrarient ces tendances naturelles : et si les variations de celles-ci amènent une modification symptomatique dans la manifestation dartreuse?

La Compagnie prie les concurrents de ne pas se livrer à une description des variétés que présentent les maladies cutanées. Elle désire, dans leur réponse, qu'ils procèdent d'une manière générale et synthétique.

Nous resserrons notre pensée dans ces termes :

« *De la corrélation et de l'antagonisme qui existent entre l'herpétisme et les maladies des autres organes ou systèmes d'organes.* »

Le prix sera une médaille d'or de 300 francs décernée à la fin de cette présente année 1866.

II. — Quelques morts subites, surtout chez les nouvelles accouchées, ont présenté, pour leur explication, des difficultés que ne lève pas toujours entièrement l'autopsie cadavérique.

Le professeur Virchow, l'un des premiers, a émis l'opinion qu'il pouvait y avoir présence de corps solides, formés par les éléments sanguins, dans l'intérieur des vaisseaux; corps solides empêchant le libre cours du sang et produisant, à un moment donné, perte de sensibilité, de volonté et de connaissance (apoplexie par insuffisance de sang).

Le célèbre professeur de Berlin, dans des vivisections sur l'artère pulmonaire, a reproduit des résultats à peu près analogues.

De là une explication des morts subites signalées ci-dessus par l'hypothèse d'*embolie* dans les vaisseaux. Mais si cette hypothèse de l'embolie était admise, que de détails seraient encore à éclaircir sur les *corps solides* (caillots) admis dans l'intérieur des vaisseaux! Se forment-ils en une seule fois ou d'une manière progressive? Le point de cette formation? Ces corps étant formés, doit-on admettre leur immobilité ou leur *pérégrination* plus ou moins loin du lieu de leur origine, et en suivant le torrent de la circulation?

Ce sont quelques-uns des motifs qui ont décidé la Compagnie à formuler l'interrogation scientifique suivante :

De l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels; son étude critique.

Contrôler par tous les moyens possibles (vivisections, observations cadavériques nouvelles, etc.), les travaux récents sur ce sujet.

Établir une controverse approfondie en reproduisant les faits et les opinions contradictoires émis sur l'embolie.

Enfin, déterminer, s'il y a lieu, la proportion des morts subites dues à l'embolie dans les diverses maladies et surtout dans l'état puerpéral.

Le prix sera une médaille d'or de 500 francs décernée à la fin de l'année 1867.

III. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a cru qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales (médailles d'or ou d'argent) aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique de la ville ou du département; à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

IV. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver par des expériences exactes son efficacité aujourd'hui incontestable. Dans le cours de ces dernières années, elle a constaté malheureusement que beaucoup de familles ont négligé de faire profiter de ce bienfait leurs enfants et les personnes qui les intéressent, et, de plus, que la variole, quoique semblant modifiée et moins violente, reparaît encore.

Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager la vaccine et les revaccinations, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des travaux les plus complets sur les vaccinations ou les revaccinations qu'ils ont pratiquées, sur les remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de ces méthodes, ou enfin sur tels ou tels points se rattachant au sujet de la vaccine, et qui plairont aux auteurs.

La Société verrait avec plaisir que ces travaux offrissent, autant que faire se pourrait, des observations et des réflexions qui serviraient à compléter nos connaissances sur l'ensemble des circonstances symptomatologiques constituant l'opération de la vaccinalité.

La Société doit faire connaître aux médecins que les récompenses accordées par le département aux vaccinations ou revaccinations n'excluent pas les mêmes travaux du concours qu'elle ouvre ellemême.

V. — Les mémoires, écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. E. Dégranges, secrétaire général de la Société, rue Sainte-Catherine, 25; jusqu'au 1[er] novembre 1866, limite de rigueur pour le concours sur la question de l'*herpétisme*, et jusqu'au 31 août 1867, limite de rigueur pour le concours sur la question de l'*embolie*.

Les membres associés résidants de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître; il doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent servir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les travaux sur la vaccination ou la revaccination, ou à propos de ces opérations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Joseph Dupuy, *Président.*

É. Dégranges, *Secrétaire-général.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 9 avril 1866 : M. Moitessier, agrégé à la f culté de médecine de Montpellier, est autorisé à faire, près ladite faculté, pendant le 2[e] semestre de l'année scolaire 1865-1866, un cours complémentaire do physique médicale.

— Par arrêté en date du 21 avril 1866, il sera ouvert à Strasbourg, le 25 novembre 1866, un concours pour deux places d'agrégé près l'école supérieure de pharmacie de cette ville : l'une pour la section de physique et de pharmacie, l'autre pour la section de chimie médicale et de toxicologie.

— Par arrêté en date du 23 avril 1866 : M. Natalis Guillot, professeur de pathologie médicale à la faculté de médecine de Paris est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2[e] semestre de l'année scolaire 1865-1866, par M. Jaccoud, agrégé près la même faculté.

M. Jaccoud a commencé le cours semestriel. Les leçons ont lieu les mardi, jeudi et samedi, à neuf heures.

— M. Desormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker, commencera ses leçons sur les maladies des voies urinaires, jeudi prochain, 3 mai, et les continuera les jeudis suivants, à neuf heurcs du matin.

— M. le docteur Édouard Meyer a repris son cours d'ophthalmologie à l'école pratique, hier lundi, 30 avril, à sept heures, dans l'amphithéâtre n° 1, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Il traitera de l'ophthalmoscopie, des affections des membranes profondes de l'œil et de celles du nerf optique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le septième demi-volume (1[er] du tome quatrième) vient de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin. Il contient les principaux articles suivants : Amputations congénitales, par M. Simon Duplay; Amygdales, par MM. Liégeois et Vidal; Analyse, par M. Wurtz; Anaplastie, par M. Verneuil; Anasarque, par M. Besnier; Anatomie, par MM. Béclard, Chereau, Dechambre et Lereboulet; Anatomie pathologique, par M. Barth; Anémie, par M. Potain.

Pathologie et thérapeutique de l'affection calculeuse, considérées dans leurs rapports avec les divers âges de la vie, par le docteur Jaumes, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier. In-8° de 148 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 52. — JEUDI 3 MAI 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 3 MAI 1866. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 MAI 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Deux événements ont marqué la séance d'hier : la découverte du cow-pox spontané à Beaugency, près d'Orléans, dont M. Depaul a fait *de visu* une relation très-circonstanciée que nous reproduisons avec tous ses détails dans le compte-rendu ; et la lecture de la première partie des recherches de M. Dubois (d'Amiens) sur la mort de J.-J. Rousseau.

C'est le privilége des grands esprits d'exciter la curiosité et l'intérêt, non-seulement par les œuvres et les qualités qui sont la marque propre de leur génie, mais encore par tout ce qui se rattache aux diverses circonstances de leur existence, par tout ce qui peut rappeler à nos souvenirs et faire revivre en quelque sorte à nos yeux leur personnalité. Tout en eux, jusqu'à leurs faiblesses et leurs erreurs, est un sujet d'étude.

Le philosophe et le physiologiste y trouvent une source également féconde d'enseignements, le premier au profit de la morale et de l'analyse psychologique de l'esprit humain; le second au point de vue, sinon plus élevé, du moins plus complet et plus compréhensif des rapports et de l'influence réciproque de l'organisme et des facultés morales intellectuelles.

Là où le philosophe, privé des lumières de la physiologie et de la médecine, se borne souvent à constater sans chercher à les comprendre ces incessantes oscillations, ces contradictions choquantes et ces brusques révolutions dont plus d'un homme de génie a montré le triste exemple, le physiologiste et le médecin trouvent quelquefois dans l'analyse des conditions organiques et dans l'étude des modifications profondes que leur impriment certaines influences pathologiques, le secret de ces anomalies psychologiques et parviennent à jeter quelque jour sur ces obscurs problèmes.

La figure intellectuelle et morale de J.-J. Rousseau est assurément une des plus curieuses à étudier sous ce double point de vue, et l'histoire de sa fin est restée un de ces problèmes que se sont transmis les historiens et les psychologues, sans qu'aucun d'eux nous en ait donné encore le dernier mot. C'est ce dernier mot que M. Dubois (d'Amiens) croit avoir trouvé et qu'il se propose de nous dire. Nous ne pouvons que constater, quant à présent, le très-vif intérêt avec lequel la première partie de cette lecture a été écoutée. Nos lecteurs en pourront juger d'ailleurs eux-mêmes, nous commencerons dans le numéro prochain la publication de ces attachantes recherches.

Entre la communication de M. Depaul et la lecture de M. Dubois, M. Mialhe a exposé une nouvelle théorie de la glycosurie, déduite de ses recherches sur les fonctions chimiques des glandes. On trouvera un résumé de ce travail dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant de M. JOBERT (de Lamballe).

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Leçon recueillie par M. Jules BESNIER, interne du service.)

Messieurs,

Vous m'avez vu chaque jour à la visite, et ce matin encore, m'arrêter au n° 24 de la salle Saint-Côme, près d'un malade profondément émacié et pratiquer ou plutôt simuler sur lui le cathétérisme œsophagien. C'est de ce malade que je me propose de vous entretenir aujourd'hui.

C'est un homme âgé de cinquante-neuf ans, forgeron de son état, n'ayant eu pour toute maladie antérieure qu'un rhumatisme articulaire aigu il y a une vingtaine d'années, et une blessure légère dans le côté droit de la poitrine. Il raconte ainsi les débuts de la maladie qui l'a déterminé à entrer dans nos salles. Il travaillait dans une fonderie où il se fatiguait beaucoup, et était exposé à des changements brusques de température, lorsqu'il se sent pris de frisson et de mal de gorge. Rentré chez lui, il appelle un médecin qui constate l'existence d'une angine simple, dont il se remet au bout de dix-huit jours. Il reprend alors ses occupations ordinaires, mais à partir de cette époque, et ces accidents datent d'un an, il éprouve de la gêne pour avaler. Les aliments passaient sans douleur, mais avec une certaine difficulté; peu à peu cette dysphagie augmente, il est obligé de renoncer au pain et aux autres aliments solides, et de se borner à des potages et à des bouillons. Il continuait cependant ses travaux, maigrissant et perdant chaque jour de ses forces. Au bout de trois mois, il est obligé de s'arrêter, et de cesser ses occupations. Il se rend à l'hôpital de la Charité; et là, dit le malade, on constate l'existence d'un rétrécissement œsophagien; on parvient à pratiquer le cathétérisme d'abord avec difficulté et à l'aide de sondes étroites; puis avec plus de facilité et à l'aide de sondes de plus en plus volumineuses. On lui fait prendre en même temps de l'iodure de potassium à l'intérieur. Pendant plusieurs mois, on continue les mêmes manœuvres, et peu à peu le malade parvient à avaler facilement des potages, puis il arrive à prendre du pain et quelques aliments solides.

Mais survient l'épidémie de choléra, que nous venons de traverser, et l'entrée de la Charité est provisoirement défendue au malade, car jusqu'alors il n'était pas entré dans les salles, et il se rendait seulement le matin à l'hôpital.

Le cathétérisme est ainsi suspendu, et la dysphagie ne tarde pas à reparaître avec toute son intensité, le malade se trouve réduit de nouveau à se nourrir de potages et de bouillons. L'épidémie passée, il se rend de nouveau à la Charité, et entre à l'hôpital. Mais alors, c'est toujours lui qui parle, la sonde ne pouvait plus passer comme autrefois, et ce n'était que très-irrégulièrement qu'on parvenait à franchir le rétrécissement. Au bout d'un mois environ, voyant que les accidents étaient toujours aussi intenses, il quitte le service de médecine dans lequel il était, et il entre à l'Hôtel-Dieu, décidé à se faire opérer.

Il arrivait dans nos salles le 26 février de cette année, et nous constations alors l'état suivant :

Le malade était profondément amaigri, la peau sèche et flasque, et d'une coloration légèrement jaunâtre. Il se plaignait sans cesse d'un refroidissement général et permanent, lié à l'absence de nourriture. Il ne pouvait prendre que des liquides et quelquefois du potage, mais en très-petite quantité. Lorsqu'on lui faisait avaler un verre d'eau, il ne le faisait que lentement, à petites gorgées, s'arrêtant de temps en temps et malaxant d'une main la partie supérieure du cou, d'un côté à l'autre, comme pour aider à la déglutition. Souvent il était obligé de s'arrêter et de rejeter une partie du liquide qui ne pouvait gagner l'estomac.

La voix était couverte, éraillée ; la respiration était normale, quoique affaiblie des deux côtés de la poitrine. Il n'avait du reste pas de toux. Mais de temps en temps, surtout lorsqu'il voulait avaler quelque chose, il était pris de picotements à la gorge, puis de difficulté pour respirer, et il rejetait une quantité assez abondante de mucosités blanchâtres spumeuses ; et ce rejet était suivi d'une inspiration sifflante, bruyante, qui se rapprochait de celle qu'on entend dans la coqueluche. Ces symptômes dénotaient évidemment un obstacle au passage des matières dans l'œsophage, un rétrécissement de ce canal ; un signe plus certain encore devait nous être fourni par le cathétérisme. En pratiquant cette opération, à l'aide d'une sonde en baleine, terminée par une olive du volume du petit doigt, on se trouvait arrêté à une certaine distance de l'ouverture buccale et dans l'impossibilité de pénétrer plus avant. Cependant, dans des tentatives répétées que réclamait le malade, nous parvenions de temps en temps à descendre jusque dans l'estomac ; mais on sentait manifestement qu'à un moment donné l'olive traversait une partie rétrécie à un haut degré. Le niveau du rétrécissement nous était fourni par les données suivantes : on peut dire d'une manière générale que la distance, qui sépare un point quelconque de l'œsophage des incisives de l'arcade dentaire supérieure, est égale à celle qui sépare ce même point de la tubérosité occipitale, celle-ci et les incisives supérieures étant dans le même plan horizontal. Sur notre malade, la distance qui séparait le point où s'arrêtait l'olive, de l'arcade dentaire supérieure était de 22 centimètres. Or, en portant cette longueur sur la région postérieure du cou et du tronc, à partir de la protubérance, on arrivait entre la quatrième et la cinquième vertèbres dorsales. Nous pouvions donc supposer que c'était là que siégeait le rétrécissement. Nous n'avons pas voulu nous en tenir là : en pratiquant la percussion de la région dorsale, et l'exploration en a été faite par M. Piorry, si expérimenté en pareilles recherches, on trouvait une matité de 3 à 4 centimètres d'étendue, siégeant au niveau de la quatrième et sixième vertèbres dorsales; matité empiétant sur le côté droit de la poitrine, augmentant lorsque le malade avalait quelque liquide et diminuant peu après.

Ainsi, les symptômes fonctionnels, le cathétérisme et la percussion indiquaient que notre malade était atteint d'un rétrécissement de l'œsophage, siégeant au niveau de la quatrième et de la cinquième vertèbres dorsales. Cette partie du diagnostic établie, nous devions nous demander quelle était la nature de ce rétrécissement.

Les rétrécissements de l'œsophage peuvent être distingués en deux espèces : les rétrécissements cicatriciels et les rétrécissements organiques. Les premiers surviennent rapidement à la suite de causes appréciables, telles que des blessures et surtout des brûlures, produites par des substances irritantes, des acides, qui ont pénétré dans l'œsophage. Avant l'établissement du rétrécissement, il y a une période aiguë, pendant laquelle le malade a une violente douleur à la région œsophagienne; il a des vomissements plus ou moins répétés, et une fièvre intense; et ce n'est que lorsque ces symptômes se sont apaisés, que survient consécutivement la dysphagie indice du rétrécissement. Chez notre malade nous n'avions aucun antécédent de ce genre, la dysphagie s'était établie progressivement sans période aiguë. Il racontait bien, lorsqu'on l'interrogeait sur la cause de sa maladie, qu'il avait pris une certaine poudre blanche pour son mal de gorge ; et c'est à cette poudre qu'il rattachait l'apparition de tous ses accidents. Mais il importe de remarquer que, depuis le début de sa maladie, il avait été l'objet d'interrogations nombreuses, et que, cédant à cette tendance générale chez les malades de rapporter leurs maladies toujours à des causes extérieures et en dehors d'eux-mêmes, il allait au delà de ce qu'on lui demandait; il mettait en cause une poudre, qui ne pouvait être que très-inoffensive, car c'était un purgatif qu'on lui avait fait prendre.

Les rétrécissements cicatriciels éliminés, notre malade ne pouvait avoir qu'un rétrécissement organique ; et, en effet, ces rétrécissements s'établissent progressivement, ils sont plus fréquents chez les hommes, et ils surviennent habituellement après cinquante ans; conditions qu'il nous présentait. Mais les rétrécissements organiques peuvent être eux-mêmes fibreux et développés dans l'épaisseur des parois de l'œsophage, ou bien cancéreux, et envahissant progressivement les parties environnantes. C'était évidemment à un rétrécissement cancéreux que nous avions affaire.

L'altération de la voix, les accès de suffocation, les inspirations bruyantes qui tourmentaient le malade et qu'il appelait ses hurlements, indiquaient qu'il y avait compression des nerfs pneumo-gastriques et laryngés qui président aux mouvements des cordes vocales et à la respiration. De plus, quelques douleurs qu'il éprouvait dans le côté droit de la poitrine ; la matité que nous trouvions au niveau des premières vertèbres dorsales, matité qui s'étendait à droite, à 3 ou 4 centimètres en dehors de la colonne vertébrale ; un peu de rudesse dans la respiration à ce niveau; sous ces symptômes dénotaient la présence d'une tumeur, qui rendait compte des accidents éprouvés par le malade, et dont la nature et les rapports avec l'œsophage nous étaient indiqués par ses antécédents et les autres symptômes.

Comme vous le voyez, messieurs, il nous était facile de diagnostiquer chez notre malade, à son arrivée, un rétrécissement cancéreux. Élargir l'œsophage par le cathétérisme, qui lui avait si bien réussi autrefois, telle était la première indication qui s'offrait à nous. C'est ce que nous avons tenté de faire. Chaque jour nous avons introduit des sondes de différents volumes dans le canal rétréci ; nous devons dire que le plus souvent nous étions bientôt arrêté par l'obstacle, et que rarement nous arrivions à le franchir. Cependant sous l'influence seule de ces tentatives, notre malade s'est amélioré, il a pu passer des bouillons aux potages, aux œufs. Mais cette amélioration n'a pas persisté, et bien que nous lui donnions en même temps des lavements de vin et de bouillon, ses forces ont été graduellement en s'affaiblissant. Nous avons dû, en présence de cette aggravation, en présence de la mort par inanition qui menaçait de l'emporter, recourir au cathétérisme forcé. Une bougie en baleine résistante, à extrémité assez petite et mousse, a été introduite, et, après quelques tentatives, a pu pénétrer en donnant la sensation d'un obstacle vaincu, et descendre profondément. Mais il nous a été impossible de savoir où l'instrument avait pénétré ; étions-nous dans l'œsophage, ou dans le médiastin postérieur ? Telle était la question que nous nous posions avec une certaine inquiétude, sans pouvoir la résoudre.

Dans la journée qui suivit ce premier cathétérisme forcé, et que nous pratiquions il y a trois semaines, le malade fut pris

de malaise général, de fièvre, et d'une douleur plus vive dans le côté droit. Mais ces accidents n'eurent pas de suite ; et quelques jours après, sur les instances du malade qui voyait dans cette opération sa seule chance de salut, nous avons pu la répéter à plusieurs reprises, sans qu'il se manifestât aucun accident. Mais chaque fois, dans l'incertitude où nous étions du trajet que suivait la sonde, nous nous sommes gardé de faire quelque injection de bouillon ou autre liquide alimentaire. Du reste, ce cathétérisme forcé n'amena aucune amélioration, et nous avons cru devoir y renoncer. Nous nous bornons à ces tentatives légères que vous nous voyez pratiquer chaque jour à la visite, et que nous ne continuons que pour la satisfaction du malade.

Vous avez pu constater, messieurs, que ce malade est aujourd'hui dans un état extrêmement grave. Profondément émacié, il est pour ainsi dire sans force, et il succombe lentement à sa maladie. Aux symptômes que je viens de vous décrire, et qui vont sans cesse en augmentant d'intensité, il s'en est joint quelques autres sur lesquels j'appelle votre attention. L'expectoration, qui d'abord ne survenait qu'à la suite de l'ingestion des boissons et du cathétérisme, est devenue extrêmement abondante et presque continuelle. Vous avez pu remarquer près de lui un bassin à demi rempli de mucosités blanchâtres, filantes et d'une odeur nauséabonde, comme gangréneuse. De plus, sa respiration est devenue accélérée et plus pénible ; sa voix est complétement éteinte. Enfin en examinant le thorax, en arrière, outre la matité limitée que nous avons vu exister au niveau de la quatrième et de la cinquième vertèbres dorsales, et qui semble augmentée, nous avons trouvé depuis quelques jours, tout à fait en bas, une matité étendue et accompagnée d'un son hydro-aérique facile à apprécier et au niveau de laquelle la respiration est complétement nulle. Ces symptômes indiquent que le médiastin est profondément intéressé, que ses ganglions sont engorgés et compriment les bronches, et que la plèvre droite elle-même a été perforée à sa partie inférieure, et que là, il s'est formé un épanchement de gaz et de liquide assez abondant.

En présence de ces accidents pouvons-nous songer à agir plus énergiquement que nous le faisons? L'œsophagotomie, cette opération pour laquelle le malade est entré dans le service, serait-elle indiquée? Évidemment non, car cette opération, et je n'ai pas besoin d'insister sur ce fait, ne serait d'aucune utilité, sinon une cause d'aggravation. Aussi nous en tiendrons-nous à la conduite prudente que nous avons suivie jusqu'à ce jour.

J'ai voulu, Messieurs, vous entretenir de ce malade, parce que les cancers de l'œsophage ne sont pas très-fréquents, et parce que, la terminaison fatale n'étant pas éloignée, nous pourrons vérifier ensemble si notre diagnostic est exact; et enfin, surtout pour vous graver dans l'esprit ce fait important, que les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, outre les symptômes liés au rétrécissement, déterminent le plus souvent des symptômes de voisinage qui viennent hâter la mort des malades. Cette terminaison, d'après une statistique de Lebert, arriverait en moyenne dans le treizième mois qui suit le début de la maladie. Vous voyez que notre malade subit rigoureusement cette loi, car c'est au mois de mars, il y a un an, qu'il a éprouvé les premiers symptômes de sa maladie, et il ne saurait tarder à succomber. Nous aurons donc occasion de vous en parler de nouveau dans quelques jours.

Dans une des leçons de clinique suivantes, M. Dolbeau complétait ainsi l'histoire du malade précédent :

Vous savez, Messieurs, que le malade atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage a succombé, et je dois vous rendre compte de l'examen nécroscopique. Vous avez là, sous les yeux, toutes les pièces anatomiques importantes.

L'œsophage, comme vous le voyez, présente une tumeur cancéreuse qui siége quelques centimètres au-dessous de la partie inférieure du larynx. Ce cancer occupe la paroi antérieure et la paroi postérieure de l'œsophage. Celle-ci, que nous avons dû fendre pour examiner les parties profondes, était ramollie, ulcérée et même offrait une perforation qui communiquait avec le médiastin postérieur. Mais nous n'avons plus à proprement parler une tumeur, c'est plutôt une large ulcération cancéreuse, au niveau de laquelle le canal œsophagien est notablement agrandi. Cette ulcération a de 2 à 3 centimètres d'étendue, et au-dessous, à sa jonction avec la partie saine de l'œsophage, vous voyez une série d'anfractuosités dans lesquelles s'engageait la sonde. Nous devons aussi vous rappeler que la dernière fois que nous avons pratiqué le cathétérisme sur le malade, nous avons pénétré profondément avec la plus grande facilité. Nous avons répété cette manœuvre sur le cadavre, la sonde a pénétré avec la même facilité et nous l'avons retrouvée engagée dans l'œsophage, comme vous la voyez actuellement. Nous pouvons donc croire qu'il n'y a pas eu perforation par le cathétérisme sur le vivant, et que l'œsophage était le siége d'une contraction spasmodique, qui a cessé dans les derniers moments de l'existence.

Nous vous avions dit que le médiastin et la plèvre droite étaient profondément intéressés : vous voyez ici, par derrière l'œsophage, un long trajet purulent, à parois épaisses, offrant un renflement à sa partie supérieure, qui correspond à l'ulcération cancéreuse, et qui, sur le vivant, contribuait pour sa part à donner la matité que nous avions constatée au niveau des premières vertèbres dorsales. Au-dessous, ce trajet se rétrécit, et tout à fait en bas il s'ouvre dans la plèvre droite, dans laquelle vous voyez des traces d'une pleurésie circonscrite formant une large excavation, qui était remplie d'un liquide purulent très-abondant.

Enfin, vous vous rappelez les troubles que nous avions constatés du côté des voies respiratoires : sur la partie latérale droite de l'œsophage vous pourrez constater la présence d'un ganglion volumineux, infiltré de matière cancéreuse et qui comprime le nerf récurrent, au point où il se détache du pneumo-gastrique pour se rendre au larynx; de plus, du côté de la trachée, il existe une ulcération avec perforation, communiquant avec le foyer cancéreux de l'œsophage et siégeant au niveau de sa bifurcation; et tous les ganglions du médiastin forment des masses volumineuses, infiltrées de cancer, et qui compriment de toutes parts les bronches (1).

Comme vous le voyez, Messieurs, l'examen nécroscopique vient confirmer la plus grande partie du diagnostic que nous avions posé, et par là même justifier la conduite que nous avons tenue.

ÉTUDE SUR L'ANTAGONISME

Entre l'opium et la belladone au point de vue surtout des injections sous-cutanées (2).

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, le 2 mars 1866, par M. le Dr FRAIGNIAUD.)

Après avoir rapporté à peu près toutes les observations par lesquelles on a cherché à démontrer cet antagonisme et les avoir discutées à son point de vue, M. le docteur Camus arrive à ses propres expériences ; elles ont été faites sur des lapins adultes et sur des moineaux de même âge. Je ne puis les rapporter dans ce travail qui deviendrait trop long, mais y gagnerait assurément un grand intérêt. Je me borne donc à les résumer aussi brièvement que possible.

Après être arrivé, par bien des tâtonnements, à dresser le tableau des doses toxiques minimum d'opium et de ses sels pour un animal d'espèce et de force données, il a cherché à combattre l'empoisonnement par la belladone ou l'atropine dont les doses toxiques minimum avaient été également bien déterminées à l'avance. C'était prendre l'antagonisme dans toute l'acception du mot. Ces expériences lui ont démontré que la belladone et son alcaloïde n'étaient nullement l'antidote de l'opium et de ses dérivés. En d'autres termes que leur antagonisme ne se montrait pas chez le lapin et le moineau. De quelques-unes de ces expériences, il semble même ressortir que la mort de l'animal aurait été hâtée par l'administration de deux substances qui, loin de se contrarier, auraient au contraire surajouté leurs propriétés toxiques.

M. le docteur Camus pense que le résultat de ses recherches peut être applicable à l'homme ; il est possible que cette conclusion ne soit pas absolument vraie; le lapin a été mal choisi, cet animal se montrant réfractaire à l'action de ces substances; cette particularité était connue et indiquée, et il aurait mieux fait de prendre un autre sujet pour ses expériences. Il a fallu des doses énormes, 1 gramme d'extrait d'opium, 1 gramme de chlorhydrate de morphine, 1 gramme d'atropine pour produire des phénomènes toxiques. Au contraire, les sels moins actifs, la codéine, la papavérine n'ont dû être administrés qu'à la dose de 0,20 à 0,50 centigrammes. Le moineau, de son côté, a paru très-sensible à l'action de ces médicaments, mais le degré de son impressionnabilité est digne de remarque, et ce ne sont pas les sels qui agissent le plus activement chez l'homme, qui produiraient chez lui les phénomènes les plus tranchés. Cependant, M. le docteur Camus a pu dire, avec raison, que ces expériences conservaient malgré cela une valeur réelle, puisque ayant, dans tous les cas, tenu compte du plus ou moins de sensibilité de ces animaux à l'action du poison qu'il étudiait, il avait pu obtenir des effets déterminés en forçant ou en diminuant les doses et qu'ainsi il s'était placé dans de bonnes conditions d'expériences.

Admettant que ces faits n'ont qu'une valeur relative, ils finissent cependant par acquérir une certaine signification, rapprochés de ceux qu'il a été donné d'observer sur l'homme. Les cas dans lesquels les deux substances qui m'occupent, employées simultanément, ont amené un résultat contraire à celui qu'on se proposait, paraissent rares ; mais je suis porté à croire qu'on n'a pas suffisamment cherché à les faire sortir des observations dans lesquelles ils étaient contenus. Quoi qu'il en soit, je dois déclarer qu'il ne m'a pas été donné de pouvoir en réunir un grand nombre. La thèse que je soutiens est nouvelle, je suis persuadé qu'elle deviendra plus riche en faits quand l'opinion que je cherche à établir aura été discutée et approfondie.

On trouve *in Dublin hospital report's* 1854, folio 325, la relation d'un cas d'empoisonnement par la belladone et l'opium, pour lequel Corrigan employa le traitement par l'application du cautère actuel.

Dans le tome quatrième de son journal de physiologie de l'homme et des animaux, M. le docteur Brown-Séquard relate un fait d'empoisonnement chez l'homme par l'opium et la belladone pris simultanément.

Dans *American journal of medical science*, on trouve l'observation d'un cas d'empoisonnement par la belladone qui, traité par l'opium à très-hautes doses, se termina par la mort. Le médecin à qui cet événement arriva en déduit que l'opium en cette circonstance n'empêcha pas son malade de mourir. Il eut été, à mon avis, plus juste d'en conclure que la mort fut peut-être le résultat de l'action des deux médicaments.

Dans le tome troisième du journal de M. Brown-Séquard, cet habile physiologiste, après avoir mentionné un empoisonnement par la belladone traité par l'opium, a cité la pratique de Graves et d'Anderson qui employa la belladone comme antidote de l'opium, et parlé d'une observation rapportée par le docteur Lopez (de Mobile), qui croit avoir sauvé un malade empoisonné par la belladone en lui donnant de très-hautes doses d'opium, ajoute : « Nous ne nions pas que « l'opium et la belladone aient quelques propriétés très-opposées « l'une à l'autre ; par exemple, la belladone fait contracter les vaisseaux de la moelle épinière, et l'opium, comme la strychnine, les « paralyse ; mais nous avons constaté que, chez les animaux empoisonnés par l'opium, la mort a eu lieu presque aussi vite, que nous « leur donnions ou non de la belladone. » Du reste, M. Brown-Séquard, dont l'autorité en semblable matière est acceptée par tout le monde, avait, dès 1860, réuni, dans le liquide des injections qu'il pratiquait, ces deux substances, non pour se contrarier, mais pour accroître leur puissance thérapeutique de l'action propre à chacune.

Cette opinion est en rapport avec celle à laquelle a été conduit M. Camus par ses expériences sur les lapins et les moineaux. Rapprochée du fait de Corrigan, des observations que j'ai rapportées et des conclusions auxquelles je suis conduit par les éléments mêmes de ce travail, elle infirme les observations dans lesquelles l'opium a été présenté comme antidote de la belladone. Je me crois donc dès maintenant en droit de pouvoir dire qu'il n'y a pas à proprement parler d'antagonisme entre ces deux substances.

Mais je n'entreprends pas de démontrer que, pour n'être pas antagonistes, l'opium et la belladone ne possèdent pas des propriétés très-dissemblables, qu'en beaucoup d'occasions il peut être utile de savoir mettre à profit.

Leurs effets sur la pupille sont complétement opposés : l'opium produit la contraction, la belladone la dilatation; ainsi ils se contrarient, sans agir cependant avec la même intensité, la belladone paraissant posséder une puissance prépondérante.

Quant aux symptômes cérébraux qui s'observent à la suite de l'administration de ces deux substances, ils sont difficiles à bien définir. Chez des grenouilles auxquelles on enlève l'axe cérébro-spinal, et qui peuvent dans ces conditions vivre encore plusieurs heures, l'action de l'opium et de la belladone se détermine encore en amenant la mort plus vite. Ce qui prouverait que ce ne serait point par leur action sur les centres nerveux qu'ils agissent. Cependant, chez l'homme, ces deux substances paraissent jusqu'à un certain point se contrarier; mais les doses qui doivent être employées pour amener ce résultat ne sont pas définies, et c'est là un sujet d'études qu'il est de la plus haute importance d'éclaircir.

Au point de vue de la circulation, il paraît établi que, donnée à dose faible, la belladone fait contracter les vaisseaux et agit dans ce sens sur l'organe central, tandis que l'opium les paralyse ; mais si la dose de belladone vient à être plus élevée, elle détermine des phénomènes analogues à ceux de l'opium, et finalement agit dans le même sens.

Ces deux médicaments produisent la sécheresse de la bouche, des nausées, des vomissements. Dans l'ouvrage du docteur Jousset (de Bellesme), OBS. 2, on voit survenir, après l'injection de trois milligrammes d'atropine au pli fessier, pour une sciatique, des nausées et des vomissements. De même, dans l'OBS. III, p. 93. Cette action de la belladone est, du reste, indiquée dans les ouvrages spéciaux.

Les effets sur la vessie sont à peu près semblables : l'opium, on le sait, diminue la quantité d'urine et rend son excrétion difficile; les sels d'opium ont la même propriété, et, dans son mémoire sur la narcéine, M. Debout s'est attaché à bien signaler cette particularité. La belladone et son alcaloïde agissent dans le même sens. Le mémoire du docteur Jousset (de Bellesme) enregistre ce symptôme, qui est, de plus, bien établi dans l'OBS. citée à la page 99, et dans laquelle l'opium ayant été essayé comme antidote de l'atropine, le malade éprouva les plus grandes difficultés pour uriner.

L'une et l'autre substance produisent des sueurs abondantes, la chaleur de la peau, la coloration du visage, etc. Si la belladone donne lieu exclusivement à un délire gai ou furieux, comme l'opium, elle provoque souvent un abattement extrême, de la faiblesse, et enfin le sommeil. (Trousseau et Pidoux.)

Des faits que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer, il me semble que ressortent les conclusions suivantes :

La pratique des injections sous-cutanées des sels de l'opium et de la belladone produit des résultats remarquables, et est une conquête précieuse dont la thérapeutique a été enrichie.

La rapidité d'action de ces subtances et la difficulté, je dirai même l'impossibilité de bien déterminer la dose qui peut en être injectée sans faire courir, sinon absolument des dangers, du moins de graves accidents, doit rendre très-prudent le médecin qui se décide à recourir à ce mode d'administration du médicament.

Ces inconvénients sont impossibles à éviter, parce qu'il paraît difficile d'obtenir des résultats thérapeutiques certains et durables sans produire des symptômes physiologiques bien tranchés. Même dans les cas peu rebelles de névralgie superficielle, il ne faut pas trop compter sur la guérison en introduisant sous la peau une très-petite quantité de substances actives, pour ne déterminer qu'un phénomène d'absorption locale. Cette absorption peut se généraliser ; il paraît même de toute nécessité que le médicament passe dans la circulation pour que la guérison s'ensuive. Cette remarque est d'autant plus juste qu'il est à peu près indifférent de faire la piqûre sur le point douloureux, ou dans son voisinage, ou dans un endroit même très-éloigné. Le calme s'obtient de quelque manière qu'on ait procédé, ce qui prouve bien que le médicament n'agit qu'après absorption (1).

Il faudra donc s'attendre toujours à compter avec des accidents, qui varieront suivant l'état, l'âge, l'impressionnabilité du sujet, et à cet égard les surprises les plus inattendues sont possibles.

L'antagonisme entre l'opium et la belladone, sur lequel on comptait pour neutraliser l'une par l'autre l'action toxique de ces substances, n'existe que très-imparfaitement. Il serait donc dangereux de se croire autorisé à pouvoir, au moyen des injections sous-cutanées, utiliser ces propriétés contradictoires. Bien plus, il pourrait résulter de cette pratique des accidents très-graves; car non-seulement cet antagonisme ne se démontre pas, mais leurs propriétés spéciales se surajoutent pour produire des résultats plus certains, quand les doses sont maintenues dans les limites convenables, mais aussi pour produire un double empoisonnement, si, se fiant à leurs actions contradictoires, on dépassait une certaine mesure.

De cette étude, il ne peut résulter aucune défaveur pour les injections sous-cutanées des sels de l'opium et de la belladone. Elles resteront ce qu'elles sont : un moyen rapide, la plupart du temps sûr, de procurer des guérisons dans une foule d'affections diverses. Mais elles exigent une grande prudence, parce que le moyen de circonscrire dans des limites bien sûres la puissance de leur action n'est pas encore trouvé. Et je crois, du reste, servir utilement cette méthode en la garantissant contre ses excès, et cette étude, n'aurait-elle

(1) Nous avons présenté ces pièces à la Société anatomique, dans la séance du 20 avril 1866.

(2) Fin. — Voir le précédent numéro.

(1) *Hunter, the Lancet.* — Brown-Séquard. *Journal de Physiologie.* — Henri Bennet. *Bulletin de Thérapeutique.*

en d'autre but, me semblerait par cela même ne pas manquer d'opportunité.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi des préparations ferrugineuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Nous venons de recevoir, sous le titre que nous inscrivons en tête de cet article, un mémoire couronné (médaille d'or) par la Société de médecine de Toulouse. Son auteur, M. le docteur Millet (de Tours), est médecin de la colonie de Mettray : praticien très-répandu et lauréat infatigable, son travail doit être pris en grande considération.

M. Millet (de Tours) établit dans son mémoire, que l'emploi des préparations ferrugineuses dans le traitement de la phthisie obéit à des lois qu'il faut savoir respecter. Autant ces préparations sont précieuses dans la forme strumeuse, dans la phthisie des riches, la chlorose ou pseudo-chlorose des sujets lymphatiques habitant les pays humides ; autant elles sont dangereuses et contre-indiquées chez les chlorotiques bruns, fiévreux et habitant un climat sec et chaud.

Parmi les préparations passées en revue par M. Millet, il en est une dont nous avons tiré un véritable avantage dans le traitement des hémorrhagies utérines et que nous avons vu employer avec succès dans l'incontinence d'urine. Nous voulons parler des dragées au fer et à l'ergot de seigle. Ces dragées ont rendu à M. Millet des services incontestables chez les phthisiques atteints d'hémoptysie. Aussi ce praticien place cette préparation au premier rang à cause des avantages qu'elle lui a procurés et qui se traduisent par un nombre assez important d'améliorations sérieuses.

De trente-trois observations, M. Millet conclut :

1° Que les dragées au fer et à l'ergot de seigle de Grimaud (de Poitiers), employées chez des phthisiques déjà atteints d'hémoptysie, empêchent assez souvent ces accidents hémoptoïques de se reproduire ;

2° Que ces dragées peuvent être impunément administrées dans tous les cas où l'usage des ferrugineux n'est pas contre-indiqué ;

3° Qu'elles ont procuré une somme d'améliorations un peu plus grande que les autres préparation ferrugineuses ;

4° Qu'on ne leur doit cependant pas une guérison complète ;

5° Malgré le petit nombre de faits observés, M. Millet croit devoir appeler l'attention de ses confrères sur cette préparation dans les cas d'hémoptysie, et quand il n'y a pas contre-indication des ferrugineux.

Le proto-iodure de fer (huile ou sirop), n'a pas donné à M. Millet les résultats qu'il était en droit d'en attendre. Il lui préfère l'huile de squale iodo-ferrée, tout en déplorant le prix élevé de ce médicament. Les autres ferrugineux ont été employés ou sur une trop petite échelle ou sans résultat assez important pour être signalés.

En résumé, si les ferrugineux ne guérissent pas la phthisie, elles paraissent amender quelquefois d'une manière notable certains phénomènes, hémoptysies, et retarder peut-être la terminaison fatale.

De l'arsenic contre la syphilis.

Le numéro 130 de l'*Escholiaste medico*, de Lisbonne, renferme deux observations qui méritent d'être signalées. Deux militaires atteints d'une syphilide pustuleuse très-évidente, consécutive à des accidents primitifs, furent soumis inutilement pendant plusieurs mois à un traitement mercuriel et ioduré. En présence d'une ténacité pareille de l'affection, on prescrivit l'acide arsénieux à la dose de 2 milligrammes par jour. Les croûtes ne tardèrent pas à se dessécher, les ulcères à se cicatriser et la guérison complète à s'établir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mai 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une deuxième note de M. le docteur Paulet (de Plancher-les-Mines), sur la cause de l'épilepsie. (Commissaire : M. Jolly) ;

2° Un rapport de M. le docteur Reverchon sur une épidémie de dyssenterie qui a régné à Rogent-le-Roi (Haute-Marne) ;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de la Drôme, de la Haute-Savoie, de la Nièvre et de la Dordogne. (Commission des épidémies) ;

4° Un échantillon de cow-pox conservé en tubes avec un mélange de glycérine, par M. le docteur Muller, directeur de la vaccination, à Berlin ;

5° Un mémoire de M. le docteur Julien, de Vaucoucourt (Haute-Saône), sur l'importance de la vaccine et les moyens de se procurer un bon vaccin. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Broca, Demarquay et A. Guérin, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire ;

2° Une lettre de M. le docteur Tribes, chirurgien des hôpitaux de Nîmes, qui sollicite le titre de membre correspondant ;

3° Un mémoire de M. le docteur Rozat (de Bordeaux), intitulé : *De l'opportunité comparative de la médecine agissante et de la méthode d'expectation dans le traitement de la pleurésie et de la pneumonie aiguës*. (Commissaires : MM. Bouillaud, Béhier, Gubler.) ;

4° Un pli cacheté adressé par M. Allict, médecin à Jouy-sur-Morin (Seine-et-Marne), sur le traitement de la diphthérie ;

5° Une lettre de M. le docteur Lanoix, qui déclare, contrairement à l'assertion émise par M. Bousquet, n'avoir jamais perdu les traces du vaccin napolitain ;

6° Une note de M. Tellier (de Passy), sur la préparation en grand de l'éther méthylique. (Commissaires : MM. Gavarret et Wurtz) ;

7° M. Galande soumet à l'examen de l'Académie le pulvérisateur qu'il vient de perfectionner avec les conseils de M. le docteur Sales-Girons. Cet appareil se compose : 1° d'un flacon gradué qui contient l'éther ; 2° d'un tube particulier qui traverse le bouchon E ; 3° d'un ballon en caoutchouc C ; 4° d'un petit corps de pompe A.



Lorsqu'on fait jouer le piston de cette pompe, le ballon intermédiaire se remplit d'air comprimé. Cet air arrive bientôt au tube d'embouchure et provoque l'ascension du liquide qu'il pulvérise en le soufflant par l'extrémité.

Il en résulte un jet de poussière d'éther poussée par l'air de la pompe, et qu'on peut diriger sur la surface de l'opération.

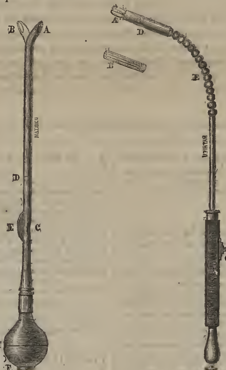
L'éther ainsi divisé et soufflé produit sur l'organe une évaporation rapide qui produit elle-même un refroidissement intense. Il suffit d'une minute de projection sur un thermomètre pour le voir baisser jusqu'à 16 ou 17 degrés.

C'est sur cette réfrigération qu'est fondée l'anesthésie locale.

8° M. Mathieu soumet à l'Académie deux instruments qu'il a construits sur les indications de M. le docteur Guinier (de Montpellier).

Le premier est un *insufflateur du larynx et des fosses nasales*.

Le but de cet instrument est de diriger exactement dans la cavité du larynx ou dans celle des fosses nasales, un nuage pulvérulent. Cet instrument se compose d'un tube en deux parties, auquel s'adapte une poire en caoutchouc agissant comme soufflet, le tube est coudé à son extrémité gutturale et son orifice est oblique de manière à diriger le nuage pulvérulent obliquement d'arrière en avant, en haut dans les fosses nasales, en bas dans le larynx, latéralement derrière les piliers du voile du palais.



La portion gutturale est fixée à frottement sur la portion porte-poudre de manière à être mobile sur l'axe de cette dernière et à diriger ainsi son ouverture oblique sur tel point déterminé. La portion porte-poudre est munie d'une cupule ouverte dans la paroi même du tube ; la poudre est introduite par cette ouverture, l'instrument étant chargé, la pulpe de l'un des doigts ferme l'orifice de la cupule et le soufflet en caoutchouc pousse l'air. Celui-ci frôlant la surface de la poudre, en entraîne une partie et l'éparpille en nuage à l'orifice de l'instrument dans la direction déterminée.

Le deuxième est un *porte-caustique du larynx*.

En prescrivant la forme de cet instrument, M. le docteur Guinier a voulu réaliser le résultat suivant : porter à volonté, avec le même instrument, un caustique solide ou bien (au moyen d'une éponge préparée), un caustique liquide dans les parties profondes du larynx et de la trachée. Il se composé de deux parties essentielles : 1° une tige porte-caustique coudée à angle droit ; 2° une gaîne métallique mobile sur la tige qu'elle enveloppe et susceptible de suivre toutes les courbures.

La tige porte-caustique est métallique, elle se termine d'un côté par un manche dans lequel un curseur à frottement permet d'imprimer un mouvement de va et vient à la gaîne enveloppante, et d'un autre côté par un pas de vis auquel on peut adapter une pince porte-éponge ou bien un porte-caustique. La gaîne également métallique se termine du côté du caustique par un renflement métallique dont l'usage et le mécanisme diffèrent selon que l'on se sert du caustique solide ou de l'éponge. Dans le premier cas, ce renflement est destiné à cacher le caustique solide de manière à ne laisser à découvert à un moment donné qu'un portion déterminée du caustique. Dans le cas où l'on se sert de l'éponge, ce renflement est destiné à recevoir la pince à ressort dans les dents de laquelle l'éponge se trouve fixée, et à fermer par compression la pince sur cette dernière, de manière à rendre sa chute impossible.

Au moyen du curseur établi dans le manche, curseur très-facilement mis en action par l'index de la main qui tient l'instrument, la gaîne s'avance et recule sur la tige centrale, de façon à couvrir ou à découvrir alternativement le caustique solide ou bien à resserrer et à relâcher alternativement la pince porte-éponge.

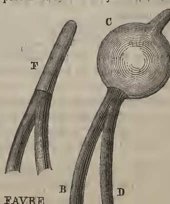
Avec ce petit instrument, l'opérateur peut pratiquer dans la même séance sur le même malade ou sur des malades différents les cautérisations les plus variées, et atteindre des points situés à des profondeurs variables du larynx et de la trachée.

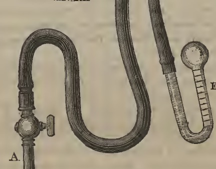
— M. DEPAUL met sous les yeux de l'Académie un instrument auquel M. Mathieu vient de faire subir une modification utile ; c'est l'aiguille chasse-fil présentée à la séance du 7 novembre 1865. M. Mathieu a disposé cet instrument de façon à pouvoir placer plusieurs aiguilles de toutes formes sur une armature commune. L'aiguille chasse-fil peut se manœuvrer avec une seule main.

— M. PIORRY annonce en ces termes à ses collègues la mort de M. Bally.

L'Académie vient de faire une perte déplorable ; notre vénérable collègue, M. le docteur Bally, le médecin qui faisait partie de l'expédition de Saint-Domingue, celui que la France honora d'une pension comme souvenir de son dévouement lors de la fièvre jaune de Barcelone, le médecin honoraire des hôpitaux, votre ancien président, vient de succomber dans la ville de Salons, à l'âge de quatre-vingt-douze ans, conservant l'intelligence, les sentiments généreux et les forces morales des jeunes années.

— M. PIORRY présente ensuite, de la part de M. Carcassonne, un instrument qu'il désigne sous le nom de métro-dynamomètre, et qui est destiné à mesurer les contractions de l'utérus dans le cas d'accouchement ou d'avortement prématurés par exemple, et à éclairer le rôle de l'utérus et sa part d'action dans l'hystérie, le tétanos, etc.





— M. PIORRY présente ensuite, au nom de M. le docteur Victor et de M. A. Prest, chirurgien-dentiste, une brochure intitulée : *Considérations sur l'art dentaire*.

— M. DEVILLIERS présente, au nom de M. le docteur Tribes, chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, un rapport historique et statistique sur les épidémies de choléra-morbus qui ont régné à Nîmes pendant les années 1854 et 1865.

— M. VERNOIS présente, au nom de M. Du Mesnil, médecin-adjoint de l'asile impérial de Vincennes, un ouvrage intitulé : *Les jeunes détenus à la Roquette et dans les colonies agricoles, hygiène*.

— M. ROGER présente, au nom de M. le docteur Seux, une brochure intitulée : *Le choléra dans les hôpitaux civils de Marseille pendant l'épidémie de 1865*.

— M. MÊLIER présente, au nom de M. Sahadel, chef de division à la préfecture de l'Hérault, un ouvrage ayant pour titre : *La législation en vigueur sur les eaux minérales*.

— M. LARREY dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Louis Companyo, chef du service de santé de la circonscription, un rapport sur le choléra à Ismaïlia ; et au nom de M. Tigri, deux brochures, l'une sur les actes préparatoires de l'inflammation, et la seconde sur la pénétration de l'air dans la thoracentèse.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Thuillier, correspondant à Amiens.

COMMUNICATION.

Nouveau cow-pox spontané. — M. DEPAUL fait la communication suivante :

Messieurs, j'ai eu la bonne fortune de rencontrer une source de *cow-pox spontané*, dont l'origine j'espère ne pourra être contestée par personne, et je viens vous prier de m'accorder quelques instants pour vous faire le récit de ce qui s'est passé dans ce cas intéressant, et établir d'une manière certaine l'acte de naissance de ce nouveau cow-pox.

Le 26 du mois dernier (avril), je recevais de mon très-distingué confrère M. Brechemier (d'Orléans), chirurgien des hospices de cette ville, la lettre suivante :

« Monsieur et très-honoré maître,

« La part active que vous prenez aux questions scientifiques et en particulier à celle de la vaccine, m'engage à vous offrir du cow-pox dont l'origine ne peut être révoquée en doute par personne, pas même par M. Bousquet.

« Le cow-pox a été découvert il y a un mois, à 26 kilomètres d'Orléans, sur une génisse de trente mois ; transmis à une vache par un vétérinaire, et en même temps à plusieurs enfants par les médecins de la ville, il a donné lieu à des pustules magnifiques ; M. le docteur Vallet, chirurgien en chef honoraire des hospices d'Orléans, et moi, nous avons pu examiner hêtes et gens avec la plus scrupuleuse attention...

« Je puis donc vous offrir du cow-pox, à moins que vos occupations ne vous permettent de venir vérifier par vous-même tous ces faits. »

Je ne me le fis pas dire deux fois, et après une correspondance échangée entre M. Brechemier et moi, dans laquelle furent réglés par avance tous les petits détails, je partis hier lundi pour Orléans.

Mais avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis de remercier tous nos confrères d'Orléans et de Beaugency, et d'une manière toute particulière M. le docteur Brechemier, dont le zèle intelligent m'a été d'un si grand secours.

Dès mon arrivée à Orléans, je fus conduit dans une ferme où se trouvait la génisse que je voulais ramener à Paris après l'avoir inoculée ; M. Fougeu, docteur en médecine, et M. Daridan, vétérinaire à Beaugency, s'y étaient rendus. J'y rencontrai également plusieurs confrères d'Orléans, MM. Vallet, Debrou, Payen, Bouclé, Bézard et Patey, sans compter M. Brechemier qui était venu à ma rencontre. Il y avait en outre deux administrateurs des hospices, M. le marquis de Pibrac et M. Lesourd.

Je dressai un procès-verbal de tout ce qui s'était passé dès l'origine, en recueillant les renseignements que chacun s'empressa de me donner.

C'est sur une génisse âgée de trente mois, de race bretonne, appartenant à M. Drouin-Mercier, cultivateur à Beaugency, que le cow-pox s'était spontanément produit. Sa robe est blanche, elle avait vêlé depuis quatre mois environ lorsque survint l'éruption. Voici comment elle fut découverte.

Madame Drouin étant un jour occupée à la traire, s'étonnait de la trouver moins docile que d'habitude.

Survint par hasard une sage-femme qui reconnut et fit remarquer des boutons sur la mamelle, et qui expliqua par la douleur l'indocilité de l'animal.

En même temps elle fut frappée de leur forme et ne put s'empêcher de les comparer à ceux de la vaccine.

L'idée du cow-pox lui vint à l'esprit. Elle prévint M. Daridan, vétérinaire de la localité.

Celui-ci s'adjoignit quatre médecins de Beaugency. MM. les docteurs Pandellé, maire de la ville et membre du conseil général, Fougeu, Partenay et Rogier, et tous ensemble constatent la présence de sept à huit pustules sur la peau de la mamelle près la naissance des trayons.

Il y avait dans l'écurie une autre vache qui n'avait rien, et un cheval qui n'était séparé que par quelques planches. Celui-ci a été depuis scrupuleusement observé par M. Daridan qui m'a déclaré qu'à aucune époque il n'avait eu aucune maladie pustuleuse ou autre.

Les quatre confrères réunis à la sage-femme et au médecin-vétérinaire, résolurent d'inoculer le liquide de ces pustules à une *vache* et à deux enfants, et c'est ce qui fut fait le 19 mars.

Quel âge avaient au juste ces pustules? Personne ne le sait puisque le début a été inconnu, mais le résultat ne fut pas douteux.

La vache inoculée avait trois ans. Elle fut inoculée la première sur la mamelle par *six piqûres*.

Deux jeunes enfants de quelques mois le furent avec le même liquide, sur l'un des bras. L'autre bras fut inoculé avec du vaccin pris sur un enfant (trois piqûres à chaque bras).

Soit sur la vache, soit sur les enfants, l'éruption ne se fit pas attendre. Il y eut autant de pustules que de piqûres, et elles furent d'une beauté remarquable.

Tout cela se passait à Beaugency, et ne tarda pas à être connu de quelques médecins d'Orléans. MM. Vallet et Brechemier prirent l'initiative et se rendirent à Beaugency, le 18 avril, par conséquent vingt et un jours après l'inoculation à la vache et aux deux enfants.

Tout ce qui précède leur fut confirmé par le vétérinaire et les médecins. Ils trouvèrent des cicatrices sur la première génisse de trente mois, et sur celle de trois ans des croûtes en nombre égal à celui des inoculations (six).

M. Brechemier en enleva deux croûtes, les enveloppa soigneusement et repartit pour Orléans avec l'intention de les faire servir à l'inoculation d'une génisse. C'est ce qu'il fit dès son arrivée en présence de M. Vallat et de quelques autres personnes. Il mouilla la face profonde des pustules, celle qui avait été adhérente, la racla doucement avec la lancette, et fit trois inoculations avec chacune d'elles (lancette neuve). Dans la région de l'aine, une seule piqûre donna lieu au développement d'une pustule tout à fait caractéristique. Les cinq autres échouèrent. Cette pustule servit à vacciner des enfants avec un plein succès. Le 25 avril, une deuxième génisse âgée de cinq mois, de race bretonne aussi, fut inoculée avec la pustule unique de la précédente et quand je l'examine le 30, c'est-à-dire cinq jours après l'inoculation, je constate que les huit piqûres qui ont été faites ont produit huit belles pustules parfaitement caractérisées, aplaties, déprimées au centre et du volume d'une grosse lentille.

C'est avec du liquide pris dans trois de ces pustules que j'inocule la génisse que je me proposais d'emmener à Paris et qui est en ce moment dans l'étable de l'académie. Je ferai connaître ultérieurement ce qui sera advenu, et j'espère qu'on ne nous objectera plus désormais que notre cow-pox n'est que du vaccin humain transmis à la génisse.

M. DEVERGIE désire savoir de M. Depaul si les pustules résultant de l'inoculation de ce nouveau cow-pox ont des caractères qui les distinguent de la vaccine ordinaire.

M. DEPAUL répond qu'il a vu un enfant qui était au cinquième jour de l'inoculation et qui avait des pustules magnifiques. Il a constaté la même différence par rapport aux pustules provenant du vaccin animal, qui sont généralement beaucoup plus développées que celles de l'ancien vaccin. Les expériences seront continuées d'ailleurs et l'académie en connaîtra les résultats.

LECTURE.

Nouvelle théorie du diabète sucré. — **M. MIALHE** donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur les fonctions chimiques des glandes et nouvelle théorie du diabète sucré ou glycosurie.*

L'auteur se propose, dans ce travail, d'établir que les fontions sont uniquement sous la dépendance du système nerveux ; que le rôle des nerfs sur les glandes est tout à fait analogue à l'action chimique que le courant de la pile exerce sur elle.

Ses recherches sur l'influence du système nerveux dans les sécrétions l'ont conduit à envisager l'affection diabétique sous un jour nouveau. Tout en persistant à croire, dit-il, que c'est uniquement par l'intervention des alcalis du sang que la glycose et ses congénères le décomposent, s'oxydent, brûlent et deviennent de véritables éléments calorifiques, nous pensons que la cause première de la glycosurie ne réside pas tout entière dans une composition anomale du sang, mais bien dans une affection essentiellement nerveuse, ainsi que le professe M. Cl. Bernard ; seulement notre opinion diffère de celle de ce savant en ce que pour nous l'affection nerveuse n'est pas limitée au nerf pneumo-gastrique. C'est une névrose générale. Le diabète est donc une névropathie chronique affectant tous les nerfs qui président aux sécrétions.

— **M. DUBOIS** (d'Amiens) commence la lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur le genre de mort de J. J. Rousseau.*

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

201. Essai sur la doctrine des états organopathiques, par M. Defournaux.

202. Quelques considérations pratiques sur le plessimétrisme des principaux viscères, par M. F. Valette.

203. Quelques réflexions sur le traitement de la collection symptomatique dite fièvre typhoïde, par M. L. Lagrave.

204. Du langage articulé et de la localisation d'un organe cérébral dans les lobes frontaux, par M. P. Escot.

205. Du diabète sucré et de son traitement, par M. L. Sarran.

206. Quelques considérations sur l'opération de la cataracte par extraction, par M. A. Fabre.

207. Considérations sur la paralysie du membre supérieur consécutive aux luxations scapulo-humérales, par M. E. Hurtaud.

208. Dissertation sur la vaccination animale, par M. E. Blondel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La Société des amis des sciences, fondée par Thénard, pour venir au secours des savants et de leurs familles qui sont dans le besoin, tiendra sa neuvième séance publique annuelle sous la présidence de M. le Maréchal Vaillant, membre de l'Institut, le vendredi 4 mai, à huit heures très-précises du soir, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres.

Voici l'ordre du jour :

1° Compte-rendu de la gestion du Conseil d'administration par le secrétaire de la Société ;

2° Éloge de Gratiolet, par M. Bert, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux ;

3° De l'influence des sciences sur la civilisation, par M. Riche, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie;

4° Dépouillement du scrutin pour l'élection des membres du conseil et du bureau de la Société.

Nota. — Les personnes qui seraient disposées à devenir membres de la Société trouveront à l'entrée de la salle un bureau où elles pourront se faire inscrire.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, le vendredi 4 mai, à 3 heures et demie.

Ordre du jour. — Rapport de M. le docteur Géry fils et vote sur la candidature de M. Perrin. — Rapport de M. le docteur Lagneau fils sur la candidature de M. Blondeau. — Lecture de M. Blachez. — Observation d'hémorrhagie cutanée, par M. Chausit. — Suite de la discussion sur les revaccinations. — Discussion sur l'emploi des bains dans la phthisie.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rhumatisme articulaire aigu. — Insuccès du sulfate de quinine. — Bons effets de la digitale.

Dans un des derniers numéros du *Bulletin de thérapeutique*, M. Gallard étudiant l'action antiphlogistique de la digitale, publiait l'observation d'un cas de pneumonie qu'il avait guéri à l'aide de ce médicament employé à haute dose. Il posait les indications qui lui paraissent devoir déterminer, dans certains cas, le choix du praticien en faveur de ce médicament, préférablement à tous ceux qui peuvent être dirigés contre la même maladie. L'heureux résultat qu'il avait obtenu dans le cas auquel nous venons de faire allusion, l'a encouragé à étendre le cercle de ses expérimentations sur la digitale, à d'autres phlegmasies accompagnées d'une violente réaction fébrile, et en particulier au rhumatisme articulaire aigu. Comme il l'avait fait pour la pneumonie, il s'est adressé de préférence aux cas dans lesquels la constitution des sujets ne paraissait pas devoir permettre l'emploi énergique des antiphlogistiques et des autres moyens perturbateurs, que semblait cependant commander l'intensité de la fièvre et la gravité des lésions.

Dans les faits de ce genre, la digitale lui a été encore d'un puissant secours, et il est parfaitement fondé, à notre avis, à lui attribuer la prompte guérison d'un malade dont nous allons rapporter succinctement l'observation.

Un homme de vingt-deux ans était entré le 8 mars dernier dans la salle Saint-Michel, à l'hôpital de la Pitié (service de M. Gallard). Depuis l'âge de douze ans, le malade est pris chaque année d'un attaque de rhumatisme articulaire. A dix-neuf ans, des accidents parurent pour la première fois du côté du cœur.

Le jour de son entrée, toutes les articulations des membres sont gonflées et douloureuses; on entend un bruit de souffle à la base du cœur et au premier temps.

Pendant dix jours, le traitement par le sulfate de quinine fut administré sans amélioration sensible. Un épanchement pleurétique parut alors dans le côté droit de la poitrine et en occupa bientôt la moitié inférieure. La figure du malade était pâle, anxieuse, l'oppression était considérable, le pouls donnait 120 pulsations par minute. Un vésicatoire fut appliqué sur le côté droit de la poitrine; et l'on remplaça le sulfate de quinine par 0g,25 de poudre de digitale en cinq paquets, à prendre chaque deux heures. Le traitement fut continué pendant trois jours; dès le deuxième jour, le pouls tombe à 100 pulsations; le troisième jour il est à 85; le jour suivant à 72. L'oppression disparut rapidement; le malade se trouva mieux, les battements du cœur devinrent moins tumultueux, et le bruit de souffle plus doux. L'épanchement se résorba peu à peu, les jointures n'étant plus douloureuses, le malade put se lever. Les urines n'augmentèrent point pendant le traitement par la digitale, on nota seulement un peu de diarrhée.

Douze jours après la cessation de la digitale, c'est-à-dire le 4 avril, le malade partait pour l'asile de convalescence de Vincennes dans un état satisfaisant.

Appareil inamovible au verre liquide.

M. le docteur Schuh, de Vienne, a proposé, l'année dernière, un nouvel appareil inamovible qui est très-employé en Italie. C'est un appareil construit avec des bandes enduites de ce que les Allemands appellent le verre liquide.

Cette substance appelée aussi verre fusible de Fuchs, est le sel connu en chimie sous le nom de silicate de potasse. Soluble dans l'eau chaude, elle ne se dissout pas dans l'eau froide.

Pour appliquer le bandage, on place de la ouate autour du membre que l'on veut immobiliser, on entoure le tout avec une bande sur laquelle on a étendu une solution de silicate d'alumine du commerce, évaporé en consistance sirupeuse. On laisse sécher.

Cet appareil se durcit promptement en moins de cinq minutes.

Il est très-solide et imperméable.

Il peut s'enlever très-facilement en le faisant immerger dans l'eau chaude.

Il est très-économique.

Le docteur A. Minich, de Venise, s'est servi de ce moyen de contention, il dit que le verre fusible sèche moins vite que le plâtre.

C'est là un enseignement. Reste à savoir quelle est la résistance du bandage. C'est ce que nous apprendront les expériences faites en France.

Éclampsie dans deux grossesses consécutives. — Bons effets des larges saignées.

Dans notre revue clinique de samedi dernier, nous avons cité un cas d'éclampsie observé par M. Guéniot, et dans lequel une large saignée aurait permis à la grossesse de suivre son cours régulier. M. Guéniot a bien voulu nous mettre à même de faire connaître les principaux détails de ce fait, afin qu'on pût en apprécier convenablement toute la valeur pratique. Voici l'observation que notre confrère nous a communiquée à cet effet.

Le 16 novembre 1864, on me pria de donner des soins à une jeune dame primipare, alors enceinte de huit mois révolus. Dès ma première visite, je constatai les prodromes les plus manifestes de l'éclampsie : céphalalgie frontale violente, cécité subite et complète datant de quelques heures, vomissements rares, œdème des extrémités et bouffissure de la face, albumine abondante dans l'urine. J'appris en même temps que la veille il y avait eu exaltation de l'odorat et perversion du goût, et enfin pendant la nuit, des cauchemars suivis d'un réveil sinistre. Jamais je n'ai vu un ensemble aussi complet de signes précurseurs. Il n'existait aucun début de travail.

En telle circonstance, je fis prier aussitôt mon très-regretté maître et ami Bauchet, médecin ordinaire de la malade, de se joindre à moi, et nous convînmes qu'il fallait sans délai pratiquer une saignée. Mais, vu l'état d'infiltration du tissu cellulaire et la petitesse insolite des veines, je m'efforçai vainement d'obtenir, après quatre ponctions successives, une quantité notable de sang; 50 à 60 grammes furent tout ce que j'en pus recueillir. Je prescrivis alors 8 sangsues derrière chaque oreille. C'était le 16 novembre, et il était midi.

A trois heures, 12 sangsues aux cuisses, lavement purgatif, sinapismes aux extrémités.

A six heures du soir, malgré ce traitement préventif, premier accès d'éclampsie; 12 autres sangsues aux cuisses. Les accès se produisent ensuite de la manière suivante : à neuf heures, deuxième accès; à minuit, troisième; puis à partir de ce moment, un accès toutes les heures jusqu'à cinq heures du matin. Le 17, Dans l'intervalle des accès, la malade ne reprend plus ses sens, et sa situation empire visiblement. Profitant alors de l'état comateux qui suit le huitième accès, et bien résolu d'ailleurs de pratiquer une abondante émission sanguine, fallût-il recourir à la section de l'artère temporale, j'ouvre successivement les veines du pied, la céphalique du pouce à droite et à gauche, et les veines médianes vers le milieu de l'avant-bras. Grâce à cette obstination, j'obtins environ 500 grammes de sang. Dès lors, les accès ne reparurent point; le huitième fut le dernier.

L'enfant dont j'avais constaté les bruits du cœur le matin même du 17, mourut dans la journée. Mais la grossesse n'en continua pas moins jusqu'au 30 novembre, jour auquel la malade accoucha d'un enfant mort, très-altéré, après douze heures et demie de travail, 13 jours après la cessation des accès éclamptiques. Le placenta renfermait de nombreux foyers hémorrhagiques de dates très-diverses.

Les suites de couches mirent de nouveau les jours de la malade en péril. Il survint en effet, dès les premiers jours, une arthrite sacro-iliaque, une métrite et une phlegmasia alba dolens qui envahit successivement les deux membres inférieurs. Bref, malgré toutes ces complications, le 10 janvier suivant, la malade pouvait être considérée comme hors de danger, et le 24, presque tous les symptômes s'étant dissipés, les règles reparurent.

Deuxième grossesse. Retour de l'éclampsie. — En mai 1865, c'est-à-dire cinq mois après la grossesse périlleuse qu'elle avait traversée, cette dame redevint enceinte malgré mes conseils. L'albuminurie qui avait cessé pendant la convalescence du premier accouchement, s'était reproduite très-abondante le 10 dé-

FEUILLETON.

RECHERCHES

SUR LE GENRE DE MORT DE J.-J. ROUSSEAU,

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

S'il est une étude pleine d'intérêt et qui convienne particulièrement au médecin, c'est assurément celle qui consiste à rechercher quel a été le genre de mort des grands hommes. Desgenettes l'avait entreprise pour les morts illustres de Plutarque, mais sans y apporter cet esprit d'analyse et de critique qui permet de distinguer le vrai du faux et qui vient ainsi en aide à l'histoire. Dans les loisirs un peu forcés que me fait une santé toujours chancelante, je me suis aussi essayé dans ces sortes d'études, et j'ai commencé par l'homme le plus éloquent peut-être et le plus malheureux du XVIIIe siècle, par J.-J. Rousseau.

On a dit que les grands hommes ne peuvent pas mourir naturellement. C'est qu'en effet leur mort reste presque toujours entourée d'incertitudes et d'obscurités; que de fois Tacite, ayant à raconter la mort de tel grand personnage de son temps, en est réduit à dire que cette mort a eu lieu *non sine suspicione veneni*.

Ainsi en est-il de J.-J. Rousseau. Il vient à peine d'expirer en juillet 1778, que déjà les esprits sont partagés; le bruit se répand qu'il a mis fin à ses jours par un suicide. Le médecin Le Bègue de Presle publie une lettre pour démentir cette rumeur; mais Grimm, tout aussitôt, fait remarquer que l'opinion généralement établie sur la mort de J.-J. Rousseau n'en persiste pas moins; on croit toujours, dit-il, que ce philosophe s'est empoisonné lui-même (1).

Le marquis René de Girardin, propriétaire de cette belle habitation d'Ermenonville qui avait été le dernier asile de Rousseau, repousse de toutes ses forces l'idée d'une mort volontaire (2), mais le Genevois Corancez, l'ami de J.-J. Rousseau, soutient qu'il y a eu suicide, et donne des détails à ce sujet (3). Madame de Staël partage cette opinion (4), qui est de nouveau débattue dans les dernières années du XVIIIe siècle; puis, après un long silence, cette même question est reprise sous la Restauration. Musset Pathai, l'historien de J.-J. Rousseau, cherche de nouveau à démontrer que ce grand écrivain s'est en effet donné la mort (5), mais le comte Stanislas de Girardin, fils du marquis, s'élève fortement contre ce qu'il appelle une supposition odieuse; il maintient que la mort de Rousseau a été le résultat d'une maladie (6); plus récemment enfin, mon illustre compatriote, M. Berville, aujourd'hui président honoraire à la Cour impériale de Paris, s'est également prononcé contre l'idée du suicide; mais en même temps, il nous donne un premier aperçu de la vie de J.-J. Rousseau, tel, en vérité, que le suicide en paraît la conséquence inévitable : « Quelle existence étrange, dit-il; dans la maturité de l'âge, un « homme dont l'enfance fut errante et la jeunesse obscure, se révèle « tout à coup au monde et à lui-même, dès presque les premiers « pas, il s'élève aux plus hauts sommets de l'éloquence, durant quel- « ques années il étonne son siècle, il passionne les âmes, il agite « puissamment les intelligences, puis, au milieu de ses triomphes, « sa raison s'égare; il voit l'univers conjuré contre lui, il rompt avec « les hommes pour lesquels il se croit un objet d'horreur, il erre « d'asile en asile et meurt seul sur la terre, maudissant sa gloire et « doutant de la postérité (1). »

Ce tableau est saisissant de vérité; mais il y a comme un dernier coup de pinceau que M. Berville n'a pas osé donner. Après ces mots : il erre d'asile en asile, n'aurait-il pas du dire : *et finit par se donner la mort* en maudissant sa gloire et doutant de la postérité? Mais M. Berville est un ancien magistrat, je suis un vieux médecin, c'est là une affaire médico-légale que nous allons instruire ensemble; pour ma part, j'examinerai avec soin les actes prétendus officiels, rédigés par les médecins de l'époque et je les réduirai à leur juste valeur; et quant à ces témoignages que M. Berville donne comme unanimes, et qu'il regarde comme compétents, je les reproduirai avec lui, et je les contrôlerai les uns par les autres.

Cette enquête rétrospective aura ainsi un caractère qui, jusqu'à présent, a fait défaut à tous les débats, à toutes les discussions élevées sur les incidents de la mort de J.-J. Rousseau, je veux parler du caractère scientifique. A l'exception, en effet, du docteur Le Bègue de Presle et des signataires des pièces dites officielles, tous ceux qui ont dit leur mot sur les faits relatifs à la mort de J.-J. Rousseau, étaient des hommes du monde ou des littérateurs peu compétents en pareille matière; la science n'avait pas encore été interrogée, on avait tout accepté pour ainsi dire les yeux fermés, les

(1) *Correspondance de Grimm et Diderot*, t. IV, juillet 1778.

(2) *Lettre à la comtesse Sophie*, datée d'Ermenonville, juillet 1778.

(3) *Lettres de Corancez*, Paris, 1798, p. 10 et passim; *de J.-J. Rousseau*, par Corancez, in-8 paru an VI.

(4) *Sur le caractère et les ouvrages de J.-J. Rousseau*. Paris, 1788 et 1798.

(5) Musset-Pathai. *Œuvres de J.-J. Rousseau*. Paris, 1824.

(6) *Lettre à Musset-Pathai*, par le comte Stanislas de Girardin. Paris, 1824.

(7) *Notice sur J.-J. Rousseau*. Caen, 1858.

cembre 1865, à sept mois de grossesse par conséquent. Il en était de même de l'œdème des membres, de la bouffissure du visage et de quelques autres symptômes. Je prescrivis un purgatif salin et me tins en éveil.

Le 12 décembre, bronchite, embarras gastrique, troubles de la vision, etc., prodromes de nouvelles attaques. Le purgatif administré, il y a deux jours, a bien opéré et a déterminé une diarrhée légère que je ne cherche pas à combattre. Saignée de 250 grammes. Caillot noir, volumineux, pléthorique.

Le 14, les symptômes persistent en s'aggravant et une nouvelle atteinte d'éclampsie se déclare. Le premier accès eut lieu à trois heures et demie du soir. Au troisième, c'est-à-dire à cinq heures et demie, je pratiquai, non sans grande peine, une saignée de 600 à 700 grammes.

Malgré cette abondante évacuation, les accès se répètent d'heure en heure. Vers minuit je fais appliquer dix sangsues derrière les oreilles. Pas d'amélioration consécutive, nul début de travail, à l'auscultation enfant bien vivant.

J'avais fait prier M. Depaul de vouloir bien m'éclairer de ses conseils, car la maladie continuait à s'aggraver. A une heure du matin, le 15, je pratiquai une nouvelle saignée de 600 grammes. Par une circonstance heureuse, l'ouverture de la céphalique du pouce me fournit du sang à discrétion.

A partir de ce moment, le pouls perdit de sa tension, les accès s'éloignèrent progressivement, et à cinq heures et demie du soir, eût lieu le quinzième et dernier accès. L'enfant succomba sans doute ce même jour, car le lendemain l'auscultation resta négative.

Enfin le 19 décembre, quatre jours après la cessation des accès éclamptiques, le travail commença, et la malade accoucha spontanément d'un enfant médiocrement altéré, après dix heures de travail.

Les suites de couches, un peu pénibles, ne furent cette fois traversées par aucun accident grave et, dès les premiers jours de janvier 1866, la malade était en très-bon état. Elle conservait seulement une pâleur prononcée du visage, des douleurs d'estomac et de l'œdème des membres inférieurs, sans albuminurie concomitante.

Aujourd'hui, 1er mai, cette dame est en excellent état de santé.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 25 avril 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. LÉON LE FORT présente à la Société un appareil imaginé par lui, pour répondre aux diverses indications du traitement de la coxalgie.

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est destiné à permettre le redressement graduel de la cuisse fléchie sur le bassin dans les cas de coxalgie, à empêcher ou mieux à diminuer la pression de la tête fémorale contre la cavité cotyloïde, tout en permettant les mouvements de l'articulation et même la marche; il peut, lorsque l'indication s'en présente, servir d'appareil inamovible, quelque position que puisse affecter le membre. Ces effets différents sont obtenus par les moyens suivants :

L'appareil, dans son ensemble, ressemble aux nombreux appareils qui existent aujourd'hui dans la science; il s'en distingue essentiellement par quelques modifications.

Entre la ceinture pelvienne et la tige fémorale externe, se trouve une pièce qu'on peut enlever ou replacer à volonté au moyen des verrous qui s'engagent dans les échancrures que portent ses plaques terminales. L'écrou allongé qui en forme la partie principale écarte ou rapproche, suivant le sens dans lequel on le tourne, les deux vis qui s'y engagent. Il est facile de voir qu'on obtient de cette manière un redressement graduel, dont le chirurgien règle à volonté l'étendue.

L'articulation du cuissard avec la ceinture consiste en une boule sphérique roulant dans une cavité, et de cette manière on obtient la possibilité de mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction et de circumduction, à peu près dans la même étendue que dans l'articulation de la hanche.

Mais, si l'écrou étant enlevé, après avoir obtenu la rectitude du membre, on veut, par suite de la réapparition de quelques douleurs revenir à l'immobilité, il suffit de tourner la vis placée à la partie supérieure de l'articulation. Cette vis rapproche les deux parties d'un collier qui serre, comme dans un étau, la sphère articulaire et l'appareil est immédiatement transformé en appareil inamovible.

A. Articulation pouvant être immobilisée en resserrant la vis placée au dessus.
B. Double écrou destiné à régler l'extension du membre.
C, C'. Verrous permettant d'enlever ou d'appliquer l'écrou mobile.
D. Point d'appui pour l'ischion.
D'. Articulation de cette pièce, avec l'attelle interne.
E. Double crémaillère.
G. Pièce employée lorsque le point d'extension est pris au dessus du genou.
H. Pièce de rechange employée lorsque l'extension est faite sur la jambe et sur le pied.

L'extension peut, comme dans l'appareil de M. Sayre (de New-York), être faite au moyen d'une genouillère lacée au-dessus du genou, à laquelle s'attachent des courroies qui viennent se boucler sur la face extérieure des tiges interne et externe, après s'être réfléchies dans les ouvertures dont est creusée l'extrémité de chacune de ces tiges. Une double crémaillère permet de pratiquer l'extension avec toute la force désirable.

Mais dans l'appareil de M. Sayre, le point d'appui est pris sur l'ischion au moyen d'un cylindre élastique attaché à la ceinture pelvienne; j'ai cru préférable de prendre ce point d'appui de la même façon que dans tous nos appareils de prothèse après l'amputation du membre inférieur. Seulement j'ai fait subir à la manière de prendre ce point d'appui une modification qui m'a paru indispensable et applicable à tous les membres artificiels. Le cuissard, appuyant sur l'ischion, est mobile avec la cuisse; il frotte donc sur les parties auxquelles il répond et sur lesquelles il appuie; de là des excoriations et quelquefois pis. Au moyen d'une triple articulation dont on se rendra facilement compte à l'inspection de la petite figure partielle, la pièce ischiatique jouit de tous les mouvements sur la tige qu'elle surmonte; mais elle reste immobile sur l'ischion, quels que soient les mouvements imprimés aux membres.

Si au lieu de faire l'extension suivant le procédé américain on veut la pratiquer sur la jambe et le pied, il est facile de substituer la pièce jambière dessinée à part, aux tiges mises en place sur le dessin principal. Si même la jambe avait aussi besoin d'être redressée, une pièce en arc de cercle, dans les crans de laquelle s'engage une vis construite à la façon de celles qui articulent les branches du forceps, permet de maintenir fixe la flexion ou l'extension du genou.

Quant aux béquillons, limités dans leur mouvement par un moyen très-simple, ils peuvent être placés ou enlevés à volonté.

Je crois, Messieurs, qu'on peut avec cet appareil remplir toutes les indications du traitement mécanique de la coxalgie, obtenir le redressement graduel ou maintenir le redressement obtenu par le chloroforme, avoir à volonté la mobilité et l'immobilité, empêcher la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre, faire exécuter au membre des mouvements de rotation en dehors et d'abduction aussi bien que les mouvements de flexion et d'extension.

J'ajoute que cet appareil a été, sur mes indications, construit avec une grande habileté, par un jeune et consciencieux fabricant, M. Guillot.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Carie du rocher. — Ulcération de la carotide interne. — Ligature de la carotide primitive

M. BROCA, en présentant à la Société la pièce anatomique incomplètement disséquée, avait conclu à l'ulcération d'une branche de la carotide externe. La stylo-maxillaire ou la maxillaire interne pour ainsi dire, comprises dans les parois d'un abcès, avaient été soupçonnées. Une dissection complète a montré qu'il s'agissait d'une ulcération de la carotide interne dans le rocher.

La dissection est venue confirmer le diagnostic porté par M. Broca et que le premier examen de la pièce lui avait fait abandonner.

Ainsi qu'il l'a dit à la Société, M. Broca avait eu le projet de lier la carotide interne, le vaisseau serré dans le fil était la carotide primitive, ce dont il fut possible de s'apercevoir sur le vivant en constatant la suppression des battements dans la temporale.

Tous ces détails sont consignés dans l'observation suivante, recueillie par M. Joly, interne du service.

OBS. — S... (Étienne), quarante-sept ans, plâtrier, est admis le 21 février 1866 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Axenfeld.

Il raconte qu'il tousse depuis environ un an. Étant soldat il a eu les fièvres et une ascite qui disparut à la suite de sueurs profuses. Depuis deux mois environ il est sourd de l'oreille droite, par laquelle s'est écoulé et s'écoule encore un peu de pus.

Le 15 février, au milieu de son travail, tout à coup et sans douleur, il sentit que le sang lui montait à la tête et s'écoulait par son oreille droite en quantité assez considérable. Cette hémorrhagie se reproduisit plusieurs fois les jours suivants et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le 21 février, jour de son admission, nouvel écoulement, presque en jet, d'un sang vermeil et rutilant. Le malade est dans un état d'anémie profonde. Signes manifestés de tuberculisation aux deux sommets; existence d'une caverne à droite.

Sous l'influence du repos, pendant les trois premiers jours, pas d'écoulement sanguin.

Le 25, hémorrhagie très-abondante, tamponnement de l'oreille.

Le 28, le tampon s'était dérangé. Écoulement peu abondant.

Le 4 mars, à deux heures du matin, hémorrhagie très-abondante, qui dure jusqu'à sept heures et se fait sans douleur. Quelques bruissements dans l'oreille droite précèdent l'écoulement dont le malade n'est averti que par la sensation d'un liquide chaud.

L'inspection de l'oreille ne fournit aucun renseignement sur la source de l'hémorrhagie. Le malade affirme que le sang ne descend jamais dans la gorge. Une seule fois, dit-il, il a coulé une petite quantité de sang. Quand on le fait souffler, le nez et la bouche fermés, il prétend sentir son oreille se gonfler. L'air ne sort pas par le conduit auditif externe.

Le 10, hémorrhagie légère qui s'arrête par l'eau fraîche et la compression sur l'oreille. Anémie de plus en plus profonde. Un peu de scorbut des gencives qui saignent au moindre contact. Toute la face est douloureuse.

Le 13, hémorrhagie, 100 grammes de sang environ.

Le 17, à quatre heures, nouvelle hémorrhagie; elle dure six à sept minutes, et s'arrête pour reparaître un quart d'heure après; 600 grammes de sang.

Le 21, nouvelle hémorrhagie. Tamponnement.

Le 25, hémorrhagie très-considérable. Le sang sort en bouillonnant de l'oreille; il est rouge vermeil et évidemment provient d'une voie artérielle.

Le 26, en présence de ces hémorrhagies répétées, M. Broca se décide à pratiquer la ligature de la carotide; il fait passer le malade dans son service, salle Saint-Ferdinand, nº 16.

---

rapports des médecins eux-mêmes n'avaient été soumis à aucune discussion.

J.-J. Rousseau est pleinement entré aujourd'hui dans la postérité, près d'un siècle s'est écoulé depuis sa mort, c'est pour ainsi dire de la poussière des tombeaux que nous aurons à évoquer tous ces témoignages; les passions de l'époque ne peuvent plus nous agiter, aussi bien celles qui ont amené la translation des cendres de J.-J. Rousseau au Panthéon que celles qui, vingt ans après, ont fait violer sa tombe. C'est un point d'histoire que nous voulons ici mettre en lumière; nous voulons savoir si en effet Rousseau a été atteint de cet égarement de la raison qui finit presque toujours par le suicide, si les symptômes qu'il a offerts, surtout dans les dernières années de sa vie, n'étaient pas de nature à faire prévoir cette catastrophe, s'il faut enfin le ranger au nombre de ces infortunés dont a parlé le poëte :

. . . . . . Qui sibi lethum
Insontes peperere manu, lucemque perosi
Projecere animas[1]. . . . .

Mais entrons sans plus différer dans l'historique des aberrations de cette belle intelligence; aberrations si diversement interprétées par les amis et par les ennemis de Rousseau; les dérangements, qu'on pourrait appeler ultimes, qui ont marqué du moins les dernières années de sa vie, ne sont contestés par personne. Rousseau lui-même on a informé le monde entier; la question est de savoir à quelle époque il faut remonter pour retrouver les premiers indices; on sait que la folie est une de ces maladies qui peuvent se transmettre par voie de génération; il n'est pas d'observateur qui n'en cite de nombreux exemples; suivant Esquirol, la moitié des aliénés comptent dans leur famille des individus atteints de cette maladie; faut-il admettre chez Rousseau quelque disposition héréditaire? Corancez, qui avait connu la famille de Rousseau, est porté à le croire : il est certain, dit-il, qu'il avait en naissant le germe de cette maladie, qui, comme toutes les autres, a eu ses périodes, son commencement, son milieu et sa fin. Un de ses proches parents était atteint d'hallucinations, il était défiant et ombrageux comme Rousseau; tous deux, dit-il, charriaient dans leur sang le principe de cette maladie.

Quant à la première apparition des symptômes, on ne saurait l'assigner d'une manière positive, si l'on s'en rapporte à Ginguené, il faudrait estimer au tiers environ de la vie de Rousseau la durée de cette affection; Rousseau, dit-il, si soupçonneux dans les vingt dernières années de sa vie, a été pendant les deux autres tiers le plus confiant de tous les hommes. Ginguené trouve aussi, du reste, que la nature avait mis en lui le germe du soupçon et de la méfiance, et qu'il y en a eu toujours assez pour frapper et pour altérer une tête habituellement exaltée[1].

Maintenant, y a-t-il eu chez Rousseau une sorte d'*incubation* et quelle a été la durée de cette incubation? C'est là ce qu'on ne saurait dire; mais ce qu'il y a de certain, c'est que chez lui l'aliénation ne s'est pas déclarée comme il arrive quelquefois par une soudaine invasion : elle s'est établie graduellement, tantôt ralentie, tantôt précipitée par les événements de sa vie; ajoutons que ces premiers symptômes devaient être d'autant mieux remarqués, qu'ils n'étaient d'abord qu'une simple exagération de ses sentiments constitutifs.

On a dit que les premiers symptômes accusés par Rousseau ont été ceux de l'hypochondrie; on a même prétendu que Rousseau n'a été pendant toute sa vie qu'un hypochondriaque. C'est une erreur; l'hypochondrie ne s'est montrée qu'un moment chez Rousseau, et n'a été qu'un épisode dans sa vie; lui-même en a fait le récit dans ses *Confessions*, et d'une manière assez piquante.

C'était dans les premiers temps de sa liaison avec madame de Warens; loin de le porter au suicide, les inquiétudes qu'il éprouvait lui inspiraient la crainte de la mort; il était allé à la campagne pour rétablir sa santé, qu'il croyait profondément altérée. « J'étais pâle « comme un mort, dit-il, et maigre comme un squelette, mes battements « d'artères étaient terribles, et pour m'achever, ayant fait entrer un « peu de physiologie dans mes lectures, je me mis à étudier l'ana« tomie; en passant en revue la multitude des pièces qui composent « ma machine, je m'attendais à sentir détraquer tout cela vingt fois « le jour. Loin d'être étonné de me trouver mourant, je l'étais que « je pusse encore vivre, et je ne lisais pas la description d'une ma« ladie que je ne crusse être la mienne; je suis sûr que si je n'avais « pas été malade je le serais devenu par cette fatale étude; à force « de chercher, de réfléchir, de comparer, j'allais m'imaginer que la « base de mon mal était un polype au cœur. »

Mais encore quelques années et les choses seront bien différentes, une profonde mélancolie va troubler son existence; Rousseau, hypochondriaque, cherchait sa guérison, il la demandait à tout le monde, il avait même pour cela fait le voyage de Montpellier et consulté le fameux Fizes, une des grandes réputations de l'époque, mais fondée, comme elles l'étaient presque toutes alors, sur des opinions aussi fausses que ridicules; il nous suffira, pour en donner une idée, de dire que ce même Fizes, consulté par un hypochondriaque, qui lui aussi se plaignait de battements artériels, lui avait répondu que ses battements d'artères *reconnaissaient pour cause un sang épais, sec et acrimonieux, avec trop de tension des filets nerveux*, etc.; et on appelait cela de la science!

1. *Æneidos*, lib. VI.

1. *Loc. cit.*, 104.

Opération. — Le malade est chloroformé pour la recherche du vaisseau, qui se fait au moyen d'une incision le long du bord du sterno-mastoïdien. Cette incision dépasse en haut de plusieurs centimètres le bord supérieur du cartilage thyroïde. L'artère mise à nu, on passe un fil sous elle, et le malade, réveillé au moment de la ligature, n'éprouve aucun trouble cérébral; il continue même ses phrases interrompues seulement par un cri de douleur au moment où on serre le nœud. La plaie est pansée à plat, et le malade reporté dans son lit.

La journée est assez bonne, pas d'hémorrhagie par l'oreille, ni de troubles cérébraux.

Le 27, le malade n'a pas dormi, mais la fièvre est modérée; il a de l'appétit. La vision de l'œil droit est un peu troublée. Il n'a plus de bourdonnements d'oreille qu'il avait d'habitude du côté malade, mais il en accuse de très-intenses du côté sain.

Le 28, la plaie va bien. Un peu de gêne et de douleur dans la moitié droite de la tête. La circulation cérébrale s'est rétablie sans accident.

Le 30, rien de nouveau, la plaie va bien. Écoulement abondant de pus par l'oreille.

Les jours suivants, le malade se plaignant de l'affaiblissement de la vue du côté opéré, on constate qu'en effet il ne peut lire avec cet œil que les très-gros caractères. L'examen ophthalmoscopique ne montre aucune lésion appréciable; peut-être un peu moins de turgescence des vaisseaux rétiniens.

La toux augmente. Un peu de dyspnée.

Le 7 avril, dans un effort de toux, il s'écoule quelques gouttes de sang par l'oreille, ce suintement est facilement arrêté par une compression légère. Du reste jamais, au dire du malade, il n'était resté aussi longtemps, avant l'opération, sans avoir d'hémorrhagie.

Le 8, le sang continue à couler en petite quantité dans les efforts que fait le malade d'ailleurs très-indocile.

Les 9 et 10, même tendance à l'hémorrhagie, glace en permanence sur l'oreille. L'écoulement s'arrête pour ne plus reparaître.

Le 15, le fil est tombé sans hémorrhagie; la plaie de la ligature est recouverte par une croûte qui, de temps en temps, se détache pour livrer passage à une petite quantité de pus.

Mais la phthisie pulmonaire fait des progrès rapides. Fièvre le soir. Toux continuelle. Étouffements qui fatiguent beaucoup le malade.

Le 22, *mort*, par suite des progrès incessants de l'affection tuberculeuse.

Autopsie. — Les poumons sont infiltrés de tubercules, surtout les deux sommets. Caverne à droite.

On enlève le tronc brachio-céphalique, les carotides, le temporal droit, et le condyle du maxillaire inférieur.

Examen de la pièce. — La ligature a porté sur la carotide primitive à un centimètre et demi au-dessous de sa bifurcation. Les deux bouts de l'artère, coupée par le fil, se sont rétractés. Sur le bout inférieur, les parois artérielles froncées, forment un entonnoir incomplétement cicatrisé qui conduit sur le caillot. Celui-ci remplit l'artère, descend presque jusqu'à sa naissance, et se termine à ce niveau par une extrémité arrondie qui n'occupe pas tout le calibre du vaisseau.

Au bout supérieur la cicatrisation est moins avancée et le caillot moins adhérent, se laisse assez facilement décoller. Il remonte jusque dans le canal carotidien.

Il y a, entre les deux bouts de l'artère et dans la gaîne celluleuse, un petit foyer purulent qui communique avec l'extérieur.

Le conduit auditif est carié, la membrane du tympan détruite, et un petit abcès a décollé les muscles et s'est logé entre l'apophyse styloïde et le col du condyle; il est longé par l'artère maxillaire interne et par l'artère stylo-mastoïdienne qui est très-volumineuse. Ces deux artères sont comprises dans l'épaisseur des parois de l'abcès. On a cru d'abord que c'était l'une d'elles qui avait fourni le sang des hémorrhagies. Mais une étude plus approfondie a démontré qu'elles n'étaient pas perforées.

Un trait de scie détache toute la partie interne du rocher qui est saine. L'adhérence de la dure-mère à ce niveau est normale.

Un stylet introduit dans la carotide par l'orifice interne du canal carotidien, vient heurter la paroi de ce canal, indiquant ainsi une ulcération de l'artère à ce niveau.

Scalpant alors avec la gouge le canal carotidien, on arrive jusqu'à l'oreille moyenne. La caisse du tympan est cariée, la chaîne des osselets détruite; un ou deux seulement de ces petits os restent encore; le stylet introduit dans l'artère, pénètre librement dans cette caisse, en soulevant une petite lamelle d'os carié, dernier vestige de la paroi du canal carotidien.

Trois stylets portés, l'un par la carotide, l'autre par le conduit auditif, le troisième par la trompe d'Eustache, viennent se rencontrer tous trois dans la caisse du tympan.

M. LE FORT. Je demanderai à M. Broca pour quelle raison il aurait préféré lier la carotide interne. J'ai fait une statistique de deux ou trois cents cas de ligature de la carotide, la moitié des malades sont morts par le cerveau. Je serais disposé à préférer, en principe, la ligature de la carotide primitive à celle de la carotide interne.

M. BROCA. Une statistique moins étendue m'a démontré les dangers de la suppression brusque d'une partie de la circulation cérébrale. Mais j'avais surtout ici à me préoccuper de l'hémorrhagie. Il fallait à tout prix que le malade fût mis à l'abri d'une nouvelle perte de sang. La ligature de la carotide interne évitait plus sûrement ce danger.

DISCUSSION.

Hygiène des maternités.

M. Trélat a la parole pour continuer sa communication.

M. TRÉLAT. Jusqu'ici, messieurs, nous avons vu que dans l'enceinte des maternités, la mort frappe plus souvent certains individus ou certaines catégories d'individus que d'autres; nous avons vu encore qu'au milieu de ses incessantes variations, la mortalité obéit cependant à quelques influences générales, qui, suivant les époques, augmentent ou diminuent le chiffre relatif des morts.

Quelle que soit l'importance de ces faits, il faut les prendre pour ce qu'ils veulent dire et ne pas leur extorquer une signification qu'ils n'ont pas.

Ils disent que la maladie suit une marche variée, mais ils ne disent pas pourquoi le niveau moyen de cette marche est toujours élevé; ils ne disent pas pourquoi sur ce niveau moyen on observe plus ou moins fréquemment des recrudescences excessives pendant lesquelles on voit mourir le quart, le tiers et quelquefois la moitié des accouchées.

Si je me suis aussi longuement étendue sur tout ce qui précède, c'est justement pour être en mesure d'énoncer avec sécurité que ni les prédispositions individuelles, ni les influences météorologiques, saisonnières ou autres, ne fournissent l'explication indispensable à trouver de cette haute mortalité.

Celle-ci reconnaît, dans mon opinion, pour cause fondamentale, l'infection hospitalière.

Ce mot a besoin d'être défini: un hôpital dans lequel des accouchées, et surtout des accouchées malades, ont séjourné pendant longtemps d'une manière continue, est infecté ou imprégné de leurs émanations qui, sous des formes variées, poussières ou vapeurs, s'attachent d'une manière persistante aux murailles, plafonds, planchers, aux meubles et aux objets de lingerie.

Cette imprégnation est parfaitement compatible avec la bonne tenue de l'hôpital et avec la propreté des salles. Aussi est-ce avec grande raison qu'on a insisté sur ceci, qu'une habitation obscure, mal aérée, malpropre et insalubre d'une manière générale n'est pas pour cela imprégnée de miasmes spéciaux, tandis qu'au contraire un local salubre et propre peut être infecté de ces mêmes miasmes. Disons donc qu'insalubrité et infection sont deux choses distinctes qui pourront, suivant les circonstances, exister séparément ou concurremment.

Il importe qu'on soit bien fixé sur cette différence essentielle et quoique M. Tarnier nous ait déjà fait voir toute la distance qui sépare, au point de vue des suites de couches, la plus misérable demeure de l'hôpital le plus parfait, quoique M. Hervieux se soit attaché dans son travail à bien définir l'infection hospitalière, je ne crois pas réclamer inutilement votre attention en l'attirant sur la comparaison de ces deux influences nuisibles, trop longtemps confondues au grand préjudice des malades que l'infection tue dans un milieu salubre, tandis qu'elles guérissent dans leurs taudis salubres ou non.

Je dirai tout à l'heure les preuves de l'infection, mais si pour un moment vous voulez bien admettre la réalité de sa puissance, vous comprendrez pourquoi, abstraction faite des épidémies, on observe presque en tout temps dans les maternités, des affections septiques plus ou moins graves, plus ou moins curables, de celles qu'on appelle localisées et qui portent les noms de métrite, péritonite, phlébite, angioleucite, etc.; vous comprendrez pourquoi ces états pathologiques qu'on rencontre aussi hors des hôpitaux, sont néanmoins beaucoup plus fréquents dans les services d'accouchements même les mieux tenus; vous comprendrez encore comment il se fait que de temps à autre la situation sanitaire semble chancelante et révèle, par ce trouble plus ou moins profond, la tempête qui va éclater. C'est là ce que M. Guyon appelle le cortége précurseur des épidémies, cortége dont M. Blot nous parlait dernièrement à propos de l'ophthalmie des nouveau-nés. Je ne vois, quant à moi, dans ce fait que l'influence de l'infection, exagérée à de certains moments, soit par de mauvaises mesures hygiéniques, soit par un encombrement temporaire, soit par une action météorologique.

Que cet état de choses persiste et bientôt les malades se multiplient; les maladies revêtent un caractère grave, elles frappent d'une manière soudaine et violente, leur marche s'accélère vers le terme fatal qui est atteint en peu de jours et parfois en quelques heures. C'est alors que ces malades constituant chacune une source abondante de miasmes infectieux, on voit s'ajouter à l'infection ancienne, l'infection actuelle plus puissante, plus continue, plus efficace et déterminant une véritable contagion d'autant plus redoutable que le voisinage est plus grand, d'autant plus cruelle dans ses effets que le nombre des accouchées exposées est plus considérable.

Aussi, quand les conditions de la contagion se réalisent, c'est-à-dire quand une ou plusieurs malades sont en contact avec des femmes en couches bien portantes jusque-là, quel que soit l'âge et le tempérament de ces femmes, quelle que soit la saison, quel que soit l'établissement, on voit la mortalité prendre un accroissement subit et proportionnel, quant au total, au nombre des habitantes de l'hôpital. Cela est la cause de ces prétendues épidémies qui sévissent isolément tantôt dans une Maternité, tantôt dans une autre, témoignant ainsi que leur source est bien dans la maison où elles restent confinées.

En somme, infection permanente, contagion accidentelle plus ou moins fréquente, tels sont dans ma pensée les deux génies malfaisants qui règnent sur les maternités.

Dès lors on s'explique sans embarras ces sortes d'épidémies sub-intrantes ou mieux ces mortalités continues rémittentes qui ont été observées dans les établissements les plus divers et que nous voyons assiéger depuis huit années consécutives la Maternité de Paris. C'est qu'on ne se débarrasse pas aisément de l'infection; comme le feu sous la cendre, elle couve sous les couches de peinture; à la première occasion elle se manifeste et ne tarde pas à rallumer les torches funèbres de la contagion.

Notre collègue M. Tarnier, d'accord avec M. Hervieux, ne distingue pas la contagion de l'infection. Je reconnais qu'elles s'unissent par des liens étroits, que l'une est fille de l'autre, mais je soutiens que ce sont deux choses distinctes. Sans doute l'émanation délétère qui porte la contagion est la même que celle qui imprègne les murailles. Mais le mot infection indique non la production des miasmes, mais uniquement la faculté que possèdent les parois et les meubles des locaux habités de fixer et de conserver ces miasmes.

Et d'ailleurs on peut saisir dans certaines circonstances l'action isolée de l'une ou de l'autre influence. Qu'une fièvre puerpérale éclate dans une Maternité toute neuve, spacieuse, aérée, qu'elle y fasse en peu de temps deux ou dix victimes, invoquera-t-on l'infection? Cela n'aurait pas de sens. La contagion seule peut être mise en cause. Ce n'est pas un fait rare que de voir des établissements neufs envahis au bout de très-peu de temps par la fièvre puerpérale. La Maternité de Paris, la Clinique et bien d'autres pourraient me servir d'exemple. D'autre part, prenez un petit hôpital ou un petit service d'accouchements comme ceux qui existent dans les villes de province, Avignon, Montpellier, Angoulême, etc., où le nombre des accouchements est très-peu considérable et où on n'a jamais vu, dit-on, d'épidémie; là la mortalité est encore de 3 à 4,5 pour 100. Là c'est l'infection qui agit seule.

Si j'insiste sur cette distinction, ce n'est pas seulement parce qu'elle est rationnelle, parce qu'elle précise les termes, mais encore parce que la prophylaxie doit tendre vers l'un et l'autre sens, parce qu'il y a là deux indications séparées qui demandent chacune à être remplies par des moyens propres.

Je ne voudrais toucher ici à aucune question de doctrine en matière de pathogénie; cependant je ne puis passer sous silence une opinion que je crois peu fondée et que je considère comme dangereuse dans ses conséquences. Suivant elle, les mêmes affections puerpérales seraient contagieuses dans certains cas, non contagieuses dans d'autres. C'est l'absence ou l'existence de l'état épidémique qui établirait la distinction. Il en résulterait que hors les temps d'épidémie, on pourrait relâcher la discipline et ne plus veiller avec le même soin à l'exécution des mesures hygiéniques.

Sur quoi se fonde cette assertion? Sur ce fait souvent invoqué et mal interprété, que toutes les fièvres puerpérales ne déterminent pas une contagion évidente. Mais dans quel code pathologique est-il écrit que toute maladie contagieuse doive toujours étendre son action sur le même nombre d'individus? D'ailleurs, qui connaît *toutes* les circonstances qui annulent, retardent, ralentissent ou accélèrent et accroissent la puissance de la contagion? Personne assurément. Disons donc simplement que la contagion n'est pas nécessaire et fatale, qu'elle peut manquer de même qu'un corps inflammable peut, suivant le cas, ne pas s'enflammer; mais de ce que l'effet habituel n'apparaît pas, n'allons pas conclure que la cause fait défaut. Ce serait un procédé de raisonnement trop simple pour l'appliquer aux faits si complexes de la pathogénie. Et surtout gardons-nous de croire à la fallacieuse innocuité d'aucune fièvre puerpérale. Nous nous réserverions d'amères et trop fréquentes déceptions. Quand tout brûle, il est trop tard pour s'assurer et l'étincelle peut allumer l'incendie aussi bien que le brasier. Tout dépend des conditions particulières, et si la contagion atteint sa toute puissance pendant les épidémies, si elle fait les épidémies, sachons, au lieu de la subir, l'empêcher de naître et de se développer en la frappant dans son germe, en éloignant dès le début tout cas de maladie, si bénin qu'il paraisse.

Je viens de chercher à établir les rôles respectifs que l'infection et la contagion jouent dans le drame des Maternités; permettez-moi de vous dire maintenant, sur quelles preuves me paraît reposer l'existence de ces influences délétères.

Voyons d'abord pour l'infection. Sauf de très-rares exceptions, la mortalité varie dans les Maternités entre 2 et 5 ou 6 pour 100, année moyenne exempte d'épidémie. Cela s'observe dans des établissements d'aspect propre et salubre où on ne peut invoquer ni la mauvaise tenue, ni l'encombrement. Quelle raison plausible donnera-t-on de ce fait si général? Je n'en vois qu'une seule: l'hôpital est infecté; il constitue un milieu infectieux.

Autre observation: dans les Maternités qui comptent de longues années de service, on remarque que les mortalités exceptionnelles sont d'autant plus violentes qu'il s'est écoulé plus de temps depuis l'ouverture de l'établissement. Ainsi, à une époque voisine du début, une année dite épidémique donnera 6 pour 100; quelques années après on touchera le chiffre de 7 ou 8 pour 100; plus tard 9, ensuite 10, puis 15 et 20 pour 100, etc. Les années intermédiaires plus ou moins nombreuses, présenteront les résultats très-variables que nous connaissons déjà. Dans certains hôpitaux, les fortes mortalités deviendront en même temps plus élevées et plus fréquentes.

Ces faits ont une double signification. Ils appartiennent pour une part à la contagion, mais ils prouvent aussi que la contagion semble d'autant plus énergique que la Maternité est occupée depuis plus longtemps par des femmes en couches, c'est-à-dire infectée.

La Maternité de Vienne de 1784 à 1847, celle de Prague de 1848 à 1862, celle de Paris de 1802 à 1865, l'ancienne Maternité de Leipzig de 1810 à 1865, offrent des exemples caractéristiques.

On me dira peut-être que cette sorte de loi souffre des exceptions très-nombreuses, si nombreuses qu'elles annihilent la règle que je viens de poser.

Je n'ignore pas ces exceptions apparentes. Les deux services de Vienne depuis 1848, à Paris les services des hôpitaux Saint-Louis, Saint-Antoine, Hôtel-Dieu, les Maternités de Saint-Pétersbourg, celles de Dresde, de Londres, de Rouen, de Dublin, ne témoignent nullement de cette marche ascendante ni du rapprochement des fortes mortalités.

Ces exceptions n'en sont pas. Dans tous ces hôpitaux l'infection a été ou prévenue ou combattue, voilà le secret. C'est en 1848 qu'ont commencé les réformes sérieuses opérées à la Maternité de Vienne, et constamment poursuivies jusqu'ici. Les deux établissements de Saint-Pétersbourg ne nous sont connus que depuis 1845 et on sait par les travaux des médecins russes quels soins on apporte à la conservation de leur salubrité. Les Maternités de Dresde et de Londres ne font guère plus de 3 à 400 accouchements par an; condition éminemment favorable. Si les services des hôpitaux de Paris ont présenté, sinon une aggravation constante, du moins des variations très-fortes et irrégulières, cela tient à ce que ces services ont eu des installations diverses et que parfois on a fait d'excellente hygiène, un peu comme M. Jourdain faisait de la prose, sans le savoir; le changement des salles a été une mesure des plus efficaces.

La Maternité de Rouen donne, vous le savez, des résultats enviables 1,66 0/0 de mortalité en onze ans, 0,70 0/0 pour les sept dernières années. Mais au début en 1856 et 1858, il y a eu des mortalités de 3,44 0/0 et de 6,45 0/0. L'habile médecin qui dirige cette maison, M. Hélot, prit alors ses mesures en conséquence et il nous racontait dans la visite que M. Tarnier et moi lui avons faite il y a quelques jours, comment il était arrivé à combattre avec avantage l'infection nosocomiale. Extrême propreté, très-grand espacement, très-long repos avec aération des salles, voilà ses moyens. Vous en apprécierez mieux la portée quand vous saurez que sur 44 lits le quart seulement est occupé; qu'un même lit ne sert pas à dix femmes par an, c'est-à-dire qu'il est inoccupé pendant les trois quarts du temps. Dans ces conditions on comprend que l'infection ne soit pas possible, mais vous jugerez l'étendue des sacrifices d'espace et de matériel nécessaires pour se tenir en garde contre le poison puerpéral.

Dublin est encore plus remarquable en raison de la longue période pendant laquelle on peut le suivre et du nombre annuel des accouchements (plus de 2,000). Les chiffres moyens de mortalité décennale suivis pendant cent ans ont varié entre 0,9 0/0 et 1,7 0/0. Mais qui ignore que cet établissement est depuis bien des années considéré comme un modèle tant sous le rapport de l'aménagement que sous celui de l'organisation intérieure?

Ce qui ressort de tout cela, c'est que suivant la manière dont on a combattu l'infection, les résultats ont été bons, médiocres ou mauvais

et que ces derniers sont devenus de plus en plus mauvais avec le temps partout où les précautions nécessaires ont été négligées.

Quant à la contagion, suivant la juste remarque de M. Tarnier, elle est difficile à prouver à l'hôpital. Vous dites contagion, on vous répond épidémie. Aussi est-il nécessaire de choisir pour cette importante démonstration des faits où la contagion se montre pour ainsi dire à l'état de pureté. Non-seulement on a fait voir que des accouchées malades ont contaminé des accouchées saines près desquelles elles étaient transportées, mais encore on a montré l'accoucheur ou la sage-femme servant eux-mêmes de véhicule involontaire et inconscient au miasme puerpéral. Après les exemples cités par M. Danyau, par MM. Depaul, Hervieux, Le Fort, après ceux que je viens de lire dans la récente traduction de Fl. Churchill due à MM. Wieland et Dubrisay, il ne me paraît plus possible de révoquer en doute que la contagion puisse s'opérer par l'intermédiaire des tiers et *à fortiori* que la contagion soit possible.

Notre collègue M. Le Fort a donc bien fait de rappeler avec insistance ces cas frappants de contagion. Ils ont au point de vue de la preuve scientifique un prix incontestable. Mais là où M. Le Fort se trompe, à mon sens, c'est dans la valeur effective qu'il attribue à cette forme de la contagion. Peut-on oublier que ce sont là des faits rares, péniblement collectionnés depuis longtemps et dont le nombre, malgré ces recherches attentives, est resté fort restreint?

Il ne faut pas compromettre une bonne cause par l'exagération et c'en serait, je crois, une excessive que de mettre sur le même plan la contagion directe d'accouchée à accouchée et la contagion par des tiers. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que ces faits ont donné lieu aux plus misérables imputations; aussi est-il nécessaire d'énoncer cette vérité qu'on ne démentira pas: la transmission des maladies puerpérales par des tiers est possible, mais ce mode de transmission est, d'après tous les documents connus, excessivement rare, et je maintiens cette opinion jusqu'à ce qu'on me prouve de par la statistique que la part d'influence qui revient à la contagion indirecte dans la mortalité d'accouchées quelconques, à l'hôpital ou au dehors, est égale à celle de la contagion directe.

Quoique l'hôpital soit un champ d'observation un peu obscur pour le sujet qui nous occupe, j'ai suivi avec soin les faits qui se sont produits dans mon service pendant les derniers mois. La situation sanitaire était alors fort mauvaise à la Maternité; elle se traduisait en janvier et février par les chiffres de 7,84 et 27,18 0/0.

Je reçois et je traite dans ma salle spacieuse, bien éclairée, propre et ne contenant que huit lits, toute accouchée qui a subi une opération légère ou grave. Il en résulte donc que, sauf accident, les clientes de mon service m'arrivent en bon état de santé.

Dans ces conditions, voici comment les choses se sont passées.

Dans le courant de décembre dernier la convalescence de mes accouchées était moins franche que précédemment; plusieurs avaient des malaises, des douleurs abdominales; cependant elles guérissaient. Le 18 décembre, une femme H... accouchée depuis quatre jours et placée au numéro 5 se plaignit de souffrir dans le ventre; le lendemain frisson; elle mourait le 26 après huit jours de maladie.

Le 8 janvier, la femme J... prend le lit numéro 7 après un accouchement laborieux (céphalotripsie pour la seconde fois), accidents immédiats et graves, mort le 17.

En face du numéro 7, la femme R... était couchée au numéro 1. Je la considérais comme guérie d'une péritonite qui avait suivi son accouchement, remontant au 26 décembre. Vers le 22 janvier douleurs vives dans le ventre et la fesse, recrudescence de la péritonite, vaste abcès sous-musculaire de la fesse; mort le 29 janvier.

Quelques jours se passent. La salle ne contenant plus de malades graves est largement aérée; on renouvelle les literies suspectes.

La femme D... occupe, après une application de forceps à la vulve, le lit numéro 3 (9 février). Le 10, frisson; mort le 14; quatre jours de maladie.

Ce même lit complétement renouvelé est pris le 18 février, quatre jours après la mort de la précédente occupante, par la malade R... (version) elle mourait au bout de cinq jours, le 23 février.

Sa voisine numéro 4, femme C... accouchée avec le forceps le 20 a un frisson le 22 et meurt le 26 février.

Huit jours s'écoulent sans nouvelles invasions. Le 5 mars, la femme L... est placée au numéro 1, accidents immédiats, mort le 9.

En présence de ces revers, de ces invasions précoces et de cette marche rapide des accidents, j'abandonne ma salle et je transporte mon service dans la salle Sainte Adélaïde, éclairée d'un seul côté, très-inférieure à la salle Sainte Marguerite, mais habituellement inoccupée.

Là je reçois le 20 mars une éclamptique, G..; coma léger, fièvre, ictère; le 22 péritonite évidente; mort le 30.

La femme S... robuste et résolue est accouchée avec le forceps le 26 mars. Elle est placée à côté de la malade précédente (pour profiter du voisinage de la fenêtre). Les premières vingt-quatre heures se passent très-bien, mais après ce temps, frisson violent et prolongé, mort au bout de cinq jours, le 1[er] avril.

J'ajoute enfin que je soignais pendant le mois de février, dans la salle Sainte Marguerite, une jeune nourrice qui avait un abcès du sein. Elle fut prise d'un érysipèle ambulant des plus graves et fut considérée par tous comme perdue. Elle guérit cependant.

Tel est le tableau succinct des faits qui ont passé sous mes yeux. Les cas de maladie s'enchaînent les uns avec les autres presque sans interruption, et là où naguère je suivais des guérisons faciles et parfois surprenantes (déchirures du périnée, du vagin, du col utérin), je vois maintenant les accidents les plus pernicieux saisir mes malades très-rapidement, très-brusquement et les conduire en quelques jours à la mort. Quel changement s'est donc produit et à quelles causes rapporter de si désolants résultats?

Qu'on nie la contagion chez quelques-unes de mes malades, j'y consens, quoique j'en doute; mais pour les femmes D...., R... et C...., lits n[os] 3 et 4 d'une part, pour les malades G.... et S.... d'autre part, il me semble impossible, à moins de parti pris absolu, de ne pas reconnaître la contagion dans toute son évidence. Je me rappelle surtout les femmes Court.... et Steig.... qui ferment chacune leur série; elles étaient en très-bon état après l'accouchement, nullement prédisposées; vingt-quatre heures pour l'une, quarante-huit heures pour l'autre ont suffi pour leur faire sentir le frisson mortel.

Si je reconnais aujourd'hui la puissance de la contagion, ne croyez pas, Messieurs, que j'aie été depuis longtemps prévenu en sa faveur. Bien loin de là. Depuis plus de deux ans que je suis à la Maternité, réfléchissant et observant la marche fluctuante et capricieuse de la mortalité, j'ai souvent hésité dans mes appréciations. Insalubrité hospitalière, épidémie, infection et contagion, je penchais tantôt vers l'une, tantôt vers l'autre, me roidissant toutefois contre la contagion dont je n'apercevais pas la preuve. Après bien des lectures et des méditations, il a fallu les faits que je vous ai cités pour achever de me convaincre.

En récapitulant tout ce que j'ai eu l'honneur d'exposer devant vous, nous arrivons à quelques conclusions simples et claires.

Dans les Maternités, certaines catégories de femmes sont généralement, mais non toujours, plus exposées à contracter les maladies puerpérales.

Certaines conditions météorologiques, les unes régulières dans leur marche (saisons), les autres irrégulières (prédominance annuelle des états atmosphériques), favorisent ou atténuent le développement des maladies puerpuérales. — J'ignore si ces conditions pèsent exclusivement sur les Maternités ou si elles se font sentir chez toutes les accouchées indistinctement.

Quelle que soit l'importance de ces faits comme science et comme application, ils n'expliquent pas la haute mortalité des Maternités.

Cette explication doit être attribuée à l'influence prépondérante de deux causes: l'infection et la contagion.

L'infection, forme toute spéciale d'insalubrité, maintient le chiffre de la mortalité moyenne (abstraction faite de toute épidémie) à un niveau toujours trop élevé.

La contagion, fait accidentel plus ou moins fréquent suivant les circonstances, détermine ces mortalités violentes auxquelles on donne le nom d'épidémie, et qui sont d'autant plus graves, que le nombre des accouchées voisines est plus élevé.

Si ces faits sont vrais, comme j'ai lieu de le croire, puisque jusqu'ici nous semblons tous d'accord, sauf quelques nuances sans valeur, quelles déductions faut-il en tirer? quels principes d'hygiène doivent en résulter? qu'y a-t-il à faire pour lutter avec avantage contre ces ennemis reconnus? (*A suivre.*)

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je demanderai à M. Trélat si les symptômes observés chez les femmes qu'il suppose atteintes par contagion offrent quelque chose de particulier? Dans la très-grande majorité des cas les symptômes locaux sont constatés au début des fièvres puerpérales. Je ne comprendrais pas des symptômes locaux marquant le début d'une affection due à l'absorption d'un agent contagieux.

M. TRÉLAT. Nous avons évité avec soin jusqu'à présent d'entrer dans les questions de doctrine. Je répondrai seulement à M. Hervez que je crois que toutes les variétés d'affection puerpérale désignées sous les noms de métrite, métro-péritonite, phlegmons, doivent être considérées comme appartenant à la même maladie.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la liste que nous avons publiée des médecins récompensés pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique, il faut ajouter les noms de MM. Auphan, Amalbert, Payan et Picard. Ces honorables confrères ont reçu une médaille d'argent à cette occasion.

— M. le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'école polytechnique, commencera lundi 7 mai, à une heure, à son dispensaire, rue Séguier, 2 (anciennement Pavée Saint-André-des-Arts), un cours public sur les réfractions de l'œil et ses anomalies. Ce cours sera continué les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 54. — MARDI 8 MAI 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 8 MAI 1866. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 7 MAI 1866.

Le *Traité de la dyspepsie* du docteur Beau, dont nous avons déjà publié un extrait avant son entière impression, vient d'être mis en vente (1). Vu le mérite de cet ouvrage qui est comme le testament scientifique de cet éminent clinicien et l'importance du sujet qui était à ses yeux comme la clef de voûte de l'édifice pathologique, nos lecteurs nous sauront gré de lui faire un nouvel emprunt, qui lui donnera en même temps que des notions aussi neuves que justes sur l'un des points les plus intéressants de l'histoire de cette affection, une idée plus exacte du caractère général de l'œuvre que ne pourrait le faire une simple analyse. On se rappelle que dans le premier extrait il était question de l'un des symptômes consécutifs les plus constants de la dyspepsie, l'anémie globulaire. L'auteur, après avoir passé successivement en revue les divers ordres de symptômes consécutifs qu'il distingue en primitifs, secondaires et tertiaires, insiste particulièrement sur quelques-uns de ces états comme susceptibles de présenter isolément des prédominances telles qu'ils puissent en imposer à leur tour pour des états morbides primitifs ou protopathiques, tandis qu'ils ne sont en réalité que secondaires. Le chapitre dont nous extrayons ce qu'on va lire, est relatif aux prédominances de quelques états névropathiques. — Dr Brochin.

PRÉDOMINANCES DES SYMPTOMES SECONDAIRES

névropathiques de la dyspepsie.

Les symptômes névropathiques qui naissent de l'estomac dyspeptique, par irradiation nerveuse, forment, par leurs prédominances, des espèces cliniques nombreuses; on verra que plusieurs sont considérées à tort comme indépendantes de la dyspepsie.

Nous distinguerons ces prédominances en celles qui portent sur un symptôme unique, et en celles qui sont constatées par des symptômes multiples groupés sous un nom de convention.

A. *Prédominances à symptôme unique.* — Nous comprenons dans cette division les prédominances marquées par un symptôme circonscrit, telles que la toux, la dyspnée, l'aphonie, la névralgie intercostale, la palpitation, la céphalalgie, le vertige, la somnolence, le ptyalisme, la leucorrhée, le priapisme, l'impuissance, etc.

(1) *Traité de la dyspepsie*, par le docteur Beau; un vol. in-8° de 208 pages. Paris, 1866, P. Asselin, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École de Médecine.

Nous ne reproduirons pas tout ce que nous avons dit en faisant l'exposition de ces symptômes névropathiques, et nous ne ferons pas davantage une histoire détaillée de chacune de ces prédominances.

Il importe extrêmement en clinique de rechercher le fond dyspeptique qui est la base de ces prédominances. Il sera presque toujours facile de trouver les symptômes primitifs, tels que l'anorexie, le dégoût, le gonflement flatulent, le sentiment de gêne et de pesanteur à l'épigastre, le vomissement, la gastralgie, etc., bien que ces symptômes primitifs soient rares, peu intenses et masqués dès lors par la prédominance névropathique. Dans certains cas exceptionnels les symptômes primitifs sont fort peu marqués, et la dyspepsie est pour ainsi dire latente. Ceux qui n'ont pas une grande habitude de l'investigation des malaises gastriques pourront alors s'y tromper, jusqu'à ce que l'apparition inattendue d'un symptôme primitif vienne mettre sur la voie.

Comme les prédominances névropathiques dont il est question en ce moment se manifestent dans les différentes cavités ou régions du corps, on commettrait de graves erreurs en méconnaissant le fond gastrique d'où elles émanent. Il en est une surtout sur laquelle nous devons à ce sujet attirer l'attention, c'est la *dyspnée gastrique.*

Elle se rencontre souvent non-seulement chez les femmes, mais encore chez les hommes. Elle est quelquefois très-intense et intermittente, et alors on ne manque guère de la prendre pour un type extrêmement pur d'asthme nerveux ou sans matière ; dans ce cas, l'auscultation doit, à défaut d'autres symptômes, trancher seule cette difficulté diagnostique. Dans l'asthme, les voies bronchiques sont difficilement perméables à l'air, ce qui est mis en évidence par les râles vibrants et les absences partielles du murmure vésiculaire; dans la dyspnée gastrique, au contraire, les voies bronchiques sont parfaitement perméables à l'air, ce qui se juge à la pureté et à l'intensité du murmure vésiculaire : par conséquent, la dyspnée gastrique est une dyspnée nerveuse de l'espèce la plus pure, une névralgie en un mot du nerf pneumogastrique, mais ce n'est pas un asthme; tandis que l'asthme est une dyspnée produite mécaniquement par des obstacles qui s'opposent au libre passage de l'air dans les bronches. Nous croyons avoir démontré ailleurs (1) que ces obstacles qui, pour beaucoup de médecins, seraient l'effet d'une contraction spasmodique des parois bronchiques, dépendent uniquement d'un mucus sécrété dans les bronches sous l'influence des causes les plus diverses, telles qu'une cause morale et même une dyspepsie. Nous avons vu à l'hôpital Cochin un jeune homme asthmatique et dyspeptique en même temps, qui ne manquait jamais d'avoir une attaque d'asthme vrai (dyspnée, râle vibrant, toux, expectoration de mucus), pendant le travail pénible et douloureux de la digestion de son dîner seulement. Son asthme disparut avec sa dyspepsie, qui céda à l'emploi des vésicatoires volants répétés. La sécrétion de mucus, cause de la dyspnée asthmatique, survenait donc ici névropathiquement sous l'influence de la gastropathie, comme le ptyalisme, comme la leucorrhée et d'autres sécrétions, soit physiologiques, soit morbides. L'asthme peut donc être considéré comme une affection nerveuse, dans les cas où il dépend soit d'une cause morale, soit d'une influence gastrique comme dans le fait précédent; mais on ne peut pas accepter que ce soit une affection sans matière, comme la dyspnée gastrique.

(1) *Archives de médecine*, novembre 1848.

B. *Prédominances névropathiques à symptômes multiples.* — Les prédominances dont nous allons parler sont des collections de symptômes névropathiques reconnus depuis longtemps comme des espèces cliniques circonscrites et groupés sous différents noms. Ce sont l'hypochondrie, l'hystérie et la folie.

Hypochondrie. — Ce mot a deux significations qu'il ne faut pas confondre, sous peine d'introduire une grande confusion dans la pathologie des névroses. Il y a l'hypochondrie des modernes et l'hypochondrie des anciens. L'hypochondrie des modernes est tout à fait synonyme de maladie imaginaire ou de nosomanie; tandis que, pour les anciens, l'hypochondrie est une collection de symptômes nerveux avec ou sans nosomanie dont le foyer ou la prédominance se trouve dans la zone des hypochondres et de l'épigastre. C'est de cette dernière que nous allons nous occuper.

L'hypochondrie ou l'affection prédominante dans les hypochondres a reçu différents noms par lesquels on voit que, pour les auteurs qui les emploient, cette maladie avait son siége principal dans les organes digestifs. Ainsi tout le monde accorde que l'affection des hypochondres [illegible] clès et Aétius sous le nom de *morbus flatuosus*. C'est le *morbus mirachialis* des Arabes, de *mirach* qui signifie ventre ou péritoine.

Non-seulement l'hypochondrie a été regardée par un grand nombre d'auteurs comme partant des viscères digestifs, mais son siége a été plus particulièrement fixé dans l'estomac par Dioclès, Hygmore, Hoffmann, etc., et de nos jours par Louyer-Villermay (1) qui s'est séparé de la plupart des modernes dans la compréhension de l'hypochondrie qu'il exposait comme les auteurs anciens.

Les anciens médecins avaient donc réservé les noms de *dyspepsie*, d'*apepsie* et de *bradypepsie* aux phénomènes locaux de l'organe principal de la digestion; mais, quand à ces phénomènes locaux il se joignait la série plus ou moins complète des phénomènes névropathiques d'irritation gastrique, la collection

(1) Louyer-Villermay, *Traité des vapeurs ou maladies nerveuses.* Paris, 1832. « Chez les hypochondriaques, dit cet auteur, l'altération des fonctions de l'entendement n'est jamais essentielle; c'est un symptôme de la maladie qui n'existe même pas toujours, et manque souvent quand celle-ci n'est pas déjà ancienne ou très-prononcée. (T. I, p. 351.) »

FEUILLETON.

RECHERCHES

SUR LE GENRE DE MORT DE J.-J. ROUSSEAU (1).

Mais je reviens à Rousseau. Son état était bien autrement grave au moment où il écrivait ses *Confessions;* il n'espérait plus de guérison, il n'en cherchait plus; loin de se croire mourant, il se sentait trop de vie : « Maintenant, dit-il, que j'écris ceci, infirme et presque « sexagénaire, accablé de douleurs de toute espèce, je me sens pour « souffrir plus de vigueur et de vie que je n'en ai eu pour jouir, à « la fleur de mon âge, et dans le sein du plus vrai bonheur. »

C'est Corancez qu'il faut particulièrement consulter pour bien apprécier les divers états par lesquels a passé Rousseau dans le cours de sa maladie; Corancez, son compatriote et son ami, l'a vu pendant les douze dernières années de sa vie; il ne cherche ni à tout excuser, comme Ginguené, ni à tout exagérer comme Dussaulx, il raconte ce qu'il a observé avec un sentiment de profonde pitié.

Ce qui dominait chez J. J. Rousseau, comme chez la plupart des mélancoliques, c'était une défiance outrée et injuste pour ceux qui lui étaient véritablement attachés, défiance portée pour quelques-uns jusqu'à la haine. Dans les premiers temps il y avait de longs intervalles lucides; ces égarements de la raison ne revenaient que par accès, comme on l'observe encore chez beaucoup d'aliénés; les uns, en effet, comme le remarque Georget, sont souvent sujets, et même presque continuellement, à des espèces de paroxysmes; les autres accidentellement: paroxysmes qui se reconnaissent à un redoublement dans l'activité des idées et à une agitation excessive; ajoutons que dans ces circonstances, comme l'a très-bien remarqué M. Falret, la motilité offre les plus singulières variations; de là, une sorte d'état convulsif qui vient se joindre aux autres symptômes; ainsi on observe des colorations rapides et diverses du visage, des mouvements convulsifs dans les lèvres, les joues, les ailes du nez et aussi de bizarres contorsions de la face qui est toute grimacée; le regard surtout, par suite de l'innervation, est fréquemment troublé, égaré, d'une motilité extraordinaire, ou d'une fixité effrayante (1).

(1) Voir le numéro de samedi dernier, 5 mai.

Or tout cela se montrait chez J. J. Rousseau : « Depuis longtemps, dit Corancez, je m'étais aperçu de changements frappants dans sa physionomie, je le voyais souvent dans un état de convulsion qui rendait son visage méconnaissable et l'expression de sa figure réellement effrayante; dans cet état, ses regards semblaient embrasser la totalité de l'espace et voir tout à la fois, mais dans le fait ils ne voyaient rien, et dans le même temps l'un de ses bras était agité de mouvements saccadés. Je fis cette remarque, poursuit Corancez, plus de quatre ans avant sa mort; lorsque je le trouvais ainsi à mon arrivée je m'attendais aux propos les plus extravagants, et jamais je n'ai été trompé dans mon attente. »

Si maintenant nous nous demandons quelle était la nature essentielle de la lésion de l'intelligence chez Rousseau, nous verrons qu'elle consistait, non en une lésion des sens, mais en une lésion du *jugement*. Esquirol, qui appartenait un peu à l'école de Condillac, sans en être un disciple fervent comme son maître Pinel, Esquirol voulait faire dériver tous les désordres de l'intelligence d'une lésion primitive de l'attention, c'était une erreur. Chez Rousseau le jugement seul était altéré, aussi n'était-il sujet à aucune hallucination; il avait des illusions entretenues par de faux jugements, et voilà tout.

(1) Falret, *Des maladies mentales*, p. 292. Paris, 1864.

Mais de cette lésion essentielle du jugement résultaient les raisonnements les plus étranges et les actes les plus extravagants, de telle sorte cependant que ces actions semblaient parfaitement motivées. Sa sagacité, dit Corancez, si on peut se servir de cette expression, était telle qu'elle lui fournissait des arguments réellement capables de lui en imposer à lui-même; il partait toujours d'un principe faux, mais les conséquences qu'il en tirait étaient toutes dans les règles de la plus saine logique, de sorte qu'on était tout étonné de le trouver sur le même fait, si sage ensemble et si fou.

Pour en citer un exemple, je pourrais rappeler comment il a cherché à justifier un des actes les plus insensés, je devrais dire les plus coupables de sa vie : l'abandon de ses cinq enfants; il va en effet nous prouver que rien n'était plus sage et plus louable, il met successivement ses cinq enfants à l'hôpital ou plutôt aux Enfants-trouvés, et il appelle cela *les livrer à l'éducation publique*. En les destinant, ajoute-t-il, à devenir ainsi ouvriers et paysans, je crois avoir fait un acte de citoyen et de père. Je me regardai comme un membre de la république de Platon... Cet arrangement me parut si bon, ajoute-t-il, si sensé, si légitime, que si je ne m'en vantai pas publiquement, ce fut uniquement par égard pour la mère (1).

Ainsi Rousseau ne s'en tenait pas seulement à ces conceptions extravagantes, les actes les plus insensés en étaient la conséquence et devenaient de plus en plus fréquents. Son retour d'Angleterre avait été une fuite précipitée pleine de terreur; on sait qu'à Paris il se croyait poursuivi par une ligue, dans laquelle il avait fait entrer, par un bizarre assemblage, le duc de Choiseul, le docteur Tronchin, Grimm et d'Alembert; vers 1772 sa mélancolie avait déjà singulièrement augmenté, ses accès devenaient plus fréquents, son humeur plus sombre.

(1) *Confessions*, lib. VIII.

de tous ces symptômes portait le nom d'*hypochondrie*, comme pour fixer le siége de cette vaste maladie dont la prédominance ou le foyer aux hypochondres était marqué par les douleurs ou malaises gastriques, par la tension gazeuse de l'épigastre ou des hypochondres et aussi par la présence en cette région des points douloureux de la névralgie intercostale.

Souvent on confond dans la pratique ces symptômes si différents et si variables de l'hypochondrie avec les maladies organiques aiguës ou chroniques, les fièvres, etc.; quand le malade présente des chaleurs alternant ou non avec du frisson, s'accompagnant de congestion sanguine à la face et de fréquence du pouls, on croira facilement, si l'on n'a pas une grande habitude de la dyspepsie névropathique, avoir affaire à une véritable fièvre. Nous avons vu de ces fausses fièvres qui simulaient à s'y méprendre une pleurésie, une fièvre typhoïde, ou une fièvre intermittente. Cette dernière méprise se commet presque toujours, quand les dyspeptiques, abandonnés à eux-mêmes dans le silence de la nuit, sont tourmentés par l'insomnie et une agitation profonde. Ils racontent le matin, en termes énergiques, leurs souffrances qu'ils expliquent par une fièvre intermittente survenant dans le premier sommeil; ils demandent instamment un médicament pour couper cette sorte de fièvre nerveuse qui résiste toujours au sulfate de quinine.

Hystérie. — Nous venons de voir que l'hypochondrie avait son point de départ dans une dyspepsie, ou plutôt que l'hypochondrie n'était autre chose qu'une dyspepsie ayant pour prédominances la flatulence gastrique et la série des symptômes névropathiques. Nous allons voir maintenant que l'hystérie a la même origine, c'est-à-dire que la première manifestation des symptômes hystériques a pour siége l'estomac ou la région gastrique. En effet, voici les symptômes les plus caractéristiques et les plus constants de l'hystérie.

Il y a ascendance d'un *aura* dyspnéique donnant souvent la sensation d'une sorte de boule, qui monte jusqu'à la gorge où elle produit soit une dysphagie intense, soit un spasme glottique qui se manifeste par la production d'un sifflement plus ou moins bruyant accompagné de strangulation, et puis apparaissent bientôt les convulsions dans les muscles du tronc ou des membres (1).

L'*aura* dyspnéique qui joue ici le rôle principal, c'est-à-dire ce rôle d'excitateur des mouvements réflexes de la convulsion dite hystérique, part de la région épigastrique, ou plutôt de l'estomac. Cet aura n'est pas autre chose que ce symptôme névropathique immédiat de la dyspepsie, que nous avons décrit sous le nom de *dyspnée gastrique*, et que nous avons localisé dans le nerf pneumogastrique. Or, la dyspnée gastrique résulte toujours d'un estomac malade, ce qui revient à dire que l'hystérie dont elle est le symptôme radical n'est elle-même [illegible] qui entre dans la constitution de l'état dyspeptique.

Il faut donc admettre de grandes différences de forme et d'intensité dans la dyspnée gastrique. Quelquefois très-légère, elle constituera un symptôme peu marqué et qui échappe souvent à l'observation; d'autres fois très-intense, avec ou sans la sensation de boule, elle formera une prédominance symptomatique vivement accusée par les malades qui éprouvent alors une oppression insupportable à laquelle s'enchaîne par action réflexe un état convulsif plus ou moins généralisé et plus ou moins intense des muscles de la vie animale.

Et ce qui montre l'identité de nature et de siége des dyspnées gastriques légères ou intenses, accompagnées ou non de sentiment de boule, suivies ou non de convulsions, c'est qu'elles sont toutes caractérisées, quand elles sont complètes, par un premier point dyspnéique à la région épigastrique, un second à la partie profonde et moyenne de la région sternale, et un troisième à la gorge. Nous ajouterons que, dans les cas *hystériques* de grande intensité, lorsque l'ascension de la dyspnée gastrique va provoquer une perte de connaissance en cas de convulsions, la névralgie dyspnéique du nerf pneumogastrique ne s'arrête pas à la gorge; les malades sentent que l'*aura* s'élève encore de ce dernier point jusqu'à la tête, c'est-à-dire que la névralgie monte jusqu'à l'origine du nerf pneumogastrique, et que son ascension jusque dans l'encéphale y détermine une modification fonctionnelle d'où résulte une perte de connaissance.

Dans certains cas où la gastropathie, foyer de la dyspnée gastrique, est sous la dépendance d'une influence utérine, on peut observer, mais cela est rare, un *aura* monter de la région hypogastrique et se relier à la dyspnée gastrique, de manière à constituer un *aura* en apparence unique qui va de l'utérus au larynx; mais ce sont là deux *aura* différents de forme et de siége qui se succèdent sans intervalle bien notable. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion de l'étiologie, quand nous parlerons des dyspepsies d'origine utérine.

Puisque la dyspnée gastrique, manifestation radicale de la collection de symptômes qu'on appelle *hystérie*, puisque, disons-nous, cette dyspnée est un phénomène qui ressort par irradiation de la gastropathie, il s'ensuit que l'on doit constater l'existence d'autres symptômes gastropathiques, avant, pendant ou après les paroxysmes hystériques. C'est en effet ce que l'on a observé dans tous les temps. Tantôt on observe seulement des symptômes primitifs de dyspepsie, tels que l'anorexie, le dégoût, la gastralgie, la nausée, le vomissement, le gonflement gazeux de l'estomac, les éructations, etc.; tantôt on trouve en sus des symptômes névropathiques secondaires comme la dyspnée gastrique, tels que la toux gastrique, la névralgie intercostale, les palpitations, le ptyalisme, l'aphonie, etc. La boule dite hystérique, ou autrement la dyspnée gastrique, existe donc dans l'hystérie au même titre que les deux groupes de phénomènes primitifs et secondaires que nous venons d'énumérer, c'est-à-dire comme symptôme de la gastropathie; seulement, il faut reconnaître que ce symptôme de dyspnée est plus riche ou plus étendu que les autres phénomènes gastriques, car il constitue à lui seul une longue série de manifestations très-notables, puisqu'il embrasse dans sa totalité les trois points successifs dont nous avons parlé: le spasme de la glotte, la convulsion des muscles de la vie animale, quelquefois enfin la perte de connaissance. Et l'on doit comprendre parfaitement pourquoi les observateurs, frappés de cette multiplicité de phénomènes fournis par la névralgie ascendante du pneumogastrique, ont été amenés à voir là non un simple symptôme de gastropathie, mais bien une maladie spéciale qu'ils ont appelée *hystérie*, parce que l'utérus est souvent le foyer qui excite [illegible] festations, est le symptôme immédiat.

Ainsi donc toutes les personnes hystériques sont nécessairement dyspeptiques, mais hâtons-nous d'ajouter que tous les dyspeptiques ne sont pas hystériques; pourquoi? C'est que la dyspnée gastrique, symptôme fondamental de l'hystérie, est loin d'exister dans tous les cas de dyspepsie. Et de même qu'il y a des dyspepsies sans vomissement ou sans gastralgie, etc., d'autres sans toux gastrique ou sans névralgie intercostale, de même il y en a très-souvent sans dyspnée gastrique notable, c'est-à-dire sans dyspnée portée au point de monter au larynx, d'y exciter un spasme glottique, puis des convulsions générales.

Il faut donc pour le développement de l'affection dite hystérique, non-seulement une dyspepsie, mais encore une aptitude nerveuse qui dispose le dyspeptique aux manifestations névropathiques. Toutefois, cela ne suffit pas; car il faut encore, en sus de l'aptitude nerveuse générale, une idiosyncrasie qui dispose le nerf pneumogastrique à être affecté spécialement, pour qu'il devienne le siége de cette dyspnée ascendante qui va exciter le spasme de la glotte et les grandes convulsions de la vie animale.

Nous avons vu à l'hôpital Cochin, presque en même temps, deux jeunes filles dyspeptiques et névropathiques, qui présentaient à l'observation une anorexie profonde et prolongée, des vomissements fatigants, une névralgie intercostale qui leur arrachait souvent des cris; il y avait avec cela une analgésie complète et une paralysie musculaire des extrémités inférieures; mais elles n'avaient aucune sensation de dyspnée gastrique ou de boule ascendante, ni spasme glottique, ni convulsions. Ces deux malades présentaient donc des symptômes nerveux que l'on comprend habituellement sous le nom d'hystériques, mais elles n'avaient pas assurément les phénomènes qui caractérisent l'hystérie franche, c'est-à-dire ceux qui résultent de la dyspnée gastrique, ou de la névralgie ascendante du pneumogastrique. Rien n'empêche de dire qu'ici, au milieu de ces symptômes nerveux si marqués, le nerf pneumogastrique, par suite d'une organisation particulière, était resté intact et pur de toute influence gastropathique, malgré l'aptitude nerveuse de ces deux jeunes filles, et malgré surtout l'intensité d'une cause morale avouée qui avait déterminé cette double dyspepsie.

Il n'est pas rare de trouver chez les femmes de ces formes d'hystérie sans boule ou sans dyspnée ascendante. Mais on doit reconnaître en règle générale que l'hystérie franche, c'est-à-dire la gastropathie avec dyspnée ascendante, spasme glottique et convulsions, se voit ordinairement chez la femme. Pour l'homme, c'est à peu près l'inverse: la dyspepsie avec symptômes névropathiques, sans dyspnée gastrique notable, constitue la règle, tandis que la dyspepsie avec dyspnée, spasme glottique et convulsions, se rencontre à titre d'exception assez rare dans le sexe masculin. Nous avons observé, à l'hôpital de la Charité, un cas parfaitement caractérisé de cette dernière forme chez un porteur d'eau, dyspeptique à la suite de grands chagrins.

Comme en médecine on cherche toujours à distinguer et à classer, on a appelé *hypochondrie* ces manifestations névropathiques quand elles ont lieu chez l'homme, et on les a appelées *hystérie*, c'est-à-dire utérines, quand elles ont lieu chez la femme, parce que chez cette dernière on avait parfaitement remarqué qu'elles étaient souvent dépendantes d'une métropathie. Cependant cette distinction n'était pas regardée comme consacrant une différence radicale dans ces manifestations névrosiques des deux sexes; aussi ont-elles été considérées comme ne constituant qu'une seule et même maladie par un grand nombre d'auteurs, et leurs histoires ont-elles été confondues sous un même titre et dans un même chapitre.

C'est ainsi que Sydenham, dans sa lettre à Guillaume Cole, traite de l'hystérie et de l'hypochondrie sous le nom générique d'*affection hystérique*; Stalh et Juncker, son élève, ne font qu'une seule histoire des deux maladies sous le nom de mal hypochondriaco-hystérique (1); Stoll proclame également la même idée d'assimilation, et décrit le paroxysme hystérique dans une étude sur l'affection hypochondriaque (2). Enfin l'on sait que dans le siècle passé il a paru plusieurs monographies par Pomme, Viridet, Pressarin, Whyt, etc., dans lesquelles l'hypochondrie et l'hystérie sont confondues sous le nom générique de *vapeurs dans les deux sexes*.

La déviation du mot *hypochondrie* qui, pour beaucoup de médecins de notre époque, a, ainsi que nous l'avons déjà dit, le sens précis de nosomanie, a jeté une grande obscurité dans cette partie de la pathologie. On s'est demandé et on se demande avec étonnement comment une collection de symptômes aussi évidents que ceux de l'hystérie avait pu être confondue avec un mal imaginaire, et comment on avait pu avoir l'étrange idée de les réunir dans la même exposition nosologique. Car

(1) Il y a plusieurs cas rares d'hystérie convulsive dans lesquels la dyspnée gastrique, qui excite les mouvements convulsifs, ne monte que jusqu'à la partie moyenne du sternum.

(1) Juncker, *Conspectus medicinæ*, p. 325. Halæ, 1734.
(2) Stoll, *Dissertationes medicæ*, p. 401, t. II. Viennæ, 1789.

J'ai dit tout à l'heure que les symptômes revenaient par accès; ils lui laissaient en effet des intervalles parfaitement lucides quelquefois, mais comme il arrive encore à tant d'aliénés, il avait conscience de ses égarements et il les déplorait.

Hélas! s'écrie Ginguené, il la sentait quelquefois lui-même cette altération cruelle; à peine échappé aux rudes épreuves qu'il avait subies en Angleterre, il écrivait à M. d'Ivernois: « Je commence à craindre, après tant de malheurs réels, d'en voir quelquefois d'imaginaires qui peuvent agir sur mon cerveau; ce que je sais bien cependant, c'est que quelque altération qui survienne à ma tête, mon cœur restera toujours le même; il convenait même dans ses bons moments que cette fuite d'Angleterre avait été un accès de folie, et comme il croyait alors à l'attachement sincère de Thérèse, il ajoutait en la montrant: Croiriez-vous que j'allais jusqu'à soupçonner cette digne femme d'être du complot et de s'entendre avec mes ennemis! »

Nous pourrions entrer ici dans beaucoup plus de détails pour montrer que Rousseau, dans les dernières années de sa vie, a été tourmenté par les symptômes les plus caractéristiques de l'affection désignée sous le nom de mélancolie, et plus exactement de lypémanie, affection dans laquelle dominent les passions morales les plus tristes et les plus pénibles, telles que l'ennui, le chagrin, l'inquiétude, la crainte et la frayeur.

Il était assiégé par une foule d'idées, toutes imaginaires; il se croyait trahi par ses meilleurs amis, entouré d'agents payés pour le surveiller: telle était la vie de Rousseau. Il se croyait persécuté, et c'est là le symptôme le plus constant de la lypémanie; mais indépendamment du complot formé contre lui, outre cette ligue en permanence pour le persécuter, il se croyait l'objet de la haine publique, et c'était là surtout ce qui empoisonnait ses jours.

En 1774, la maladie de Rousseau s'était aggravée, et cette persuasion qu'il était l'objet de la haine publique en était le caractère principal; elle était portée à ce point que, lorsqu'il apprit la mort de Louis XV, il en éprouva un très-vif chagrin. On en était d'autant plus étonné que cet événement n'avait excité aucun regret en France; mais ne voyez-vous pas, s'écriait-il, que la haine publique qui se partageait entre ce prince et moi va maintenant se tourner tout entière contre moi et m'accabler seul de tout son poids! De 1774 à 1778, les paroxysmes devinrent plus fréquents. Bernardin de Saint-Pierre étant allé le voir, comme de coutume, l'avait trouvé dans un noir accès et en avait été très-mal reçu; quelques jours après, Rousseau lui en avait témoigné ses regrets: Que voulez-vous, lui dit-il, il y a des jours où je veux être seul! — Que ne mettez-vous alors, répondit Bernardin de Saint-Pierre, un signal à votre fenêtre, comme vous vouliez en mettre un avec vos amis sur les bords du lac de Genève (1)?

Je ne reproduirai pas ici toutes les bizarreries, toutes les extravagances qui ont marqué les dernières années de la vie de J. J. Rousseau, on les trouve dans toutes les biographies; je dirai seulement qu'il était profondément malheureux. On sait qu'il en vint jusqu'à essayer de déposer sur le maître-autel de Notre-Dame une sorte d'appel contre l'oppression qu'il voyait partout dirigée contre lui, et que dans des billets qu'il distribuait lui-même sur la voie publique, il sollicitait de la pitié des passants l'*aumône d'un peu d'affection et de justice*.

Corancez, qui ne voulait pas abandonner cet infortuné, le visitait le plus souvent qu'il le pouvait dans les dernières années; mais vers le commencement de 1778, son commerce était devenu plus difficile que jamais; la maladie de Rousseau, dit-il, était arrivée à sa dernière période; il travaillait moins, ses ressources étaient devenues très-précaires; l'engouement n'avait cependant pas diminué pour sa personne, c'était toujours à qui le visiterait et surtout à qui le posséderait, à qui l'apprivoiserait, comme on disait alors. Les grands seigneurs se le disputaient. Corancez, confident de ses peines et de ses embarras domestiques, lui avait offert une retraite dans le charmant village de Sceaux, un petit logement qu'il tenait lui-même à loyer. A ce moment, Rousseau était dans un état déplorable; devenu plus soupçonneux et plus défiant que jamais, il ne pouvait plus supporter d'autre compagnie que celle de Thérèse, qui de son côté s'attachait à augmenter cet isolement en écartant ses meilleurs amis, ceux qui lui étaient véritablement dévoués. Il se disait donc seul dans l'univers, ou plutôt au milieu de ses nombreux ennemis toujours occupés de sa perte (2). C'était au milieu du mois de mai 1778; Rousseau hésitait à accepter l'offre de Corancez, disant qu'il irait cependant assez volontiers, attendu que le sol de Sceaux, propre à la végétation, lui offrirait peut-être de belles herborisations.

C'est sur ces entrefaites que le marquis de Girardin fut introduit près de Rousseau par le docteur Le Bègue de Presle; le marquis René-Louis de Girardin était vicomte d'Ermenonville, mestre de camp de dragons, chevalier de l'ordre royal et militaire de Saint-Louis; il vint lui offrir une habitation agreste, disait-il, et qui serait tout à fait de son goût dans sa propriété d'Ermenonville. Cette proposition sourit bien plus à Thérèse que le logement de Sceaux; elle joignit donc ses instances à celles du marquis et à celles de Le Bègue de Presle. Rousseau consentit enfin à faire le voyage le 20 mai, mais uniquement pour voir les lieux; on peut dire qu'il fut littéralement enlevé. Ce n'était pas sans regret que Rousseau quittait Paris, lui qui était toujours saisi d'une crainte mortelle, celle qu'on ne voulût s'emparer de sa personne.

(1) Bernardin de Saint-Pierre, *Essai sur J.-J. Rousseau*.

(1) Corancez, p. 49.

pour la plus grande intelligence de cette confusion nosographique, il faut savoir que la plupart des médecins modernes, en regardant l'hypochondrie des anciens comme la pure nosomanie, donnent le nom d'hystérie à ce syndrome caractérisé par l'ascension d'un aura à forme de boule qui monte de l'abdomen à la gorge, et qui là excite un spasme glottique avec des convulsions générales.

Il résulte de cette manière inexacte de comprendre la dénomination d'hypochondrie et d'hystérie, que le très-grand nombre de cas de névropathies qui ne sont ni de la nosomanie ni de l'hystérie franche avec boule, spasme glottique et convulsions, et qui entraient dans les expositions symptomatiques comprises par Sydenham, Stoll, Stalh, Pomme, Whyt, etc..., sous le nom complexe de maladie hypochondro-hystérique, ont été présentés comme des faits nouveaux dans la pathologie nerveuse. On a appelé ce groupe morbide : *névropathie protéiforme* (Cérise), *surexcitation nerveuse* (Gillebert d'Hercout), *névrosisme* (Bouchut), etc.

Comme on le voit, il n'y a pas là progrès réel, ou découverte d'un fait clinique nouveau. Ce n'est qu'un simple malentendu entre les anciens et les modernes ; car, nous le répétons, les anciens confondaient tous ces faits de névropathie protéiforme, de névrosisme, etc., avec l'hystérie caractérisée par l'ascension de la boule, sous le nom de mal hystéro-hypochondriaque (1).

Quand à la nosomanie, qui a usurpé tant de place dans la pathologie nerveuse actuelle, les anciens ne l'ont jamais étudiée à part, bien qu'il en soit souvent question dans une description de l'hypochondrie. On voit qu'elle est comprise par eux sous le nom générique de *mélancolie*. *Melancholia*, dit Sennert, *ut delirium sine febre cum tristitia et timore*. Ici le mot *timore* s'appliquait à la peur de tout, et particulièrement à la peur de la maladie. — Aussi le même auteur nous apprend-il que la mélancolie s'appelle hypochondriaque, quand elle a sa source dans les hypochondres : *melancholia hypochondriaca appellatur, quod ex hypochondriis ortum habeatur*, et il ajoute que la mélancolie ne se trouve pas exclusivement dans l'affection des hypochondres, *neque semper cum affectione hypochondriaca melancholia conjuntitur*. Tout ce qui a trait à la mélancolie en général et à ses espèces, est exposé par Sennert dans la partie consacrée aux maladies de la tête, tandis que l'histoire de l'hypochondrie se trouve placée dans le livre où il traite des maladies de l'abdomen (*Sennerti opera*, t. III, p. 101, Lugduni, 1676).

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Fractures transversales des deux rotules. — Emploi des appareils mécaniques propres à favoriser la marche.

(Observation recueillie par M. BOURDILLAT.)

Une dame, âgée de quarante-deux ans, portait depuis plusieurs années une fracture transversale de la rotule gauche, avec un écartement considérable des fragments (8 à 10 centimètres au moins). Cette affection rendait la marche pénible et exposait la malade à des pertes d'équilibre fréquentes.

Dans une chute qu'elle fit le 12 décembre 1865, cette dame fut atteinte du côté opposé d'une nouvelle fracture de rotule, comme la première, simple, médiane et transversale.

La solution de continuité combattue par M. Demarquay au moyen des appareils dextrinés et de l'immobilisation du membre, guérit par l'interposition entre les fragments d'un cal fibreux de 8 à 10 millimètres de hauteur.

L'écartement, presque nul au moment de la levée du bandage dextriné, ne s'accentua que quelques jours plus tard, c'est-à-dire après le quarantième jour de la fracture.

La présence d'un cal fibreux et l'existence d'un écartement même peu considérable du côté droit n'en compliquaient pas moins gravement les conditions de l'équilibre et de la progression déjà si sérieusement compromis par la lésion rotulienne du côté gauche.

La marche, qui était incertaine et pénible avec une fracture d'un seul côté, devenait à peu près impossible avec un double écartement.

La malade ne pouvait en effet rester dans la station verticale sans appui ; elle fléchissait sous elle-même dès qu'on l'abandonnait à ses propres forces.

Ces phénomènes pathologiques n'ont rien d'ailleurs qui doive nous étonner ; ils sont en rapport parfait avec ce que nous savons des fonctions de la rotule dans le mécanisme de la marche, comme organe de transmission et de réflexion des forces extensives.

Dans le but de rétablir dans une certaine mesure les fonctions de relation, M. Demarquay conseilla un procédé déjà employé avec succès par lui, dans des conditions analogues ; je veux parler de l'emploi d'un appareil mécanique inamovible et permanent pour l'articulation la plus malade. Ce moyen, immédiatement employé, fut d'une utilité incontestable.

La malade, qui ne pouvait auparavant se tenir debout, put, à partir de ce moment, marcher avec une certaine assurance.

Depuis lors nous avons eu plusieurs fois l'occasion de revoir la personne, et nous avons pu nous assurer qu'elle continuait à retirer des appareils inamovibles les avantages les mieux justifiés.

Le principe de cette méthode se retire d'ailleurs de l'étude même des phénomènes physiologiques de la marche. On sait que, pendant cet acte, chaque jambe devient alternativement pour le corps une colonne de sustentation. On sait de plus, que dans les doubles fractures transversales de la rotule avec écartement, le plus souvent l'équilibre est instable, parce que chaque membre a perdu la faculté de former une tige rigide, sur laquelle le corps puisse prendre un point d'appui. La première conséquence qui en découle et qui s'impose à l'exercice régulier de la fonction est donc de rendre au membre malade cette stabilité si nécessaire à la progression. Or c'est là, on le comprend, une condition que remplissent au plus haut degré les appareils immobilisateurs.

Ces appareils prothétiques sont de plusieurs sortes.

Le plus communément employé est la jambe mécanique de Martin, qui a pour avantage de prendre ses deux points d'appui d'une part sur le sol, d'autre part sur l'ischion, et de transmettre ainsi directement le poids du corps, sans le faire supporter par l'articulation du genou, toujours plus ou moins douloureuse.

Dans certains cas, on emploie le même appareil, coupé au-dessus et au-dessous de l'articulation. Cette dernière modification convient particulièrement dans les fractures transversales avec écartement, peu considérables ou déjà anciennes.

Enfin, quelques malades se contentent d'une simple genouillère de cuir, solidement construite et qui embrasse parfaitement l'articulation. Mais ces moyens, parfois utiles, exposent davantage aux chutes et à la douleur.

Les mêmes considérations et des moyens prothétiques parfaitement identiques sont applicables aux cas de doubles ruptures des ligaments rotuliens ou des tendons des extenseurs.

La perversion de la marche est un phénomène absolument de même ordre et qui commande l'emploi des mêmes procédés.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

EXAMEN CLINIQUE DES EAUX DE VALS,

Par M. le Dr CLERMONT (de Lyon).

Sources de la Désirée et de la Précieuse.

L'eau qui coule de ces deux sources, très-alcaline, puisque elle contient par litre six grammes environ de bicarbonate de soude, se distingue des autres produits sodiques de Vals par sa propriété laxative, qu'elle doit au bicarbonate de magnésie, dissout à la dose de 9 décigrammes dans l'eau de la *Désirée* et de 7 décigrammes dans celle de la *Précieuse*.

Au premier abord, la quantité de ce sel purgatif paraît minime et insuffisante ; mais si, donné à un malade, chaque jour, un gramme de carbonate de magnésie ne tarde pas à le purger ; pourquoi, donné à peu près en même quantité, et surtout dissous dans une eau minérale naturelle, le bicarbonate de magnésie n'arriverait-il pas au même résultat ? D'ailleurs, le fait est là, irrécusable et facile à constater : les personnes qui font usage de l'eau de la *Désirée* ou de la *Précieuse* en éprouvent bientôt les effets laxatifs.

Cette propriété de rendre les excrétions alvines plus abondantes et plus répétées, donne à l'emploi de cette eau minérale une véritable chance d'à-propos. Nous sommes en effet à une époque où les idées de Brown sur l'utilité des purgatifs semblent régner d'une manière presque exclusive, et on dirait que nous avons refoulé pour longtemps les théories de Broussais, en reléguant les sangsues et la lancette dans le musée historique de l'art de guérir.

Devons-nous rester fidèles aux principes de l'école qui nous a donné les premiers enseignements de cet art ? Lutterons-nous contre le torrent d'idées bonnes ou mauvaises qui entraîne la génération présente et relève, en les rajeunissant, des théories anciennes, sur les débris de celles que nous avions naguère ?

Peut-être, après avoir passé quelque temps derrière le rideau, reparaîtront-elles un jour, rajeunies, elles aussi, restaurées et portant au frontispice l'inscription toujours sans réplique : *Sic fata voluerunt*.

Non ! la résistance serait vaine ; car les masses, même intelligentes, suivent volontiers les idées nouvelles ou soi-disant telles. Aujourd'hui, Guy-Patin ne pourrait plus s'indigner contre les émétiseurs, et Broussais verrait tomber ses foudres, comme l'emploi des émissions sanguines devant la réprobation générale.

Aussi, sans désespérer de la venue d'un éclectisme médical rationnel et philosophique, suivons la foule, et puisqu'on purge aujourd'hui comme on saignait il y a vingt ans, partout et toujours, faisons-le avec discernement et lorsque nous le pouvons, avec des substances qui n'entraînent aucun inconvénient.

Les deux sources de Vals, examinées ici, peuvent remplir cette indication, non *illico*, comme l'eau de Sedlitz et autres, réservées pour les circonstances où le remède doit agir promptement, mais peu à peu, au bout de deux ou trois jours, et plus que suffisamment, si on en continue l'usage deux ou trois semaines.

En premier lieu, étudions leur emploi dans l'état pléthorique, presque toujours constitutionnel (comme l'enseigne M. le professeur Andral), et caractérisé par la grande élévation du nombre des globules du sang, sa moindre quantité d'eau et sa plus vive coloration. La saignée réservée longtemps pour combattre les accidents de la pléthore, comme les hyperhémies actives, peut être remplacée, dans une certaine mesure, par l'eau de la *Désirée* ou de la *Précieuse* qui fera peu à peu disparaître les tintements d'oreilles, les chaleurs de tête, les vertiges et les autres symptômes de congestion dus à cet état pléthorique, et qu'une eau ferrugineuse ou un traitement par les sels de fer augmenteraient plutôt en provoquant des congestions cérébrales, des hypertrophies du cœur et diverses hyperhémies qu'il est en général plus facile de prévenir que de combattre.

Certaines hémorrhagies, dit encore M. Andral, coïncident avec un excès des globules dans le sang. Comme la saignée, quoique plus lentement, l'eau de ces deux sources agira sur la pléthore en modifiant le sang lui-même par la diminution du nombre de ses globules, non-seulement parce qu'elle fera pénétrer une quantité d'eau plus grande dans ce fluide, et en conséquence en diminuera la plasticité, par un effet généralement admis déjà du bicarbonate de soude, mais aussi en provoquant des selles plus nombreuses et un état assez sensible de dépression momentanée.

Les palpitations de cœur se rattachant à une légère hyperhémie et non à une lésion organique, de même que tous les engorgements de viscères thoraciques et abdominaux qui sont dans les mêmes conditions, c'est-à-dire dépendant d'une surex-

(1) C'est pour cette raison que Frédéric Hoffmann définissait l'hystérie : *Morbus iste, aut potius morborum cohors*, etc.

Le Bègue de Presle avoue lui-même que Rousseau ne consentit au voyage d'Ermenonville que pour visiter les lieux ; il n'avait donc commencé aucun déménagement ; meubles, livres, papiers, il avait tout laissé à Paris ; mais on lui persuada que Thérèse, restée sur les lieux, ferait beaucoup mieux que lui. Thérèse, de son côté, entrant dans les vues du marquis, avait caché le voyage de Rousseau à tous ses amis ; les meubles furent en partie vendus, et le reste transporté par elle quelques jours après. On s'était tellement hâté, que l'habitation dite agreste n'était pas même préparée, et qu'on dut loger Rousseau au second étage d'un pavillon attenant au château, et c'est là qu'il mourut six semaines plus tard. Cet enlèvement du reste ne dut pas offrir de grandes difficultés ; Rousseau, dit Corancez, en apparence si difficile, était dans des mains étrangères comme un enfant timide à l'excès, il ne savait pas répondre aux objections qu'on lui faisait, il obéissait (1) ; mais le lendemain arrivaient les réflexions, et cette idée fixe de quelque conspiration ourdie contre lui ; or, le lendemain, nous y voici. Voilà Rousseau à Ermenonville, le voilà, lui si ombrageux, sous la dépendance d'un grand seigneur ; Thérèse est au comble de ses vœux, Le Bègue de Presle est tout fier d'avoir réussi, le marquis est tout glorieux de l'avoir emporté sur tant d'autres ; mais Rousseau que va-t-il devenir, que va-t-il faire, que va-t-il penser, quel cours vont prendre ses sentiments ? Si l'on en croit le marquis de Girardin, ce fut un enchantement perpétuel pour Rousseau, un ravissement dont rien ne pouvait donner l'idée.

Mais laissons parler ce bon marquis : Il voulait faire arranger *sur-le-champ* le petit logement sous *un toit de chaume*, disait-il, habitation qui devait être entièrement disposée suivant la description de l'*Élysée de Clarens* ; mais le fait est qu'on n'en prit aucun souci. « Sitôt que je le vis arriver, dit le marquis, je courus à lui : *Ah !* « *Monsieur, s'écria-t-il*, en se jetant à mon col, *il y a longtemps* « *que mon cœur me faisait désirer de venir ici, mes yeux me* « *font désirer actuellement d'y rester toute ma vie*. Puis arrive « madame la marquise, et alors nouvelles exclamations : *Ah ! Ma-* « *dame*, s'écrie semblablement Rousseau, *que pourrai-je vous dire ?* « *vous voyez mes larmes !* » Puis vient le récit des journées de Rousseau : « Comment aussitôt que les petits oiseaux, qu'il attirait « sur sa fenêtre avec un soin paternel, venaient y saluer la naissance « du jour, il se levait pour aller faire sa prière au lever du soleil, « spectacle solennel, etc. » (Réminiscence du vicaire savoyard) puis comment il allait herboriser, puis comment il venait déjeuner avec sa femme.

Le marquis qui paraît tout plein de la lecture de la *Nouvelle Héloïse* et de l'*Émile*, en donne ici un nouveau chapitre ; il nous montre Rousseau, errant dans ces beaux lieux, « *tantôt*, dit-il, *au* « *gré de la nature*, tantôt au gré de sa fantaisie, et quelquefois au « gré du hasard. Les rochers, les sapins, les genévriers, lui remet- « taient en mémoire les heureux rivages de *Vevay* et les rochers « *amoureux de Meillerie*. » (Jusqu'aux rochers qui étaient amoureux !)

Voilà pour la matinée : « Après son dîner, reprend le marquis, « Rousseau venait dans un petit verger semblable à celui de *Clarens* « (toujours la *Nouvelle Héloïse*), il s'asseyait sur un banc pour y « donner aux poissons et aux oiseaux leur dîner, etc..., et puis il « s'écriait : Ah ! je trouve ici les jardins de *ma Julie !* » A quoi le marquis répondait : oui, *mais vous n'y serez pas avec elle*, ni avec Wolmar. Et voyez tout ce que le marquis avait obtenu de Rousseau, il le faisait figurer à sa table, il lui faisait promener son jeune fils, et donner des leçons de musique à sa fille. Je viens de le dire, c'était un enchantement perpétuel ; les jours de Rousseau étaient filés d'or et de soie : « Il ne mesurait le temps, dit le marquis, que par une « succession d'heures *heureuses* et non diversifiées. Il n'avait que « des amusements doux et son *unique exercice* (*sic*) était de ra- « masser des fleurs, de rêver dans les bocages..., il savourait sa « chère nature qu'il adorait, etc. »

Mais toutes ces fadaises devaient avoir un terme ; un cruel désappointement allait au bout de six semaines, je ne dirai pas ouvrir les yeux du marquis, mais le frapper du plus profond étonnement ; au milieu de ce bonheur sans nuage, de cette félicité qui, suivant lui, n'avait pas de bornes, on vient tout à coup lui annoncer que Rousseau est mourant, que Rousseau touche à sa dernière heure. Que s'était-il donc passé ? Qu'était-il donc survenu ? Comment se fait-il que cet homme si heureux tout à l'heure, qui, la veille encore, *savourait sa chère nature*, qui, le matin même, avait été saluer le soleil et herboriser, se trouvait à l'agonie et allait mourir ?

C'était là ce que ne pouvait comprendre le marquis et on le conçoit ; personne ne s'était trouvé là pour lui dire : Prenez garde, cet homme que vous croyez ainsi comblé de bienfaits, dont vous croyez faire le bonheur, est un esprit fier, soupçonneux, défiant, ombrageux, malade enfin ; en vous emparant ainsi de sa personne, vous l'obsédez, vous l'accablez ; vous êtes heureux de le posséder, et il est malheureux d'être possédé ; vous êtes fier de l'avoir à votre table, il est humilié de s'y trouver ; vous lui envoyez des provisions, vous lui faites des cadeaux, il en est profondément blessé. Vous croyez qu'en s'enfonçant ainsi dans la solitude, il savoure la nature ; il fuit les hommes, il vous fuit vous-même ; vous croyez que, assis sur le bord de l'eau, il s'amuse à nourrir les poissons, il se creuse la tête pour déjouer les prétendus complots de ses ennemis ; vous le croyez tout à ses souvenirs de Clarens, de Vevay, de Julie ; il ne veut plus même qu'on lui parle de ses ouvrages, une seule personne est enchantée de cette vie, c'est cette Thérèse Levasseur qui s'est entendue avec vous pour l'amener ici.

DUBOIS (d'Amiens).

(1) *Op. cit.*, p. 54.

citation nerveuse provoquée par la grande richesse du sang, pourront être amendés par l'eau de ces deux sources.

Si la pléthore sanguine, et les phénomènes pathologiques dont elle est souvent suivie, surtout chez les vieillards, peuvent être réduits par l'eau de la *Désirée* ou de la *Précieuse,* d'autres lésions morbides en reçoivent de même une salutaire influence, soit qu'elle agisse comme antiplastique par ses qualités sodiques, soit qu'elle devienne un agent de dérivation par sa magnésie. Ainsi, il est bien reconnu, par exemple, que les victimes des affections palustres, ayant conservé d'énormes engorgements hépatiques ou spléniques, se sont très-bien trouvées de l'emploi des eaux sodiques et magnésiennes. Quel bienfait n'est-on pas en droit d'attendre pour les malades qui en ont besoin, des eaux dont nous nous occupons, et dans lesquelles l'alliance de la soude et de la magnésie se rencontre sous de si heureuses proportions!

Dans les dyspepsies flatulentes, ou dans celles symptomatiques d'une constipation tenace, les eaux sodo-magnésiennes sont conseillées par les pathologistes les plus renommés. En les mêlant à quelques narcotiques, nous les avons vues vaincre les douleurs les plus vives dans les gastralgies, les hépatites et d'autres lésions viscérales aiguës, et même en faire cesser jusqu'au dernier symptôme.

L'eau minérale dont nous allons terminer l'examen par une dernière considération, contient par litre près d'un gramme de chlorure de sodium, ce qui en relève le goût et la fait aisément digérer par les estomacs les plus faibles; mais ce n'est pas tout: le sel dont nous avons rappelé ailleurs le rôle important dans l'économie animale, sur la production ou la guérison de plusieurs maladies, peut avoir dans le traitement de l'albuminurie une certaine influence qu'il est bon de noter.

Il aiderait en effet, suivant Liebig, à maintenir dans le sang la quantité d'albumine nécessaire à une bonne santé. Ces deux substances composées, sel et albumine, n'y resteraient qu'autant qu'elles seraient combinées ensemble, et celle qui n'y trouverait pas une quantité proportionnelle et suffisante de l'autre, en serait éliminée, et il y aurait par conséquent albuminurie quand le sel ferait défaut.

Cette opinion de l'illustre chimiste ayant été expérimentalement confirmée, et de diverses manières par Wundt, Hortner, Schmits, etc., nous ne craignons pas, en face de ce résultat de plusieurs observateurs, de dire que l'eau de ces deux sources, avec sa minéralisation exceptionnelle doit devenir la véritable tisane des albuminuriques.

Le nombre des maladies où l'on peut agir favorablement par l'eau de la *Désirée* et de la *Précieuse* composeront donc un cadre nosologique assez large et assez important pour justifier en quelque sorte les noms qu'on leur a donnés; car, ainsi qu'on vient de le voir, ce n'était pas assez pour la nature de les avoir dotées d'une telle proportion de bicarbonate de soude qu'elles pussent compter parmi les trois sources les plus alcalines que l'on connaisse, il fallait encore qu'elle leur donnât un caractère spécial par la magnésie qu'elles renferment, et qui leur permet de rendre de bien autres services que ceux dont est capable une eau tout simplement sodique. D'ailleurs, cette minéralisation riche et variée qui est d'une si grande importance à la station thermale de Vals, n'empêche pas ces eaux mises en bouteille de rester claires, limpides, gazeuses, et de donner au loin d'aussi bons résultats thérapeutiques qu'à la source même.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Recherches expérimentales sur le mode d'action et l'emploi thérapeutique du bromure de potassium.

M. Bartholoz vient de publier dans le numéro de novembre 1865 du *Cincinnati Lancet,* un excellent travail sur le mode d'action et l'emploi thérapeutique du bromure de potassium. L'auteur conclut de ses expériences que le bromure de potassium après avoir été absorbé dans le sang, exerce une action sédative sur l'axe cérébro-spinal, qui a pour conséquence une sédation du cœur et de la circulation, et différents phénomènes de sédation locale. Cette action est notablement modifiée par la coexistence de toute affection locale, et cette circonstance exerce une influence considérable sur les effets thérapeutiques produits. C'est ainsi que, d'une manière générale, on en attendrait vainement des effets sédatifs dans les affections des centres nerveux ou d'autres organes lorsqu'ils sont le siége d'une altération anatomique appréciable, telles que congestion ou tumeurs cérébrales, etc. Il réussit dans les troubles purement fonctionnels du système nerveux. Comme hypnotique M. Bartholoz l'a surtout trouvé utile dans l'insomnie hystérique, dans celle des hommes d'affaires, qui sont agités par des préoccupations vives, dans le delirium tremens. Comme calmant, il en a retiré de bons effets contre l'épilepsie et la chorée non symptomatique, les quintes de la coqueluche, l'irritation vésicale, les érections douloureuses qui accompagnent certaines uréthrites chroniques, dans les cas d'utérus irritable, et à titre d'agent anaphrodisiaque. (*Gaz. hebd.*, nº 9, 1866.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg :

Section des sciences anatomiques et physiologiques. — M. le docteur Bouchard (Henri-Désiré-Abel), né le 18 décembre 1833, à Ribeauvillé (Haut-Rhin).

Section des sciences physiques. — M. le docteur Ritter (Charles-Émile-Eugène, né le 16 janvier 1837, à Strasbourg (Bas-Rhin).

Ces agrégés stagiaires entreront en activité de service le 1er novembre 1868.

M. Ehrmann, professeur d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Strasbourg, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1865-66, par M. Morel, agrégé près la même faculté.

M. Ferry (René) est nommé aide titulaire de botanique près la faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Thomas, démissionnaire.

M. Meyer (Charles) est nommé aide surnuméraire de botanique près la faculté de médecine de Strasbourg.

M. Rippoll, docteur en médecine, est nommé suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Dassier, nommé professeur adjoint à ladite école.

— L'Académie de médecine et la pratique chirurgicale viennent de faire une nouvelle perte. M. Michon, chirurgien honoraire des hôpitaux, a succombé hier. Ses obsèques ont lieu aujourd'hui, à dix heures très-précises, à l'église des missions étrangères.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Menjeaud, chef de clinique adjoint de la Faculté.

— Une place d'élève interne est vacante à l'asile de Sainte-Gemmes, près Angers. Traitement annuel de 600 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. Les candidats doivent être âgés de vingt et un ans au moins, et avoir au moins dix inscriptions. Dans l'appréciation des titres, il sera tenu compte du degré de scolarité et, par exemple, du nombre des examens subis, sous réserve de toutes les autres garanties de conduite et d'aptitude.

Adresser les demandes, avec les pièces à l'appui, avant le 14 mai, au médecin en chef, directeur de l'établissement.

— M. le docteur Fort a ouvert, hier lundi, 7 mai, à midi, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, un nouveau cours pratique de chirurgie opératoire et le continuera tous les jours à la même heure.

— M. Hérard, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera des leçons cliniques le jeudi 10 mai et les continuera le jeudi de chaque semaine.

Visite des malades à huit heures et demie.

— Les 33e et 34e fascicules du *Grand Dictionnaire* sont en vente; les mots les plus importants de cette série sont : *Banqueroute, Banquet, Baptême, Barataria* (île de), *Barbare, Barbe, Barbe* (sainte ou de Sainte), *Barbe-Bleue, Barcelone, Barde, Barmécides, Barnabé* (lettre de), *Baromètre*, etc., etc. — Biographies suivantes : *Banville* (Théod. de), *Barbey d'Aurevilly, Barbier* (Auguste), *Baraeveldt, Barnum* et *Baroche*. Le succès de cette œuvre monumentale va s'augmentant chaque jour; le tirage dépasse 15,000 exemplaires, et l'on ne tardera pas à le porter à 20,000. Jusqu'à ce jour le tirage des encyclopédies de cette importance n'avait jamais atteint 3,000; c'est que le *Grand Dictionnaire,* rédigé dans un esprit franchement accentué, reste fidèle à son titre d'*Encyclopédie du XIXe siècle*. — Prix de la souscription à forfait, 200 fr., payables en deux billets, à 6 et 12 mois, à l'ordre de M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Essai théorique et pratique sur la blennorrhagie de nature rhumatismale, par le docteur BONNIÈRE. In-8º de 48 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, Imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 MAI 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La dernière séance de l'Académie a été occupée presque tout entière par la suite et la fin de la lecture du travail de M. Dubois (d'Amiens), sur la mort de J.-J. Rousseau. La publication de ce travail sera continuée dans le feuilleton.

Avant la reprise de cette lecture, M. Depaul a donné quelques nouveaux renseignements sur les inoculations pratiquées avec le cow-pox de Beaugency. On verra que ces renseignements sont non satisfaisants. M. Depaul a intercédé ensuite auprès du bureau en faveur de M. Lanoix, pour qu'il fut admis à répondre aux diverses interpellations qui lui ont été adressées dans les séances précédentes, relativement à la provenance du vaccin de ses génisses. Sur ses instances, M. Lanoix sera admis à faire une lecture mardi prochain.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'une commission chargée de dresser une liste de candidats pour la nomination prochaine d'un membre associé libre.

Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes (mois d'avril).

La constitution médicale du mois d'avril, d'après le rapport de la commission lu à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, a été remarquable par sa régularité, c'est-à-dire par la parfaite concordance qui a existé entre les caractères généraux des maladies qui ont régné durant son cours et les qualités de la saison. On a vu en effet prédominer pendant le mois d'avril les maladies qui sont habituellement les plus fréquentes à cette époque de l'année. Les bronchites épidémiques ont continué à être très-nombreuses, plus nombreuses même en ville que dans le cours du mois précédent, si nous nous en rapportons à nos propres impressions. Les pneumonies et les pleurésies qui étaient restées relativement assez rares en mars, sont devenues beaucoup plus communes, mais sans acquérir toutefois plus de gravité, comme on le verra par la suite. Les rhumatismes articulaires ont continué à se montrer avec la même bénignité que dans les mois précédents et en diminuant un peu de fréquence. Les rougeoles déjà fréquentes en mars ont pris encore une plus grande extension.

Pendant que les maladies propres à la saison prenaient ainsi une prédominance marquée, et que la constitution revêtait de plus en plus les caractères d'une constitution saisonnière proprement dite, on a pu constater une décroissance très-notable dans les épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui avaient atteint leur période d'état pendant les deux mois de février et mars.

Nous allons entrer dans quelques détails en nous guidant sur le rapport de M. Besnier.

Dans le mois précédent, le rapport de la commission des maladies régnantes avait signalé la pleurodynie comme une des complications particulières de la bronchite épidémique. La fréquence de cette complication ne paraît pas avoir diminué. M. Moissenet a observé dans son service de Lariboisière et en ville plusieurs cas de grippe avec une pleurodynie très-intense. Le même médecin a observé un cas de grippe qui s'est présenté avec des manifestations morbides très-complexes. La bronchite a cessé brusquement pour faire place à une diarrhée séreuse et bilieuse abondante, avec refroidissement cyanique de la face et des extrémités et contracture douloureuse des extrémités. Ces accidents, qui ressemblent assez à une réminiscence cholérique, ont cédé, mais au bout de trois ou quatre jours seulement, à l'emploi des boissons chaudes et des excitants diffusibles.

Les pneumonies, assez fréquentes, ont été d'ailleurs généralement bénignes, à quelques exceptions près. Sur 10 cas de pneumonie franche observés dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy à Saint-Antoine, il n'y a eu qu'un seul décès; chez tous la forme inflammatoire a été prédominante, sauf chez un vieillard cachectique. Le seul cas mortel a été celui d'un malade atteint d'affection cardiaque. M. Frémy, à Beaujon, a eu 5 guérisons sur 5 cas ; M. Gubler, 4 guérisons sur 5 cas de pneumonie franche; le seul malade qui ait succombé était atteint d'affection cardiaque. A la Pitié, M. Bernutz a eu 4 guérisons sur 5 cas ; M. Empis n'a eu que des phlegmasies pulmonaires simples qui ont toutes cédé rapidement à quelques saignées. A Lariboisière, M. Moissenet n'a observé également que des pneumonies bénignes. M. Vernois, à l'Hôtel-Dieu, a eu 2 décès sur 3 cas. La mort a eu lieu par suppuration et gangrène pulmonaire, cette dernière survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. M. Mauriac, à l'hospice des Ménages, n'a eu qu'un seul cas de pneumonie devenue purulente et terminée par la mort ; mais par contre il a observé 13 cas de pleurésie, constituant une sorte de petite épidémie locale. Elles ont d'ailleurs été généralement bénignes. Ces phlegmasies paraissaient être accidentelles et ne se rattachaient d'une manière évidente à aucune diathèse ; quelques-unes compliquaient des maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques. Toutes présentaient le caractère inflammatoire.

La variole, quoique moins fréquente que dans les mois précédents, mérite d'être signalée encore au premier rang des maladies régnantes. Elle a été constatée sans exception dans tous les documents qui ont été remis au rapporteur. Généralement bénigne chez les sujets vaccinés, elle s'est montrée cependant dans quelques cas avec une très-grande gravité, particulièrement chez les sujets non vaccinés et même, dans un petit nombre de cas chez des vaccinés. M. Gubler, à l'hôpital Beaujon, a vu, sur trois cas de variole, deux fois la complication de l'érysipèle de la face. Ses trois malades ont eu des bubons et des abcès multiples qui ont retardé la convalescence. M. Vernois a eu dans son service, à l'Hôtel-Dieu, un vieillard de soixante et un ans, vacciné, qui a eu une pleuro-pneumonie avec délire et a succombé le huitième jour de l'éruption. Sur 6 varioles traitées dans le service de M. Moissenet, à Lariboisière, 4 développées sur des sujets vaccinés ont été bénignes, 2 survenues chez des sujets non vaccinés se sont terminées par la mort. Enfin, M. Besnier a vu un cas de variole confluente grave chez un jeune sujet vacciné.

M. Vernois a observé, à l'Hôtel-Dieu, deux femmes enceintes atteintes de variole, toutes deux vaccinées. L'une d'elles a accouché à sept mois; le fœtus mort-né n'a présenté aucune trace d'éruption. L'autre est accouchée à terme d'un enfant vivant, également indemne de variole, et qui, vacciné, a eu une éruption vaccinale légitime.

Le fait suivant, signalé par M. Gallard, montre une fois de plus qu'il faut peu compter sur l'effet préservatif d'une vaccination pratiquée pendant l'incubation de la variole. Une femme de vingt-huit ans, qui n'avait pas été vaccinée dans son enfance, entre en février dernier à l'hôpital de la Pitié pour une scarlatine. Le 22 du même mois elle est vaccinée avec du vaccin de génisse ; le 26 elle sort de l'hôpital, et dans le cours de la nuit suivante se déclarent les prodromes d'une variole qui l'oblige à rentrer à l'hôpital où elle succombe le 9 mars. Le jour de sa rentrée, on avait pu constater que les pustules vaccinales étaient en plein développement, pendant que l'éruption variolique était à son début.

Nous reviendrons plus tard sur quelques autres faits analogues signalés dans le rapport, à propos de cette épidémie de variole dont il sera d'autant plus utile de résumer l'histoire qu'elle aura révélé des faits très-intéressants et très-instructifs pour l'histoire de la vaccine et des revaccinations.

La rougeole, qui depuis plusieurs mois était très-commune en ville et dans les hôpitaux d'enfants, s'est montrée, pendant le mois d'avril, à la consultation du bureau central et dans les services d'adultes, avec une fréquence insolite. M. Gallard, à la Pitié, en a eu 3 cas développés en dehors de toute influence apparente de contagion. M. Bernutz, dans le même hôpital, en a vu 2 cas. Dans un service voisin, M. Empis en a noté plusieurs exemples remarquables par la vivacité de l'exanthème. A l'hôpital Beaujon, M. Moutard-Martin a traité 3 rougeoles également remarquables par l'intensité de l'éruption. Dans le même hôpital, M. Frémy en a eu aussi 3 cas et M. Gubler 2, dont 1 grave par l'intensité et la persistance des accidents thoraciques.

A l'hôpital des Enfants, M. Labric en a observé 10 cas, 7 venus du dehors, 3 développés à l'intérieur. Des 7 enfants venus du dehors, 1 a succombé atteint de pneumonie et après avoir présenté pendant trois jours des accidents cholériformes.

A côté des fièvres éruptives proprement dites, le rapport signale la fréquence de l'herpès de la peau et des muqueuses sur lequel M. Gubler a particulièrement appelé l'attention; un cas de fièvre ortiée, dans lequel les symptômes fébriles ont précédé de trois jours l'apparition de l'éruption; 2 cas de pur-

FEUILLETON.

RECHERCHES

SUR LE GENRE DE MORT DE J.-J. ROUSSEAU (1).

Le Bègue de Presle, qui de temps à autre visitait Rousseau, aurait pu peut-être ouvrir les yeux du marquis. Il n'essayait même pas, il le laissait dans ses illusions; mais à Paris, Le Bègue de Presles ne cachait pas la vérité; il avait trouvé Rousseau tout aussi tourmenté, tout aussi malade qu'en d'autres temps. On lit dans la correspondance de Grimm (juillet 1778), que Le Bègue de Presle, dans un de ses voyages, ayant trouvé Rousseau remontant péniblement sa cave, lui avait demandé pourquoi, à son âge, il ne confiait pas ce soin à madame Rousseau : « *Que voulez-vous,* répondit Rousseau, *quand elle y va elle y reste !* » Mais cette Thérèse allait avoir bien d'autres torts envers Rousseau; j'y reviendrai tout à l'heure, je reprends l'histoire de cet infortuné, pour la mettre en opposition avec le roman du marquis.

Ceux qui connaissaient Rousseau, ceux qu'il aurait pu considérer comme ses vrais amis, étaient pleins d'inquiétudes à son sujet, d'autant plus que, sauf quelques indiscrétions de Le Bègue de Presle, ils ne recevaient de lui aucune nouvelle; la plupart ignoraient quel était même le lieu où il s'était retiré; Thérèse leur en avait fait un mystère. Deux ou trois personnes tout au plus avaient pu pénétrer jusqu'à lui ; un Génevois, dont le nom est resté inconnu, très-lié avec la famille de madame de Staël, et un jeune chevalier de Malte, nommé Flamanville. Je reviendrai tout à l'heure sur les confidences du Génevois à madame de Staël; le chevalier de Flamanville avait donc pu visiter Rousseau : « sa tête travaille, dit-il à Corancez, il est en quête d'un autre asile. » Corancez n'en fut pas surpris, mais il ne croyait pas Rousseau aussi profondément désespéré. Obsédé et circonvenu de toute part à Ermenonville, poursuivi de craintes continuelles, se défiant même de Thérèse qui ne partageait plus ses idées, Rousseau avait confié au papier ce qu'on pourrait appeler ses dernières lamentations : il avait fait une peinture déplorable de sa situation ; cet écrit, donné à Flamanville, est daté du mois de juin 1778 ; on l'a imprimé et réimprimé depuis la mort de Rousseau; Corancez l'a reproduit dans ses lettres. Rousseau y demande qu'on lui trouve un dernier asile, un dernier refuge, même dans un hôpital; et comme il n'avait pas encore eu connaissance de l'odieuse conduite de sa Thérèse, il associe toujours son sort au sien.

« Il ne nous reste, dit-il, dans les infirmités et l'abandon, qu'un « seul moyen de soutenir nos vieux jours, c'est de trouver quelque « asile où nous puissions subsister à nos frais; du reste, ajoute-t-il, « de quelque façon qu'on me traite, quon me tienne en clôture for« melle ou en apparente liberté, dans un hôpital ou dans un désert, « avec des gens doux ou durs, faux ou francs, si de ceux-ci il en est « encore, je consens à tout, etc., etc. » Ce qui suit est dans le même ton, il demande le couvert, le vêtement le plus simple, la nourriture la plus sobre, et notez, comme caractéristique, que ce cerveau plus malade que jamais ne veut rien devoir à personne, pour obtenir ce qu'il vient de demander, il donnera, dit-il, tout ce qu'il peut avoir d'argent, d'effets, de rentes. Voilà quelle était la situation morale de J. J. Rousseau à Ermenonville; voilà quel était le cours de ses sentiments; en d'autres termes, à quel degré de mélancolie il était arrivé. Lui-même semblait parfois avoir conscience de cet état et comprendre que personne ne voudrait croire à de pareilles infortunes. On trouve au bas de ces pages une note conçue en ces termes : « Mon inconce« vable situation dont personne n'a idée, pas même ceux qui m'y ont « réduit, me force d'entrer dans ces détails. » Et en effet ceux qui l'avaient conduit à Ermenonville et qui l'y détenaient étaient, qu'on me passe le terme, à cent lieues de croire à un pareil état moral; il faut toutefois en excepter sa Thérèse, qui savait parfaitement à quoi s'en tenir; elle écrira elle-même plus tard à Corancez, que Rousseau lui avait exprimé le désir de quitter Ermenonville et de retourner à Paris : «Peu de temps, dit-elle, après l'arrivée de mon mari à Erme« nonville, ce séjour lui inspira des craintes; il m'en fit part pour me « convaincre de la nécessité de son retour à Paris; toutes peu fondées « qu'elles me parurent (je verse des larmes lorsque j'y pense), non, « je ne me pardonnerai jamais de m'être opiniâtrée à rester à Erme« nonville, et les instances de M. de Girardin, qui *s'est plusieurs fois « agenouillé devant moi*, pour que je ne consentisse pas à revenir à « Paris, ni la dépense énorme que notre déplacement nous avait « coûté et qu'il fallait recommencer n'ont été à mes yeux, depuis sa « mort, que de faibles excuses (1). »

Tout en faisant ici la part de l'hypocrisie et du mensonge, chez cette femme, il y a ici un fait vrai, c'est que Rousseau, à peine arrivé à Ermenonville, y fut repris de ses craintes ordinaires, et qu'il voulait

(1) Voir le numéro de samedi dernier, 5 mai.

(1) *Lettre à Corancez*, Paris, an VI.

pura observés par M. Bernutz, l'un manifestement cachectique; une éruption pétéchiale accompagnée d'épistaxis répétées dans le cours d'une fièvre typhoïde, observée par M. Vernois.

Ces deux faits ont fourni à M. Bernutz l'occasion de faire remarquer comme l'un des caractères de la constitution actuelle, la fréquence des tendances hémorrhagiques qui se sont manifestées chez les uns par du purpura, chez d'autres, chez les phthisiques par exemple, par des hémoptysies répétées, chez les sujets atteints d'affection typhoïde par des épistaxis et des hémorrhagies intestinales; chez beaucoup de femmes, par des pertes parfois rebelles.

L'état saburral et l'embarras gastrique ont été observés plus souvent en avril que dans les mois précédents. Presque toutes les maladies ont été compliquées d'un état gastrique plus ou moins prononcé, et dans quelques cas très-tenaces. Les pleurésies elles-mêmes ont été comme les grippes, accompagnées d'un état saburral très-accentué. Les purgatifs précédés ou non de l'administration d'un vomitif, abrégeaient la marche de la maladie.

Quant aux embarras gastriques proprement dits, ils figurent pour un chiffre considérable dans le relevé de l'administration, ainsi que dans toutes les communications particulières des médecins des hôpitaux.

Il n'a été signalé, pour le mois d'avril, qu'un petit nombre de fièvres intermittentes vernales contractées à Paris. Mais si les fièvres intermittentes proprement dites ont été rares, l'élément intermittent s'est montré plus fréquemment que d'habitude, associé aux affections ordinaires. M. Moissenet a signalé notamment un cas de pneumonie, qui a présenté vers la fin des accès fébriles intermittents qui ont cédé facilement au sulfate de quinine.

Les angines pharyngées et les amygdalites franches se sont montrées fréquemment, succédant ordinairement à un refroidissement et s'accompagnant le plus souvent d'un état saburral plus ou moins intense. Quelques angines ont présenté le caractère catarrhal, se rattachant ainsi à l'influence épidémique régnante.

M. Labric a eu à traiter, à l'hôpital des Enfants, six cas de croup. De ces six malades atteints de croup, quatre ont été opérés et ont tous succombé, l'un d'eux pendant l'opération même, et un autre 20 jours après, emporté par une bronchite pseudo-membraneuse. Des deux malades non opérés, un a guéri, l'autre est mort au moment de son entrée à l'hôpital.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Boucher de la Ville Jossy a eu à traiter, chez un adulte, un cas d'angine diphthéritique suivie de croup et qui s'est heureusement terminée par une guérison complète.

Les affections aiguës du système nerveux se sont montrées plus fréquentes que d'habitude. Le relevé général du mouvement des hôpitaux indique une dizaine de décès attribués à la méningite.

A l'hôpital Beaujon, M. Gubler a observé, coup sur coup, deux cas de *delirium tremens* et un cas d'encéphalopathie saturnine terminé par la mort. A la maison de santé, M. Bourdon a vu survenir une méningite secondaire dans le cours d'une fièvre typhoïde; il a observé, en outre, deux cas de méningo-encéphalite aiguë, terminés par la mort, deux congestions cérébrales, deux hémorrhagies cérébrales et un cas de *delirium tremens* terminé par la mort.

Les affections puerpérales ont été très-rares dans les services d'accouchement des hôpitaux (Clinique et Maternité à part). On n'y a constaté aucun décès dans le cours du mois. Il n'y a eu que quelques accidents sans gravité, un cas excepté toutefois, chez des femmes qui ont subi des opérations obstétricales ou qui ont eu des accouchements très-laborieux.

Le rapport constate, enfin, l'absence complète de toute affection cholérique.

Le chloroforme dans l'éclampsie.

Pendant que l'éclampsie est à l'ordre du jour, nous saisirons cette occasion pour donner une légitime satisfaction à la demande qui nous est faite par M. le docteur Filliette (de Divonne). On se rappelle que notre confrère nous a communiqué un cas d'éclampsie suivi de mort malgré ou après l'administration du chloroforme, qui a été depuis l'objet de quelques réflexions critiques de la part de M. le docteur Liégard (de Caen). M. Filliette dans une lettre qu'il nous a adressée à ce sujet, proteste contre les expressions de « fâcheuses manœuvres » et de « funestes conséquences des remèdes employés, etc., » dont s'est servi M. Liégard, en parlant d'un traitement qui, en dépit de ses opinions, conserve encore une certaine faveur auprès de praticiens dont les noms ont quelque notoriété et dont les préceptes méritent d'être écoutés. « Il serait futile de rappeler, ajoute-t-il, qu'avant la découverte des anesthésiques, la saignée, les sangsues, l'opium, le tartre stibié, ont guéri des attaques d'éclampsie, et que même depuis ces agents ont continué à n'être pas sans quelque utilité. Reste donc l'accouchement provoqué : vous croyez avoir démontré dans votre livre qu'il a pour résultat d'augmenter les convulsions, et de hâter le terme fatal.

Mais ses partisans, de leur côté, croient avoir démontré qu'il est le plus sûr moyen pour sauver la mère et l'enfant. Laquelle de ces deux opinions est la vraie? Et lorsque nous nous serons rallié à l'une, sera-t-il donc permis à ceux qui partagent l'autre de venir nous jeter la pierre, etc.?..» Quant à ce qui est de dire qu'il serait injuste, illogique et dangereux de rendre le chloroforme responsable de la mort dans le cas en question, M. Filliette fait remarquer qu'il n'y a rien dans son observation qui puisse incriminer cet agent de la sorte. Il entend, au contraire, lui rendre pleinement hommage, mais il persiste à penser qu'il y aura toujours des cas d'éclampsie rebelles aux anesthésiques.

S'il y a, sur ce dernier point, une dissidence d'opinion entre M. Liégard et M. Filliette sur l'utilité du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie, la dissidence est bien plus profonde encore sur ce point de pratique entre M. Liégard et M. Depaul, ainsi qu'on a pu le voir par l'exposé de l'opinion de ce professeur à cet égard dans notre *Revue clinique*. Il faudrait pouvoir reprendre un à un les faits invoqués en faveur de ces deux méthodes, pour pouvoir en déduire les motifs de préférence à donner à l'une ou à l'autre suivant les indications respectives. C'est là un sujet d'étude pour les médecins placés dans les conditions convenables pour l'entreprendre.

LA GRAVELLE ÉTUDIÉE A CONTREXÉVILLE,

Par M. le Dr Legrand du Saulle, médecin consultant, à Contrexéville.

Pendant les neuf dernières années, j'ai eu occasion de donner des soins à 2,077 malades, dont 914 avaient la gravelle. Ce chiffre de 914 est relativement très-considérable et il se décompose de la manière suivante :

Gravelle urique	565
Gravelle phosphatique. (*Phosphate ammoniaco-magnésien.*)	59
— — (*Phosphate de chaux.*)	70
Gravelle oxalique	13
Gravelle et catarrhe de vesie	53
Gravelle et goutte	138
Gravelle, goutte et asthme	16

Un très-grand nombre de ces malades avaient éprouvé de ces redoutables crises néphrétiques dont le souvenir seul leur causait un juste effroi. La saison qu'ils ont faite à Contrexéville les a la plupart singulièrement améliorés, et j'ai recueilli ce témoignage de la bouche de quelques-uns déjà venus, que, s'ils avaient parfois continué à observer pendant l'hiver un peu de sable fin dans leurs urines, du moins toute espèce de souffrance n'avait pas reparu. Beaucoup d'autres n'ont été pris d'accidents d'aucun genre.

J'ai pu vérifier toute l'exactitude de cette assertion émise par les auteurs, à savoir que l'eau minérale de la source du *Pavillon* convenait à toutes les gravelles indistinctement. En effet, j'ai vu guérir ou considérablement s'amender des cas de gravelle phosphatique qui, dans les années précédentes, avaient été aggravés par l'usage de l'eau de Vichy, et je me suis dès lors expliqué la juste préférence que MM. Jules Cloquet, Velpeau, Ricord, Civiale, Ségalas, Voillemier, Phillips, Mercier, Demarquay, Ad. Richard, Boinet, Caudmont et Mallez accordent à Contrexéville, lorsqu'il s'agit de combattre la gravelle phosphatique et le catarrhe de vessie ou de prévenir les récidives de la pierre.

Parmi les malades soumis à la cure de Contrexéville, il en est parfois qui expulsent sur place une quantité innombrable de graviers; j'ai compté jusqu'à 100, 120 et 140 petits graviers rendus par le même baigneur dans l'espace de trois semaines et M. le docteur Baud a rapporté l'observation d'un malade qui, en 1856, pendant les vingt et un jours de son traitement à Contrexéville, expulsa 700 calculs uriques d'un volume variable et oscillant entre la tête d'épingle et le grain de chènevis. La forme et la dimension des concrétions excitent parfois l'étonnement et l'incrédulité, et, dans ma très-riche collection, je possède quelques graviers plus gros que des grains de café moka; d'autres sont très-longs, arrondis et ressemblent à un fragment de crayon ou de porte-plume.

La violence d'une colique néphrétique n'est nullement en rapport, comme on le croit d'ordinaire, avec le volume du produit. J'ai vu les plus atroces douleurs ne déterminer l'expulsion que de quelques grains d'un sable très-fin, tandis que des corps étrangers d'un fort calibre retentissaient à peine sur la susceptibilité rénale. Je livre le fait sans chercher à l'expliquer.

J'ai observé un grand nombre de cas de néphrite, c'est-à-dire d'états pathologiques des reins assez mal déterminés, assez obscurs : plusieurs malades accusaient des douleurs très-vives, et l'un d'eux, âgé de trente-cinq ans, ne pouvait en aucune façon garder la position horizontale. Depuis dix-huit mois, il passait la nuit et dormait dans son fauteuil! Il s'agit là le plus souvent d'une hypertrophie considérable de l'un des reins, et du rein gauche dans les trois ou quatre cinquièmes des cas. J'ai conservé généralement ces malades pendant deux saisons, et tous les huit jours je pouvais constater, sous l'influence de la cure, un retrait sensible dans le volume de l'organe, une souplesse inaccoutumée dans la région lombaire et d'importantes modifications dans la nature des urines.

Chez les malades atteints de pyélo-néphrite, l'urine est fréquemment troublée par la précipitation de sels d'un blanc laiteux et elle laisse déposer une suppuration assez abondante sous la forme d'une poudre farineuse d'un jaune verdâtre. Ces malades sont tristes, préoccupés, inquiets, prennent complaisamment le chemin de l'hypochondrie et observent leurs urines à toute heure : la plupart arrivent de Vichy et en ont été renvoyés par leur médecin.

Quelle est l'action de l'eau de Contrexéville sur les graviers et les calculs? Quelle opinion doit-on se faire sur le rôle si important qu'elle joue en pareille occurrence?

Beaucoup d'auteurs, et M. Trousseau en particulier, n'accordent pas à l'eau de Contrexéville une action dissolvante sur les corps étrangers du rein et de la vessie, mais ils lui reconnaissent le pouvoir de détacher le gravier logé dans l'un des reins, d'entraîner le petit fragment de pierre que le lithotriteur a pu méconnaître, de prévenir la formation de corps étrangers ultérieurs, d'en empêcher le développement et de veiller au maintien d'une urine normale. C'est déjà bien quelque chose que de pouvoir faire cesser la disposition particulière en vertu de laquelle les concrétions sont fabriquées.

L'eau de Contrexéville ne dissout pas évidemment les calculs vésicaux ou la pierre proprement dite, mais en présence de

---

revenir à Paris. Que le marquis de Girardin, si heureux de posséder Rousseau, ait appris avec peine son projet de revenir à Paris, cela se conçoit; mais qu'il se soit plusieurs fois agenouillé devant cette femme, c'est là une ridicule invention, un mensonge, comme les larmes qu'elle versait en y songeant.

Un second fait est encore vrai, c'est qu'elle *s'est opiniâtrée à rester à Ermenonville*, l'expression n'est pas trop forte; mais elle avait pour cela un bien autre motif que les prétendues instances du marquis de Girardin et la crainte de nouvelles dépenses; ce motif, c'est madame de Staël qui nous l'a fait connaître.

Cette Thérèse, que Rousseau avait trouvée remplissant les fonctions d'ouvrière dans un méchant hôtel du pays latin, cette Thérèse, dont il avait fait la compagne de sa vie, qui, seule au monde, disait-il, lui rendait la vie supportable, cette Thérèse venait de le trahir indignement. « Peu de temps avant sa mort, dit madame de Staël, Rous-
« seau s'était aperçu des viles inclinations de Thérèse pour un homme
« de l'état le plus bas; il parut accablé de cette découverte et resta
« huit heures de suite sur le bord de l'eau dans une méditation
« profonde. »

Madame de Staël tenait ces détails du Genevois dont j'ai parlé et qui était resté en correspondance avec Rousseau jusqu'au dernier moment.

« Si l'on réunit ces détails, ajoute madame de Staël, à la tristesse
« habituelle de Rousseau, à l'accroissement extraordinaire de ses
« terreurs et de ses défiances, il n'est plus possible de douter que ce
« grand et malheureux homme n'ait terminé volontairement sa vie. »

Cette révélation eut trop de retentissement pour rester sans réponse; le fils et la fille du marquis de Girardin, le comte Stanislas et la comtesse de Vassy, se récrièrent sur ce qu'ils appelaient une absurde supposition, et ils n'ont pas craint de prendre la défense de Thérèse.

« Rousseau, dit la comtesse de Vassy, ne pouvait être instruit de
« l'infidélité de sa femme, *ou du moins de la personne à laquelle*
« *il avait accordé la grâce d'en porter le nom* » (je souligne ces mots, car la comtesse de Vassy est la seule qui ait mis cette réserve et cette convenance dans la désignation de cette créature); « puisque
« ce n'est que plus d'un an après sa mort qu'elle a eu des torts assez
« graves pour ne plus pouvoir rester à Ermenonville (1). »

Ainsi, tout se réduit à une question de temps, Thérèse a été chassée d'Ermenonville, tant ses relations avec le cocher du marquis de Girardin étaient devenues scandaleuses; et qui vous dit que Rousseau n'en avait pas eu connaissance? Attendez, répond à son tour le comte Stanislas de Girardin, tout cela n'est qu'illusion de la part de madame de Staël, et cette illusion se serait dissipée, si madame de Staël avait voulu s'avouer que « Rousseau avait alors soixante-six ans, sa femme
« plus de soixante, et l'homme de l'état le plus bas pour lequel on lui
« supposait de viles inclinations cinquante et tant; or, lorsqu'il faut
« placer l'amour et la jalousie dans un pareil cadre, on voit qu'il ne
« peut nullement leur convenir. »

« Ces réflexions, poursuit le comte Stanislas, n'ont pas été faites
« sans doute par madame de Staël; elles eussent été plus que suffi-
« santes pour lui faire sentir combien était ridicule le motif qu'elle
« s'efforce de donner à la mort de Rousseau. » Ce qu'il faut croire ici, c'est que le comte de Girardin n'avait pas lu lui-même le récit de l'arrivée de Thérèse à Ermenonville écrit par son père, car il y aurait trouvé des raisons plus que suffisantes pour justifier la supposition de madame de Staël; voici les propres paroles du marquis :

« Rousseau, arrivé à Ermenonville quelques jours avant Thérèse,
« l'attendait d'heure en heure; si vous eussiez vu, dit le marquis, la
« joie de cet homme lorsqu'il l'entendit arriver, nous étions à table,
« nous nous levâmes afin qu'il pût se lever lui-même en toute liberté,
« il courut au-devant d'elle, l'embrassa avec la plus grande effusion
« de tendresse et de larmes. »

« Les sentiments de cet homme extraordinaire, poursuit le mar-
« quis, étaient exaltés en tous points au delà de ceux des hommes
« ordinaires; il aimait le genre humain comme ses amis, ses amis
« comme sa femme, *sa femme comme sa maîtresse*, de sorte que si
« le moindre sentiment chez lui était un amour, il n'est pas étonnant
« que le moindre soupçon de haine ou de trahison fût pour lui le
« même supplice que la jalousie pour un amant. »

Voilà ce que le comte Stanislas aurait dû lire avant de taxer de ridicule la supposition de Mme de Staël. Sans doute il y a beaucoup d'exagération dans cette appréciation de Rousseau; il n'était pas tout amour, comme le croit le bon marquis, il fuyait au contraire et détestait les hommes, il les croyait faux, haineux, méchants; il ne croyait plus à l'amitié, mais il avait pour Thérèse l'attachement de certains vieillards d'un esprit d'ailleurs distingué, supérieur même pour des femmes indignes d'eux; mais deux choses résultent des aveux de la famille de Girardin, c'est que Rousseau ne pouvait se passer de Thérèse qui lui était profondément attachée; d'autre part, qu'en effet cette femme avait des relations avec un laquais, et que Rousseau en avait eu connaissance; voilà ce qui ressort de tous les témoignages contemporains; mais maintenant qu'au roman sentimen-

(1) *Loc. cit.*, p. 20.

graviers échancrés, érodés, amincis et d'une grande friabilité, j'ai dû me demander si elle n'arrivait pas à désagréger quelquefois les molécules de la matière lithique ; et je ne suis pas très-éloigné de l'admettre, lorsque j'ai vu tant de malades rendre, au bout de dix ou de quinze jours de traitement, de la boue phosphatique, du mortier lithique, et, dans quelques cas, au prix d'assez vives souffrances.

Lorsqu'il existe de très-petits calculs phosphatiques friables, mous, je crois que l'eau de Contrexéville désunit les parcelles du corps étranger ou les amollit au point de les réduire à l'état de mortier boueux. Voici, par exemple, certains faits dont j'ai été souvent témoin : un malade arrive à Contrexéville sans cystite chronique ; il a la gravelle ou la goutte. Pendant les quinze premiers jours, ses urines sont très-limpides, puis elles deviennent troubles, foncées, boueuses, ammoniacales, phosphatiques et contenant du mortier. Le malade a du ténesme vésical, un peu d'hématurie, de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie, et il expulse dans ses urines du magma phosphatique de couleur grisâtre. L'orage se calme, les urines redeviennent normales, le patient s'éloigne de l'établissement hydro-minéral et l'on apprend, six mois, un an ou deux ans après, qu'il va très-bien et qu'il n'a plus rien éprouvé.

Ce qui s'est vraisemblablement passé, le voici : le malade avait un gravier blanc dans le rein ou quelques écailles phosphatiques dans la vessie, et l'eau de Contrexéville a transformé ces corps étrangers en une pâte plâtreuse, qui a été expulsée au bout d'un certain nombre de jours de traitement. En présence de faits semblables, il n'y a plus maintenant à s'étonner de la grande et légitime réputation de Contrexéville.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sueurs colliquatives

La *Gazetta medica italiana* renferme l'indication d'une préparation qui, après de nombreux essais comparatifs, aurait enfin donné d'excellents résultats à M. Rodolfo Rodolfi, médecin en chef de l'hôpital majeur de Brescia, pour arrêter les sueurs profuses et diminuer l'abondance des crachats chez les phthisiques. Cette préparation est formulée ainsi :

R. Bicarbonate de soude. . . .	50	centigrammes.
Fleur de soufre.	14	—
Sous-nitrate de bismuth. . .	14	—

Un paquet composé de la sorte est pris toutes les deux heures. Lorsque cette médication est suivie avec une exactitude scrupuleuse, elle supprime ou diminue notablement, suivant M. Rodolfi, les sueurs colliquatives au bout de quatre ou cinq jours; et les phthisiques chez lesquels on l'emploie pendant quinze à vingt jours, éprouvent presque tous une amélioration marquée; l'expectoration est moins abondante, plus facile, etc. L'emploi de ces poudres fait presque toujours disparaître le muguet. M. Rodolfi ne les juge contre-indiquées que chez les sujets qui ont l'estomac très-délicat et qui sont affectés de diarrhée colliquative.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Du bain turc modifié par l'emploi du calorique rayonnant et de ses applications thérapeutiques.

Thudichum a bien étudié l'action physiologique du bain chaud et sec : l'air chaud et sec favorise l'excrétion cutanée ; il exerce sur les nerfs cutanés une influence qui se traduit par une vive rougeur et l'affluence du sang. Ainsi, malgré l'accélération du pouls, les congestions sanguines vers la tête et les poumons, loin de s'aggraver, tendent à diminuer.

Les facultés digestives sont stimulées, l'assimilation est plus active, les muscles deviennent plus vigoureux.

Le docteur Goxe vient de résumer quelques-uns des résultats obtenus par l'emploi intelligemment combiné du bain turc avec le massage et les affusions froides.

Les maladies rhumatismales, les névralgies, la sciatique, les affections goutteuses, sont avantageusement modifiées.

Le bain sec à air chaud, à la température de 54°, a été très-favorablement employé dans le traitement des angines tonsillaires, pharyngées, de la grippe ; dans un cas d'angine tonsillaire observé par le docteur Thudichum, le bain amena un soulagement immédiat.

Les hydropisies qui succèdent aux maladies du cœur ou à la maladie de Bright sont soulagées par ce même moyen.

Divers essais de ce traitement ont été faits avec succès dans les maladies de la peau ; ainsi des cas d'eczéma, d'ichtyose, de psoriasis, d'ulcères chroniques ont été soulagés et guéris.

(*Gaz. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mai 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Un rapport de M. le docteur Comtesse (de Lons-le-Saulnier), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Toulouse (Jura), en 1865. 2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1865, dans les départements de la Haute-Saône, du Puy-de-Dôme et des Bouches-du-Rhône. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Legouest qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

2° Une réclamation de priorité de M. Fauconnet (de Lyon), à propos des expériences de M. Chauveau, sur la production du cow-pox par le système lymphatique.

3° Une notice sur l'épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné au collége Saint-Stanislas à Nantes, en janvier 1866, par M. le docteur Padioleau. (Commission des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Foubert, sur le service médical des bains de mer de Villers (Calvados), pendant l'année 1864.

5° Une note sur une nouvelle préparation de goudron concentrée et titrée, par M. Guyot, pharmacien. (Commission des remèdes nouveaux.)

6° Une lettre de M. le docteur Julet (de Lyon), demandant l'ouverture d'un pli cacheté déposé à l'Académie, le 19 mai 1863.

— M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du contenu de ce pli, dans lequel l'auteur propose de traiter la rage, certains accidents de la syphilis et certaines affections convulsives épileptiformes, par l'acide phénique et ses isomères.

7° MM. Robert et Collin présentent plusieurs appareils destinés à produire l'anesthésie locale, en même temps qu'une note ainsi conçue :

Depuis trois mois que nous possédons l'appareil du docteur Richardson, fig. A, nous l'avons mis à la disposition de messieurs les chirurgiens de la ville (1).

Nous avons fait ensuite des appareils avec récipient d'air pour activer l'action atmosphérique réfrigérante et notamment celui fig. B, et ceux fig. C et D avec les récipients E et F. Ces derniers, qui sont de dimension très-portative, sont munis de deux soupapes sur lesquelles se monte une simple seringue ordinaire, numéros 2, 3 ou 4, modèle Charrière, que tous les chirurgiens possèdent, et dont le pas de vis n'a pas été changé depuis trente ans, ainsi que le piston à double parachute, ce qui suffit non-seulement pour compléter l'appareil à éthérisation locale, mais encore pour l'application des ventousés et surtout pour servir de pompe à douches, pulvérisation et aux usages de l'irrigateur Éguisier.

Nous désirons revenir plus tard sur ce sujet.

Fig. I, double jet pour éthérisation alvéolaire ; J, robinet pour régler la dépense de l'éther.

(1) M. Charrière disait en 1846, page 2, dans sa brochure sur les appareils pour l'inhalation d'éther : « On peut ajuster une pompe aspirante et « foulante, au moyen de laquelle l'air atmosphérique se trouve aspiré et « introduit dans le réservoir, puis ensuite projeté, saturé d'éther, dans les « organes ou sur les surfaces malades. »

Voir les journaux de médecine du 26 janvier 1847.

— M. BÉCLARD dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Fleury, un ouvrage intitulé : *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie.*

— M. TARDIEU fait hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Casimir Danmas, d'un ouvrage intitulé : *Les eaux minérales de Vichy, leur origine, leur propriété, etc.* (Quatrième édition.)

— M. BUSSY présente, de la part de M. Auguste Houzeau, un travail sur l'activité chimique de l'air considérée comme un état normal de l'atmosphère, et sur la relation qui existe entre l'accroissement de cette activité et certaines perturbations atmosphériques. (Commissaires : MM. Bussy et Regnault.)

— M. ROBIN fait hommage, au nom de M. le docteur Vulpian, d'un ouvrage intitulé : *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, faites au Muséum d'histoire naturelle, et rédigées par M. Ernest Brémond.

— M. MÉLIER présente, au nom de M. le docteur Armand Jobert, médecin sanitaire embarqué, une notice sur l'épidémie cholérique de 1865.

— M. CERISE présente, au nom de M. le docteur Achille Chereau, une notice sur les anciennes écoles de médecine de la rue de la Bûcherie.

— M. BLACHE présente, au nom de M. Grimaud (de Caux), une brochure intitulée : *Du choléra en Égypte, dans ses rapports avec l'épidémie de Marseille.*

— M. JOLY dépose sur le bureau un rapport de M. le docteur Guipon, sur les épidémies du département de l'Aisne.

— M. DEPAUL rend compte à l'Académie en quelques mots, des résultats qu'il a obtenus, depuis la dernière séance, des expériences d'inoculation du nouveau cow-pox de Beaugency. Sur 27 piqûres qu'il a faites avec ce nouveau cow-pox, il a obtenu 27 belles pustules. Les résultats sont donc aussi satisfaisants que possible, et il est en mesure d'assurer maintenant la propagation du nouveau cow-pox.

M. Depaul exprime ensuite l'étonnement et le regret que l'Académie n'ait pas cru devoir accorder la parole à M. Lanoix, qui l'a demandée pour se justifier du reproche qui lui a été adressé publiquement par plusieurs membres de l'Académie. M. Lanoix est assez honorablement connu de l'Académie et assez à l'abri de toute suspicion pour qu'on puisse, sur sa simple demande, lui accorder la faveur d'un tour de lecture, sans le soumettre aux formalités qu'exige le réglement vis-à-vis des médecins qui lui sont inconnus.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer à M. Depaul que le bureau est lié par les termes du règlement. M. Lanoix a adressé effectivement à l'Académie une demande à l'effet d'être admis à venir lui faire une lecture. La demande a dû être renvoyée au conseil, qui a décidé que M. Lanoix serait admis à faire cette lecture. Il sera inscrit en conséquence pour la séance prochaine.

M. BÉCLARD ajoute qu'il a été fait droit d'ailleurs à la réclamation de M. Lanoix, par la lecture qui a été faite dans la dernière séance, de la lettre par laquelle il oppose une dénégation formelle aux assertions qui ont été émises au sein de l'Académie relativement à la provenance du vaccin de ses génisses.

Après quelques nouvelles explications échangées entre M. Depaul et les membres du bureau, il reste convenu que M. Lanoix aura la parole dans la séance prochaine.

— M. LE PRÉSIDENT annonce en ces termes à l'Académie la nouvelle et regrettable perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Michon.

L'Académie, dit-il, vient encore de faire une perte nouvelle dans la personne de M. Michon. Le président, accompagné d'une nombreuse députation, lui a rendu, il y a quelques heures à peine, les derniers devoirs.

En honorant à un très-court intervalle deux fois Michon de vos suffrages, d'abord en l'appelant parmi vous, puis en le nommant membre de votre conseil, vous avez voulu rendre une tardive justice à l'éminent chirurgien, à l'homme de bien dont chaque jour était

---

tal du marquis de Girardin, nous avons substitué l'histoire, nous arrivons à cette fatale journée du 2 juillet 1778, fatale, dis-je, et tout à fait imprévue dans la famille du marquis de Girardin.

Il faut faire deux parts dans le récit des incidents de cette funeste journée ; nous aurons d'abord à mentionner ce qui s'est passé, devant témoins, alors que Rousseau était encore accessible, et à dire ensuite ce qui a pu se passer, où si l'on veut ce qui a *dû* se passer lorsque Rousseau n'eut plus d'autre témoin que Thérèse ; chacun est à peu près d'accord sur les premiers faits. Le mercredi 2 juillet, dit le marquis, « Rousseau se leva comme à son ordinaire, alla se promener au soleil « levant et revint prendre son café *avec sa femme* (1). » Suivant Corancez, Rousseau a herborisé dans sa promenade du matin et il en avait rapporté des plantes qu'il avait préparées et infusées dans la tasse de café qu'il avait prise, il n'ajoute pas avec sa femme ; Corancez, que le marquis avait toujours accompagné, ne tenait pas ces détails des gens de la maison, mais son beau-père les avait appris sur les lieux, le jour même de la mort de Rousseau.

Moins réservée que son mari, la marquise de Girardin raconta à « Corancez, qu'effrayée de la situation de Rousseau, elle s'était pré« sentée chez lui et y était entrée. *Que venez-vous faire ici ?* lui dit « Rousseau, *votre sensibilité doit-elle être à l'épreuve d'une scène « pareille et de la catastrophe qui doit la terminer ?* Il la conjura « de le laisser seul et de se retirer. Elle sortit en effet. A peine avait« elle le pied hors de la chambre qu'elle entendit fermer les verroux, « ce qui l'empêcha, dit-elle, de s'y représenter (2). » Il est évident que tout le suicide est là ; Rousseau va mettre fin à ses jours, et ne veut pas être troublé. Qu'on me cite à moi, médecin, une maladie qui se dénoue ainsi, qui débute par de semblables symptômes ; une maladie telle que le patient sait qu'il va mourir, qu'il ne réclame aucun secours, et qu'il ne veut d'autre témoin que sa ménagère, parce qu'il ne peut s'en débarrasser.

Le marquis ne fait aucune difficulté d'avouer que sa femme s'empressa en effet, vers neuf heures du matin, d'aller trouver Rousseau qu'on disait très-souffrant, et qu'elle fut tout aussitôt congédiée ; il varie seulement sur les termes : Rousseau aurait dit à la marquise : « Vous m'obligeriez, madame, et pour vous et pour moi, si vous vouliez vous retirer. »

Maintenant quelles étaient les souffrances accusées par Rousseau, quels étaient les symptômes de cet étrange maladie qui fait que les patients, sachant qu'ils vont mourir, ne réclament aucun secours, ne veulent appeler aucun médecin ? Rousseau, si l'on en croit Thérèse dans sa première version, assis sur une chaise de paille et le coude appuyé sur une commode, se plaignait d'une grande anxiété et de douleurs *de coliques* (1). Le comte Stanislas et la comtesse de Vassy ne donnent aucun détail à ce sujet ; la comtesse trouve la mort de Rousseau touchante, belle et sublime ; libre à elle ; mais elle commet une erreur lorsqu'elle dit que Rousseau, aux prises avec la douleur, *reçut avec reconnaissance les soins qu'on lui rendit.* Le fait est qu'il ne voulut recevoir aucun soin.

Le Bègue de Presle, le médecin du château aurait pu, à raison de sa compétence, nous dire de quelle nature étaient les symptômes accusés par Rousseau, les traduire en signes, prouver enfin qu'ils appartenaient à une maladie spontanée, et qu'on ne pouvait les rattacher à un suicide ; il se tait sur ce point, il reste dans le vague, il se borne à dire qu'il s'est assuré par l'examen « le plus scrupuleux » de toutes les circonstances qui ont accompagné, précédé ou suivi la mort de Rousseau, qu'elle a été naturelle et non provoquée. Mais c'étaient ces circonstances qu'il fallait faire connaître, afin de nous mettre en mesure de juger par nous-mêmes, si en effet ces circonstances excluaient ou non la supposition du suicide, et c'est là ce que n'a pas fait Le Bègue de Presle.

Mais nous n'en sommes encore qu'au moment où Rousseau vient de s'enfermer avec Thérèse ; maintenant il n'y aura plus d'autres témoins que cette femme, et lorsque le marquis pénétrera dans cet intérieur, Rousseau sera mort, et l'on en sera réduit à accepter tout ce que Thérèse voudra bien dire. Or, suivant elle, il se serait passé bien des choses dans cette dernière heure ; elle en a donné deux versions que nous allons faire connaître.

La première, immédiatement après la catastrophe, est verbale ; on la trouve longuement rapportée par le marquis de Girardin dans sa lettre à la comtesse Sophie ; la seconde se trouve consignée dans la lettre à Corancez.

DUBOIS (d'Amiens).

(1) *Loc. cit.*, p. 43.

(2) *Op. cit.*, p. 61 et 62.

(1) *Lettre du marquis*, 43.

De l'influence des découvertes les plus modernes dans les sciences physiques et chimiques sur les progrès de la chirurgie, par Hippolyte JAQUEMET. Mémoire couronné par l'Académie des sciences de Lille. — Un vol. in-8° de 221 pages. Prix : 3 fr. Paris, 1866, Adrien Delahaye.

marqué par de bonnes actions, au maître dont la mémoire vénérée vivra dans le cœur de nombreux élèves.

Ces paroles sont accueillies par les témoignages unanimes de sympathie de l'Académie.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'une commission chargée de dresser une liste de candidats pour la future élection d'un associé libre.

Voici quel est le résultat du dépouillement du scrutin :

Sont élus membres de cette commission, MM. Tardieu, Béclard, Guérin, Littré, Corise.

LECTURE.

Mort de J. J. Rousseau. — **M. BÉCLARD** continue, pour M. Dubois (d'Amiens) absent, la lecture de ses considérations sur la cause de la mort de J. J. Rousseau. (Voir la suite de ce travail au feuilleton.)

La séance est levée à cinq heures.

CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE.

SESSION DE STRASBOURG 1866.

La Société de médecine de Strasbourg, réunissant dans son sein la presque totalité des médecins de la ville, a institué une Commission d'organisation du Congrès, comme il suit :

MM. Bœckel (Eugène) aîné, docteur en médecine. — Cochu, médecin-major. — D'Eggs, médecin des prisons. — Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine, président de la Société de prévoyance, ancien président de la Société. — Eissen, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Strasbourg*. — Feltz, professeur agrégé, chef des services cliniques, deuxième secrétaire de la Société de médecine. — Hecht (L.), professeur agrégé, premier secrétaire de la Société de médecine. — Herrgott, professeur agrégé, médecin en chef de l'hôpital civil, président de la Société de médecine. — Hirtz, professeur à la Faculté de médecine, deuxième vice-président de la Société de médecine. — Klotz, docteur en médecine. — Küss, professeur à la faculté de médecine, ancien président de la Société de médecine. — Leuret, médecin principal. — Müncb, docteur en médecine. — Oberlin, professeur à l'École de pharmacie, trésorier de la Société de médecine. — Schaller, docteur en médecine. — Schützenberger, professeur à la Faculté de médecine, premier vice-président de la Société de médecine. — Sédillot, professeur à la Faculté de médecine, médecin-inspecteur, directeur de l'École militaire de santé, ancien président de la Société. — Stœber, professeur à la Faculté de médecine, ancien président. — Stoltz, professeur à la Faculté de médecine, ancien président. — Tourdes, professeur à la Faculté de médecine, ancien président. — Willemin, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy, ancien président.

Cette Commission a décidé que le bureau de la Commission du Congrès serait celui de la Société de médecine, qui est composé ainsi :

Président, M. Herrgott. — Premier vice-président, M. Schützenberger. — Deuxième vice-président, M. Hirtz. — Secrétaire général, M. Hecbt (L.). — Deuxième secrétaire, M. Feltz. — Trésorier, M. Oberlin.

La Commission a arrêté les dispositions suivantes :

Article 1er. Un Congrès médical sera ouvert à Strasbourg le lundi 27 août prochain ; sa durée sera de six jours.

Art. 2. Il sera exclusivement scientifique.

Art. 3. Le Congrès se composera de *membres fondateurs* et de *membres adhérents*.

Seront *membres fondateurs*, les médecins du Bas-Rhin et du Haut-Rhin qui enverront leur adhésion au Congrès ; ils paieront une cotisation de 10 francs, et auront droit aux publications du Congrès.

Seront *membres adhérents*, les médecins français et étrangers qui en feront la demande à M. le secrétaire général du Congrès (*M. le docteur L. Hecht, rue des Grandes-Arcades, 42, à Strasbourg*). Ils seront exonérés de toute contribution pécuniaire.

Il est important que l'inscription des membres fondateurs ou adhérents se fasse le plus tôt possible, pour qu'il puisse leur être adressé en temps utile une carte d'admission, dont devra être muni chaque membre du congrès pour jouir de la réduction de 40 pour 100 du prix, que l'administration du chemin de fer de l'Est a bien voulu accorder sur le parcours de son réseau (1).

Art. 4. Les membres du congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Art. 5. Les travaux du congrès se composeront :

(*a*) De communications écrites ou verbales répondant aux questions proposées par la Commission ;

(*b*) De communications dont le choix est laissé à l'initiative des membres.

Art. 6. La Commission a arrêté le programme suivant :

I. Du mode de propagation du choléra, hygiène publique et privée.
II. Du traitement de la syphilis constitutionnelle.
III. De l'ovariotomie et de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice.
IV. De l'histologie dans ses rapports avec la pathologie et la clinique.
V. De l'anesthésie en chirurgie.

Art. 7. Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, qui désirent faire au Congrès une communication écrite ou verbale sur une des questions du programme ou sur un autre sujet, sont priés de vouloir bien adresser à M. le secrétaire général, huit jours au moins avant l'ouverture du Congrès (le 20 août), un résumé de leur travail, afin que l'ordre du jour de chaque séance puisse être fixé et publié avec la liste des membres avant l'ouverture du Congrès. Le bureau décidera de l'opportunité des communications étrangères au programme, et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 8. Le Congrès médical tiendra une séance par jour ; elle durera de deux heures à six heures.

Art. 9. A la première séance il nommera son bureau définitif, qui se composera d'un président, de quatre vice-présidents, d'un secrétaire général, de quatre secrétaires des séances, qui tous ne pourront être choisis que parmi les membres *présents*, fondateurs ou adhérents.

Art. 10. Chaque question n'occupera qu'une séance. L'ordre du jour sera réglé ainsi : 1° lectures sur les questions posées par le programme ; 2° discussion de ces mémoires ; 3° si le temps le permet, communication des travaux laissés à l'initiative individuelle ; le sixième jour leur sera exclusivement réservé. Un maximum de vingt minutes sera accordé pour une lecture.

Art. 11. Le Congrès terminé, la Commission d'organisation reprendra son autorité pour procéder à la publication des actes du Congrès.

Art. 12. Tous les mémoires présentés ou lus au Congrès seront déposés, immédiatement après chaque séance, entre les mains du secrétaire général. Ils sont la propriété du Congrès.

Art. 13. Les élèves en médecine recevront des cartes d'entrée, mais ne pourront pas prendre la parole.

Art. 14. Les journalistes auront des places réservées.

Art. 15. Le volume publié par les soins de la Commission du Congrès sera adressé aux Sociétés de médecine qui auront envoyé des délégués au Congrès.

Le président de la Commission,
HERGOTT.

Le secrétaire général,
L. HECHT.

(1) Cette carte indiquera les formalités à remplir pour jouir de cette faveur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 9 mai, M. le docteur Burgkly, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— La mort de M. Parchappe a amené dans le personnel des asiles d'aliénés un mouvement assez considérable.

Sont nommés : M. Achille Foville, directeur médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, médecin-adjoint de la maison impériale de Charenton, en remplacement de M. Rousselin, nommé inspecteur général de 2e classe. — M. Arnozau, directeur médecin de l'asile de Breuty, près Angoulême, directeur médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne. — M. Binet, directeur médecin de l'asile de Napoléon-Vendée, directeur médecin de l'asile de Breuty, près Angoulême. — M. Guérineau, médecin en chef de l'asile d'Auch, directeur médecin de l'asile de Napoléon-Vendée. — M. Viret, directeur médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariége), directeur médecin de l'asile d'Auch. — M. Busquet, directeur en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), directeur médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariége). — M. Cortyl, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon (Rouen), médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde).

— On demande un docteur en médecine pour une localité située à quatre heures de Paris. La clientèle médicale dont le revenu représente six mille francs, serait cédée *sans indemnité*.

Adresser les demandes aux bureaux du journal.

Recherches sur la pneumonie des vieillards (pneumonie lobaire aiguë), par le docteur Georges BERGERON, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté, etc. In-8° de 80 pages et un tableau. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Étude critique des tracés obtenus avec le cardiographe et le sphygmographe, par E. ONIMUS, externe des hôpitaux de Paris, et Ch. VÉRY, ingénieur répétiteur de mécanique à l'École centrale des arts et manufactures. Brochure grand in-8° de 75 pages avec vingt-sept figures dans le texte. (*Extrait du journal de l'anatomie et de physiologie*). Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 56. — MARDI 15 MAI 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 15 MAI 1866. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

M. le professeur GRISOLLE.

De l'atrophie des testicules consécutive aux oreillons.

Leçon recueillie par le docteur Auguste OLLIVIER, chef de clinique.

Messieurs,

Je ne serais point ici, dans cet amphithéâtre, si j'avais écouté les vœux de ma famille et les conseils de mes amis, l'état de ma santé m'ayant obligé de m'éloigner de vous pendant quelque temps. Mais je n'ai point voulu laisser à un autre l'honneur de vous diriger dans l'étude si importante de la clinique.

Avant de commencer, permettez-moi de vous rappeler ce que je vous ai souvent répété, à savoir que la vraie clinique se fait au lit du malade et ne se fait que là. Ces leçons ne doivent donc être considérées que comme le complément de ce que je pourrai vous dire dans les salles mêmes de l'hôpital.

J'appellerai, aujourd'hui, tout particulièrement votre attention sur un jeune homme qui présente une affection intéressante à connaître, non-seulement au point de vue scientifique, mais encore et surtout au point de vue de la pratique. Voici, en quelques mots, l'histoire de ce jeune homme qui est couché au n° 11 de notre salle Sainte-Jeanne. Agé de vingt-deux ans, et d'une bonne constitution, il n'a point eu de maladies sérieuses, si ce n'est une pneumonie, il y a quelques années. Il est entré à l'hôpital le 2 mars dernier pour une fièvre typhoïde, dont le début remontait au 27 février. Cette fièvre revêtit, à un haut degré, la forme adynamique et s'accompagna de phénomènes thoraciques graves, qui mirent sa vie en danger.

En examinant ce malade, le jour de son entrée à l'hôpital, nous fûmes frappés du petit volume de son testicule droit, qui était mou, flasque et moitié moins gros que celui du côté opposé. L'atrophie ne portait que sur le corps même de l'organe, et l'épididyme semblait parfaitement normal.

Nous apprîmes alors que, vers la fin de janvier, ce malade avait été admis, pour des oreillons, dans un des hôpitaux de Paris.

Les oreillons duraient depuis onze jours, quand survint un gonflement douloureux du testicule droit, qui persista pendant huit jours.

Lorsqu'il sortit de l'hôpital il se croyait parfaitement guéri; le testicule était revenu à son volume normal et n'était le siége d'aucune douleur. Mais quelques jours après, il s'aperçut lui-même, notons le fait, que son testicule droit avait diminué sensiblement de volume.

Voilà, messieurs, un exemple incontestable de métastase; au gonflement de la région parotidienne, succède plus ou moins brusquement un gonflement douloureux d'un testicule, une véritable orchite. Le mécanisme de ce travail morbide nous échappe; il nous est impossible de saisir le lien incontestable qui rattache ces deux affections entre elles. C'est là, du reste, un accident assez fréquent dans l'histoire des oreillons, et les personnes qui me font l'honneur de suivre ma visite, se rappelleront peut-être un jeune malade qui occupait, l'an dernier, le n° 1 de la salle Sainte-Jeanne, et qui fut affecté aussi d'une orchite métastatique double à la suite d'oreillons.

Placé dans des circonstances extrêmement favorables pour l'étude des oreillons, j'ai pu observer deux épidémies de cette affection, l'une en 1863 et l'autre en 1866. Dans la première, sur 11 individus atteints, 2 présentèrent l'engorgement testiculaire; dans la seconde, sur 15 malades, il n'y eut pas un seul cas de métastase. Mais il faut dire que cette seconde épidémie sévissait principalement sur de jeunes enfants, et d'autre part, on sait que la métastase sur les testicules est d'autant plus à craindre que l'on est plus proche de l'époque de la puberté.

Ce qu'il y a de très-remarquable chez notre malade du n° 11, c'est que l'orchite a été suivie d'une atrophie du testicule. Cette atrophie consécutive aux oreillons, est un phénomène peu connu; il a été signalé par quelques auteurs, il est vrai, mais plutôt comme un *on dit*, que comme un fait avéré et bien observé. Consultez le traité de MM. Rilliet et Barthez, sur les maladies des enfants, le livre de M. Bouchut, celui de M. Barrier, et vous n'y trouverez rien sur ce sujet. Le même silence existe dans les élémens de pathologie médicale de Requin, dans la dernière édition de l'ouvrage de Valleix, revue par l'un des agrégés les plus distingués de notre Faculté, M. le docteur Lorain. Cependant dans la neuvième édition de ma pathologie j'ai signalé l'existence de cette atrophie : Permettez-moi, ici, de me citer. car je crois avoir comblé une lacune.

Les ouvrages étrangers font à peine mention de cet accident des oreillons; ainsi, parmi les auteurs allemands, Niemeyer n'en parle pas, Bamberger ne semble pas non plus l'avoir observé lui-même. Relevons, en passant, une erreur regrettable, commise par ces deux auteurs. Ils confondent, sous le nom de parotidite, l'inflammation de la parotide elle-même, et les oreillons proprement dits. Or ces deux maladies sont essentiellement distinctes. La première est une inflammation du tissu glandulaire même, tandis que la seconde n'est qu'une fluxion autour de la glande. De plus, la parotidite est le plus souvent consécutive à des fièvres graves; les oreillons, au contraire, surviennent chez des individus parfaitement sains. La terminaison est également tout à fait différente; presque toujours fatale dans la parotidite, par suite de suppuration ou de gangrène, elle est constamment bénigne dans les oreillons où je n'ai jamais observé que la résolution. Enfin il faut aussi tenir compte de l'influence épidémique, qui ne se manifeste pas dans la première de ces deux maladies, tandis qu'elle est très-commune dans la seconde.

Les auteurs anglais ne renferment guère plus de détails sur l'atrophie des testicules succédant aux oreillons. Curling, dont le professeur Gosselin nous a fait connaître le bel ouvrage, nous apprend que, non plus qu'Astley Cooper, il n'en a point observé d'exemple. Il cite seulement le docteur Hamilton comme en ayant vu deux cas. Le docteur Humphry, auteur du chapitre consacré aux maladies des organes génitaux de l'homme, dans le *System of Surgery* de Holmes, rapporte qu'il a été récemment consulté par un malade atteint de cette espèce d'atrophie.

Si vous lisez les relations des épidémies d'oreillons, vous trouverez le même silence sur le sujet qui nous occupe. Je ferai toutefois une exception pour un excellent mémoire de Rilliet sur une épidémie qui sévit à Genève en 1848 et 1849. Dans ce mémoire, Rilliet cite deux cas d'atrophie du testicule, survenue chez des adultes.

Cette atrophie des testicules consécutive aux oreillons serait-elle donc un fait très-rare? Je ne le pense pas. Je suis même convaincu qu'on la trouverait plus souvent si on la recherchait avec soin. Aussi la rareté ici n'est-elle qu'apparente et ne tient-elle qu'à un défaut d'observation. Pour ma part, j'ai rencontré 4 cas de ces atrophies dans l'espace de quatre ans, 2 dans un grand établissement universitaire, et 2 à l'hôpital. Les oreillons sont une affection si bénigne, qu'on n'y fait pas attention. Chacun sait que la guérison en est des plus faciles, qu'il faut s'entourer le cou de laine et éviter le froid. Quant à l'orchite métastatique, on sait encore qu'il suffit de quelques applications émollientes. Or, pour tout cela, il n'est pas besoin d'appeler un médecin ou d'aller à l'hôpital. Le testicule une fois revenu à l'état normal, on ne s'en inquiète plus. De la sorte, comme vous le voyez, messieurs, l'atrophie consécutive peut passer inaperçue. Il en est de même dans les lycées : les enfants ne sont plus soumis à l'observation du moment que l'orchite ne les gêne plus, ou bien s'ils sont renvoyés dans leur famille, on ne songe guère à examiner leurs parties génitales. Ce qui prouve combien peu on fait attention aux suites des oreillons, c'est ce qui est arrivé au malade dont je vous parlais tout à l'heure. Les personnes qui l'ont soigné à l'hôpital ne semblent pas avoir vu l'atrophie testiculaire. C'est le malade qui s'en aperçut le premier, quelques jours après sa sortie. Il s'écoule parfois un temps fort long avant que l'on reconnaisse l'atrophie, et en pareille circonstance il est difficile de remonter à la véritable origine. Lorsque je vous fis, l'année dernière, une leçon sur ce sujet, un de mes élèves vint me trouver après la leçon, et m'avoua qu'un de ses testicules s'était atrophié, sans qu'il eût pu en découvrir la cause. Or il se rappelait avoir eu dans son enfance une attaque d'oreillons; il ne put s'empêcher alors de rapporter aux suites de cette maladie l'atrophie testiculaire dont il est atteint.

Il est donc bon que le médecin prévienne les familles de la possibilité d'un pareil accident, s'il veut mettre sa responsabilité à couvert. Il importe également qu'il suive plus attentivement et plus longtemps qu'on ne le fait d'ordinaire, la terminaison de la maladie. Car en agissant de bonne heure, il serait peut-être possible de porter remède à cette atrophie ou du moins d'en prévenir le développement.

D'après les faits que j'ai observés, l'atrophie succède immédiatement à l'engorgement testiculaire. Chez le malade qui était couché, l'an dernier, au numéro 34 de la salle Sainte-Jeanne, du 10 au 13 juin le testicule était revenu à l'état normal; le 14, il présentait déjà de la flaccidité, et une semaine ne s'était pas écoulée qu'il avait perdu le tiers de son volume. Ce malade voulut alors sortir de l'hôpital. Toutefois il revint nous voir six semaines après; son testicule conservait toujours la même réduction de volume, mais il avait repris un peu de consistance. Désireux de savoir ce qu'était devenu ce malade, je suis allé moi-même aux informations; malheureusement il m'a été impossible de retrouver ses traces.

La réduction que nous constatons en ce moment chez notre malade du n° 11 est très-considérable, puisqu'elle est au moins de moitié. Au bout de quelques jours la diminution de volume s'arrête et devient stationnaire, autant que nous pouvons le savoir. Ainsi M. Rilliet a revu un de ses malades dix mois après, et il a trouvé le testicule dans le même état de réduction. Chez un des jeunes gens que j'observai en 1863, l'atrophie persiste encore aujourd'hui.

Dans de pareilles conditions le testicule est-il apte à sécréter des spermatozoaires? Nous ne savons absolument rien à cet égard. Il est probable toutefois qu'il ne fonctionne plus comme un testicule sain. D'un autre côté, je n'ai point vu, chez les malades que j'ai soignés, cette transformation celluleuse, fibreuse ou graisseuse que l'on observe dans l'atrophie testiculaire produite par d'autres causes.

Une autre question non moins intéressante se place naturellement ici. Un testicule atrophié à ce degré peut-il reprendre son volume et sa consistance primitives? Nous l'ignorons complétement. Néanmoins il nous est peut-être permis de conserver encore quelques espérances. Ainsi, chez notre malade de l'an dernier, le testicule, au bout d'un mois, était un peu moins flasque tout en restant diminué de volume. Chez le jeune homme qui est en ce moment dans nos salles, la consistance semble revenir un peu, nonobstant l'affection grave qui amena ce jeune homme à l'hôpital.

Cette atrophie testiculaire, consécutive aux oreillons, est un phénomène bien étrange que la théorie ne fait nullement prévoir et qu'il est fort difficile d'expliquer. Réfléchissez, en effet, aux circonstances dans lesquelles s'atrophie d'ordinaire un testicule. C'est à la suite d'une lésion de ses vaisseaux, d'un trouble dans son innervation, d'une compression par un bandage, ou bien lorsqu'il est retenu à l'anneau inguinal ou dans l'abdomen, ou encore lorsqu'il est le siége d'une phlegmasie grave. Dans tous ces cas, l'action sur la nutrition est évidente, et l'on s'explique parfaitement l'atrophie consécutive.

L'orchite métastatique des oreillons, qui siége exclusivement dans le corps du testicule, est, au contraire, remarquable par sa bénignité; c'est plutôt une congestion, une fluxion qu'une véritable phlegmasie. Il y a bien coloration violacée du scrotum, mais on ne trouve point la dureté des inflammations phlegmoneuses. Il n'y a point de réaction vive, point de phénomènes sympathiques graves. La résolution est constante et la durée courte, de cinq jours à un septenaire en moyenne.

Comment se fait-il qu'avec des symptômes en réalité si bénins la terminaison soit si fâcheuse? Je n'ai point la prétention de résoudre cette question. Cependant il me semble qu'on peut invoquer ici deux circonstances importantes, à savoir le siége de l'affection d'une part, et de l'autre sa nature spécifique.

Le corps seul du testicule, avons-nous vu, est affecté dans l'orchite, suite d'oreillons. Au contraire, dans l'orchite blennorrhagique, nous avons affaire moins à une orchite véritable qu'à une épididymite ou une vaginalite. S'il survient quelque accident consécutif, ce n'est point une atrophie testiculaire, mais plutôt une induration, une oblitération des conduits épididymaires; en même temps la glande conserve son volume normal. Or, disons-le incidemment, n'y a-t-il pas lieu d'être surpris de ce dernier résultat, qui est presque anti-physiologique, si l'on songe que d'habitude les glandes s'atrophient lorsque leurs conduits excréteurs cessent d'être perméables?

Quant à l'orchite parenchymateuse, on comprend aisément que l'atrophie puisse survenir à sa suite. En effet, le tissu du testicule s'infiltre de matière plastique, et l'affection se termine par induration, suppuration ou même gangrène.

Le siége particulier de l'orchite que nous étudions en ce moment ne suffit point, toutefois, à lui seul, pour expliquer l'atrophie testiculaire. Il faut encore invoquer la nature spécifique des oreillons. Ils ne sont point une maladie locale, mais bien une maladie générale. Ce qui le prouve, c'est qu'ils revêtent quel-

quefois la forme épidémique, c'est qu'ils sont peut-être contagieux et qu'ils s'accompagnent de métastases multiples, pouvant alterner les unes avec les autres. Dans certains cas les symptômes sont tellement intenses qu'ils font craindre le début d'une maladie grave. Ainsi le jeune homme couché au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne semblait atteint d'une fièvre typhoïde ; il avait eu des épistaxis, il éprouvait de la céphalalgie, il était très-prostré, sa langue était sèche et fuligineuse, il avait de la diarrhée et des râles sibilants. En palpant le ventre, qui était un peu météorisé, je constatai une douleur très-vive, nullement en rapport avec le degré de pression exercée. J'avais, paraît-il, touché les testicules. Mon attention fut alors éveillée et je découvris une orchite double. Le malade m'avoua qu'il avait eu quelques jours auparavant une tuméfaction douloureuse des deux côtés de la face. J'établis aussitôt que nous n'avions point affaire à une fièvre typhoïde, et les personnes qui ne partageaient point mon opinion furent obligées de s'y rendre le lendemain. Au bout de quelques jours, le malade sortait complétement guéri.

J'ai observé un cas semblable chez un jeune lycéen. L'état typhoïde était tellement prononcé que nous eûmes un instant des craintes sérieuses. Mais nos craintes se dissipèrent comme par enchantement dès l'apparition du gonflement testiculaire. Il est donc important d'être prévenu que pendant le transport de la maladie sur les testicules, il peut survenir un état d'apparence grave, capable de donner lieu à des erreurs nombreuses. On évitera ces erreurs en étudiant avec soin les antécédents des malades et la marche de l'affection.

Les oreillons, comme vous le voyez, déterminent un état général, une sorte d'infection qui permet, jusqu'à un certain point, d'expliquer l'atrophie consécutive à la métastase. On ne peut se défendre, pour la même raison, de rapprocher cette atrophie de celle qui survient dans certaines intoxications, et notamment dans l'intoxication iodée, comme nous l'a montré mon ami M. le docteur Cullerier. Mais les faits de cette dernière espèce sont plus rares aujourd'hui, depuis que l'on manie mieux les préparations iodées.

Il est évident qu'il y a sur la nutrition, dans l'un comme dans l'autre cas, une influence dont la nature nous échappe.

Quel est le pronostic dans le cas actuel? Nous ne pouvons le dire d'une façon absolue. Toujours est-il que ce jeune homme a ses fonctions génitales gravement compromises par l'atrophie de son testicule. Il présente en outre une circonstance fâcheuse que je ne puis passer sous silence. En se promenant, il y a quelques jours, dans le jardin de l'hôpital, il s'est senti pris, sans cause appréciable, d'une orchite du côté opposé. L'atrophie d'un des testicules entre-t-elle pour quelque chose dans la production de cette nouvelle orchite? Je ne saurais le dire, mais je ne puis m'empêcher de rapprocher de ce fait un cas semblable que j'ai observé sur un jeune collégien qui, trois mois après une orchite métastatique, fut atteint d'une orchite spontanée du côté opposé.

Quelle thérapeutique faut-il opposer à cet accident des oreillons. Malheureusement nous ne possédons rien de bien efficace. Ce qui me paraît être surtout indiqué ici, c'est la stimulation de la partie malade. On aura donc recours aux applications topiques, aux excitants (eau-de-vie camphrée, baume de Fioraventi, liniment térébenthiné, etc.). On pomènera sur le cordon des vésicatoires volants, on fera des cautérisations ponctuées.

L'électricité peut aussi être de quelque secours, mais à la condition, toutefois, de ne pas omettre certaines précautions : on placera sur les testicules des rhéophores humides et l'on n'emploiera que des courants modérés, rares et intermittents. Autrement, on s'exposerait, ainsi que l'a montré M. Duchenne (de Boulogne), à provoquer des névralgies intenses et très-rebelles.

En résumé, messieurs, je viens d'appeler votre attention sur un accident sérieux et peu connu des oreillons. Mais combien de *desiderata* sur une question qui est si grave et qui peut compromettre la responsabilité médicale! Quelle est la fréquence de cet accident? quelles sont les conditions qui favorisent son développement? quel en est le mécanisme, le degré de curabilité? quelles sont les lésions qu'il détermine et quels moyens avons-nous à lui opposer? Ce sont là autant de lacunes que je tiens à vous signaler, et je fais appel, messieurs, à votre zèle pour les combler.

HYPERTROPHIE CHRONIQUE DES AMYGDALES,

Son influence sur le développement et la santé des enfants.

(Note communiquée à l'Académie des Sciences par M. J. Cloquet, au nom de M. Champouillon.)

Il est de tradition dans la plupart des familles de n'accorder qu'une attention médiocre ou passagère à l'hypertrophie chronique des amygdales chez les enfants. Une pareille indifférence est d'autant plus surprenante que les avertissements ne lui font pas défaut, car il est dans la nature de cette infirmité de constituer, suivant les nuances de son développement, une cause permanente de tracasseries, de malaises, sinon de souffrances intolérables; il faut ajouter qu'elle peut devenir un obstacle à l'essor des constitutions les mieux préparées à une brillante évolution.

En effet, lorsque les tonsilles ont acquis un volume considérable, elles poussent devant elles et immobilisent le voile du palais ainsi que la luette habituellement déformée : elles bouchent plus ou moins complétement l'orifice postérieur des fosses nasales, et elles se rapprochent quelquefois sur la ligne médiane, au point de transformer l'orifice guttural en une simple fissure perpendiculaire. Ces changements de rapports anatomiques altèrent le timbre de la voix et apportent une gêne extrême dans les mouvements de déglutition ; pendant le sommeil, la respiration s'accompagne de râles ou d'un ronflement insupportables. La bouche est ordinairement sèche et l'haleine fétide.

M. Henri Roger a signalé un autre effet possible de l'hypertrophie des amygdales, quand elle date de la première enfance; c'est la déformation osseuse de la voûte palatine. Celle-ci, au lieu de former un plein cintre régulier, se relève en ogive ; il résulte de cette disposition anomale un soulèvement plus ou moins notable du plancher des fosses nasales qui contribue au rétrécissement du diamètre de ces canaux.

La trompe d'Eustache participe presque toujours à l'irritation chronique qui a envahi les amygdales ; sa membrane muqueuse, devenue turgescente, occasionne souvent une surdité plus ou moins prononcée. En général, tous les tissus, tous les organes qui environnent les tonsilles enflammées, subissent, à divers degrés, le rayonnement du foyer dont elles sont le siége. Les auteurs mentionnent comme effets habituels de ce voisinage, la fréquence du coryza, la sécheresse et une susceptibilité extrême de la gorge, un chatouillement importun causé par l'allongement de la luette, un développement exagéré des follicules de la muqueuse pharyngienne, une angine glanduleuse concomitante (affection bien décrite par M. Guéneau de Mussy), une toux rebelle liée à l'état catarrhal de la muqueuse respiratoire chez les sujets lymphatiques, et par-dessus tout, la facilité avec laquelle les malades contractent de nouvelles angines, car pour eux, une amygdalite chronique n'est en quelque sorte qu'une amygdalite aiguë en réserve.

La déformation avec étroitesse de l'orifice guttural des voies aériennes est un accident de toute autre importance. L'effet immédiat qui en résulte, c'est une diminution proportionnelle dans la quantité d'air inspiré; aussi le murmure vésiculaire n'a-t-il alors un peu d'ampleur et d'éclat qu'au sommet des poumons. Une certaine réduction dans le champ de la respiration n'est pas absolument incompatible avec la vie, mais il est hors de doute aussi qu'une respiration insuffisante (quant à la ration atmosphérique) nuit à l'hématose, rend imparfaite l'oxydation des globules sanguins, favorise l'anémie, abaisse la chaleur animale et altère l'élaboration des matériaux nutritifs.

Il est donc naturel de rencontrer chez les jeunes sujets affectés d'hypertrophie chronique des amygdales, la promptitude des essoufflements après le plus léger exercice, la fréquence de la maigreur et de la chétivité, une certaine propension au rachitisme, etc. Ces malades, par leur mode de vitalité, se rapprochent un peu de la classe des animaux à sang froid ; ils sont généralement très-frileux.

L'hypertrophie chronique des amygdales amène, avec le temps, une déformation particulière du thorax, que Dupuytren a décrite pour la première fois en 1828. Cette hétéromorphie fut étudiée ensuite par M. Lambron, qui en a fait l'objet d'un mémoire où se trouvent spécifiés les causes et le mécanisme des déviations thoraciques qui peuvent se produire quand un rétrécissement guttural gêne depuis longtemps la pénétration de l'air dans les poumons des enfants. Chez ceux-ci, les mouvements respiratoires s'effectuant surtout par les contractions du diaphragme, il se forme une dépression circulaire de la poitrine, au niveau des attaches de ce muscle. Les côtes, dans cette région, sont déprimées avec incurvation en sens opposé à leur courbure naturelle; le maximum de la dépression s'observe vers le milieu de la longueur de ces os. Quant au sternum, il fléchit fortement au point de réunion de son tiers inférieur avec son tiers moyen.

L'hypertrophie indurée des amygdales pouvant devenir, comme on voit, préjudiciable à la santé et à la prospérité physique du jeune âge, il importe de remédier à cette infirmité par les moyens les plus sûrs, à quelque période de chronicité qu'elle soit parvenue. Tenter avec des agents pharmaceutiques de résoudre l'induration des tonsilles, est une entreprise dans laquelle on échoue fréquemment. Que valent en effet les excitants, les résolutifs, les fondants, etc., contre la transformation anatomique des éléments constitutifs de l'amygdale? Il en résulte quelquefois un peu d'amélioration, mais presque jamais une guérison complète et durable. On réussit mieux, d'après le témoignage de M. Lambron, avec les eaux minérales sulfureuses administrées en boisson et en douches locales.

Si les procédés de l'hydrologie médicale comptent quelques succès, j'ai la certitude que leur efficacité dépend uniquement de l'action stimulante de la percussion et des principes minéraux absorbés. A ce titre, Luxeuil ne le cède en rien à Baréges. Mais cependant, pour les cas d'hypertrophie compliquée d'une cachexie quelconque, il ne peut y avoir incertitude dans le choix de la source ; il faut des eaux spéciales.

Lorsque après avoir vainement employé toutes les ressources de la matière médicale, si l'on a affaire à une amygdalite décidément rebelle, il faut en venir finalement à l'ablation des glandes; malgré les nombreuses difficultés qu'elle présente dans son exécution chez les jeunes malades toujours indociles sous la main du chirurgien, cette opération ne devrait jamais être ajournée, car à mesure que l'on temporise, la constitution se détériore davantage et la restauration devient de plus en plus difficile.

Aussitôt que les deux amygdales, ou l'une d'elles seulement, ont été enlevées, le sujet respire avec une aisance et une satisfaction manifestes; le poumon commence à s'épanouir, et dans les mouvements vitaux de l'organisme, tout va changer d'allures. Cette transformation suit une marche et atteint un développement dont je vais emprunter les principaux détails à l'observation clinique, afin de les présenter avec une variété suffisante d'aspects dans l'exposition qu'ils comportent.

Obs. I. — L. T..., né de parents sains et robustes a été, dès l'âge de trois ans, sujet à de fréquents maux de gorge qui amenèrent un gonflement très-considérable des amygdales. Quand je vis cet enfant pour la première fois, il venait d'atteindre sa neuvième année; il était alors d'une apparence fort chétive et d'une santé chancelante; les amygdales, toujours volumineuses, restaient dures et indolentes.

Je mesurai, à cette époque, la capacité des poumons de T... au moyen d'un *spiromètre* d'une construction très-simple. Cet instrument se compose d'un tube courbé en forme de siphon, dont la branche la plus courte s'engage dans une cloche graduée pleine d'eau et renversée dans une cuve. L'échelle de cette cloche comprend 80 degrés, graduation tout à fait arbitraire.

Une inspiration *maximum* faite à l'air libre par T... et suivie d'une expiration *maximum* dans la longue branche du spiromètre, fit baisser le niveau du liquide de 80 à 62°.

L'expérience plusieurs fois répétée donna le même résultat, sauf quelques écarts insignifiants.

Les amygdales furent enlevées par Robert, le 9 juin. Trois mois et vingt jours après l'opération, la capacité pulmonaire de l'enfant avait augmenté de 8 degrés (54 degrés du spiromètre). Le thorax, jusque-là de forme cylindrique, acquit rapidement de l'ampleur et de la symétrie ; les membres se garnirent de tissus fermes et épais : la taille, un peu déformée, prit une élongation régulière. Dix mois avaient suffi à cette heureuse transformation.

La constitution de T... ayant été reconnue suffisamment fortifiée, il fut placé dans un lycée de province. J'avais depuis longtemps perdu de vue ce sujet, lorsqu'il y a deux ans, je le retrouvai par hasard au conseil de révision, où je le vis classer pour l'arme des lanciers.

Obs. II. — R. H... est le second des enfants d'une famille dont le père est mort tuberculeux, mais dont tous les autres membres se font remarquer par leur vigueur et leur santé. Vers l'âge de quatre ans, H... fut atteint d'une rougeole qui laissa après elle un véritable état catarrhal des voies respiratoires, un engorgement considérable des tonsilles et un peu de surdité à droite. De quatre à douze ans, cet enfant eut à subir de très-nombreux retours d'amygdalite aiguë, de rhume, d'otorrhée et de ganglionite cervicale : sa peau était continuellement humide de sueur, le cœur n'offrait aucune lésion anatomique, mais le sommet des poumons devenait fréquemment le siége d'un mouvement fluxionnaire accompagné de sub-matité dans cette région.

A treize ans H... était bien loin d'avoir acquis le développement d'un sujet de son âge : sa maigreur était excessive et sa poitrine d'un aspect pitoyable; nul exercice ne lui était possible sans suffocation immédiate. Deux saisons aux Eaux-bonnes, sous la direction de M. Darralde n'apportèrent aucune amélioration dans l'état de la muqueuse pulmonaire non plus que dans l'état des amygdales restées énormes mais insensibles. La respiration était devenue tellement laborieuse et sifflante, que la famille se prit enfin d'inquiétude sur l'avenir du malade. L'ablation des amygdales fut donc résolue et pratiquée par mon neveu.

Antérieurement à l'opération, l'expiration donnait 69 degrés au spiromètre; cinq mois après l'enlèvement des tonsilles, elle marquait 56 degrés. Dès que l'air put entrer abondamment dans les poumons et y féconder les matériaux de la nutrition, il y eut, pour ainsi dire, émulation entre tous les appareils organiques pour leur évolution simultanée; et depuis lors, tous les malaises, toutes les souffrances qui avaient si obstinément tourmenté l'enfance de H... ont successivement disparu.

Ce cas m'a laissé le souvenir d'un succès thérapeutique véritablement idéal.

J'ai vu tout récemment, chez M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, une jeune personne qui, sous l'influence latente d'un gonflement très-considérable des amygdales, était restée chlorotique, chétive, sans animation et sans forces, jusqu'au moment où elle fut opérée par M. Bauchet. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans, Mlle X... est devenue difficilement reconnaissable, tant sa constitution et sa santé diffèrent aujourd'hui de ce qu'elles étaient précédemment. Le changement, ici encore, a été d'une rapidité surprenante, car il a suffi de trois mois pour transformer les conditions d'existence actuelle et d'avenir chez cette malade.

Je pourrais donner, comme une suite de celles qui précèdent, cinq autres observations du même genre et ayant la même signification ; elles ne s'en distinguent que par une proportion moindre dans les détails. Je renonce toutefois à les transcrire, parce que, en clinique, le mieux est, je crois, d'étudier chaque chose dans son meilleur exemplaire.

Les faits que je viens de rapporter démontrent, ce me semble, que chez les enfants la santé et l'évolution plastique peuvent être gravement compromises par l'hypertrophie invétérée des amygdales, mais que l'ablation de ces glandes a pour effet de restituer aux facultés vitales la liberté et la plénitude de leurs impulsions.

Les cas de déformation thoracique signalée par Dupuytren, et si judicieusement interprétée par M. Lambron, ne sont pas très-communs ; jusqu'à présent, je n'en ai rencontré aucun exemple, de sorte que je ne suis point en mesure de dire quelles peuvent être, pour cette infirmité, les conséquences de l'amygdalotomie.

Il est admis depuis longtemps que l'ablation des tonsilles donne aux mouvements respiratoires plus d'aisance et d'étendue ; j'ai recherché et démontré par la vérification expérimentale, la mesure et les progrès de l'expansion pulmonaire. C'est là le but unique et le point essentiel de la communication que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 25 avril 1866.

(Fin de la communication de M. Trélat.)

La saison froide, avons-nous dit, et particulièrement les changements de saison, accroissent le danger des Maternités. Il faut donc prévoir ce danger, s'opposer par la création de moyens temporaires à l'encombrement qui peut résulter de l'accroissement normal des naissances, redoubler les précautions hygiéniques que nous allons indiquer, guetter les premiers indices de la contagion et y couper court par la séquestration et l'isolement promptement et radicalement exécutés.

Mais ce qui est plus important encore, c'est la prophylaxie générale de l'infection et de la contagion.

La première doit être combattue par des mesures de savante propreté, mesures régulières dont on ne doit jamais se relâcher si on veut qu'elles soient fructueuses. Repos fréquent des salles avec large aération, blanchiment ou lavage des parois, nettoyage complet du matériel de meubles et de linge, de telle sorte qu'à chaque fois ce soit presqu'une salle neuve qui soit livrée aux accouchées, tels sont les moyens qui préviendront l'imprégnation miasmatique. Ces moyens ne laisseront pas d'être coûteux, mais nécessité fait loi, et il y a ici plus que nécessité. D'ailleurs, nous avons des exemples à suivre et il dépendra d'une administration habile de réaliser aussi économiquement que possible cette organisation indispensable.

A la contagion il n'y a qu'un remède, c'est la séparation immédiate, absolue des accouchées saines et des accouchées malades, séparation qui nécessite des bâtiments et même, suivant l'opinion de M. Le Fort que j'adopterai volontiers, des services distincts. La majeure partie, sinon la totalité de l'infirmerie destinée aux malades devrait consister en chambres séparées pour éviter la douloureuse communauté de l'agonie, et pour prolonger encore la lutte contre la contagion.

Est-il nécessaire de faire remarquer que la plus simple logique indique la nécessité d'évacuer en totalité, et très-vite, l'établissement où on ne serait plus maître de la contagion, où celle-ci serait parvenue à franchir les murs et les séparations de toute nature, si tant est que le fait puisse se produire? Toutes les prévisions sont licites en présence des résultats connus.

Par un raisonnement analogue on reconnaît qu'il n'est guère possible d'organiser le roulement, le repos des salles, leur complète aération, et surtout d'effectuer rapidement l'évacuation, si l'établissement est trop vaste. Sans m'étendre sur ce sujet qui a été traité par M. Le Fort, je dirai comme lui qu'une Maternité organisée pour faire six ou huit cents accouchements avec un espace permettant d'en faire beaucoup plus, me paraît une sage combinaison.

Nous nous occupons ici de l'hygiène des Maternités, aussi je laisse complétement à l'écart les questions relatives à la suppression de ces hôpitaux et à la transformation du secours hospitalier en secours à domicile pour les accouchements. Importants problèmes absolument différents de celui que nous examinons, ils ne peuvent trouver aucune place dans notre argumentation. Il serait temps, d'ailleurs, de les aborder s'il était prouvé qu'on a épuisé sans succès toutes les ressources de l'hygiène dans les hôpitaux d'accouchement. A cet égard je suis d'avis que si on a beaucoup fait, la carrière des améliorations utiles est loin d'avoir été courue tout entière.

Les principes que je viens de résumer brièvement, sur lesquels nous sommes tous d'accord, depuis notre éminent collègue M. Danyau, qui a fait sa profession de foi en 1858 à l'Académie de médecine, jusqu'à MM. Hervieux, Le Fort et Tarnier; ces principes, quoi qu'on en puisse dire, n'ont point encore été appliqués dans nos hôpitaux de Paris.

Assurément, messieurs, ce programme de précautions ne peut être rempli dans tous les établissements : il faut beaucoup d'espace, beaucoup de ressources et des moyens d'isolement, mais je laisserais volontiers aux architectes le soin de dresser tel plan qui leur conviendrait, pourvu qu'il nous permît d'atteindre avec sécurité notre but, et malgré les excellentes raisons qu'a fait valoir M. Tarnier à l'appui de son projet de maternité, je me demande encore s'il est nécessaire d'en venir, suivant la croyance de notre collègue, à la séparation de toutes les accouchées dans des chambres distinctes. Je lui concède que cela aurait des avantages au point de vue du repos et de la tranquillité des femmes en couches, sans doute même au point de vue de la contagion; mais quand je songe aux difficultés de service, d'aération et même de disposition qu'entraînerait ce mode de construction, je reste plein de doutes. D'autant plus que dans la chaleur de l'improvisation, M. Tarnier affirmait que tous les hôpitaux étant détestables, il fallait absolument abandonner la routine et faire autre chose que ce qu'on avait fait jusqu'ici.

C'est aller trop loin; tous les hôpitaux ne sont pas détestables. Dublin et Rouen sont la réponse à cette assertion trop formelle. Dans ces deux établissements on obtient de bons, de très-bons résultats sans que toute accouchée ait une chambre à part. Dira-t-on que cela ne suffit pas et qu'il faut à toute rigueur arriver pour nos hôpitaux à cette mortalité de 0,5 pour 100 qui paraît être la moyenne de la population civile. Je ne demande pas mieux, mais commençons d'abord par avoir le bien avant de réclamer le mieux. On sait qu'ils ne sont pas toujours amis.

Je disais tout à l'heure que nos idées communes, en matière d'hygiène, n'ont pas encore reçu d'application, ou n'ont reçu qu'une application bien incomplète à Paris. Vous avez entendu M. Tarnier vous parler de la Maternité et du nouveau service de l'hôpital Cochin. Je ne veux ajouter que quelques mots sur cet établissement, et je me contente de poser des questions, laissant à M. Guyon le soin de les résoudre. N'a-t-on pas eu trop de confiance dans la virginité du bâtiment? N'a-t-on pas cru que ses larges proportions, ses grandes fenêtres, sa propreté originelle seraient pour longtemps des garanties contre la fièvre puerpérale? Sans parler des nettoyages de murailles, plafonds et planchers qui sûrement n'avaient pas été faits jusqu'à ces derniers temps, avait-on un personnel suffisant pour opérer le nettoyage complet et fréquent de la literie et des meubles, et d'une façon ou de l'autre cela a-t-il été fait?

Certes, on peut critiquer de plus d'une manière la nouvelle construction de Cochin, et si je me borne à dire qu'à part les salles, tout a été exécuté sans une étude suffisante, puisque la distribution des services a été réglée une fois le bâtiment élevé, c'est pour abréger cette communication déjà bien longue. Mais tel qu'il est, cet établissement doit pouvoir donner d'autres résultats que ceux que nous connaissons, et je crois que ces résultats vont être un aiguillon salutaire pour pousser à une recrudescence de précautions nécessaires.

Quant à la Maternité, je répondrai plus complétement à la question qui m'a été adressée par M. Tarnier.

Dès mon entrée à la Maternité, j'avais exposé à M. Husson l'opinion qu'une modification totale, une reconstruction était nécessaire pour échapper enfin à une situation qui semblait empirer avec les années. Cependant, la mortalité ayant été de 28,5 p. 100, — 12 mortes sur 42 accouchées dans les trois premiers mois de l'année 1865, l'administration fit exécuter des travaux considérables d'assainissement, travaux très-bien entendus, mais qui n'apportèrent aucun changement dans les formes de l'édifice. En même temps le nombre des lits restant à peu près le même, il fut convenu qu'une moitié seulement servirait pendant que l'autre serait à l'état de repos. Ce roulement fut organisé de telle sorte que les grandes salles, fractionnées par groupes de six lits, offraient alternativement un groupe en activité et un groupe au repos. Tout cela était bien conçu : assainissement général, latrines irréprochables, chauffage à circulation d'air; dispersion et diminution du nombre des accouchées; roulement du service par alternance des salles, tels étaient résumés en quelques mots les moyens employés.

Ces moyens portèrent leurs fruits. Après la réouverture de la maison, en avril et en mai, 186 accouchements ne donnent que 2 morts, soit : 1,06 p. 100. En juin et juillet, mouvement défavorable, mais heureusement borné : 157 accouchements, 12 décès, 7,6 p. 100. Les autres mois donnent : août, 3,6 p. 100; septembre, 2,5 p. 100; octobre, 5,5 p. 100; novembre 2,2 p. 100; décembre, 2,5 p. 100. J'ai défalqué des mois d'octobre et novembre 8 décès cholériques qui troubleraient les appréciations. La mortalité se résume pour cette période de neuf mois, y compris l'aggravation de juin et juillet, par le chiffre de 3,6 p. 100.

Mais dès le début de 1866, janvier nous donne 7,84 p. 100, et en février nous sommes débordés, la contagion est plus forte que nos mesures préventives, elle gagne de proche en proche et s'étend partout; nous sommes en face d'une épidémie : 103 accouchements, 28 décès, soit 27,18 p. 100 de mortalité.

Voilà, de mois en mois, ce qui s'est passé dans l'hôpital auquel je suis attaché. En conclura-t-on que les améliorations opérées en 1865 ont été inutiles? Non, très-utiles; les neuf derniers mois de l'année passée le prouvent; mais elles sont insuffisantes. Elles ont été une digue temporaire et incomplétement entretenue. Nos moyens de résistance contre l'infection et l'invasion puerpérale n'étaient ni assez puissants, ni assez constants; nous avons été inondés, voilà tout, et c'est facile à comprendre.

Les salles sont mal aérées et ne peuvent pas l'être convenablement. La forme claustrale du bâtiment, l'étroitesse des fenêtres, l'insuffisance de l'espace cubique d'air alloué à chaque malade, la disposition des salles en enfilade, qui ne permet pas d'ouvrir continuellement toutes les fenêtres des sections en repos, telles sont les causes de la mauvaise aération. Par cela seul le mécanisme de la désinfection naturelle est altéré, l'alternance des salles perd énormément de sa valeur.

D'autre part, l'extrême voisinage des différents services, salles de femmes en couches et infirmerie; une certaine promiscuité du personnel des différents services, promiscuité atténuée depuis un an, mais non annulée; une mauvaise disposition de la literie pendant le repos des salles (les lits étant refaits immédiatement après avoir été renouvelés), enfin la complète insuffisance de lavage ou de blanchiment des murs et planchers, de lessivage des rideaux et objets de literie servant aux accouchées valides; tout cela se joint aux vices fondamentaux que je viens de signaler, et entretient l'infection ou favorise la contagion.

J'ajoute que lorsque les accouchées de mon service sont prises de fièvre puerpérale, je dois les garder dans ma salle, ce qui constitue dans la maison un second foyer. C'est pour ce motif que j'avais interrompu M. Tarnier, pour lui dire que tous les cas de fièvre puerpérale ne sont pas transportés à l'infirmerie. Au reste, c'est là un point qui peut être réglé par un accord entre le médecin et le chirurgien, et je désire vivement que cela ait lieu, d'abord pour éviter la constitution d'un double foyer, ensuite pour éviter des cas de contagion immédiate sur des femmes encore saines.

Evidemment, un certain nombre des causes que j'ai signalées peut disparaître. Rien n'empêche que les mesures d'excessive propreté soient exécutées désormais d'une manière irréprochable. Ce sera beaucoup, mais ce ne sera pas tout; il n'en restera pas moins un bâtiment mal disposé pour l'aération et une proximité fâcheuse entre l'infirmerie et les salles d'accouchées saines.

La construction d'une infirmerie complétement isolée serait sans doute une excellente chose; elle aurait un double résultat, d'abord la séparation des malades, ensuite l'agrandissement du service des accouchées, ce qui permettrait de mieux exécuter le roulement. Je crois savoir que l'administration ne serait pas éloignée de cette idée vers laquelle je la pousserais de tous mes efforts.

Messieurs, quand on se reporte par la pensée aux discussions, aux écrits, aux travaux de toutes sortes qui se sont produits dans tous les pays avancés, sur l'hygiène des Maternités, on sent qu'on est en présence d'un des plus difficiles problèmes qui se puissent poser aux hommes de science, d'un de ces problèmes qui réclament à la fois de larges connaissances médicales et la faculté de soumettre au contrôle de l'expérience les prévisions de la science.

Ce problème, nous pouvons en toute liberté l'agiter, l'élaborer dans nos discussions, mais quand, passant des spéculations théoriques à l'application, nous voulons apporter notre propre contingent à l'œuvre hospitalière; quand nous voulons faire ce que personne plus que le médecin n'est capable de faire, poser des indications générales, indiquer en même temps le but à atteindre et les écueils à éviter; quand, en matière d'hygiène, science si compréhensive et si vaste, nous énonçons le résultat de nos études grossi de toutes les études antérieures, qu'arrive-t-il? Nous restons impuissants. Notre administration de l'assistance publique, quoique étrangère à nos méthodes et à nos connaissances scientifiques, juge sans débat contradictoire et décide pour le mieux sans doute, mais sans nous faire intervenir en rien dans ses décisions.

Cela n'est ni logique ni profitable, je le dis sans aucune mauvaise intention, mais parce que c'est ma profonde conviction. Cela n'est pas logique, car il ne viendra à l'esprit d'aucun homme sensé que l'hygiène ait cessé d'être une des branches de la médecine, et que par conséquent tout ce qui ressortit à l'hygiène ne soit pas le domaine incontesté du médecin. Ce n'est pas davantage profitable : l'administration marche, en matière d'améliorations, à la remorque de la science, dont elle prétend interpréter le langage mieux que ses adeptes habituels. Il lui arrive de se fourvoyer dans cette tâche; ses tentatives manquent le but qu'elles auraient pu atteindre si les esprits compétents avaient été consultés.

Ne croyez pas que je veuille en aucune façon substituer les médecins à l'administration. Ma pensée est tout autre; l'administration a un grand et noble rôle auquel probablement nous serions tous malhabiles, et c'est précisément parce qu'elle a ce rôle déjà si large qu'elle devrait s'y restreindre. A chacun sa besogne; à chacun le travail auquel il est le plus apte; à l'administration de pourvoir à la vie régulière de nos établissements, d'aménager les ressources, de contrôler les dépenses, de veiller à l'accomplissement régulier des services, etc.; aux architectes et aux ingénieurs l'étude des procédés techniques les plus parfaits, des formes de constructions les plus commodes, des matériaux les plus favorables, mais à nous et à nous seuls de formuler des programmes d'hygiène et d'établir les règles premières des organisations hospitalières.

Déjà à la suite de notre discussion sur la salubrité des hôpitaux, nous avions émis le vœu qu'en toute question de cet ordre l'administration consultât un comité permanent renfermant le triple élément administratif, technique et médical. Vœu stérile. La construction de Cochin, les travaux de la Maternité ont été exécutés sans notre participation, sans qu'on eût songé à utiliser ce concours loyal et désintéressé, ce partage de responsabilité que nous avons offert.

Que l'administration porte donc seule la responsabilité de ses œuvres bonnes et mauvaises. Je ne sais s'il faut l'admirer de ce courage ou la plaindre de cet excès, mais je ne veux pas quitter la parole sans l'adjurer encore, au nom du jugement souvent rigoureux de l'opinion et en face de cette redoutable question des Maternités, de mettre à profit, en s'en couvrant comme d'un manteau, les délibérations d'un corps médical qui n'a jamais failli à son appel.

Séance du 2 mai 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Discussion sur l'hygiène des Maternités.

M. Léon Le Fort. Notre collègue M. Guyon devait aujourd'hui prendre la parole, et je regrette vivement qu'il n'ait pu le faire. J'éprouve, je dois le dire, un certain embarras à prendre part en ce moment à la discussion si importante ouverte devant vous; il y a en effet si peu de divergence d'opinion entre MM. Tarnier, Trélat et moi-même que je ne pourrais que répéter inutilement ce qu'ils ont déjà si bien exposé. Mon embarras est grand, car en revenant sur ces causes de la grande mortalité des accouchées dans les Maternités, en revenant sur l'influence de l'état moral, de la situation matérielle des malheureuses reçues dans nos établissements spéciaux; sur la part que prennent dans cette mortalité les opérations obstétricales, la primiparité, la durée du séjour, la contagion, la promiscuité des accouchées bien portantes et malades, je ne pourrais que répéter ce que j'ai écrit dans le livre que j'ai eu l'honneur de vous présenter et en résumer verbalement les plus importants paragraphes.

Notre collègue M. Guyon me faisait du moins pressentir un contradicteur sur la question des influences épidémiques, et j'aurais pu, en parlant après lui, défendre les opinions émises dans mon travail, répondre aux objections qu'il aurait pu présenter.

Cependant, messieurs, avant d'aborder ce point de doctrine que je considère comme la base de toute les réformes à apporter dans l'hygiène des Maternités, je vous demande la permission de dire quelques mots d'une question peut-être un peu personnelle.

Ce que j'ai cherché à mettre tout d'abord en pleine lumière en m'appuyant sur de larges données statistiques, c'était la différence de mortalité qui existe, suivant que les accouchements sont faits dans les établissements hospitaliers ou à domicile. Dans un court résumé historique M. Tarnier, dans son discours, et M. Guyon, dans les *Archives de médecine*, citent les travaux de MM. Späth, Braün, Credé, Greenser, etc., comme conçus dans le même esprit et montrant les mêmes différences pour Vienne, Leipzig, Dresde, etc. C'est une erreur que nos collègues n'eussent pas commise s'ils eussent connu, autrement que par mon travail, les statistiques de ces éminents accoucheurs. J'ai cité leurs noms, j'ai signalé leurs travaux en tête de mes recherches et c'était justice, mais cela ne voulait pas dire qu'ils eussent établi la comparaison entre les résultats obtenus par eux dans leur Maternité, et ceux obtenus en ville.

Cette comparaison, c'est M. Tarnier qui l'a faite le premier, et c'est un service signalé dont il faut lui rapporter l'honneur. Cependant, qu'il me permette de le lui dire, j'ai pu malheureusement savoir par moi-même qu'il n'avait pu faire entrer dans tous les esprits une conviction qui, parce qu'elle ne s'appuyait que sur une statistique restreinte, n'était pas moins l'expression de la vérité.

Lorsque, dans la discussion de l'Académie sur l'hygiène des hôpitaux en 1861, je publiai ma note sur quelques points de l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre, j'avais commis l'erreur de croire que la section des accouchements de Guy's hospital, était un service intérieur et non un service extérieur, les accouchements étant faits au domicile de chaque accouchée. L'erreur me fut signalée de Londres; je la signalai de suite et avant toute discussion à l'Académie, dans une lettre qui se terminait par ces mots : « Toutefois, si cette différence de mortalité de 4 sur 43 à Paris, de 1 sur 331 à Londres, s'explique plus naturellement pour l'accouchement à domicile, elle n'en montre que mieux, comme l'a dit M. Davenne, le vice de la spécialisation des Maternités. »

Le service d'accouchement à domicile annexé à Guy's hospital avait donné, comme résultat, pendant une période de sept ans, une morte sur 331 accouchées. Or, messieurs, pendant toute une séance qui me parut longue, M. Briquet égaya l'Académie sur une statistique qu'il appelait *mitigée*, et qui donnait comme possibles de pareils résultats: Une morte sur 331 accouchées! il fallait être Anglais pour avancer de pareilles choses et plus que crédule pour les répéter en France. L'Académie approuvait par son attitude l'étonnement de l'orateur, et elle

l'eut approuvé bien davantage, s'il eut ajouté que dans le service d'accouchement dont il était chargé à l'hôpital de la Charité, il avait perdu en moyenne dans les trois années précédentes une femme sur neuf. Une lettre du docteur Steele, directeur de Guy's hospital, répondit à cette regrettable argumentation; le livre que je viens de publier, les dix-huit cent mille accouchements sur lesquels s'appuie ma démonstration, répondent aujourd'hui à l'incrédulité de 1861.

Je ne reviendrai pas, messieurs, sur ce que j'ai dit, quant aux causes particulières de la mortalité dans les Maternités; M. Tarnier avec des documents nouveaux, et dont plusieurs lui sont personnels, a démontré leur importance respective; M. Trélat a jugé, par ses belles et patientes recherches, la question pratique, si importante, de l'acclimatement des femmes enceintes. J'hésitais, faute de documents suffisants; aujourd'hui le doute n'est plus permis, et je suis pleinement convaincu.

Mais il est une question sur laquelle existent entre nous de légères divergences d'opinion, c'est celle des influences dites épidémiques; c'est la question la plus importante, et je vous demande la permission d'exprimer ma pensée sur ce point, de répondre quelques mots à MM. Tarnier et Trélat, et de réfuter par avance, puisque je dois parler aujourd'hui, quelques-unes des objections que me fera sans doute M. Guyon.

M. Tarnier me reproche d'avoir, d'un trait de plume, supprimé les épidémies; M. Trélat nie comme moi le soi-disant génie mais il donne comme nous le verrons une influence marquée à l'état atmosphérique; M. Guyon, il y a quelques jours, défendait l'idée des influences occultes agissant avant même l'éclosion de l'épidémie. Je nie les épidémies de fièvre puerpérale; mais il faut avant tout que je spécifie le sens de ce mot, que j'emploierai moi-même quelquefois, faute d'autre.

Quelle que soit leur origine, toutes les maladies peuvent affecter dans leur mode de dissémination deux caractères différents : sporadiques, elles n'attaquent à la fois qu'un petit nombre d'individus; épidémiques, elles attaquent dans le même temps et dans le même lieu un grand nombre de personnes. C'est cette signification que je donne au mot épidémie, sans rien préjuger des causes de la maladie. Mais à côté de ces deux mots il en existe un troisième, c'est celui d'endémique. Celui-là sert à caractériser une maladie susceptible de naître primitivement, dans le lieu où elle exerce ses ravages, c'est une maladie indigène en quelque sorte; malheureusement le langage médical ne possède aucun terme propre à désigner sans confusion possible, une maladie venue d'un autre pays.

Sporadique est opposé à épidémique, et une même maladie endémique peut être sporadique et d'autres fois épidémique, en prenant ce mot dans l'acception que nous venons de lui attribuer. Ainsi, des marais existent dans un pays, la fièvre intermittente y est endémique; si les effluves paludéens sont peu abondants, quelques habitants prédisposés à en ressentir l'influence seront seuls atteints, il y aura des cas sporadiques d'une maladie endémique, la fièvre intermittente. Si au contraire les circonstances atmosphériques et météorologiques aidant, les effluves se dégagent avec une grande intensité, il y aura dans le même temps, dans le même lieu, un grand nombre de fébricitants, il y aura en un mot une épidémie de fièvre intermittente, bien que cette maladie soit indigène c'est-à-dire endémique.

Mais, opposé au mot endémique, nous retrouvons le même terme, celui d'épidémique; c'est qu'en effet, toutes les fois qu'une maladie ayant pris naissance loin du lieu où elle sévit (choléra, fièvre jaune, en Europe), se montre dans un pays, elle attaque à la fois dans le même temps et dans le même lieu un grand nombre de personnes. A quoi tient cette mortalité exceptionnelle, quel est le mode de transmission et de propagation de la maladie, c'est ce qu'il me faut brièvement examiner.

A ce mot épidémie tel qu'on l'emploie s'attache trop souvent, à côté de l'idée de nombre, une idée de provenance et de causalité. On tend à considérer chaque malade atteint, pendant une épidémie, comme frappé par un miasme *primitif,* venu de plus ou moins loin. Cette idée est juste quand il s'agit de maladies régnant au lieu même où existe la cause première de leur production, et dans le rayon de l'action *directe* de cette cause, comme la fièvre intermittente paludéenne au voisinage des marais, comme la fièvre jaune sur la rive américaine de l'Atlantique. Quels qu'isolés qu'ils puissent être les uns des autres, les individus vivant au milieu de cette atmosphère, viciée d'une manière spéciale, devront en subir l'influence, et si elle agit suffisamment sur eux, il pourront devenir malades : c'est alors d'une manière directe et primitive que le miasme aura agi sur chacun d'eux.

Cette idée qui admet l'existence d'un miasme frappant primitivement chaque individu atteint est fausse, quand elle s'applique à des maladies qui régnent épidémiquement, loin du lieu où agit leur cause première productrice, comme le choléra ou la fièvre jaune, en Europe. Isolé des malades déjà frappés, à l'abri de toute contagion directe ou indirecte, aucun individu ne sera atteint; s'il s'agit de maladies exotiques. S'il s'agit d'une maladie endémique spéciale à certains états physiologiques, comme la fièvre puerpérale, le nombre des malades, limité alors aux cas primitifs, ne subira que peu de variation et, dans l'un ou l'autre cas, il n'y aurait jamais d'épidémies, c'est-à-dire un nombre exceptionnel de maladies dans un même temps et dans un même lieu. Aussi, messieurs, j'ai cru pouvoir poser cette loi : toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre, sous forme épidémique, est contagieuse.

La fièvre puerpérale est contagieuse, et les épidémies, si fréquentes dans nos Maternités, sont dues non à un mauvais air ou à un malin esprit qui s'est abattu sur un hôpital et ne veut plus en sortir, mais à la contagion qu'on a laissé librement s'exercer, quand on ne la favorise pas, grâce à une mauvaise organisation.

Mais, j'ai à répondre ici à plusieurs objections. Pourquoi cette contagion ne s'exercerait-elle pas toujours? Pourquoi, à de certaines époques, presque toutes les accouchées deviennent-elles malades, tandis qu'une fièvre puerpérale primitive subsiste parfois sans affecter les accouchées voisines, couchées dans la même salle? Pourquoi l'épidémie cesse-t-elle d'elle même, alors que tous les moyens employés n'avaient pu garantir les accouchées?

Permettez-moi, messieurs, de reproduire ici une comparaison un peu banale que j'ai faite, dans mon travail. Une maladie contagieuse est comme une graine, pour que cette graine germe, il faut qu'elle trouve un terrain convenable, convenablement préparé, et sa germination sera facilitée, gênée ou empêchée par des conditions biologiques ou atmosphériques.

Une armée en campagne a subi toutes sortes de privations et de fatigues, ses blessés, entassés dans des hôpitaux où existent les conditions hygiéniques les plus fâcheuses, voient naître parmi eux ce fléau qui naît de la concentration de toutes les misères : le typhus des camps. L'air vicié que tous respirent, fait directement sentir sur tous son influence; un grand nombre deviennent malades, et une épidémie se crée de toutes pièces. Deux de ces malades sont évacués sur d'autres localités; l'un est placé dans un village, au milieu d'une famille de paysans robustes, bien nourris, bien portants, sainement logés, et il ne communique sa maladie à personne, quoiqu'elle soit contagieuse. Le second est évacué sur un autre hôpital où le typhus n'existe pas, mais où, par la réunion des mêmes causes, il est en quelque sorte en imminence. Ce typhique y trouve des malheureux dont la réceptivité morbide est extrêmement développée; là il agit comme l'étincelle qui allume un vaste incendie, il contagionne autour de lui et il devient le point de départ d'une épidémie qui, sans lui, sans l'état déjà fâcheux des autres malades, n'eût probablement pas éclaté.

Une fièvre puerpérale éclate chez une accouchée; ses voisines, ses compagnes d'hôpital ont eu des couches faciles, ou leur accouchement remonte déjà à quelques jours, la température est défavorable à la dissémination de la maladie; la fièvre puerpérale s'éteint sur place. Supposons les conditions inverses; cette première malade communique son affection à une seconde, et les causes de propagation augmentant en proportion des cas morbides, une épidémie est dès lors constituée.

Ici, messieurs, intervient l'infection hospitalière, influence fâcheuse à laquelle M. Trélat attribue, avec grande raison, une part importante dans la mortalité des accouchées; dans la facile extension des épidémies; dans l'apparition plus multipliée des cas primitifs de maladies puerpérales. Elle ne produit pas les épidémies, mais elle les rend possibles, et facilite leurs ravages.

M. Guyon a produit en faveur du génie malfaisant qui promène les épidémies, un argument qui, s'il était fondé, aurait une grande valeur. L'apparition des épidémies est précédée, dit-il dans son article des *Archives générales de médecine,* d'un état sanitaire fâcheux, déplorable même des établissements ou des services dans lesquels l'épidémie ne va pas tarder à éclater.

Cette opinion de notre collègue est absolument contredite par les faits. Si vous jetez les yeux sur les tracés graphiques, publiés dans mon travail, vous serez frappé de la manière brusque dont la mortalité s'élève toutes les fois qu'elle dépasse notablement la moyenne et qu'il survient ce qu'on appelle une épidémie. Vous la voyez passer de 1 à 14 p. 100, de 0 à 12 p. 100, de 5 à 25 p. 100, non pas progressivement, mais brusquement d'un mois à l'autre; où est cette mortalité inquiétante et déjà grave avant de devenir excessive? où est la menace? vous ne la trouvez nulle part.

Sans doute parfois vous voyez ces cas de fièvre puerpérale se développer, puis deux ou trois lui succèdent, et enfin la Maternité tout entière est envahie; mais ces premiers cas isolés ne sont pas l'annonce de l'épidémie, c'est déjà l'épidémie qui commence et qui deviendra d'autant plus forte, que les sources de contagion augmenteront avec le nombre des malades. *(A suivre.)*

Etude statistique sur la maladie syphilitique, le chancre simple et la blennorrhagie, par le docteur Millet, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Quelques idées sur l'origine et le traitement de la goutte, de la gravelle, de la pierre et d'autres maladies dépendant de la diathèse urique; par le docteur L. Aug. Mercier. 1re partie comprenant l'origine et les causes de cette diathèse. broch. in-8°. Prix : 1 fr. 50, — Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Soubd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 57. — JEUDI 17 MAI 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 17 MAI 1866. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 MAI 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu hier la lecture du rapport de M. Delpech sur la trichinose. Il ne s'agit pas du rapport fait en commun par MM. Delpech et Reynal, à la suite de la mission dont ces deux savants ont été chargés par l'administration, et qui a déjà reçu la publicité du *Moniteur* et des autres journaux politiques, en même temps que celle des journaux de médecine. Il s'agit d'un rapport exclusivement scientifique dont M. Delpech seul a été chargé par l'Académie, pour lui rendre compte des diverses communications qui lui ont été adressées sur ce sujet depuis qu'il a été mis à l'ordre du jour.

M. Delpech que sa mission scientifique a mis à même d'étudier sur place tous les éléments de la question, a saisi cette occasion pour en présenter à l'Académie une étude complète. Son travail renferme, en effet, un court historique des recherches qui ont amené la découverte de la trichinose et la connaissance du développement et de la transformation des trichines; l'histoire rapide de la trichinose chez l'homme et des épidémies qui ont été observées dans ces derniers temps; une étude de l'étiologie et de la prophylaxie de la trichinose, au double point de vue de l'hygiène privée et de l'hygiène publique; des considérations sur les difficultés que présente l'organisation de l'inspection microscopique obligatoire des viandes de porc, telle qu'elle est instituée dans quelques parties de l'Allemagne; une appréciation des objections dont cette organisation a été l'objet; enfin un historique de la trichinose en France et un exposé des causes qui en expliquent l'extrême rareté, si non même l'absence absolue, ainsi que des différences qui existent à cet égard entre la France et l'Allemagne. Ce dernier ordre de considérations a naturellement conduit le rapporteur à examiner la question de l'utilité qu'il pourrait y avoir à appliquer en France le système d'inspection obligatoire des viandes de porc par le microscope. M. Delpech est d'avis qu'il n'y a pas lieu, mais il n'en conseille pas moins cependant des mesures de surveillance propres à prévenir toute surprise.

On trouvera dans le compte rendu un court résumé avec les conclusions de cet excellent travail dont la lecture a été écoutée avec un vif intérêt, et qui a été accueilli par des marques unanimes de satisfaction de l'assemblée.

M. Lanoix de qui nous avions annoncé une lecture pour cette séance a été appelé, en effet, à la tribune. Sa lecture a été interrompue par les justes susceptibilités qu'elle a suscitées au sein de l'Académie. Nous le regrettons pour M. Lanoix qui a perdu une belle occasion de triompher avec modération s'il avait de bonnes raisons à opposer aux doutes émis à l'égard de la pureté d'origine de son vaccin animal, ou de se taire s'il était dans l'impuissance de réfuter ses contradicteurs. La valeur de son travail sera appréciée d'ailleurs par la Commission de vaccine appelée à en prendre connaissance.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination d'un membre associé étranger. C'est à M. Wöhler (de Gœttingue), qu'a été dévolu cet honneur de par le scrutin. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. TRIBOULET.

Polype congénial du larynx (épithéliome papilliforme). — Broncho-pneumonie. — Trachéotomie. — Mort.

(Lue à la Société médicale d'observation et recueillie par M. CAUSIT, interne du service.)

Le 5 janvier 1866, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, au n° 9 de la salle Sainte-Marguerite (service de M. Triboulet), une petite fille de deux ans et demi, nommée Marie S...

Le père et la mère, qui n'ont pas eu d'autres enfants, sont morts de la poitrine.

Cette petite fille a été élevée au sein, par sa mère, jusqu'à l'âge de neuf mois. La première dentition s'est effectuée sans présenter aucun phénomène anomal.

D'après les autres renseignements que nous fournit sa grand'mère, nous apprenons que l'enfant a toujours été aphone depuis sa naissance, qu'elle a toujours eu la respiration un peu gênée, et qu'elle toussait de temps en temps; que depuis deux mois ces symptômes ont pris plus d'intensité, et qu'il y a eu en outre des accès de suffocation qui se manifestent le soir; dans l'intervalle de ces accès, l'enfant s'est bien portée, les fonctions digestives ont conservé toute leur intégrité.

État actuel. — Cette petite fille, blonde, d'un tempérament un peu lymphatique et d'une bonne constitution, est bien développée pour son âge et semble jouir d'une grande vivacité; elle n'est nullement amaigrie et nous présente tous les attributs d'une bonne santé habituelle.

Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est une respiration haute, fréquente, accompagnée d'un sifflement laryngo-trachéal sourd, étouffé, mais ayant cependant un certain degré de rudesse.

L'enfant est complétement aphone et présente par instants une toux rauque, sèche, un peu stridente comme la toux croupale.

La conformation du thorax est excellente; la percussion n'y démontre rien d'anomal, et l'auscultation permet de constater seulement un affaiblissement assez notable du murmure vésiculaire qui paraît d'ailleurs avoir conservé toute sa pureté; le cœur n'offre aucune modification tant dans son rhythme que dans ses bruits.

L'examen de la gorge ne fournit que des signes négatifs, et nous ne constatons aucun engorgement ganglionnaire voisin.

La peau est un peu chaude et moite; le pouls marque 116 à la minute.

Pendant l'examen de la petite malade, la sœur du service nous apprend que ce matin, à cinq heures, il y a eu un accès de suffocation assez intense avec teinte violacée de la face.

Le diagnostic porté est le suivant :

Affection congéniale, probablement polype du larynx. L'enfant est soumise à l'expectation pendant quelques jours.

Le 6 janvier, à la visite du soir, nous assistons à un accès de suffocation qui dure deux minutes. L'enfant se lève tout à coup sur son lit, se débat très-violemment et présente une série d'expirations courtes et saccadées suivie d'une inspiration un peu bruyante; la face est très-congestionnée.

Le 7 janvier, accès semblables dans la journée.

Le 8 janvier, deux accès de suffocation : l'un, dans la journée, qui dure environ cinq minutes, et l'autre, vers six heures du soir; ce dernier, beaucoup moins intense, ne dure qu'une minute.

En dehors de ces accès, l'enfant est dans le décubitus latéral droit, dans un état de demi-assoupissement, présentant toujours une respiration haute et bruyante et faisant entendre de temps à autre une toux rauque avec expiration rude et expuition de quelques mucosités dans lesquelles on n'aperçoit ni fausses membranes ni débris épithéliaux.

La peau est toujours chaude et moite, et tous les soirs il y a une recrudescence notable de la fièvre et de la dyspnée; néanmoins les journées et les nuits sont calmes dans l'intervalle des accès, et l'enfant mange avec plaisir les aliments qu'on lui présente.

Le 9 janvier, vers six heures du matin, nouvel accès qui dure environ cinq minutes; à la visite nous trouvons toujours l'enfant dans la même attitude et demi-assoupie; seulement elle paraît plus abattue, la peau est plus chaude, les pommettes sont rouges, la respiration est plus haute et plus bruyante. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne nous apprennent rien de plus que ce que nous avons constaté le jour de l'entrée; le bruit respiratoire paraît seulement plus affaibli.

A la fin de la visite, nous procédons à l'examen direct du larynx, à l'aide du laryngoscope de M. Labordette, de Lisieux.

Deux examens, pratiqués à intervalle suffisant pour ne pas trop fatiguer l'enfant, ne nous ont permis de rien apercevoir qui pût nous éclairer sur le siége et la nature du mal. Du reste, comme à notre deuxième examen nous avons provoqué un accès de suffocation, nous n'avons pas insisté davantage.

A la visite du soir, l'enfant n'est plus demi-assoupie comme les jours précédents, elle est agitée et, par instants, se lève sur son séant faisant des efforts pour respirer. La fièvre est très-vive, le pouls fréquent, rapide, marque 160 à la minute.

Le 10 janvier dans la matinée, elle prend un ipéca stibié qui a été prescrit la veille et nous la trouvons, à la visite, dans l'état d'abattement et de réfrigération consécutif aux secousses de la médication émétique. Vers deux heures de l'après-midi, elle a un nouvel accès de suffocation; à la visite du soir, nous trouvons un amendement sensible dans les symptômes : la respiration est beaucoup moins gênée, la chaleur de la peau est peu considérable, le pouls moins fréquent marque 112.

La nuit suivante est très-calme ainsi que la journée du 11; nous notons seulement dans la soirée un petit paroxysme fébrile sans oppression.

Le 12 janvier, on fait prendre à l'enfant trois cuillerées de sirop émétique; à la visite du matin, nous la trouvons assise sur son lit, n'ayant pas de dyspnée bien notable, la respiration à peine bruyante. Nous notons toujours un peu de fièvre et de chaleur à la peau.

Dans la soirée, elle a un petit accès de suffocation, la respiration est haute et bruyante, l'enfant est assoupie dans le décubitus dorsal, la peau est chaude, le pouls marque 112. La nuit est assez bonne.

Le lendemain, nous trouvons la respiration plus difficile et plus bruyante que la veille, la peau est fraîche, le pouls marque 112.

Le soir, nous notons encore une exaspération dans les symptômes : la respiration est plus haute et plus bruyante, le pouls est à 152.

La journée du 14 est très-calme : l'enfant mange avec plaisir et reste levée une partie de la journée; la fièvre est moins vive (104 pulsations le matin, 132 le soir), mais la nuit est très-agitée et se passe dans l'insomnie à cause de la dyspnée.

Le 15 janvier, nous trouvons l'enfant dans le décubitus dorsal, demi-assoupie, présentant une dyspnée considérable et une fièvre très-vive (148 pulsations).

La journée est assez calme ainsi que celle du 16 janvier, mais le 17 la dyspnée devient excessive. On prescrit une application de sangsues sur les parties latérales du cou. Le soir, la respiration n'est plus si fréquente, la dyspnée est moins considérable et nous constatons une amélioration notable le 18. A la visite du soir, nous trouvons un petit paroxysme fébrile, mais la dyspnée n'est pas plus marquée. L'enfant a, vers les 9 heures, un violent accès qui dure sept à huit minutes.

Le 19 janvier, elle présente encore dans la soirée une exaspération du mouvement fébrile et de la dyspnée. La journée a été bonne, l'enfant a mangé la valeur d'une portion.

Le 20 janvier, il y a une aggravation notable, l'enfant refuse de manger dans la journée et de temps en temps elle a des moments d'orthopnée sans accès de suffocation. La face est pâle, anxieuse; le pouls fréquent, peu développé, marque 164 à la minute. La nuit se passe dans l'insomnie.

Le 21 janvier, à la visite du matin, nous trouvons l'enfant dans un état d'abattement et de prostration très-marqué : la figure, d'une pâleur livide, présente au niveau des pommettes une légère teinte asphyxique, les lèvres sont décolorées. La température de la peau est un peu abaissée.

Le pouls est petit, fréquent (136 pulsations), la dyspnée est excessive.

A l'auscultation, on entend à peine le murmure respiratoire, et la percussion nous fait reconnaître un peu de sub-matité au niveau de la base des poumons en arrière.

Avec cet ensemble de symptômes, le péril paraît imminent et la trachéotomie est pratiquée comme dernière ressource. A la visite du soir, nous trouvons l'enfant dans le même état d'affaissement et de prostration, la dyspnée est toujours aussi prononcée; le pouls rapide et petit marque 152. Cette persistance des symptômes asphyxiques nous est facilement expliquée par l'auscultation de la poitrine qui nous permet d'entendre de nombreux râles sous-crépitants mélangés d'un souffle lointain et comme voilé principalement au niveau de la base des deux poumons en arrière.

L'asphyxie continue à suivre sa marche progressive et, à la visite du 22, nous trouvons l'enfant dans un état de prostration encore plus marqué; la face, légèrement œdématiée, offre une teinte cyanique, les yeux sont ternes. La tendance à la réfrigération est, par instants, très-prononcée. Le pouls, plus petit, conserve sa fréquence, et la malade s'éteint ainsi d'une façon lente et graduelle dans la nuit du 22 au 23 janvier.

L'autopsie, faite dans la matinée du 25, permet de constater les lésions suivantes :

A l'ouverture de la poitrine nous remarquons que les poumons s'affaissent incomplétement et présentent dans leur moitié inférieure, une coloration d'un rouge violacé. Au niveau du lobe inférieur droit, la coloration est d'un rouge plus foncé. Le tissu paraît à l'extérieur déprimé, flasque et charnu, et la pression entre les doigts démontre, sur certains points, notamment au niveau des lobes inférieurs, un défaut complet de crépitation et des noyaux étendus d'induration.

La surface de ces lobes est marbrée de stries blanchâtres qui circonscrivent les lobules; l'insufflation rend incomplétement à ces parties leur spongiosité et leur volume.

A la coupe le tissu est lisse, humide, coriace, induré sur certains points, et laisse échapper par la pression une grande quantité de liquide sanieux grisâtre et de muco-pus; certaines parties du parenchyme vont au fond de l'eau. L'incision des bronches montre qu'elles sont dilatées et remplies par une sécrétion mucoso-purulente très-abondante. En ouvrant le péricarde, nous n'y trouvons pas d'épanchement; le cœur a son volume normal. Dans l'oreillette droite existe un caillot fibrineux blanchâtre, assez cohérent, qui envoie des prolongements dans les vaisseaux et dans le ventricule correspondants; un petit caillot noirâtre, moins consistant, se trouve dans l'oreillette gauche.

Le foie présente son volume ordinaire et une diminution de consistance; sa coloration est jaunâtre. La coupe de son tissu est lisse, d'un aspect jaunâtre uniforme et, en grattant la surface de cette coupe avec la lame du scalpel on enlève une petite quantité de liquide huileux qui graisse le papier. Nous ne notons rien de particulier dans les autres viscères.

Enfin le larynx est le siége d'une lésion assez rare : en regardant son orifice supérieur, on voit qu'il est presque complétement obstrué par des grumeaux blanchâtres, caséiformes, que l'on enlève facilement avec la pince et qui ne sont autre chose que des débris de la végétation dont nous allons parler. Le larynx, ouvert par une incision faite sur sa face postérieure, nous montre que sa cavité est remplie presque en totalité par une tumeur mamelonnée en forme de chou-fleur, d'aspect blanchâtre et de consistance assez ferme. Cette tumeur, du volume d'une petite noisette, présente un diamètre vertical de 7 millimètres et un diamètre antéro-postérieur de 8 millimètres, elle est insérée sur toute la longueur de la corde vocale inférieure gauche et un peu au-dessous par un large pédicule allongé d'avant en arrière et aplati de haut en bas. On voit des petites saillies d'aspect rosé,

arrondies et grosses comme la tête d'une épingle, continuer la tumeur sur la commissure glottique postérieure et un peu sur la corde vocale supérieure.

Le ventricule correspondant est sain, mais son orifice est masqué par la tumeur. Sur la face postérieure de l'épiglotte, on aperçoit une petite plaque mamelonnée d'aspect rosé, et sur la corde vocale inférieure droite, on voit de toutes petites saillies comme papillaires qui sont appréciables au toucher.

L'examen microscopique fait avec M. Legros et confirmé par M. Robin, démontre la nature épithéliale de la tumeur qui est constituée par une prolifération des cellules épithéliales pavimenteuses qui existent normalement sur la face interne des cordes vocales; seulement ces cellules pavimenteuses qui constituent la tumeur, sont plus volumineuses et leur noyau est également plus gros; quant aux petites saillies qui sont sur la face postérieure de l'épiglotte où l'épithélium est normalement cylindrique, elles sont aussi constituées histologiquement par une agglomération de cellules épithéliales pavimenteuses semblables aux précédentes.

Dans les deux endroits, c'est-à-dire sur la petite plaque mamelonnée de l'épiglotte et sur la tumeur, l'arrangement des cellules est le même : elles constituent, par leur ensemble, des saillies de forme conique à sommet arrondi qui ressemblent tout à fait à des papilles.

RÉFLEXIONS. — Les cas analogues à celui qui fait le sujet de cette observation sont excessivement rares. Dans le mémoire du professeur Ehrmann de Strasbourg, nous n'en trouvons aucun, car les deux cas de polypes qui se rapportent à la première enfance ne sont pas d'origine congéniale; il en est de même du cas que M. Bouchaud a inséré dans les bulletins de la Société anatomique de 1862, cas dans lequel le début remonte à l'âge de dix-huit mois.

En fait de tumeur épithéliale datant de la naissance, comme celle que nous venons de reproduire, nous n'avons connaissance que d'un seul cas, c'est celui que M. le docteur Dufour a publié dans la *Gazette médicale* du 21 octobre 1865.

L'extrême rareté des polypes chez l'enfant, fait qu'il est très-difficile de porter un diagnostic, et qu'on ne suppose cette affection qu'avec réserve.

Dans le cas que nous avons observé, ce n'est qu'avec hésitation que nous avons soupçonné l'affection qui existait réellement.

L'idée d'un croup s'était tout d'abord présentée à notre esprit, mais l'origine congénitale de la maladie nous fit rejeter immédiatement ce premier diagnostic *de visu* : pour les mêmes motifs, nous ne pouvions songer à une angine œdémateuse, *a fortiori* à une laryngite striduleuse.

Un corps étranger, logé dans les ventricules du larynx, ne pouvait pas non plus dater des premiers temps de la vie.

Les antécédents de tubercule devaient naturellement nous faire songer à la phthisie bronchique, mais il était bien difficile d'admettre qu'une altération aussi grave et permanente des ganglions thoraciques ait pu exister depuis les premiers temps de la vie, sans retentir sur la santé générale.

Néanmoins, quoique cette voie d'élimination nous fit admettre comme plus probable l'existence d'un polype, nous n'osions l'affirmer, l'examen laryngoscopique n'ayant pas pu confirmer notre jugement dans les deux explorations que nous avons faites.

Dans le cas que nous venons de reproduire, comme dans la plupart de ceux qui ont été publiés jusqu'ici sur les polypes du larynx, la marche de la maladie a été des plus insidieuses, puisque, d'une apparente bénignité, on l'a vue passer en un temps assez court à une gravité mortelle; il est vrai que dans ce cas une double broncho-pneumonie était survenue à la fin.

Il est fâcheux que le diagnostic n'ait pas été établi d'une façon plus sûre dès les premiers jours, parce que l'opération de la laryngo-trachéotomie pratiquée alors aurait eu des chances de succès, et si on n'eût pas, à la vérité, dû compter sur une guérison radicale, vu la tendance à l'extension de l'épithéliome, on aurait pu du moins prolonger la vie de l'enfant pendant un certain temps.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mai 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Vingt exemplaires du rapport général du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Eure, pour l'année 1865;

2° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Penthault de Laval, Doyen de Rorbach, et Coussot de Charroux;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1865 dans le département de l'Oise (Comm. des épidém.);

4° Un mémoire de M. le docteur Caillat, sur le rhumatisme pseudogoutteux et son traitement par les eaux de Contrexéville;

5° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy de-Dôme), par M. le docteur Basset; de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur Gay; du département des Landes, par MM. les médecins inspecteurs. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Follin et Verneuil, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de M. le docteur Laugier, de Marseille, qui informe l'Académie qu'il a inutilement employé du cow-pox de génisse conservé en tube, envoyé par M. Lanoix. (Comm. de vaccine.)

— M. GAULTIER DE CLAUBRY dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le docteur Léon Soubeyran, sur la matière médicale des Chinois. (Comm. MM. Guibourt et Gaultier de Claubry.)

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Ullersperger, un mémoire sur un programme de pathologie générale.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Alexandre Boggs, une thèse intitulée : *Notes et réflexions médico-chirurgicales sur les phlegmasies de la matrice.*

— M. DEPAUL, à l'occasion de la correspondance, donne de nouveaux renseignements sur le cow-pox de Beaugency : M. le docteur Parteney, dit-il, l'un des confrères qui ont vu et expérimenté le cow-pox, me prie de faire savoir que la sage-femme qui la première a appelé l'attention sur les pustules que portait la vache de M. Drom se nomme Mme Lambert, déjà connue de l'Académie, qui lui a décerné une médaille d'argent pour services rendus à la vaccine. M. Parteney fait connaître en outre les résultats obtenus dans quelques expériences faites par cette sage-femme. Sur 4 revaccinations pratiquées sur des individus de sept à vingt-sept ans, 4 succès; belles pustules avec réaction très-vive, fièvre et adénites ganglionnaires. Sur 8 enfants vaccinés, 8 succès avec pustules très-développées, réaction générale et locale intense.

— M. TARDIEU offre en hommage, au nom de M. Rollet, de Lyon, une nouvelle édition de son *Traité des maladies syphilitiques.*

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Clot-Bey, membre associé, est présent à la séance, et il offre en hommage en son nom une série de publications sur divers points d'épidémiologie et d'hygiène publique relatifs à l'Égypte.

LECTURE.

Vaccine animale. — M. LANOIX commence la lecture d'une note en réponse aux passages du discours de M. Bousquet et aux observations de M. Guérin, qui le concernaient.

— M. LARREY, interrompant cette lecture, proteste au nom des convenances académiques contre la forme de ce travail.

— M. DEPAUL s'étonne de cette protestation et revendique en faveur de M. Lanoix le droit de défense.

L'Académie paraissant s'associer au sentiment de M. Larrey, M. le président invite M. Lanoix à cesser la lecture et à déposer son travail sur le bureau, pour être envoyé à la Commission.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre associé étranger.

La Commission d'élection a présenté :

En première ligne, M. Wöhler (de Gœttingue); en deuxième, M. Ehremberg (de Berlin); en troisième, M. De la Rive (de Genève).

Sur 56 votants :

MM. Wöhler obtient 49 suffrages,
De la Rive — 5 —
Ehremberg — 2 —

En conséquence, M. Wöhler est proclamé membre associé étranger. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORT.

Trichinose. — M. DELPECH donne lecture d'un rapport sur la trichine et la trichinose chez l'homme et chez les animaux. M. le rapporteur résume ce long et important travail en ces termes :

Ainsi que je l'ai indiqué précédemment, les conclusions déjà formulées en partie dans le rapport adressé à M. le ministre du commerce, l'ont été de concert avec M. Reynal.

Bien que connue seulement dans ses symptômes et sa gravité depuis 1860, la trichinose est une maladie ancienne et dont on peut démontrer l'existence épidémique en Allemagne à une époque plus éloignée.

Elle était confondue alors avec des affections variées et considérée en particulier comme une fièvre typhoïde d'une forme exceptionnelle.

Depuis les travaux importants et nombreux auxquels elle a donné lieu, elle ne peut que bien rarement être méconnue lorsqu'on l'a suivie avec attention dans toutes les phases de son développement.

Des troubles des fonctions digestives suivis d'un œdème de la face; puis des douleurs violentes du système musculaire et d'une dyspnée qui peut aller jusqu'à l'asphyxie par impossibilité des mouvements respiratoires, constituent un ensemble de symptômes qui ne se rencontre dans aucune autre affection.

Ces accidents correspondent aux époques successives de la naissance dans l'intestin et de l'immigration dans les muscles des trichines en quantité souvent énorme, et, toutes choses égales d'ailleurs, ils sont en proportion avec le nombre des parasites introduits dans l'organisme.

La présence de ceux-ci peut être démontrée pendant la vie, par l'examen d'un fragment de muscle enlevé à l'individu qui les porte au moyen d'un instrument particulier et par une petite opération peu douloureuse et sans gravité.

Dans les cas douteux, le diagnostic peut donc être assuré par une recherche directe et décisive à une certaine période de la maladie.

En général, un seul porc infecte un nombre plus ou moins considérable de personnes. De là des épidémies plus ou moins étendues et d'une gravité très-différente, en raison de l'infection plus ou moins profonde du porc, de la quantité variable de viande ingérée et du mode de préparation employé.

Les animaux, ou du moins un certain nombre d'entre eux, peuvent comme l'homme contracter la trichinose; les carnivores et les omnivores spontanément, les herbivores artificiellement et seulement par l'intervention de l'homme.

C'est en mangeant de la viande de porc crue ou plus rarement incomplétement cuite et chargée de trichines, que l'homme contracte l'affection parasitaire.

Le porc, de son côté, paraît s'infecter de plusieurs façons différentes. Il mange vivants ou morts et abandonnés dans les champs ou sur les fumiers les animaux qui se trouvent trichinés et les rats plus particulièrement. Il s'ingère les excréments de l'homme ou des porcs qui se sont récemment nourris de chair trichinée, et qui rendent avec les matières fécales des trichines femelles fécondées.

On ne peut admettre comme origine de la trichinisation les taupes, les vers de terre, les larves des mouches carnassières, les vers des betteraves.

Il est rare qu'il se développe chez le porc qui s'infecte spontanément des accidents qui permettent de soupçonner l'affection dont il est atteint; son aspect extérieur est celui de la santé la plus parfaite. Celui de la viande dépecée est des plus satisfaisants.

L'examen microscopique permet seul de constater la présence des parasites chez le porc. Chez l'homme les kystes peuvent être aperçus à l'œil nu sous la forme de taches blanches, lorsqu'elles sont fortement incrustées de sels calcaires.

Dans les pays atteints de trichinose, l'examen microscopique est pratiqué d'une manière plus ou moins générale comme moyen préservatif, soit par l'action des particuliers, soit par celle des gouvernements.

L'examen facultatif, utile dans une certaine mesure, ne peut donner de sécurité réelle en raison de son irrégularité et du manque de contrôle. L'inspection obligatoire est seule sérieuse. On fait à son établissement deux objections : 1° la difficulté de son installation; 2° l'incertitude même de l'examen microscopique pour les porcs faiblement trichinés.

Quoique ces objections aient une valeur réelle, les avantages de l'examen obligatoire sont tels, qu'il n'y a pas à hésiter de l'établir dans les pays contaminés de trichinose.

Jusqu'à présent la France paraît être préservée. On n'y rencontre ni la trichinose aiguë, ni la trichinose enkystée et guérie, ni les commémoratifs d'épidémies anciennes comme en Allemagne.

Les rats des abattoirs et des clos d'écarrissage ne paraissent pas y être infectés au moins d'une manière habituelle. La raison de ces différences se trouve dans les habitudes opposées des populations allemandes et françaises. Ces dernières, par une meilleure préparation des viandes et par une cuisson poussée beaucoup plus loin, mettent obstacle au développement et surtout à la propagation de la trichinose.

La température que doit atteindre la cuisson pour donner la certitude complète de la mort des trichines est celle de 75° centigrades. Une salaison abondante et assez prolongée pour avoir pénétré toute la viande, donne le même résultat, aussi bien qu'une fumigation chaude qui a duré vingt-quatre heures. Une fumigation froide de plusieurs jours ne tue pas les trichines.

J'ai l'honneur de vous proposer, en terminant : 1° de remercier M. le ministre pour la communication qu'il a bien voulu faire à l'Académie de l'instruction publiée en Saxe; 2° de déposer dans les archives le travail de M. Rabot et les lettres de M. le docteur Merland et de M. le professeur Tigri; 3° d'adopter les conclusions suivantes :

1° Les appréhensions qui se sont développées à l'occasion des épidémies de trichinose signalées en Allemagne, n'ont été justifiées jusqu'à ce jour par aucun fait observé en France;

2° La cuisson de la viande de porc portée habituellement beaucoup plus loin dans notre pays, explique et maintient cette immunité, et il y a plus que jamais lieu d'insister sur le conseil de persister dans cette salutaire coutume;

3° En l'absence de toute épidémie et même d'observations isolées de trichinose, il n'y a pas lieu d'organiser un système spécial de mesures d'hygiène publique et en particulier d'instituer une inspection générale et obligatoire des viandes de porc par le microscope.

Toutefois il ne serait pas sans utilité d'établir, dans un but d'étude ou d'examen, un service d'inspection dans quelques villes pourvues d'abattoirs pour constater d'une manière formelle et par des relevés statistiques l'existence, l'absence ou la proportion de la trichinose dans la race porcine;

4° Certaines conditions d'élevage et de soins spéciaux pouvant exercer sur le développement de la trichinose chez le porc une grande influence, il y aurait lieu de répandre, par des circulaires dans les populations agricoles, la connaissance des précautions à prendre pour les en garantir.

Cette lecture est accueillie par les marques unanimes d'approbation de l'Académie.

Ce rapport pouvant donner lieu à une discussion, les conclusions seront soumises au vote de l'Académie dans la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mai 1866.

CORRESPONDANCE.

M. CHASSAIGNAC. Le cas d'hémorrhagie du conduit auditif communiqué par M. Broca dans la séance dernière a trait à un ordre de faits sur lesquels la science ne possède encore qu'un très-petit nombre d'observations. Il en est une dont M. Broca n'a peut-être pas eu connaissance et qui se trouve publiée (*Traité de la suppuration et du drainage*, tome 1er, p. 529). Je me bornerai à en exposer les principaux détails.

Un teinturier, âgé de cinquante ans, fut pris il y a six mois d'un violent rhume à la suite duquel il éprouva des douleurs de tête d'une grande violence, augmentant encore pendant le bâillement et la mastication. S'il se baissait : vertiges, éblouissements, chûte imminente.

Plus tard, surdité complète du côté droit; écoulement abondant de pus par l'oreille droite; paralysie de la moitié droite de la face; hémicrânie; insomnie complète; accès de fièvre tous les soirs.

Existence non douteuse d'une caverne au sommet du poumon droit; matité au sommet gauche.

Du 10 février au 5 mai les accidents restent les mêmes, seulement l'écoulement auriculaire devient sanguinolent.

Le 6 mai à sept heures du soir, hémorrhagie abondante par l'oreille droite. Le tamponnement du conduit auditif ayant été pratiqué, le sang se fit jour dans la cavité pharyngienne, à travers la trompe d'Eustachi. Une saignée fut pratiquée. L'hémorrhagie s'arrêta.

Le lendemain, 8, hémorrhagie nouvelle, très-abondante, à ce point que le jet de sang qui sortait par le conduit auditif avait le volume du petit doigt. Mort presque immédiate.

A l'autopsie on trouve sur la dure-mère un énorme caillot, partie dans la fosse cérébrale antérieure, partie dans la fosse cérébrale moyenne. La partie supérieure du rocher est cariée dans son point de jonction avec la portion écailleuse du temporal. Un stylet introduit par le bout supérieur de la carotide interne vint sortir par le point carié de l'os. Il en fut de même d'un second stylet introduit par l'orifice inférieur du vaisseau dans sa portion cervicale. Il était donc hors de doute qu'une rupture de la carotide interne s'était faite dans le point correspondant à la carie.

En passant le doigt à la surface du cerveau on sentait une crépitation tout à fait semblable à celle que fait éprouver le contact du poumon. On voyait une quantité considérable de bulles d'air ou de gaz

sous les enveloppes. Ces bulles gazeuses siégeaient dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

La carie donne très-rarement lieu à des hémorrhagies. Le travail ulcératif qui l'accompagne s'arrêtant là où la substance osseuse cesse. Le cancer au contraire envahit sans distinction de tissu tout ce qui se trouve devant lui.

Dans la séance du 5 février 1863, j'ai présenté à la Société de chirurgie un molluscum considérable qui a été opéré avec succès. Cette tumeur siégeait à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. Son début remontait à la première enfance. Elle avait la forme d'un bissac et son volume était tel qu'elle descendait jusqu'au niveau du pubis. J'avais diagnostiqué une tumeur hypertrophique de la peau. Par la dissection on voit que c'est une sorte de molluscum avec vrais lipômes dans quelques points et tissu dartoïque induré dans certains autres. Le pédicule de cette tumeur était large et renfermait des artères très-développées, branches de la mammaire interne.

Discussion sur l'hygiène des Maternités.

(Fin de la communication de M. Léon Le Fort.)

Une seconde objection est celle-ci : il est des années où les épidémies se sont, dit-on, montrées dans toute l'Europe, il faut donc qu'un souffle malfaisant ait passé sur tous les établissements ; le génie épidémique a révélé partout sa présence ; donc l'apparition des épidémies est due à des influences atmosphériques, inconnues dans leur essence, mais réelles.

A cela, messieurs, il faut d'abord répondre ceci : cette objection est une simple assertion qui ne s'appuie sur aucune preuve. L'histoire des épidémies est fort incomplète, mais nous trouvons rassemblées dans le magnifique ouvrage de Hirsch (*historisch geographische pathologie*), toutes celles qui sont mentionnées dans les annales scientifiques.

On a cité par exemple l'année 1819, comme une de ces années pendant lesquelles cette influence fâcheuse s'est étendue partout. C'est celle, en effet, pour laquelle il existe le plus de récits particuliers, et d'Outrepont, Schloss, Cederschjöld, Michaelis, Carus, Pfeufer, Schilling, Douglas et Collins ont décrit les épidémies de Wurzbourg, Stockholm, Kiel, Dresde, Bamberg, Nuremberg et Dublin ; mais en même temps, si nous consultons les rares statistiques publiées pour cette époque, nous trouvons que Vienne n'a eu qu'une faible mortalité relative de 2,5 p. 100 ; la Maternité de Leipzig n'a pas perdu une seule accouchée ; l'Hôtel-Dieu de Paris n'a eu qu'une mortalité de 1,7 p. 100 ; Dresde a été le théâtre d'une épidémie, mais qu'était-ce que cette épidémie qu'on me paraît citer sans trop savoir ce qu'elle a été, et en ne s'appuyant que sur des assertions qu'on n'a pas contrôlées. Sur 178 accouchées, il est mort 6 malades, c'est-à-dire 3,4 p. 100, chiffre bien inférieur à la moyenne ordinaire de nos établissements parisiens.

Mais il y a plus, et le nuage si chargé de fièvre puerpérale, qui se serait étendu ainsi sur toute l'Europe, avait à ce qu'il paraît une singulière forme, car tandis que la mortalité de la Maternité de Paris était de 7,3 p. 100, elle n'était à l'Hôtel-Dieu que de 1 p. 100, et Saint-Louis ne perdait, dans toute l'année, aucune accouchée.

Du reste, messieurs, il est inutile de m'étendre sur ce point ; en effet, si une influence épidémique est capable de se faire sentir sur toute la surface d'un pays ou de l'Europe entière, elle devra bien mieux encore se faire sentir sur deux établissements voisins, placés dans la même ville, dans le même hôpital. Or, j'espère vous démontrer d'une manière irréfutable qu'il n'y a pas de coïncidence dans les épidémies qui régnent dans deux établissements spéciaux d'une même ville, lorsque la contagion ne peut s'exercer par l'intermédiaire du personnel d'un établissement dans l'autre. C'est à M. Hugenberger, de Saint-Pétersbourg, que revient l'honneur d'avoir montré le premier cette absence de coïncidence, argument capital dans la discussion qui nous occupe.

Il existait à Saint-Pétersbourg deux maternités, l'une, dépendant du grand hôpital des enfants trouvés, l'autre placée à quelque distance sur la rive gauche du canal de la Fontanka : l'institut de Mme la grande-duchesse Hélène.

Le tableau graphique que j'ai l'honneur de vous présenter, et que j'ai copié sur ceux de M. Hugenberger, vous montre l'absence absolue de coïncidence dans la mortalité de ces deux établissements. La coïncidence peut exister quand la mortalité reste au-dessous ou très-peu au-dessus de la moyenne, car les influences atmosphériques peuvent concourir à diminuer ou à augmenter la quantité de cas isolés, non pas de fièvres puerpérales, mais de maladies puerpérales, quelle que soit leur nature. Mais, lorsque la mortalité s'élève, lorsqu'une épidémie éclate, c'est-à-dire lorsqu'il meurt exceptionnellement un grand nombre d'accouchées, alors toute coïncidence disparaît, le tableau suivant le prouve :

		MORTALITÉ POUR 100	
Années.	Mois.	Enfants trouvés.	Institut des sages-femmes
1845	mai	13	2
—	juin	14	3
1850	juin	26	3
1852	janvier	22	0
—	juillet	22	0
1853	mars	12	0
1856	mai	14	2
—	juillet	14	2

On ne pourrait arguer de cette circonstance que l'un des établissements est plus heureusement organisé que l'autre, car les épidémies se sont montrées tantôt dans l'une tantôt dans l'autre maternité. Dans le tableau précédent il y a absence de coïncidence, mais c'est la maison des enfants trouvés qui se trouve frappée, dans le suivant l'absence de coïncidence subsiste, mais la part qui revient à chaque maison se trouve intervertie.

		MORTALITÉ POUR 100	
Années.	Mois.	Enfants trouvés.	Institut.
1846	juin	5	13
1848	mars	4	13
1849	avril	3	11
1859	février	5	20

Ce qui existe à Pétersbourg, nous le retrouvons à Paris entre la Clinique et la Maternité. J'ai dressé l'échelle comparée de la mortalité par mois entre ces deux établissements, de 1860 à 1864 seules années pour lesquelles j'ai pu avoir les documents indispensables.

En février 1860, la mortalité de la Clinique est réduite à 0 pendant que celle de la Maternité monte à 13 pour cent. En octobre, une divergence analogue se produit, 2 et 15 pour cent. En juin 1862, la Maternité a sa mortalité au-dessous de sa moyenne, 3 pour cent, mais celle de la Clinique monte à 20 pour cent ; mais à partir de septembre 1863, la mortalité de la Clinique reste modérée et même faible tandis que celle de la Maternité arrive à des chiffres effrayants.

L'absence de coïncidence devient encore évidente dans le tableau suivant :

		MORTALITÉ POUR 100	
Années.	Mois.	Clinique.	Maternité.
1863	octobre	5,1	20,1
—	novembre	5,	16,3
—	décembre	1,7	17,3
1864	janvier	4,1	23,3
—	février	1,3	32
—	juin	2,1	17,9
—	juillet	1,5	21,3
—	août	1,9	22
—	septembre	1,4	18,3
—	octobre	3,6	26
—	décembre	3,6	58,8

Que peut-on dire, messieurs, en présence de ces chiffres ? admettra-t-on cette influence occulte répandue sur une ville, sur un pays, sur un continent, quand entre deux établissements voisins il y a cette différence de 1 à 32 pour cent ; quand en décembre 1864 il meurt à la Clinique 2 femmes sur 55 accouchées, tandis qu'il en meurt 20 sur 34 à la Maternité ; quand la mortalité est dans un établissement de 3 pour cent tandis qu'elle est dans l'autre de 58 pour cent, chiffre horrible à dire, mortalité effroyable, sans autre exemple heureusement dans l'histoire des maternités.

Cette absence de coïncidence, déjà si probante quand il s'agit de deux établissements d'une même ville, devient un argument irrésistible, quand on compare les deux maternités de Vienne. Ces deux services d'accouchements confiés l'un à M. Späth, l'autre à M. Braün, sont placés tous deux dans le même hôpital, dans les mêmes constructions et on ne sait trop comment ces influences occultes couvriraient l'un d'eux d'un voile de crêpe, sans en laisser flotter un coin sur l'autre ; mais ce qui explique cette absence de coïncidence dans les épidémies, c'est que l'un est destiné aux sages-femmes, l'autre aux étudiants, mais sans communication du personnel de l'un à l'autre, sans que le principe contagieux puisse être porté de l'un vers l'autre.

Le tableau suivant démontre, même pour ces deux services voisins, la non-coïncidence des épidémies.

		MORTALITÉ POUR 100	
Années.	Mois.	1re Clinique.	2e Clinique.
1838	juillet	0,9	24,7
1839	juin	15	3,4
1840	octobre	29,3	5,8
1842	décembre	31,3	3,7
1844	mars	17,0	3,3
—	novembre	11,0	0,7
1845	octobre	14,8	1,3
1846	mai	13,4	0,4
1847	avril	17,9	0,7
1856	septembre	1,3	10,5
1862	décembre	6,3	0,2

Peut-on admettre en présence de ces divergences qu'on a affaire à des épidémies pures de toute contagion ? Qu'on réfléchisse au contraire à ceci : si ces épidémies sont dues à des influences cosmiques, la coïncidence devrait surtout exister lorsqu'une mortalité exceptionnellement élevée frappe une des maternités ; or, cette coïncidence dans la mortalité n'existe que lorsque cette mortalité est peu élevée et elle disparaît au contraire quand la mortalité s'élève notablement. De telle sorte, qu'il faudrait admettre que ces prétendues influences épidémiques exercent d'autant moins largement leur action qu'elles sont plus actives ; et, qu'une épidémie se localise d'autant plus qu'elle sévit avec plus de force. Soutenir une pareille proposition serait se mettre en contradiction avec tout ce que nous a appris l'observation, avec la logique la plus élémentaire.

On a encore reproduit bien des fois cet argument, que la mortalité, quand elle était élevée à l'hôpital, l'était aussi pour les accouchées de la ville. Un pareil argument a lieu d'étonner ceux qui ont étudié la question. Il n'existe dans la science aucun document à cet égard, autre que la belle statistique de M. Hugenberger.

Je l'ai reproduite en partie dans mon travail ; or, messieurs, ce document unique, chef-d'œuvre et produit de patientes et longues recherches, prouve absolument le contraire. Examinez ce tableau graphique de la mortalité comparée après les accouchements dans la ville et dans les maternités de Saint-Pétersbourg ; jamais il n'y a eu coïncidence, la mortalité des accouchées de la ville oscille entre 0,4 et 1,5 pour 100, et comme par un singulier et curieux effet du hasard, toutes les fois que de 1847 à 1853 la mortalité de la ville a dépassé 1 pour 100, cette élévation coïncidait avec l'absence d'épidémie dans les deux maternités et avec un état sanitaire exceptionnellement favorable, dans l'une et souvent dans les deux maternités.

Avons-nous des documents pour une autre ville ? Non, messieurs, pour aucune. Qu'on laisse donc une bonne fois de côté ces arguments peu scientifiques, des assertions sans preuves possibles n'ont aucune valeur. J'ai voulu pour Paris avoir cette preuve ; j'ai trois fois et en personne demandé à compulser les registres de la mairie centrale, trois fois j'ai échoué. Pour savoir s'il y a coïncidence de mortalité entre la Maternité et la ville, il faut savoir ce qui se passe à la Maternité et en ville ; il faut être médecin de la Maternité envahie, puisque l'entrée n'en est permise que sous certaines formalités, et si le médecin a le sentiment de cette coïncidence pour la ville, ne peut-on pas admettre qu'elle existe surtout ou seulement dans sa clientèle. Les faits nombreux de contagion par intermédiaire sont là pour donner quelque valeur à cet argument sur lequel je ne veux pas insister. Cette coïncidence n'a été véritablement étudiée que pour Pétersbourg, et les recherches de M. Hugenberger montrent que cette prétendue coïncidence est absolument fausse.

M. Trélat a étudié pour Paris, et beaucoup plus complétement que je l'ai fait, l'influence des saisons. Il a montré une fois de plus que la mortalité générale des accouchées est plus forte pendant les mois d'hiver, plus forte en certains mois d'hiver que pendant certains autres. Mais je cesserais d'être de l'avis de notre collègue s'il voulait faire jouer aux influences cosmiques un rôle important dans la production des épidémies. L'hiver ajoute ses influences directes en créant un état sanitaire défavorable, qui augmente la réceptivité morbide et la facilité à ressentir les effets de la contagion ; il ajoute les influences indirectes d'un nombre plus considérable d'accouchements, d'une aération moins parfaite ; il aide à la production de l'épidémie, il ne la produit pas.

Si en effet, nous recherchons avec Hirsch dans quelles saisons se sont montrées les cent soixante-seize épidémies décrites dans la science, nous verrons qu'elles ont éclaté :

85 fois en hiver,
37 fois au printemps,
34 fois en automne,
20 fois en été.

Je conclus donc en disant : les épidémies de fièvre puerpérale n'existent qu'à la condition de laisser au mot épidémie l'acception de mortalité exceptionnelle pendant une même période sur des malades réunies dans un même lieu. Les épidémies ne sont pas produites directement par des influences cosmiques, elles sont dues à la contagion qu'on a laissé trop facilement s'exercer. Comment s'en garantir ? C'est ce que j'ai cherché à montrer par mon travail, c'est ce qu'ont montré les collègues qui m'ont précédé à cette tribune, c'est, pour me résumer, d'éviter la contagion.

Cependant, messieurs, ma tâche n'est pas finie, car il me reste à remplir la partie la plus pénible et la plus difficile de cette tâche. Il me faut montrer comment on pourrait, à Paris, remédier à un état de chose regrettable, chercher, pour ce qui me concerne, à faire sortir quelque effet utile et pratique de cette discussion déjà longue.

Signaler les *desiderata* de nos hôpitaux, montrer à l'administration les améliorations que la science réclame, est chose toujours délicate. Moins encore que les individus, les administrations supportent les conseils ; toute demande d'amélioration leur paraît un blâme, toute critique leur semble une attaque. Ce n'est pas tout encore, un administrateur s'identifie avec le passé et le présent de son administration, et l'administration semble se personnifier dans son chef ; de telle sorte qu'une critique adressée à l'état de nos hôpitaux ou d'un hôpital semble atteindre la personnalité de M. Husson, l'honorable et très-dévoué directeur de l'assistance publique. Je repousse sur ce point pareille interprétation. Nul plus que moi ne rend justice au zèle et aux excellentes intentions du directeur général de nos hôpitaux, car en aucun temps peut-être nos établissements n'ont été l'objet de tant de sollicitude ; mais si je reconnais hautement tout ce que M. Husson déploie de talent et d'activité dans la mission si difficile qu'il doit remplir, si je suis juste envers les personnes, ne puis-je donc pas l'être envers les choses. Est-ce donc diriger une attaque injuste contre les personnes que de déclarer une fois de plus, après seize ans passés dans les hôpitaux de Paris, comme élève et comme chef de service, après avoir étudié pendant huit années les questions d'hygiène et d'organisation des hôpitaux, de proclamer, avec la plupart d'entre vous, que notre organisation hospitalière est incompatible avec le progrès, avec la sécurité de nos malades ? Attaquer cette organisation, est-ce attaquer un administrateur qui, en aurait-il la volonté, n'a pas le pouvoir de modifier à lui tout seul des lois et des règlements qu'il n'a pas faits et ne pourrait faire ; de changer les habitudes, les préjugés de toute une population ? Quel est l'homme qui pourrait avoir la prétention de centraliser utilement entre ses mains le service hospitalier d'une population de 1,700,000 habitants ; de régler la conduite des hôpitaux, depuis les grandes questions financières et contentieuses jusqu'à la surveillance des infirmiers et gens de service ; de surveiller la gestion d'un budget de 20 millions et la cuisson des rôtis ? Non, il est des limites que toutes les forces humaines ne peuvent franchir ; je critique cette organisation, j'en déplore les effets ; mais je reconnais que ces effets fâcheux sont atténués dans la limite du possible par le dévouement du chef de l'administration de l'assistance publique.

Je ne crois pas, messieurs, qu'il soit utile d'examiner si le projet de maternité de M. Tarnier présente des avantages ou des inconvénients que possède ou ne possède pas celui que j'ai fait connaître à la fin de mon livre sur les maternités. Il ne s'agit pas pour nous en ce moment de nous prononcer sur le plus ou moins de valeur d'un plan d'hôpital, nous n'avons pas à discuter dans son ensemble ou dans ses détails un projet soumis à notre appréciation. Nous avons à poser des règles scientifiques, à montrer quels sont les principes qui doivent présider à l'organisation d'une maternité, à indiquer les moyens de diminuer la mortalité qui règne dans ces établissements et d'éviter le retour de funèbres statistiques ; mais c'est aux architectes, aux ingénieurs qu'il appartient de réaliser, en ce qui les concerne, les principes posés par la science médicale.

Tel hôpital bien construit, bien distribué, donnera des résultats fâcheux si les règles de l'hygiène, si les lois de la propreté y sont négligées dans le fonctionnement de l'établissement ; tel autre, installé dans de vieux bâtiments, rassemblés comme au hasard, donnera de bons résultats si l'on y observe une conduite toute différente. Des murs de brique, élevés depuis un siècle, mais badigeonnés tous les six mois, vaudront mieux que des murailles de pierre, recouvertes à l'intérieur d'un stuc élégant, si ces murailles ne sont lavées que tous les cinq ou six ans ; et, pour en citer un exemple près de nous, une religieuse d'un des services de médecine de Lariboisière, attachée à cet hôpital depuis sa mise en activité, m'affirmait ce matin, sur ma demande explicite, que les murs de la salle n'avaient été complétement lavés que deux fois depuis une quinzaine d'années. La Charité est brillante, à l'extérieur, et l'administration dépense annuellement de grosses sommes pour les travaux de peinture de ses établissements ; mais les parois intérieures des salles de notre maître M. Velpeau, depuis combien d'années ont-elles été badigeonnées ?

Tel parquet de sapin, nettoyé à l'éponge chaque matin et lavé à grande eau tous les huit jours, vaudra mieux que les parquets cirés de nos hôpitaux, qu'on nettoie, comme j'ai vu cela se faire dans mon service et ailleurs, en traînant par terre un matelas mis au rebus,

sur lequel s'assied un ou plusieurs malades, qu'on véhicule d'un bout à l'autre de la salle.

La propreté, telle est la première condition de l'hygiène, malheureusement elle fait à peu près complètement défaut dans nos hôpitaux, qui, sous ce rapport, sont inférieurs à tous les hôpitaux du nord de l'Europe. C'est un défaut grave, malheureusement il est dans nos mœurs, il se retrouve en ville comme à l'hôpital, dans les hautes classes comme chez l'ouvrier. En nous donnant l'eau en abondance, l'administration municipale nous habituera peut-être à nous en servir et améliorera l'hygiène privée. Il en est grand besoin, mais je ne saurais sans injustice demander à l'administration des hôpitaux de changer en quelques années les habitudes de toute une population et d'enseigner la propreté aux infirmiers, aux malades, et je ne sais pas pourquoi je ne dirais pas, à tout le personnel, quel qu'il soit.

Aussi, messieurs, comme je l'ai dit en tête de mon travail, l'hygiène hospitalière ne se réduit pas à des questions de bâtiments à orienter ou à espacer, de fenêtres à ouvrir, de mètres superficiels de terrain ou de mètres cubes d'air à distribuer à chaque malade. C'est la science qui, par l'étude approfondie des causes qui font naître et développer les maladies nosocomiales, apprend à les prévenir ou à les arrêter dans leur développement. Qu'on construise, suivant toutes les règles que j'ai cru pouvoir poser, une Maternité modèle, si l'on néglige les précautions contre la contagion, si le fonctionnement du personnel établit la communication des accouchées saines et malades; si l'on manque à cette grande loi de l'hygiène : la propreté, cet hôpital modèle donnera des résultats déplorables. Prenons au contraire la Maternité la plus défectueuse dans ses résultats, la Maternité de Paris par exemple; donnez-la moi telle qu'elle était avant les notables améliorations qui y ont été introduites, mais donnez-la moi dans les mêmes conditions où se trouvent les maternités étrangères, avec la faculté de régler le fonctionnement du personnel, la répartition des malades suivant ce que l'étude et la pratique nous ont appris, à nous médecins; et, sans enlever une cloison, sans percer une fenêtre, je ferai diminuer de moitié une mortalité que toutes les améliorations matérielles, réglées par voie administrative, n'ont pu diminuer; confiez-la, cette Maternité, à nos collègues MM. Tarnier et Trélat, ils feront dans les mêmes conditions diminuer cette mortalité de plus des deux tiers, car, à l'application des mêmes mesures, dirigées par les mêmes principes, ils ajouteront, pour ce qui concerne les accouchées, leur expérience spéciale.

Eh bien, messieurs, puisque je parle de la Maternité de Paris, n'est-ce pas un regrettable état de choses, que de voir la sage-femme en chef chargée seule, sinon en droit du moins en fait (ce qui est bien pis), de la direction du service des femmes accouchées saines!

Ici encore, mes critiques et mes reproches ne s'adressent pas à une personne que je ne connais pas et qui, par sa position même, doit avoir une grande expérience de l'accouchement. C'est l'organisation que j'attaque et j'ai le droit de le faire, quand cette organisation vicieuse coûte annuellement la vie à un grand nombre de malheureuses. Si une de ces femmes devient malade, la sage-femme en chef fait appeler le médecin ou l'interne; mais, si elle tarde, si les premiers symptômes lui échappent, la séparation des malades qui serait si importante n'est effectuée que trop tard.

La sage-femme en chef, et c'est là ce qui a droit de nous étonner vivement, est dans son service indépendante du chirurgien en chef. Il est passé *en pratique* que le chirurgien ne vient dans le service de la sage-femme que lorsqu'il y est appelé par elle. Cette indépendance de la sage-femme chargée d'un service (et ce service, si la Maternité était ce qu'elle devrait être comme salubrité, serait le plus important de l'hôpital), n'existe pas à l'étranger; là le médecin ou le chirurgien en chef est chargé de la haute direction de l'établissement, comme cela existe en France pour les asiles d'aliénés.

Qu'y a-t-il d'important dans une Maternité ? de guérir les malades atteintes de fièvre puerpérale? Non! car la science est encore presqu'impuissante pour guérir la maladie lorsqu'elle s'est développée chez une accouchée. Mais, la science de l'hygiène peut presque tout, pour empêcher les accouchées saines de devenir malades. C'est donc, comme on le voit, la sage-femme en chef chargée, sans surveillance médicale supérieure, du service des femmes saines, qui a le service le plus important et celui dont la direction bonne ou mauvaise influe le plus sur la mortalité de l'établissement. Qu'elle soit chargée de ce service, rien de mieux; mais à la condition que ce soit sous la responsabilité, la surveillance et la direction du médecin ou du chirurgien en chef.

Mais ce n'est pas tout, messieurs, et cette discussion met dans tout son jour une situation que je ne crains pas de qualifier d'inouïe. Comment! M. Trélat, notre éminent collègue, si dévoué aux intérêts de la science et de l'humanité, vient nous montrer, preuves en main, que la mortalité des maternités tient surtout à l'infection hospitalière et à la contagion ; il nous montre comment des soins constants de propreté, comment un bon fonctionnement de l'hôpital peuvent supprimer ou réduire à son minimum l'infection nosocomiale; il nous montre que l'isolement immédiat des malades est la seule manière d'empêcher la contagion de s'exercer sur les femmes saines; et ce collègue, *nominalement* chirurgien-en chef de la Maternité de Paris, n'a ni le droit ni le pouvoir de veiller *directement* à la salubrité de l'établissement, d'ordonner la séparation des accouchées malades, de rien faire en un mot de ce qui pourrait sauver tant d'existences compromises.

Cette organisation est contraire à ce qu'exigent l'humanité et la science, et je faillirais à mon devoir d'homme et de médecin, si je n'appelais hautement les regards sur cette situation. Cette organisation, je la critique et je la combats, laissez-moi dire une fois de plus, je ne critique ni ne combats ceux qui sont chargés du lourd fardeau qu'elle leur impose. Le directeur général n'est pas responsable d'une organisation qu'il n'a pas établie, qui existe depuis un demi-siècle, et qu'il n'a ni le droit ni le pouvoir de changer immédiatement.

Apportez à l'administration le concours précieux de vos lumières spéciales, guidez-la dans ses efforts, qui, sans l'aide de la science, ne peuvent jamais être que stériles. Et pour cela, messieurs, il me paraît indispensable que la Société résume sous forme de conclusions les lois hygiéniques applicables aux maternités. Qu'on sache que la science a des règles qui peuvent guider sûrement ceux qui sont chargés de les appliquer, montrons la route à suivre et ne livrons pas plus longtemps à des incertitudes regrettables, mais légitimes, parce qu'ils ne sont pas médecins, les hommes éminents qui, à Paris comme dans la plupart de nos cités françaises, sont à la tête des administrations hospitalières.

M. LE PRÉSIDENT. Si la proposition de M. Le Fort est appuyée, je prierai ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion, de vouloir bien se réunir et nous proposer dans une prochaine séance les conclusions sur lesquelles la Société pourra se prononcer.

La proposition est adoptée.

La séance est levée à cinq heures et demi.

Pour le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

209. Remarques sur le diagnostic des épanchements pleurétiques et les indications de la thoracentèse chez les enfants, par M. J. Verliac.

210. Des ulcères de la cornée, par M. H. Rème.

211. De la suture des tendons (tenorrhaphie), par M. A. E. Bodier.

212. Étude sur le prurigo, par M. M. Legendre.

213. De l'écrasement linéaire appliqué aux tumeurs hémorrhoïdales, par M. L. Cros.

214. De la fissure à l'anus, principalement chez l'enfant à la mamelle, par M. Ch. Aubry.

215. Études historiques de l'empoisonnement, par M. J. M. Rabbinowich.

216. Station thermale de Bagnères-de-Bigorre; ses ressources thérapeutiques dans le traitement des maladies chroniques, par M. Alban de Lagarde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 12 mai, M. le docteur Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Depuis quelque temps les journaux de Vienne consacrent journellement des articles particuliers à une *Chronique des suicides*. Jamais, en effet, le nombre des suicides ne paraît avoir atteint, à Vienne, un chiffre aussi élevé que dans le mois d'avril dernier; il s'est élevé à 36 suicides et 29 tentatives de suicide, accomplis par 47 hommes, 15 femmes et 3 enfants (de l'âge de 9 à 14 ans). Le tiers à peu près, à savoir 22 personnes, a eu recours à la pendaison, 15 se sont noyés, 11 ont avalé du poison, 10 se sont coupés les artères ou la gorge, 5 se sont précipités, et 2 ont eu recours à des armes à feu.

Sept des personnes qui ont tenté de se suicider sont mortes plus tard, de sorte que le chiffre total des décédés s'élève à 43.

Quant aux causes qui ont déterminé ces personnes à mettre fin à leurs jours, elles seraient, d'après les écrits laissés par les suicidés, le dégoût de la vie pour 14, la misère pour 13, des embarras d'argent pour 9, l'amour malheureux et la jalousie également pour 9, parmi lesquels on compte 5 bonnes. La crainte d'une correction a été cinq fois la cause, et l'aliénation mentale 2 fois. Chez 14 personnes la cause est inconnue. On constate en outre la disparition de 16 individus.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'hôtel-de-ville, le vendredi 18 mai.

Ordre du jour : 1° Vote sur les nominations de M. Blondeau au titulariat; 2° Rapport et votes sur la nomination de M. Fraigniaud comme membre titulaire; 3° Vote sur la nomination de M. Charvot comme membre correspondant; 4° Communications diverses par MM. Blachez, Leroy d'Étiolles et Gérard, de Toulon. Discussion sur l'emploi des bains dans la phthisie pulmonaire.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui o'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra; enquête sur les ouvriers en cuivre. — Ulcération de la langue, antisyphilitique. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Chocolat à l'huile de foie de morue. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Immunité acquise par les ouvriers en cuivre par rapport au choléra. — Enquête faite en Italie et dans le midi de la France.

Nous avons annoncé que nous publierions les résultats de l'enquête qui a été faite sur l'immunité des ouvriers en cuivre, pendant la dernière épidémie de choléra, en Italie et dans le midi de la France. Voici, d'après les notes qui nous sont communiquées par M. le docteur Burq, les faits qui ont été constatés en Italie par MM. les docteurs Alfonso de Rogatis, de Naples, Gallarini, de Florence, Capraris, de Marasca, et dans les départements du Midi, à Marseille, à Toulon et à La Seyne par lui-même.

Après la publication du travail communiqué par M. Burq à l'Académie des sciences (voir *Gazette des Hôpitaux*, août 1865), M. le docteur Alfonso de Rogatis s'est fait un devoir de répéter les recherches de notre confrère, récemment confirmées dans leurs résultats par M. le docteur Gallarini, de Florence. Il a fait, en conséquence, une enquête sur les ouvriers en cuivre de la ville de Naples et de diverses autres villes de l'Italie méridionale. Ce sont les résultats de cette enquête qu'il expose dans les lignes suivantes :

Florence. — Cette ville compte 32 établissements où l'on travaille le cuivre pour les besoins de l'industrie ou les usages domestiques. Dans les deux épidémies de 1836 et 1854, aucun cas de choléra ne s'est produit ni parmi les ouvriers ni parmi les patrons de ces établissements.

On m'a assuré que semblable préservation avait été observée à Palerme. (Signé : Dr Gallarini.)

Naples. — Dans les deux épidémies sont morts seulement, à Naples, 2 hommes qui travaillaient dans le cuivre, dont 1 déjà malade depuis plusieurs années, plus 2 marchands de ce métal, l'un et l'autre d'une intempérance notoire.

A l'hôtel des monnaies, qui compte environ 400 ouvriers, pas un seul homme n'a été atteint. (Dr de Rogatis.)

Rivello. — Population de 4,457 âmes, sur laquelle la moitié au moins s'occupe à des travaux de cuivrerie. Pour cette industrie plus de 20 dépôts de cuivre sont dans la ville. Dans une localité à petite distance de Rivello, sont en outre 2 fonderies de cuivre qui comptent de 15 à 20 ouvriers.

Dans les deux épidémies le fléau a exercé de grands ravages dans les lieux circonvoisins, tandis qu'à Rivello et dans la susdite localité, il n'y a point eu un seul mort. (Le syndic de la ville, F. Pecorelli.)

Agnone. — Une seule fois cette ville a été frappée par le choléra. Elle comptait alors 10,000 habitants, dont 150 environ ouvriers en cuivre, disséminés dans diverses parties de la ville. Furent attaqués : 1,000 habitants, sur lesquels 300 moururent. Parmi ces derniers se trouvait un seul ouvrier en cuivre, lequel fut atteint au retour d'Isernie, où il était resté quelque temps sans exercer sa profession. (Le syndic, J. Bonavolta.)

Marasca. — Patrie de milliers d'ouvriers chaudronniers qui sont disséminés dans toute l'Europe. Peu restent dans la ville, mais parmi ceux-ci aucune victime du choléra qui y a éclaté en 1855 et a fait 50 victimes.

Atripalda. — Peu de victimes, mais parmi elles pas un ouvrier en cuivre. (Dr Capraris.)

Cava dei Tivreni (Province de Salerne). — Fisciano et la vallée de Sans Severino Mercato comptent beaucoup d'ouvriers en cuivre. Tous ont été respectés. (Le syndic, J. Genoino.)

Sorrente. — Quelques ateliers seulement où le cuivre est travaillé pour l'usage domestique. Tous les ouvriers en cuivre ont été respectés, etc.

« Mes recherches, dit M. le docteur de Rogatis, ne pouvaient donner un meilleur résultat. Mais, chose remarquable entre les ouvriers en cuivre, il semble qu'un autre ordre de personnes jouissent aussi de la même préservation spontanée. Ce seraient les habitants de la rue, de la localité, et même de la cité où il y a beaucoup d'industries sur le cuivre ou de dépôts de ce métal. Ainsi, par exemple, dans la rue Catalana, à Naples, rue malpropre et habitée par beaucoup de bas peuple, mais où le cuivre est presque dans chaque maison travaillé ou mis en dépôt, il n'y eut aucun cas de choléra dans l'épidémie de 1855, et cependant, la seule paroisse d'Incoronosella, au centre de laquelle est située cette rue, compta 221 décès.

« A Rivello, dont la moitié de la population est occupée à des travaux sur le cuivre, et où il y a plus de 20 dépôts de ce métal et 2 fonderies à petite distance, le choléra, je l'ai dit, n'a point pénétré, tandis qu'il a exercé tout alentour de grands ravages.

« Atripalda, cité éminemment manufacturière en cuivre, a offert le même genre de préservation. »

A propos de cette préservation, qu'il a appelée « à distance » dans une note récente à l'Académie des sciences, M. Burq nous rappelle qu'en 1853 il avait déjà signalé la préservation des habitants comme des ouvriers sur les mines de cuivre de Fohlun et Linkeping en Suède (communication de M. le professeur Heys, de Stockholm); l'immunité presque complète de la ville de Birmingham, où se fait, pour la plus grande part, la chaudronnerie en cuivre et la quincaillerie de toute l'Angleterre; la préservation relative, mais très-marquée, d'après les statistiques même de la commission du choléra de 1832, de divers quartiers du vieux Paris d'une insalubrité notoire, tels que la rue de Lape, faubourg Saint-Antoine, et le quartier Saint-Martin-des-Champs, mais où en revanche se trouvent en dépôt ou bien appliquées à des travaux d'une variété infinie, d'énormes quantités de métaux, parmi lesquels le cuivre occupe une très-grande place.

Enquête à Toulon, La Seyne et Marseille. — Ici nous laissons parler M. Burq lui-même. A Toulon, comme à La Seyne et à Marseille, dont j'ai pris soin de visiter jusqu'aux plus petits ateliers sur métaux, tous les ouvriers en cuivre, tous, à trois exceptions près, pour les trois villes réunies, ont été respectés par le fléau, à ce point que les livres de secours de l'arsenal et de tous les grands établissements, tels que celui des forges et chantiers de la Méditerranée, celui des Messageries impériales, les maisons de MM. Pouret Peyme, de M. Frayssinet, etc., etc., sont à peu près muets sur les journées de maladie de ces ouvriers.

Les trois exceptions ont porté : à Toulon, sur 1 tourneur en cuivre de l'arsenal, que la mort de son enfant avait jeté dans le plus profond abattement et avait naturellement un peu éloigné de l'atelier; et à Marseille, sur 2 tourneurs de la compagnie des forges et chantiers, dont 1 atteint, depuis plusieurs années, d'une maladie de vessie, et le deuxième qui s'était fait remarquer par des soins extrêmes de propreté, et qui fut pris le dimanche, hors de l'influence de l'atelier.

En outre, à Toulon, il s'est passé ce fait considérable : pendant que les maisons se fermaient dans la ville, pendant que la panique était partout, et que l'émigration devenait générale, les ouvriers en cuivre de l'arsenal, avertis de mes recherches, se sont consultés, et ayant trouvé les résultats d'accord avec les souvenirs qui leur étaient restés des épidémies antérieures, tous se sont bientôt rassurés, pas un n'a fui, et à la date du 5 octobre, pas un, excepté le tourneur que j'ai signalé, n'avait été même légèrement atteint ! J'ai visité ces ouvriers dans les ateliers, au lendemain des plus mauvais jours. Tous y étaient à leur poste, le voisinage du précieux métal semblait avoir doublé leur énergie au travail, comme s'ils eussent voulu s'en imprégner davantage.

Résumé de l'enquête. — Toulon. — Outre l'arsenal, il y a à Toulon quatre établissements où l'on travaille le cuivre; un établissement de construction d'appareils à distiller; deux ateliers de fondeurs-tourneurs, et une fonderie de robinets : en tout 400 ouvriers environ, qui ne travaillent que le cuivre, et dans cette effroyable épidémie qui a enlevé jusqu'à 90 personnes en un seul jour, sur une population réduite à 30 ou 35,000 âmes, 1 seul, du nom de Glaise, est mort ! et hors lui, par un autre n'avait été un peu sérieusement malade, à la date du 5 octobre, jour où j'ai quitté la ville.

M. Guiset, chef ouvrier, très-ancien à l'arsenal, nous a affirmé ainsi que plusieurs autres ouvriers en présence de M. Brun, ingénieur qui nous accompagnait, qu'en 1835, 1849 et 1854, même immunité avait été observée parmi les ouvriers en cuivre.

La Seyne. — La compagnie des forges et chantiers occupe à La Seyne environ 4000 ouvriers, sur lesquels de 500 à 600 travaillent exclusivement le cuivre. Lorsque l'épidémie a éclaté, l'émigration s'est faite de suite sur une très-grande échelle. Parmi les ouvriers en cuivre qui sont restés et qui étaient, comme les autres, en bien petit nombre, il n'y a eu ni morts ni malades.

Marseille. — A Marseille la même compagnie possède deux grands établissements, l'un à Manpendy et l'autre à Areny, dans lesquels 200 ouvriers environ ne travaillent que le cuivre.

Sur ce nombre 2 sont morts, les 2 tourneurs que j'ai dit plus haut. Ces tourneurs travaillaient à la machine, ne tournaient, par conséquent, que de grosses pièces, et ne se servaient jamais de la lime ni du papier de verre.

Parmi les chaudronniers très-nombreux, pas un malade. M. Brupel, contre-maître de ces derniers, était, en 1854, dans

FEUILLETON.

RECHERCHES

SUR LE GENRE DE MORT DE J.-J. ROUSSEAU (1).

La relation verbale a fourni au bon marquis la matière d'un nouveau roman; il s'est le nouveau laissé aller à ces élans de sensibilité, à ces attendrissemen qui ornent la première partie de sa relation ; il croit tout, il adop ut, jusqu'aux choses les plus invraisemblables; et notez qu'il a our cela soigner son style, car il ne s'agit rien moins que de faire ler Rousseau, de lui faire tenir d'éloquents discours qui, passant par la bouche de Thérèse, ont dû nécessairement être retouchés; ceux qui ont u les *Confessions* de Rousseau savent que cette Thérèse n'avait aucune espèce d'instruction. Voici les propres paroles de Rousseau : « je voulus former son esprit, dit-il, je « perdis ma peine, je ne rougis point d'avouer qu'elle n'a jamais bien « appris à lire... J'avais vis-à-vis de mes fenêtres un cadran sur « lequel je m'efforçai durant plus d'un mois à lui faire connaître les « heures, à peine les connaît-elle encore à présent; elle n'a jamais pu « suivre l'ordre des douze mois de l'année, et elle ne connaît pas un « seul chiffre (1). » On peut dès lors juger de la part qu'a dû prendre le marquis dans le récit emprunté à Thérèse.

Une fois seul avec sa femme, Rousseau lui aurait dit : « Mes coli- « ques sont bien vives, mais je vous prie, ma chère amie, d'ouvrir « les fenêtres, que je voie encore une fois la verdure ; comme elle est « belle ! A quoi Thérèse aurait répondu : Mon bon ami, pourquoi me « dites-vous cela ? — Ma chère femme, aurait répliqué Rousseau, j'ai « toujours demandé à Dieu de mourir sans maladie et sans médecin, « et que vous puissiez me fermer les yeux; mes vœux vont être « exaucés; puis il aurait demandé pardon à Thérèse des chagrins « qu'il lui a causés, etc. »

Mais voici un passage bien plus curieux, et pour le coup ceci sort de la fabrique de Thérèse. Rousseau aurait repris : « Vous remer- « cierez bien M. et Mme de Girardin de ma part; je vous laisse entre « leurs mains, et je compte assez sur leur amitié pour emporter avec « moi la douce certitude qu'ils voudront bien vous servir de père et « de mère. » La pauvre enfant n'avait que soixante ans ! Nous n'avons qu'une seule chose à noter au milieu de cette phraséologie, c'est que *les douleurs de Rousseau augmentaient, qu'il se plaignait de picotements aigus dans la poitrine et de violentes secousses dans la tête.* On ne trouve pas autre chose dans le récit des accidents qui allaient se terminer si rapidement par la mort. Thérèse n'a que de beaux discours à rapporter ; elle fait donc de nouveau parler Rousseau, mais aidée bien entendu de la plume du marquis.

« Voyez, disait Rousseau, comme le ciel est pur, en le montrant à « Thérèse avec un transport qui rassemblait toute l'énergie de son « âme, il n'y a pas un seul nuage, ne voyez-vous pas que la porte « m'en est ouverte et que Dieu m'attend ? »

Et puis, toujours suivant Thérèse, juste au moment où Rousseau voyait la porte du ciel ouverte, il tombe sur la tête sans parole, sans mouvement, il était mort !

Arrive alors une péroraison du marquis : « Hélas ! s'écrie-t-il, « cette mort si douce pour lui et si fatale pour nous, cette perte irré- « parable était consommée, et si son exemple m'a appris à mourir, il « ne m'a pas appris à me consoler de sa mort ! » Et voilà ce qu'on est venu nous donner comme prouvant sans réplique que Rousseau était mort d'une apoplexie séreuse.

Mais cette Thérèse, qui voulait se faire adopter par M. et Mme de Girardin, cette amante du cocher Montretout, qui finit peu de mois après par se faire chasser, cette Thérèse va nous donner une tout autre version dans sa lettre à Corancez.

Voyons si nous pourrons y recueillir quelques faits propres à nous éclairer sur la nature de la mort de J. J. Rousseau ; nous n'avons eu à noter dans le récit de M. de Girardin que des coliques violentes, des picotements de poitrine, des secousses dans la tête et puis une chute sur le front ; cette fois, Thérèse n'aura plus de beaux discours à rapporter, il n'y a plus d'attendrissement de part et d'autre, plus de recommandations pour M. de Girardin, plus même d'admiration pour la verdure, pour le ciel bleu; il y a un récit bref, simple, allant droit au but et ne visant pas à produire de l'effet.

(1) Voir les numéros des 5, 8 et 12 mai.

(1) *Confessions*, partie II, liv. VII.

un grand atelier de chaudronnerie en cuivre; sur 80 ouvriers, ni mort ni malade; le fait fut remarqué. En 1854, où l'épidémie fut autrement cruelle, il y eut 3,015 morts. La même compagnie n'a perdu qu'un seul ouvrier en cuivre; c'était un ivrogne endurci. A La Ciotat, aux messageries impériales, sur 300 ouvriers, il est mort 1 modeleur, 1 forgeron, 1 chaudronnier en fer, et le concierge. Parmi les ouvriers en cuivre, pas même de malade.

Après ces grands établissements de construction de machines, j'ai visité ceux de MM. Frayssinet et Cie, 150 ouvriers; de M. Valery, 130 ouvriers; MM. Bizand et Labarre, 60 ouvriers; M. Girard, 70 ouvriers; M. Prudhon, 70 ouvriers; M. Finel, 35 ouvriers; M. Chavassieux, 20 ouvriers; M. Fournet, 20 ouvriers; plusieurs ouvriers en fer sont morts, et pas un seul ouvrier en cuivre n'a été malade.

Marseille possède en outre nombre d'établissements où l'on ne travaille que le cuivre.

Voici ceux que j'ai visités :

1° Pour la chaudronnerie, en tout 70 patrons et ouvriers tourneurs et robinetiers;

2° Pour la fabrication des instruments de musique, 63 ouvriers;

3° Fondeurs, en tout 200 ouvriers environ.

Sur ce nombre d'ouvriers, aucun n'est mort; un seul a été un peu malade au commencement de l'épidémie. Ceux d'entre eux qui sont vieux dans le métier, et entre autres, MM. Menudet père et Daniel, témoins des différentes épidémies de choléra qui ont régné à Marseille, attestent l'immunité de leurs ouvriers.

A côté de cette immunité, M. Albert Girard, fils de l'honorable médecin de ce nom, à Marseille, nous écrivait à la date du 17 octobre, que, dans une usine où travaillaient 100 ouvriers dans le plomb, 4 étaient morts du choléra.

— Si les faits qui ressortent de cette double enquête ne sont pas de nature à paraître décisifs et à entraîner toutes les convictions, tant les questions de ce genre sont obscures et difficiles à résoudre, on conviendra du moins qu'ils méritent d'être pris en considération, et d'être soumis à un examen et à un contrôle sérieux.

Ulcération de la langue, très-ancienne, guérie par un traitement antisyphilitique.

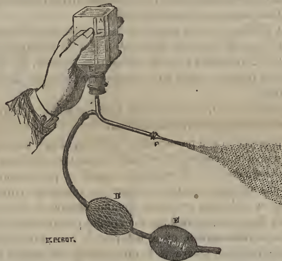
Un gentleman, âgé de soixante-deux ans, vint, en avril dernier, consulter le docteur Arthur Leared, médecin du Grand Hôpital du Nord, à Londres, pour une ulcération de la langue ne remontant pas à moins de vingt années, qui lui causait beaucoup de gêne pour manger et de vives douleurs s'il venait à prendre des mets épicés ou ayant une température plus élevée qu'à l'ordinaire. Cette ulcération, de forme ovale, ayant la largeur de 1 schelling dans son plus grand diamètre, occupait la partie moyenne de la face dorsale de l'organe. La muqueuse de la bouche et les bords des lèvres étaient parsemés de taches blanchâtres assez semblables à des aphthes, entourées d'une auréole rouge foncé; ces taches, après avoir duré un certain temps, disparaissaient pour faire place à d'autres, au bout d'un intervalle plus ou moins court, tandis que l'ulcération de la langue, depuis son début, n'avait jamais présenté aucune modification ni d'étendue ni d'aspect. Le malade avait eu un chancre trente ans auparavant, suivi, peu de temps après la cicatrisation, d'une éruption secondaire, pour laquelle il avait reçu les soins d'un éminent praticien; il avait également consulté plusieurs fois le même médecin pour son affection buccale, mais sans qu'aucun autre traitement lui eût jamais été fait que quelques cautérisations et des collutoires.

Ne pensant pas d'abord avoir affaire à une affection syphilitique, M. Leared prescrivit le chlorate de potasse à haute dose à l'intérieur et une forte solution du même sel en applications locales. Aucune amélioration n'étant résultée de ce traitement poursuivi pendant un mois, la liqueur de Fowler fut administrée à doses croissantes, ainsi que des bains mercuriels. Au bout d'une semaine, il parut se produire du côté de la langue une légère amélioration, mais qui, vingt-cinq jours après, n'avait fait aucun progrès et était restée tout à fait insignifiante; quant aux bains, ils n'eurent d'autre effet que de faire naître entre les épaules une éruption très-fatigante. N'obtenant et n'espérant plus aucun bénéfice de ces moyens, M. Leared eut alors recours à l'iodo-arsénite de mercure ou liqueur de Donovan, qu'il fit prendre à la dose de vingt gouttes deux fois par jour. Dès le quatrième jour, il eut la satisfaction de constater que l'ulcération de la langue était partagée en deux portions par un commencement de cicatrisation à sa partie moyenne; comme le médicament causait de la diarrhée, il fit prendre un demi-grain d'opium après chaque dose. Le dixième jour, la portion la plus large de l'ulcération était réduite à la dimension d'un pois; en même temps les pieds du malade étaient devenus si sensibles, qu'il avait de la peine à marcher; une rougeur inflammatoire prononcée s'était manifestée aux talons et aux gros orteils. Le vingt-sixième jour, l'ulcération de la langue était cicatrisée à l'exception d'un seul point; mais les pieds étaient extrêmement sensibles et rouges, avec desquammation; les paumes des mains s'affectaient aussi, et il y avait de la douleur à la partie postérieure des gencives. En conséquence, la dose du médicament fut réduite de moitié. Deux jours après, la langue et la bouche étaient complétement guéries, à l'exception d'un reste de sensibilité dans les gencives. Le traitement fut continué à doses décroissantes pendant quelque temps encore, ce qui amena la disparition des symptômes qui s'étaient produits vers les extrémités. Enfin, cinq mois après la cicatrisation de l'ulcère, il parut sur les membres inférieurs des taches cuivrées qui cédèrent graduellement à l'usage de l'iodure de potassium et de bains mercuriels. Depuis, la guérison ne s'est pas démentie. (*The Lancet*, juillet).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 15 mai.

— **M. GUÉRARD** présente, au nom de M. Mathieu, un appareil propre à déterminer l'anesthésie locale par la vaporisation de l'éther. Le principe de cet appareil est le même que celui qui est appliqué dans le néphogène que M. le docteur Tirman, de Charleville, et lui ont imaginé il y a huit ans.



Ainsi que l'indique la figure, l'appareil se compose :

1° D'un flacon que l'on retourne afin de favoriser la sortie du liquide par son propre poids;

2° D'un système de deux boules élastiques dont l'une E forme soufflet et l'autre D réservoir : un courant d'air continu est produit par le jeu de ces deux boules et ce courant entraîne avec lui un jet capillaire de liquide dont la vaporisation rapide donne lieu à un abaissement considérable de température. Ce système de boules est emprunté à l'appareil de M. Richardson;

3° B. Prise du liquide dans le flacon;

4° C. Orifice capillaire d'où s'échappe le courant d'air et le liquide précipité par lui.

Cet appareil a été expérimenté avec succès par plusieurs chirurgiens, il offre l'avantage de produire un jet d'air éthéré non interrompu, une vaporisation extrêmement rapide et un refroidissement en rapport avec cette rapidité de la vaporisation.

— **M. GOSSELIN** soumet à l'appréciation de l'Académie, au nom de M. le docteur H. Dubois, un mode opératoire qui permet de faire l'opération de la pupille artificielle par iridectomie sans quitter ni changer les instruments et, par suite, sans être exposé à quitter du regard l'œil de l'opéré.

Les instruments employés à cet effet sont :

A. Une pince courbe à griffe (*a*) dont les branches, dans leur partie courbe, ont été taillées en lames de ciseaux (*b*) venant s'entrecroiser lorsque l'on serre la pince.

Ces lames de ciseaux s'arrêtent à 2 millimètres environ de l'extrémité qui se termine comme une pince à griffes pour fixer l'œil.

Cette pince est munie d'une petite tige à virole mobile (*c*) destinée à prévenir la direction des branches et à en régler l'écartement.

Les branches de cette pince sont réunies à leur extrémité supérieure par un mode d'articulation spécial qui permet de les démonter au besoin.

B. Une pince courbe à griffes (*d*), à écartement limité et additionnée d'un couteau lancéolaire droit ou courbe.

(Le dessin a été réduit).

On opère de la façon suivante :

(Nous supposons que l'opération se fasse sur l'œil droit).

1° La main droite, munie de la pince-ciseaux, fixe l'œil comme on le ferait avec une pince ordinaire;

2° La main gauche, munie de la pince-couteau, incise la cornée;

3° Retournant alors la pince-couteau par un mouvement analogue à celui que l'on fait subir au kystitome lorsqu'on veut se servir de la curette, on a entre les doigts la pince avec laquelle on va saisir l'iris;

4° Quittant alors l'œil que l'on tenait fixe avec la pince-ciseaux, on vient avec les lames de celle-ci couper l'iris.

Comme on le voit, on évite le changement d'instrument, qui nécessite des mouvements plus ou moins étendus et plus ou moins précis, car ils ne dépendent pas du chirurgien seul; l'aide y contribue plus ou moins.

Ainsi, il faut quitter le couteau pour prendre la pince destinée à saisir l'iris; confier à un aide l'instrument qui fixait l'œil ou abandonner ce dernier, ce qui alors n'est plus tenu que par l'iris pour prendre les ciseaux, ou bien faire couper l'iris par un aide.

Tous ces mouvements exigent un certain équilibre et exposent souvent, malgré lui, l'opérateur à détourner son regard de l'œil de l'opéré pour saisir les instruments, soit de la main d'un aide, soit sur la tablette où il les a mis à sa portée.

Avec les instruments décrits ci-dessus, l'aide n'a plus autre chose à faire qu'à soulever la paupière; le reste de l'opération appartient au chirurgien seul.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Chocolat à l'huile de foie de morue.

Il n'est pas un praticien qui ne se soit trouvé bien souvent en présence des difficultés que présente l'emploi de l'huile de foie de morue. Son goût, si désagréable, est pour quelques enfants un épouvantail, et nous savons sur ce point grand nombre d'adultes qui sont plus récalcitrants encore que les enfants.

En présence de ces faits, on comprend que le pharmacien cherche tous les moyens imaginables pour masquer ce goût repoussant. Nous trouvons dans le dernier numéro de l'*Union médicale de la Seine-Inférieure*, un rapport de M. Duménil sur un chocolat à l'huile de foie de morue. Ce rapport, présenté à la Société de médecine de la Seine-Inférieure, reproduit fidèlement ce qu'on peut attendre de cette nouvelle forme médicamenteuse. Laissons donc la parole à M. Duménil.

« Un chocolat médicamenteux, à l'huile de foie de morue, vous a été présenté par M. E. Allais, avec la demande d'un rapport.

« La commission nommée pour l'examen de cette préparation

Le voici tout entier :

« A mon retour (elle venait de payer un serrurier qui avait aidé au « déménagement de Rousseau), j'entendis les cris plaintifs de mon « mari, j'entrai précipitamment, il était couché sur le carreau; j'ap- « pelai du secours; il me dit de me contenir, qu'il n'avait besoin de « personne, puisque j'étais revenue; il me dit encore de fermer la « porte et d'ouvrir les fenêtres, ce que j'ai fait, ensuite j'aidai mon « mari de toutes mes forces à se mettre sur son lit, je lui fis prendre « de l'eau des Carmes, lui-même versa les gouttes, je lui proposai un « lavement, il le refusa; j'insistai, il consentit à le prendre; je le lui « donnai le mieux que je pus, mais pour le rendre il descendit lui- « même, et sans mon aide, du lit, il alla se placer sur la garde-robe. « J'allai à lui en lui tenant les mains, il rendit le remède, et au mo- « ment où je le croyais bien soulagé, il tomba le visage contre terre. « Je jetai des cris perçants, ajoute Thérèse, la porte était fermée, « mais M. de Girardin qui avait une clef entra, j'étais couverte du « sang qui coulait du front de mon mari (1). »

Est-ce bien à ses cris, à ses cris seulement que le marquis et la marquise accoururent? n'est-ce pas aussi au bruit d'une détonation?

L'opinion de tout le pays, lors de l'arrivée de Corancez, c'est-à-dire le lendemain de la mort, était que Rousseau avait mis fin à ses douleurs par un coup de pistolet. « En arrivant à Louvres, dit « Corancez (2), dernière poste jusqu'à Ermenonville, le maître de « poste se présenta à notre voiture, il s'appelait Payen, il nous dit « qu'il présumait notre voyage occasionné par le malheureux événe- « ment de la mort de M. Rousseau, puis il ajouta d'un ton pénétré: « Qui l'eût cru que M. Rousseau se fût ainsi détruit lui-même! Nos « oreilles furent étonnées de cette nouvelle; nous lui demandâmes de « quel moyen il s'était servi, d'un coup de pistolet, nous dit-il. »

Nous reviendrons tout à l'heure sur cette explication d'un suicide qui aurait été commencé par un empoisonnement et terminé par un coup de pistolet. Nous savons ce qui s'est passé tant que Rousseau a été accessible; mais dans cette heure de réclusion volontaire avec Thérèse, qu'est-il réellement arrivé? Comment la mort est-elle survenue? Rousseau est en proie à de vives douleurs, des coliques atroces lui arrachent des cris, il s'enferme avec une femme qui vient de mettre le comble à ses infortunes, celle-ci au bout d'une heure environ pousse des cris, on accourt, et on la trouve couverte du sang de son mari; d'où vient ce sang? d'une blessure que Rousseau porte au front? Comment s'est-il ainsi blessé? Thérèse raconte au marquis qu'il est tombé sur la tête après avoir prononcé un discours très-religieux et très-touchant; mais plus tard elle écrit à Corancez que Rousseau est tombé de sa garde-robe après avoir rendu un lavement, et cela sans prononcer une parole.

Désireux de conserver à la postérité les traits de Rousseau, le marquis de Girardin avait fait venir de Paris le célèbre sculpteur Houdon; le moulage parut très-ressemblant: le marquis n'en dit pas davantage, mais Corancez raconte qu'après avoir fait cette opération, Houdon lui parla de cette blessure qu'on attribuait à une chute; Houdon lui dit qu'elle consistait en un *trou si profond*, que le sculpteur *avait été embarrassé pour en remplir le vide* (1).

On comprend la portée de ces révélations; mais ce n'est pas tout: il nous reste maintenant à faire connaître les deux pièces les plus importantes de ce procès, puisqu'elles émanent des hommes de l'art, et qu'on les a toujours données comme des *actes officiels*.

Lorsqu'il s'agit en médecine de déterminer à quelle maladie un sujet a succombé, il y a deux sortes de renseignements à recueillir; les premiers ne sont autres que les symptômes observés pendant la vie, les seconds consistent dans les altérations organiques constatées sur le cadavre; on vient de voir que nous avons eu très-peu de détails sur les symptômes, sur les souffrances accusées par Rousseau; serons-nous mieux renseignés sur les lésions organiques observées après la mort? c'est ce que nous allons voir.

La première pièce, nous pouvons le dire dès à présent, nous apprendra peu de choses à ce sujet, c'est un simple procès-verbal dressé par les chirurgiens de la localité après la mort de Rousseau, extrait des minutes du greffe du bailliage et vicomté d'Ermenonville.

DUBOIS (d'Amiens).

(1) *Loc. cit.*, p. 76 et 77.
(2) *Loc. cit.*, p. 59.

(1) Corancez, *Note sur la lettre de Thérèse*, p. 80.

Notice sur les anciennes écoles de médecine de la rue de la Bûcherie, (avec un plan et une vue), par le docteur A. CHEREAU, brochure in-8°. Prix: 1 fr. 25, — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

vient aujourd'hui vous soumettre le résultat de son appréciation.

« La valeur thérapeutique de l'huile de foie de morue est incontestable et peut seule expliquer la consommation si considérable de cette substance. La médecine des enfants surtout en tire un immense parti au point de vue, non-seulement de la guérison d'un grand nombre de maladies, mais encore comme moyen de modifier certains tempéraments empreints de lymphatisme. On pourrait même la classer parmi les aliments dont elle se rapproche par ses qualités et son mode d'action qui n'a rien de spécial, mais s'adresse à tout l'organisme.

« Ce rôle important justifie toutes les tentatives qui ont été faites pour faciliter l'emploi de l'huile de foie de morue, difficile à faire accepter dans bien des cas, par la répugnance insurmontable qu'elle inspire. Toutes ces tentatives n'ont que très-imparfaitement réussi ; le seul moyen généralement utilisé est l'épuration qui donne aux huiles une couleur plus flatteuse et leur enlève une partie de leur mauvais goût. Mais il est reconnu que cette épuration ne s'obtient qu'aux dépens des qualités médicamenteuses ; les huiles blanches sont moins actives que les huiles colorées. Un procédé d'administration qui présenterait celles-ci sous une forme moins désagréable que la forme liquide, rendrait donc de grands services.

« A cet égard l'incorporation de l'huile de foie de morue au chocolat nous paraît une idée fort heureuse et digne d'encouragement. Le mélange conserve toutes les apparences du chocolat pur ; il a à peu près la même consistance et peut revêtir les mêmes formes ; on peut ainsi, en le recouvrant d'une légère couche de chocolat ordinaire, en faire des bonbons parfaitement trompeurs, de ceux pour lesquels les enfants ont une prédilection bien connue et qui ne leur font pas trop regretter leur confiance quand ils découvrent la supercherie. Nous nous sommes assurés que les enfants prennent ces bonbons sans aucune répugnance et presque toujours avec bonheur. Ce mode d'emploi a, en outre, un avantage qu'on doit toujours rechercher dans l'administration des médicaments, il permet de fractionner l'huile de foie de morue de manière à rendre son absorption aussi complète que possible, son action régulière et incessante sans inconvénient pour les organes, en l'introduisant fréquemment et à petites doses.

« Des huiles de foie de morue de première qualité sont employées à froid dans le chocolat, afin que la chaleur ne fasse perdre aucun principe curatif. »

M. Duménil fait des vœux pour un dosage régulier de l'huile de foie de morue, et pour que le prix de ce médicament soit mis à la portée de toutes les bourses.

Il conclut enfin, en disant :

« Que le chocolat à l'huile de foie de morue constitue une préparation pharmaceutique de nature à rendre de notables services et méritant d'être sérieusement encouragée ;

« Qu'elle masque autant qu'on peut le désirer le goût désagréable du médicament et facilite son absorption en permettant de le donner à doses fractionnées. »

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

de la Société médicale d'observation pendant l'année 1865-1866,

Par Paul TOPINARD, secrétaire annuel.

Messieurs,

Il est de règle dans les sociétés que le secrétaire, à l'expiration de ses fonctions, vienne lire un résumé de tous les travaux de l'année. Cependant, ce n'est qu'en 1854, que notre Société, voyant ses procès-verbaux et nombre de ses lectures disparaître aux archives, se décida à adopter cette mesure conservatrice. Aujourd'hui, sous la présidence de M. Béhier, notre situation est différente. Toutes les communications des membres titulaires, la majeure partie de nos discussions, la plupart des observations des candidats, quelques extraits même des rapports sont publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, et prochainement paraîtront réunis en un assez fort volume. La nécessité d'un compte rendu n'est donc plus aussi évidente et serait à discuter si d'autres sociétés, dans les mêmes conditions, n'avaient déjà posé et résolu la question.

Je vais donc aborder ma tâche et m'efforcer de la rendre la moins aride possible. Je compte sur votre bienveillance habituelle.

Mais, auparavant, laissez-moi vous dire quel mouvement s'est opéré au sein de la Société pendant la période de quinze mois, dont j'ai à vous entretenir, et qui s'étend du 1er janvier 1865 au 27 avril 1866.

Le nombre des membres était de vingt-quatre au 1er janvier 1865 ; aujourd'hui il est de vingt-huit. Neuf de nos collègues ont demandé à échanger leur titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire ou correspondant ; ce sont MM. Woillez, Besnier, Bucquoy, Ferréol, Chedevergne, Lemaire, Moricourt, Lefeuvre et Perret. Le vide qu'ils ont laissé s'est aussitôt rempli : deux membres honoraires, MM. Leven et Gérin-Rose ont désiré reprendre le titre de membre titulaire ; dix candidats ont été nommés membres titulaires ; ce sont : MM. Gingeot, Laborde, Menjaud, Duguet, Hayem, Pelvet, Magnan, Anger, Verliac, Odier. Un membre correspondant a été nommé directement, M. le docteur Bourillon d'Aubusson. Pour les deux places vacantes il vous reste douze candidats, savoir : cinq dont vous avez voté l'admissibilité ; trois dont les rapports vous seront lus prochainement, et quatre inscrits pour diverses communications.

Un assez grand nombre d'ouvrages, de feuilles périodiques, de bulletins de diverses sociétés et académies, de mémoires importants vous ont été adressés de Paris, de la province et de l'étranger. Qu'il me soit permis, en votre nom, d'en remercier leurs auteurs.

Vos séances ont toujours été aussi remplies que le temps l'a permis, vos discussions ont été animées, et vous avez développé une grande activité. En voici la preuve. Bien que le nombre de vos séances ait été descendu de quarante-quatre à vingt par an, et que celui des observations exigées de chaque candidat ait été réduit de trois à une, le chiffre de vos travaux a atteint et peut-être dépassé celui des années précédentes.

Ce chiffre, en laissant de côté les communications verbales, est de cinquante-trois, et comprend quatre mémoires, cinquante-cinq observations et seize rapports. Les sujets les plus variés y sont abordés, et dans la revue critique que je vais en faire il me sera difficile d'apporter une grande méthode.

CHIRURGIE. — La chirurgie ne se trouve représentée que par deux lectures : l'une de M. Chedevergne, comprenant cinq observations de *molluscum éléphantiasique ;* l'autre de M. Loliot, portant sur un cas de *fractures multiples du bassin.*

Dans le fait principal de M. Chedevergne, il est question d'une tumeur énorme, qui s'insérait par un pédicule à la partie postérieure du cou, pesait douze kilogrammes et demi après l'ablation, et était constituée par une hypertrophie du derme et du tissu sous-dermique. A la superficie du corps se voyaient, en outre, une multitude de petites excroissances de la grosseur d'une noisette ou moins. Il résulta de la discussion qui prit naissance à ce propos, que Larrey père avait observé un cas semblable, que Virchow en a publié cinq dans son traité des tumeurs, et Hecker un, ce qui ajoutés aux deux, personnels à M. Chedevergne, fait un total de neuf cas. Dans tous, le sujet offrait à la face de la peau les petites végétations ci-dessus, végétations sur la nature histologique desquelles les micrographes ne sont pas parfaitement d'accord, mais que les cliniciens s'entendent à appeler molluscum. Le premier terme du titre que M. Chedevergne a donné à son observation principale est donc motivé, bien qu'il existât quelques légères différences de structure entre la grosse tumeur et les petites excroissances. Quant au second terme, il se borne à rappeler le volume extraordinaire de la production.

Dans l'observation de M. Loliot, il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, sur le ventre duquel a passé la roue d'une voiture pesamment chargée. Les lésions les plus importantes produites furent une disjonction de la symphyse pubienne avec déchirure des ligaments ; une fracture de la branche horizontale du pubis droit et du pubis gauche, au lieu d'élection, c'est-à-dire en dedans de l'éminence iléo-pectinée ; une fracture des branches ischio-pubiennes des deux côtés, sans déplacement des fragments ; une luxation des deux os iliaques en arrière avec rupture des ligaments antérieurs et postérieurs et déplacement de toute l'épaisseur du sacrum, sans lésion des os ; et enfin une rupture de la vessie.

MÉDECINE. — Les observations de médecine, dont j'ai à vous entretenir, sont au contraire nombreuses. Parmi celles qui ont trait aux pyrexies, il en est cinq de *varioles anomales* avec autopsie. Dans les deux cas de M. Proust, tout se réunit pour faire prévoir une issue fatale. Elles sont secondaires, c'est-à-dire survenues, l'une quatre jours après l'accouchement, l'autre dans la convalescence d'un érysipèle de la face. Les prodromes, anomaux dans l'une, firent défaut dans l'autre. Dans l'une, l'éruption varioleuse se réduisit à quelques rares pustules, il survint du délire, de l'hématurie. Dans les deux cas, on vit apparaître des plaques scarlatiniformes, principalement aux plis articulaires et à la face, des taches ecchymotiques et une dyspnée intense que les lésions pulmonaires, insignifiantes dans l'une, nulles dans l'autre, n'expliquèrent pas. Une seule circonstance était favorable, les malades étaient vaccinés.

Sur les trois cas que vous a communiqués M. Pelvet, deux offraient aussi des éruptions insolites, notamment une éruption de bulles. Le troisième présentait la forme hémorrhagique. On trouva à l'autopsie du sang épanché, notamment dans les ovaires, les trompes et la cavité utérine.

Dans cette classe des pyrexies se place également l'observation de M. Duguet, ayant pour titre « *Fièvre typhoïde chez un enfant, compliquée d'accidents cholériformes.* » Trois autres fois, vous a-t-il dit, des accidents de même genre se sont produits à l'Hôpital des Enfants vers la même époque, le premier, dans la convalescence d'une bronchite légère, le deuxième, deux jours après une trachéotomie pour un croup, le troisième, dix jours après cette même opération, également pour un croup. Dans le quatrième cas, celui dont il vous a été donné lecture, faut-il en accuser les 25 milligrammes d'émétique administrés auparavant ? M. Duguet ne le croit pas. Ces accidents qui ont amené la mort se produisaient en août 1865.

L'épidémie de choléra asiatique que nous eûmes à traverser quelques mois plus tard ne pouvait manquer de vous amener quelque communication. M. Anger vous a lu effectivement une note *sur certains accidents convulsifs qui apparaissent dans le cours du choléra.* Ces convulsions se montrent aux approches de la mort, soit dans la période de réaction, comme dans son observation, soit dans la période algide, M. Anger en a observé trois cas, et M. Lelion, alors interne à l'Hôtel-Dieu, plusieurs autres. Les Allemands, qui les avaient notés auparavant dans ces circonstances, les attribuent à l'urémie, c'est-à-dire à la rétention dans le sang des principes de l'urine. M. Anger n'admet pas cette théorie, parce que la circulation est nulle chez les cholériques et parce que, dit-il, les urines sont supprimées ; évidemment cette dernière phrase ne rend pas sa pensée, car cette suppression est au contraire favorable à la doctrine de l'urémie. Pour sa part il les explique par l'absence ou l'insuffisance de sang dans le cerveau et les rapproche des convulsions qui surviennent après les grandes hémorrhagies. Quoi qu'il en soit, il est regrettable que les urines n'aient pas été examinées au point de vue de l'albumine, car les quinze accès d'éclampsie qui se sont produits chez son malade en l'espace d'une heure et demie rappellent bien ceux de l'éclampsie puerpérale ; dans les deux circonstances le sang n'est-il pas profondément modifié dans sa composition ?

Bien que la connaissance réelle des *maladies de l'appareil cardio-pulmonaire* ne remonte guère qu'à la découverte de l'auscultation et à la vulgarisation de la percussion, peu de branches de la pathologie interne ont été aussi explorées. Cependant il y reste encore à découvrir. Quatre lectures s'y rattachant directement vous ont été faites cette année par MM. Verliac, Gouraud, Hayem et Cornil.

La première est relative à un symptôme de la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants, déjà signalé dans le remarquable mémoire sur cette question de l'un des membres honoraires de cette Société, M. Barthez ; nous voulons parler d'une toux spasmodique, qu'on pourrait, au premier abord, confondre avec les quintes de la coqueluche, distinction d'autant plus importante à faire que la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants annonce sûrement la tuberculisation pulmonaire. M. Verliac vous en a lu cinq observations, dans lesquelles il attribue la production des phénomènes à la compression ou à l'altération du pneumo-gastrique. Deux fois il a pu faire l'autopsie et les deux fois il a trouvé ce nerf englobé dans la tumeur, le récurrent conservant d'ailleurs toute son intégrité. Il est fâcheux, toutefois, que l'examen histologique du nerf ait été négligé.

L'influence des lésions du cœur gauche sur la circulation intra-pulmonaire a été fort étudiée. L'influence inverse des maladies du poumon sur le cœur droit l'a été peu. M. Gouraud en a fait l'objet de sa thèse inaugurale et y établit que ces lésions secondaires sont l'hypertrophie, la dilatation et la dégénérescence graisseuse du cœur droit, l'insuffisance relative des valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire et l'insuffisance relative de la valvule tricuspide, confirmant ainsi une partie des vues physiologiques de Beau. L'observation qu'il vous a communiquée est un exemple de ce dernier cas et porte le titre suivant : *Pneumonie, bronchite capillaire à forme asphyxique. Insuffisance tricuspide, mort.*

La même influence se retrouve, avec quelques différences, dans l'observation de M. Hayem, intitulée : *Hypertrophie ancienne du cœur. Broncho-pneumonie, mort.* La série morbide aurait commencé trente ans auparavant par une suite de bronchites répétées ; l'emphysème pulmonaire et l'hypertrophie du cœur auraient succédé, et celle-ci à son tour aurait exercé une influence marquée sur le développement de la broncho-pneumonie qui a amené la mort. Cette phlegmasie ultime était caractérisée anatomiquement par l'aspect planiforme qu'ont décrit Hourmann et Dechambre, et qui, en cette circonstance, était dû à une pneumonie aiguë entée sur une induration chronique du poumon.

Cette opinion de M. Hayem a été le point de départ, pour M. Cornil, d'un important mémoire *Sur l'Anatomie pathologique des différentes espèces de pneumonie,* dont je rapprocherai un second mémoire du même auteur *Sur l'Anatomie pathologique de la pustule variolique.*

Les deux ont un point commun, c'est l'étude du mode de formation des globules du pus aux dépens de l'épithélium, à la surface des alvéoles pulmonaires, comme dans le corps muqueux de Malpighi. L'accumulation des globules de pus ainsi formée et englobée par de la fibrine, dans les alvéoles pulmonaires, caractérise la pneumonie fibrineuse. La formation de cellules épithéliales et des globules de pus sans fibrine, accumulés dans les alvéoles, constitue la pneumonie catarrhale. L'épaississement des cloisons par un tissu conjonctif nouveau appartient à la pneumonie interstitielle, dont les diverses variétés sont étudiées avec soin par M. Cornil.

Dans le mémoire sur la pustule variolique, il décrit les modifications des papilles et du réseau muqueux de Malpighi, converti, à un moment donné de l'évolution de la pustule, en un tissu aréolaire, dans les mailles duquel siégent les globules de pus. L'ombilication tient à ce que le centre de la pustule se développe le premier, se ramollit et s'atrophie alors que la périphérie continue à s'accroître.

Ainsi, grâce au microscope, des problèmes longtemps débattus sont aujourd'hui résolus avec simplicité ou sont tout près de l'être. La vulgarisation de cet instrument et l'importance que prend la physiologie expérimentale, sont certes le fait dominant de l'époque que nous traversons. Leur influence se fait sentir, surtout pour ce qui regarde le système nerveux, et dans cette branche de la science, l'impulsion, partie de l'amphithéâtre, s'est promptement communiquée à la clinique. Tout y est remis en question, ainsi que l'attestent les nombreuses communications relatives aux maladies de l'axe cérébro-spinal dont j'ai maintenant à vous entretenir.

MALADIES DE L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL. — Je me borne à vous rappeler une série d'observations de M. de Vauréal, portant sur *les Déviations de la volonté considérées comme causes de mélancolie,* qui a donné lieu à un savant rapport de M. Voisin, et j'arrive de suite à l'observation que vous a adressée d'Aubusson M. le docteur Bourillon, observation avec autopsie, pleinement confirmative de l'opinion de M. Broca, sur *la Localisation cérébrale de la faculté d'expression de la pensée.*

La malade fut prise une première fois d'accidents cérébraux divers, auxquels succéda un délire mélancolique ; une deuxième fois, trois semaines après, d'hémiplégie à droite, avec perte de la parole et de la faculté d'exécuter le langage mimique, l'intelligence demeurant nette ; et la troisième fois, quatre mois plus tard, de convulsions auxquelles elle succomba. L'autopsie montra 1° un ramollissement du lobe postérieur gauche qui explique les premiers accidents ; 2° un kyste sanguin sur les limites du corps strié et du lobule de l'insula gauches qui rendait compte de l'aphonie et de l'hémiplégie droite ; 3° une hémorrhagie sous-arachnoïdienne récente qui avait déterminé la mort. Un accord aussi parfait des symptômes et des lésions nous dispense de tout commentaire.

Passons aux observations sur les maladies du cervelet de MM. Leven et Laborde.

Dans la première il s'agit d'une femme qui, sans trouble préalable, se réveilla avec de la titubation, de l'entraînement latéral à gauche, de l'embarras de la parole, un strabisme double et de la diplopie. Ni vomissement, ni paralysie, ni altération de l'intelligence, M. Leven diagnostiqua une *hémorrhagie cérébelleuse,* et considéra ce cas comme un exemple fort rare de guérison de cette maladie. Bien que la valeur de chacun de ces symptômes, pris isolément, ait été contestée dans le cours de la discussion, leur réunion est trop conforme aux expériences bien connues de M. Leven, et aux résultats de ses statistiques sur les maladies du cervelet, pour que nous n'acceptions pas sa manière de voir.

La seconde observation a pour titre : *Hallucination portant sur la motilité dans une affection cérébelleuse.* Le sujet amaurotique double depuis plusieurs années entra à l'infirmerie de Bicêtre, offrant de la céphalalgie occipitale, quelques vomissements, un peu d'embarras de parole, un peu d'anesthésie cutanée et des troubles intellectuels spéciaux : il s'imaginait incessamment qu'il allait tomber et qu'il était réellement tombé de son lit pendant la nuit, il se cramponnait de tous côtés pour se retenir et refusait de faire un pas, lorsqu'on le mettait debout. Puis dans ses discours il mêlait constamment la phrase « je suis derne, » c'est-à-dire hébété. A l'autopsie on trouva un ramollissement jaune du volume d'un gros pois dans le lobe droit du cervelet et c'est à cette lésion que M. Laborde rapporte directement

ou indirectement les phénomènes ci-dessus, notamment les hallucinations. La Société, je dois le dire, n'a pas partagé sa conviction. En effet, à la partie moyenne de la face interne de l'hémisphere droit, intéressant quelques circonvolutions, il existait un autre ramollissement jaune, de la grosseur d'un œuf de pigeon, dont l'existence pouvait à plus forte raison être invoquée pour expliquer ces troubles intellectuels.

La majorité de la Société, s'est également prononcée contre le titre d'*apoplexie séreuse* que M. Lannelongue avait primitivement donné à l'une de ses observations. Aussi notre collègue s'est-il empressé de modifier ce titre dans les termes suivants. *Rétrécissement aortique. Une infiltration considérable de sérosité dans les mailles de la pie-mère a été cause de la mort.* Il est question d'un homme qui entre à Beaujon pour un rétrécissement de l'urèthre et sur lequel l'uréthrotomie interne est pratiquée. Trente-six heures après il est pris d'oppression, de douleur cardiaque et de coma; douze heures plus tard il a quelques convulsions partielles de la face et des membres supérieurs et meurt. Quelle est la cause de la mort ou mieux de l'infiltration de sérosité dans la pie-mère? M. Lannelongue en voit la raison principale dans l'affection du cœur. Quelques-uns d'entre vous ont songé à l'urémie. Bref la question attend une solution.

La seconde observation de M. Lannelongue a trait à ces lésions à l'ordre du jour qui se produisent par suite de l'oblitération des vaisseaux. Un vieillard, dont tout le système artériel fut plus tard trouvé atteint de dégénérescence ostéo-calcaire, entre dans le service de M. Léger à Bicêtre pour des convulsions et du délire; il est bientôt pris de gangrène de la jambe droite et succombe au quatorzième jour de son entrée. A l'autopsie on trouva : 1° dans l'artère fémorale droite, un long caillot semi-adhérent qui expliquait la gangrène du membre; 2° dans l'artère cérébrale postérieure, un dépôt athéromateux et un caillot noir et adhérent qui l'oblitéraient complétement. Dans la partie correspondante de l'hémisphère, on voyait un noyau du tissu cérébral sec, dur, raréfié, jaunâtre à la circonférence, jaune verdâtre ou noirâtre au centre, sans la moindre trace d'hyperhémie.

Ce fait montre que l'oblitération artérielle qui, dans le cerveau, donne lieu habituellement à un ramollissement, peut s'y traduire, au contraire, par une induration, point sur lequel M. Proust eût pu s'arrêter dans son importante thèse sur les différentes formes de ramollissement cérébral. Il est d'autant plus digne d'intérêt que l'autopsie n'a été pratiquée que quatorze jours après l'accident. Dans le cours de la discussion qui a pris naissance à ce propos, M. Cornil vous a dit avoir rencontré deux cas d'induration du même genre dans lesquels les vaisseaux étaient également oblitérés par de la fibrine.

Arrivons aux maladies dans lesquelles l'altération n'est plus limitée à l'encéphale.

MM. Baillarger[1], Teissier de Lyon[2] et Topinard[3] ont signalé l'association de l'ataxie locomotrice, symptôme appartenant en propre à certaines affections de la moelle, avec la paralysie générale.

M. Topinard notamment en a donné une observation ayant pour titre : « Paralysie générale des aliénés avec ataxie locomotrice » (page 32), et a écrit (page 291) : « Nous inclinons à croire que cliniquement, tout au moins, les deux maladies (l'ataxie locomotrice progressive, et la paralysie générale) se rapprochent et se confondent volontiers, » et plus loin : « Tout cela n'indique-t-il pas un certain degré de parenté entre la paralysie générale et l'ataxie locomotrice progressive. »

1. Baillarger. *Archives des maladies mentales*, p. 425, Paris 1861.
2. Teissier. *De l'ataxie musculaire*, Lyon 1861.
3. Paul Topinard. *De l'ataxie locomotrice, etc.*, ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Prix 1864, Paris.

Westphall[1], le premier, publia plusieurs faits avec autopsie dans ce sens, desquels il résulte que la sclérose spinale primitivement développée dans la moelle peut apparaître consécutivement dans l'encéphale.

M. Magnan, ignorant complétement ces travaux, alla plus loin et précisa davantage dans un mémoire sur la paralysie générale que l'Académie de médecine a couronné cette année. S'appuyant à la fois sur la clinique et sur l'anatomie pathologique, il démontre : 1° que certaines paralysies générales succèdent à une maladie de la moelle; 2° que certaines maladies de la moelle sont suivies de paralysie générale; 3° que, dans ces circonstances, les lésions de la moelle et de l'encéphale sont au fond identiques. L'observation que M. Magnan a distrait en votre faveur de son travail encore inédit est un bel exemple de paralysie générale secondaire. L'évolution des symptômes s'y opère d'une manière progressive et régulière, de bas en haut, de la moelle vers l'encéphale. L'autopsie a montré dans les deux organes la même lésion des méninges, et le microscope, ainsi qu'il nous l'a dit de vive voix depuis, a révélé dans la substance grise des circonvolutions et dans les cordons spinaux postérieurs la même hyperplasie du tissu conjonctif, avec altération consécutive des éléments nerveux.

Le fait de M. Magnan, en somme, montre par l'anatomie pathologique la tendance que les affections de l'axe cérébro-spinal ont à se généraliser, point sur lequel j'avais insisté cliniquement.

Aussitôt après viennent les deux observations que M. Topinard vous a soumises à titre de contribution à l'histoire de la *paralysis agitans*. Les deux phénomènes saillants y sont une impulsion irrésistible à courir, et un tremblement occupant les quatre membres. A ce propos il s'est demandé si les deux maladies décrites sous les noms de *chorea festinans* et de *paralysis agitans* sont distinctes, et a incliné pour la négative. Dans la première observation il a insisté sur l'existence simultanée d'un symptôme non encore signalé dans ces conditions, la glycosurie, qui indiquerait que le quatrième ventricule et vraisemblablement son voisinage sont en cause dans cette maladie. Dans la seconde observation il a montré que l'intégrité de la force musculaire n'est pas un caractère aussi constant qu'on le croit de cette affection. M. Topinard d'ailleurs ne tient nullement au titre de *paralysis agitans* qu'il a donné à ses observations et pense, au contraire, que dans les maladies nouvelles il ne faut pas se hâter d'adopter une dénomination qu'on peut être obligé de changer le lendemain.

Je dois ajouter que si le diagnostic de *paralysis agitans* ou de *chorea festinans* n'a pas été mis en doute par vous, pour la première observation, il a été contesté, dans la seconde, par MM. Cornil et Beaumetz. L'autopsie manquait en effet. Mais la réunion de l'impulsion irrésistible et du tremblement, et l'absence de pertes de connaissance, de convulsions, d'étourdissements, de vomissements, ont engagé M. Topinard à conserver son opinion première, c'est-à-dire à regarder ses deux observations comme aptes à contribuer à l'étude de la maladie provisoirement appelée *paralysis agitans*.

1. Westphall. *Tabes dorsalis and Paralysis universalis progressiva*, Berlin 1863.

Je passe à la communication d'un excellent collègue auquel nous portons tous le plus vif intérêt, M. le Dr Menjaud, sur l'*atrophie musculaire progressive*.

La connaissance à la partie supérieure de la moelle cervicale d'un centre spécial tenant sous sa dépendance les mouvements de dilatation de l'iris est due à MM. Budge et Waller. M. Cl. Bernard, précisant mieux son siége, le place au niveau de l'insertion des racines antérieures des deux premières paires nerveuses dorsales. En effet, si l'on coupe ces racines sur des animaux, on voit survenir la série des phénomènes oculo-pupillaires, c'est-à-dire le rétrécissement de la pupille et l'aplatissement de la cornée principalement. M. Voisin, ayant eu l'occasion d'observer un fait d'atrophie musculaire progressive portant sur les muscles animés par le nerf cubital et médian des deux côtés, dans lequel ces phénomènes existaient, en conclut que ces derniers tenaient, ainsi que l'atrophie des muscles en question, à l'altération des racines antérieures des derniers nerfs cervicaux et des premiers nerfs dorsaux. Mais une autopsie confirmative manquait à cette théorie. L'observation de M. Menjaud vous la donne. Les phénomènes oculo-pupillaires existaient, et l'on trouve les racines antérieures des dernières paires cervicales et des premières dorsales atrophiées. Son observation confirme donc ce que les vivisections ont établi, à savoir que le centre cilio-spinal répond à l'insertion des racines spinales antérieures placées aux confins de la moelle cervicale et de la moelle dorsale.

Il est une névrose dont l'anatomie pathologique résistera sans doute longtemps au microscope; je veux parler de l'*hystérie*. M. Duguet vous en a lu une observation et M. Baudot une seconde.

Dans la première il est question d'une fille nommée Ancelyn dont les formidables attaques tantôt d'hystérie, tantôt d'épilepsie, tantôt des deux combinées ou alternant, sont bien connues de tous les internes qui, depuis dix ans, se sont succédés à la Salpêtrière. Son histoire clinique a figuré dans plusieurs thèses. Vos bulletins contiendront son autopsie. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 27 avril 1866.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

RAPPORTS.

M. TOPINARD, secrétaire annuel, lit un rapport général sur les travaux de la Société, du 1er mai 1865 au 27 avril 1866. (*V. plus haut.*)

M. CORNIL, secrétaire trésorier, lit un rapport sur l'état des finances de la Société.

ÉLECTIONS.

On procède à l'élection des membres du bureau, pour l'année 1866-1867, qui est ainsi constitué :

Président,	M. Béhier;
Vice-président,	M. Topinard;
Secrétaire général,	M. Bricheteau;
Secrétaire annuel,	M. Cornil;
Secrétaire trésorier,	M. Pelvet;
Archiviste,	M. Pierreson.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 59. — MARDI 22 MAI 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 22 MAI 1866. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Diphthérie puerpérale.

(Observation recueillie par M. CHANTREUIL, interne du service).

L'un des partisans de cette prétendue unité que l'on appelle la fièvre puerpérale, me disait l'autre jour : Eh quoi ! vous admettez un poison puerpéral, un empoisonnement puerpéral, et vous n'admettez pas la fièvre puerpérale?

Dans mes dernières publications, j'ai déjà répondu à cette objection plus spécieuse que fondée, par des arguments que je crois irréfutables. Je ne les reproduirai pas. Le temps des discussions stériles est passé. Ce n'est plus par des raisonnements, c'est par des faits cliniques que doivent se résoudre aujourd'hui toutes les questions cliniques.

Pour que l'unité de la fièvre puerpérale fût quelque chose de sérieux et de réel, il faudrait que toutes les maladies infectieuses du cadre puerpéral fussent réductibles à cette unité fantastique. Il faudrait que cette unité fût la reproduction fidèle de ce qui se passe dans la nature, il faudrait qu'elle fût conforme à l'observation clinique, et c'est ce qui n'a pas lieu. C'est en vain que vous mettrez sous nos yeux les savantes et habiles descriptions que nous ont laissées nos devanciers, de cette erreur séculaire appelée la fièvre puerpérale.

Je réponds : toutes ces descriptions sont remarquables par le talent qu'y déploient leurs auteurs; mais elles représentent la nature à peu près comme le chaos représente le monde civilisé. On a bien cherché à se tirer d'affaire en imaginant trois ou quatre formes, sous lesquelles pourrait se produire la fièvre puerpérale. Par malheur, ces trois ou quatre formes, qui correspondent en réalité à des entités morbides très-distinctes, ne suffisent pas à combler toutes les lacunes; ce n'est pas trois formes qu'il eût fallu créer, c'est dix, c'est quinze, c'est vingt formes spéciales. Mais alors que serait devenue cette précieuse unité de la fièvre puerpérale?

Je déroulerai quelque jour devant le lecteur le tableau exact de tout ce que cette unité portait, dans ses flancs, de maladies infectieuses et terribles aux femmes en couches. Je ne veux pour le moment en signaler que quelques-unes, pour faire comprendre ma pensée.

Essayez de fondre dans une même description l'érysipèle puerpéral, la pleurésie puerpérale, la scarlatine puerpérale, le phlegmon des ligaments larges, la phlébite des membres inférieurs, la pneumonie puerpérale, la phlébite utérine avec infection purulente, la métro-péritonite puerpérale, etc., etc. Voyez-vous d'ici quelle affreuse logomachie résultera de cet assemblage informe de tant d'espèces morbides, justement scandalisées de se trouver ensemble?

Eh bien, il n'est pas une seule de ces maladies qui ne puisse être infectieuse, c'est-à-dire résulter d'un empoisonnement puerpéral. La réductibilité de toutes les maladies puerpérales infectieuses à l'unité est donc un fait cliniquement impossible.

Je veux en fournir une nouvelle preuve par la relation de l'observation suivante :

Il s'agit d'un cas de diphthérie rapidement mortelle chez une femme en couches, diphthérie survenue dans de telles conditions qu'il est impossible de douter que l'affection locale n'ait été la conséquence d'un empoisonnement puerpéral. Or, ceci étant une fois démontré, je laisse au lecteur le soin de décider si l'observation qu'on va lire peut, à quelque titre que ce soit, rentrer dans ce qu'on a nommé la fièvre puerpérale.

Bronchite pseudo-membraneuse généralisée et thrombose ramifiée occupant l'artère pulmonaire jusque dans ses plus petites divisions. — Mort rapide. — Autopsie.

La fille D... Eugénie, vingt-deux ans, domestique, née à Bonneville (Manche), entre à la Maternité le 30 avril 1866.

Il importe de faire remarquer que l'établissement avait été, au commencement de l'année, atteint par une épidémie très-grave. Sur la demande de M. Hervieux, on avait, à dater des premiers jours de mars, suspendu toutes les admissions, mais, comme il restait beaucoup de malades dans les infirmeries, la maison ne put être évacuée d'une manière radicale que le 20 avril.

L'intérêt sanitaire de la Maternité eût exigé qu'on laissât écouler, entre le moment de l'évacuation complète et celui de la réouverture, un laps de temps assez considérable. Malheureusement des raisons administratives que nous n'avons pas à rechercher obligèrent de précipiter cette réouverture, et, comme il était facile de le prévoir, des accidents puerpéraux, d'une gravité plus ou moins prononcée, éclatèrent chez les femmes auxquelles on donna les premiers billets d'admission.

Déjà plusieurs femmes en couches avaient été frappées des symptômes de l'empoisonnement puerpéral, lorsque la fille Dupuy fut reçue dans nos salles. Voici d'ailleurs le récit exact de ce que nous avons observé.

Primipare, habituellement mal réglée, enceinte de huit mois. Pneumonie à droite au sixième mois de la grossesse. Fièvre et toux pendant les deux derniers jours qui ont précédé l'accouchement.

Accouchée, le 30 avril au soir, d'une fille vivante. Délivrance naturelle.

Le mouvement fébrile, qui n'avait pas cessé pendant le travail, persiste après l'accouchement et s'accompagne de dyspnée.

Le 1er mai, décubitus dorsal impossible, en raison de la gêne excessive de la respiration. Orthopnée. Angoisse inexprimable à chaque inspiration. Fréquence des mouvements respiratoires. On aperçoit à distance un sifflement laryngo-trachéal très-bruyant. Altération de la voix.

La percussion de la poitrine donne partout un son clair. A l'auscultation, affaiblissement du murmure vésiculaire sur certains points, son absence totale sur d'autres pendant l'inspiration, tandis qu'il est représenté par un gros râle trachéal pendant l'expiration. Ce râle est sec et très-sonore.

Battements du cœur fréquents et irréguliers. Pouls plein à 100. Chaleur vive à la peau. L'examen du pharynx n'y fait reconnaître aucune rougeur, aucune apparence de fausses membranes. Cet examen, répété à plusieurs reprises dans la journée, a toujours conduit à un résultat négatif. Le doigt, porté à travers la bouche et l'isthme du gosier, jusque sur les replis arythéno-épiglottiques, les a constamment trouvés intacts.

Rien d'anomal du côté du ventre et des fonctions digestives.

On prescrit un vomitif, des frictions irritantes sur la partie antérieure de la poitrine et même sur le cou, du bouillon et du vin de Bagnols. Les efforts de vomissement provoquent le rejet d'une certaine quantité de mucosités bronchiques spumeuses, mais pas de fausses membranes.

Dans la soirée, malgré l'emploi de ces moyens, l'oppression augmente, des signes d'asphyxie évidente se déclarent, la face est violacée, turgescente, les yeux font saillie hors des orbites; les muscles respirateurs se contractent convulsivement, le pouls est petit, les extrémités froides. On applique seize ventouses sèches sur la partie postérieure du thorax, des sinapismes sur diverses parties du corps.

Mais, en dépit de tous ces efforts thérapeutiques, la malade succombe dans la nuit, à quatre heures du matin.

Autopsie. — En examinant la trachée, le larynx et les bronches, on constate une vascularisation assez prononcée de la muqueuse de ces organes. Mais la lésion principale consiste dans l'existence de fausses membranes épaisses, adhérentes en certains points, flottantes en d'autres et remplissant complétement l'arbre aérien depuis les cordes vocales et même les ventricules du larynx jusqu'aux divisions bronchiques accessibles au scalpel. Ces fausses membranes ne présentent nulle part aucune solution de continuité, en sorte qu'on dirait un arbre pseudo-membraneux, concentrique à l'arbre aérien, le doublant pour ainsi dire, et le reproduisant tout entier, tronc, branches, rameaux et ramuscules.

En outre, l'artère pulmonaire est oblitérée par un caillot naissant du ventricule droit, dont il empêtre les colonnes charnues. Fibrineux, décoloré, résistant, à son origine, ce caillot nous apparaît en partie jaune, en partie noirâtre au niveau du tronc artériel, d'un noir foncé dans les deux branches de bifurcation du vaisseau, et dans les divisions ultérieures. J'ai pu le suivre très-loin dans les diverses ramifications de l'arbre artériel. Les dernières que le scalpel ait pu atteindre n'avaient pas un millimètre de diamètre, et il y a lieu de penser que la thrombose ne s'arrêtait pas là. La concrétion sanguine arborescente ne présentait pas, elle non plus, sur un point quelconque de son étendue, la moindre solution de continuité. Aucune lésion dans les autres viscères.

Ce que nous avons dit des conditions au sein desquelles se sont manifestés chez notre malade les accidents diphthériques, suffira largement aux hommes qui ont dirigé longtemps un service médical dans une maternité, pour comprendre l'influence pathogénique d'un milieu infecté sur la production de ces accidents.

Si cependant il restait encore quelques doutes dans l'esprit du lecteur, les faits que nous allons énoncer achèveront de dissiper les obscurités qui planent sur cette question.

Ce n'est pas la première fois que nous voyons apparaître la diphthérie sous l'empire du miasme puerpéral.

Entre autres faits, que je pourrais signaler, je me rappelle avoir donné des soins en 1863, à une jeune femme couchée au n° 8 de la salle Sainte-Marthe, et qui mourut subitement, dans un accès de suffocation, des suites d'une diphthérie généralisée. La marche des accidents avait été tellement rapide, que nous n'eûmes pas le temps de constater pendant la vie la nature du mal.

FEUILLETON.

RECHERCHES

SUR LE GENRE DE MORT DE J.-J. ROUSSEAU (1).

Voici en quels termes est conçu ce procès-verbal :

« L'an mil sept cent soixante-dix-huit, le jeudi 3 juillet, heure de « relevée,

« Nous, *Louis Blondel*, lieutenant du bailliage et vicomté d'Erme- « nonville, sur le réquisitoire du procureur fiscal du bailliage, à nous « judiciairement fait à l'instant qu'il a *appris* que ce jour d'hier, « environ les dix heures du matin, M. J. J. Rousseau, citoyen de « Genève, âgé d'environ soixante-huit ans, demeurant en ce lieu « d'Ermenonville depuis environ six semaines avec demoiselle Thé- « rèse Levasseur, son épouse, *est tombé dans une apoplexie séreuse*, « qu'il a été gardé exactement jusqu'à ce jour et heure, et que « *malgré les soins et les secours* qu'on lui a procurés il est mort « réellement; que comme *cette mort est surprenante*, il requiert « qu'il nous plaise nous transporter, assistés de lui procureur fiscal « et de Jean Landru, sergent en cette juridiction, en la demeure dudit « sieur Rousseau, étant *dans un appartement au second, dans un « pavillon du château*, en entrant à main droite, pour y constater, « autant qu'il sera possible, le genre de mort dudit sieur Rousseau, « à l'effet de quoi il fit comparoir devant nous les personnes des sieurs « GILLES CASIMIR CHENU, maître chirurgien demeurant en ce lieu, et « SIMON BOUVET, maître chirurgien demeurant à Montagny. En con- « séquence dudit réquisitoire, sommes transportés en la demeure dudit « sieur Rousseau, accompagnés dudit procureur fiscal, dudit Landru, « sergent, desdits sieurs CHENU et BOUVET; où étant, avons trouvé « ladite dame veuve ROUSSEAU, et laquelle nous a montré le corps « mort dudit sieur son mari; après quoi nous avons des dits sieurs « CHENU et BOUVET reçu de serment, pris au cas requis et accou- « tumé, sous lequel ils ont juré et promis de bien et fidèlement se « comporter en la visite dont il s'agit.

« Ce fait lesdits sieurs Chenu et Bouvet experts, que nous nom- « mons de notre office, ont à l'instant fait la visite du corps dudit « sieur Rousseau, et après l'avoir vu et examiné dans toutes les « parties de son corps, nous ont tous deux rapporté d'une commune « voix que ledit sieur Rousseau est mort d'une apoplexie séreuse, « ce qu'ils ont affirmé véritable et déclaré en leur âme et conscience.

« Donc et de tout ce que dessus, nous avons fait et dressé le pré- « sent procès-verbal pour servir et valoir ce que de raison, et ont, « ledit procureur fiscal, ledit Landru, lesdits sieurs Chenu et Bouvet, « signé avec nous et notre greffier. Ainsi signé à la minute :

« G. Bimont, Landru, Chenu, Simon Bouvet, N. Harlet et Blondel, « avec paraphe. »

C'est là le premier de ces actes dits officiels, qu'on n'a guère fait que mentionner, et avec lesquels on a cru fermer la bouche à tous ceux qui ne voulaient pas admettre une mort naturelle. Ce premier acte est réellement légal, il est régulier dans les formes, c'est le procureur fiscal du bailliage et vicomté d'Ermenonville qui requiert le lieutenant dudit bailliage, c'est celui-ci qui, de son office, nomme experts deux chirurgiens de la localité, et tous ont signé ledit procès-verbal pour servir et valoir *ce que de raison*.

Voilà qui est, je le répète, dans les formes; mais nous allons voir que cet acte n'a aucune espèce de valeur scientifique, que de nos jours il serait considéré comme nul et non avenu.

On se demande d'abord comment le procureur fiscal *a appris*, avant même de requérir son lieutenant, que le sieur Rousseau *est tombé dans une apoplexie séreuse*. Qui a pu lui dire cela? qui a pu porter ce diagnostic? C'était donc déjà une chose établie, reconnue dans le pays, et cela étant, pourquoi dire que cette mort est *surprenante?*

Mais tout cela n'est rien encore, voilà deux chirurgiens appelés pour constater le genre de mort de Rousseau, que font-ils? ils déclarent *d'une voix commune* que ledit sieur Rousseau est mort d'une apoplexie séreuse, et cela *sans avoir ouvert le corps*, sans avoir examiné aucun des organes intérieurs! Il leur a suffi d'examiner le corps à l'extérieur dans toutes ses parties, et ce coup d'œil leur a suffi, je le répète, pour constater qu'en effet Rousseau est mort d'une apoplexie séreuse! et notez qu'ils ne disent pas un mot de la blessure à la tête, de ce trou que le sculpteur Houdon avait eu tant de difficulté à remplir; ajoutez ensuite qu'on avance en même temps des choses absolument fausses, que Rousseau, par exemple, a été l'objet de soins et de secours jusqu'au dernier moment; je le répète, quel est le médecin, quel est le chirurgien qui oserait aujourd'hui signer une pareille pièce? Quel est celui qui se ferait fort de reconnaître, sans ouvrir le corps, l'existence d'une apoplexie séreuse? Il est évident qu'on ne peut tenir aucun compte de cette pièce; c'est un monument d'igno-

(1) Voir les numéros des 5, 8, 12 et 19 mai.

Comme chez la malade qui fait le sujet de cet article, nous trouvâmes la totalité de l'arbre aérien envahie par des fausses membranes épaisses, consistantes, au-dessous desquelles on voyait la muqueuse rouge, enflammée, suppurante, comme la surface d'un vésicatoire. Mais de plus, le larynx et le pharynx étaient entièrement recouverts par la production diphthérique. Quelques parties du poumon étaient engorgées et les deux plèvres contenaient une quantité assez notable de sérosité louche.

Pas trace de péritonite ni de phlébite. L'utérus presque entièrement revenu à son volume primitif. Sa surface interne recouverte d'un mucus brunâtre, mais sans fétidité et sans mélange de pus. Le tissu du corps et du col utérin partout très-sain. Les ovaires, les trompes, les ligaments larges, à l'état normal. Rien dans les autres organes.

On ne pourrait objecter dans ce dernier cas que la maladie avait été apportée du dehors; car la jeune femme était déjà depuis longtemps à l'hôpital quand éclatèrent les premiers symptômes de diphthérie.

Veut-on une nouvelle preuve et plus convaincante encore, s'il est possible, de cette curieuse influence du miasme des maternités sur la génération de l'empoisonnement diphthérique?

On sait que les femmes en couches sont fréquemment atteintes, par suite de la distension exagérée du périnée et de l'orifice vulvaire au moment de l'expulsion du fœtus, sont atteintes, disons-nous, d'excoriations, de déchirures plus ou moins larges de la muqueuse des grandes et des petites lèvres.

Eh bien, ces déchirures, ces solutions de continuité, qui, dans la pratique civile, passent le plus souvent inaperçues, tant elles sont peu douloureuses, tant est grande leur tendance à guérir spontanément, deviennent souvent à l'hôpital des complications sérieuses : 1° parce qu'elles sont constamment baignées par des lochies devenues purulentes et fétides; 2° parce qu'elles subissent, comme tout le reste de l'économie, l'influence du milieu ambiant.

Il arrive, en effet, que les plaies vulvaires prennent souvent un mauvais caractère et se couvrent d'escarres, tantôt grisâtres, tantôt blanches, mais le plus souvent noirâtres. D'autres fois, et c'est là le point sur lequel nous appelons l'attention, ces plaies se tapissent de véritables fausses membranes, suivant l'action du génie épidémique.

Ce n'est pas tout. J'ai vu mainte fois la surface des vésicatoires présenter de ces productions diphthériques sur une vaste étendue et avec une telle opiniâtreté, qu'elles se reformaient presque aussitôt après leur ablation, malgré l'emploi des modificateurs les plus actifs, tels que le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le chlorure de chaux, le perchlorure de fer, etc.

Enfin, quand le miasme puerpéral sévissait avec cette violence qu'on ne connaît et qu'on ne conçoit bien que dans les établissements spéciaux, ce n'est plus sur les femmes en couches seulement qu'agissait le poison. Il étendait aux nouveau-nés sa redoutable influence, et l'on voyait périr ces malheureuses petites créatures, victimes de l'invasion du coryza pseudo-membraneux.

Que ressort-il des considérations qui précèdent? C'est que le miasme puerpéral n'a pas qu'une ou deux manières de révéler sa puissance.

Si la métro-péritonite et la phlébite utérine avec ou sans infection purulente, constituent ses manifestations les plus ordinaires, la vérité nous oblige à reconnaître que ce miasme des maternités peut donner naissance, indépendamment de toute phlébite et de toute péritonite, tantôt à la pleurésie puerpérale, tantôt à l'érysipèle puerpéral, ici à la scarlatine puerpérale, là au phlegmon des ligaments larges, ailleurs à la métrite pure et simple, sans complication aucune, d'autres fois à la diphthérie, etc.

Mais alors que devient l'unité de la fièvre puerpérale? et pour laquelle de ces maladies revendiquerez-vous l'honneur de porter le nom de fièvre puerpérale? L'embarras des partisans de l'unité est tellement grand, que les uns optent pour la péritonite, les autres pour la phlébite, d'autres pour l'infection purulente, d'autres même pour la pleurésie, en raison de son extrême fréquence. En d'autres termes, il n'y a et il ne peut y avoir aucune entente sur ce point.

Il n'y a qu'une conclusion possible et c'est celle que nous fournit la clinique. Or la clinique nous montre partout, non pas l'unité, mais la multiplicité des maladies puerpérales.

Je termine par une courte réflexion sur une particularité intéressante de l'observation que nous avons rapportée.

Coïncidemment à la production diphthérique qui tapissait la muqueuse de l'arbre aérien, on a vu que l'autopsie nous avait révélé l'existence d'un vaste caillot partant du ventricule droit, occupant le tronc de l'artère pulmonaire, et se ramifiant dans ses branches et les divisions les plus éloignées qu'ait pu atteindre le scalpel. Or on peut se demander quel a été l'ordre de formation de ces deux arbres, constitués, l'un par une concrétion sanguine, l'autre par une production diphthérique.

A ne considérer que les phénomènes observés pendant la vie, il y a, en raison de la fièvre, de la toux et des râles constatés à l'auscultation, phénomènes qui avaient précédé les accès de suffocation, il y a, disons-nous, lieu d'attribuer la priorité aux accidents diphthériques.

La thrombose seule n'eût pas laissé vivre aussi longtemps la malade, et ce n'est pas la mort rapide, mais la mort subite que nous aurions eu à enregistrer, ainsi que nous en avons cité un exemple dans ce même journal, dans un article sur la mort subite chez les femmes en couches.

Nous croyons néanmoins devoir saisir cette occasion, pour rappeler que, parmi les causes de ces morts rapides, quelquefois foudroyantes, qui frappent les jeunes accouchées, il ne faudra pas omettre de compter la diphthérie généralisée puerpérale.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

de la Société médicale d'observation pendant l'année 1865-1866,

Par Paul TOPINARD, secrétaire annuel.

(Suite.)

RHUMATISME. Le sujet, Messieurs, qui, après les maladies du système nerveux a le plus fixé votre attention est le *Rhumatisme* sur lequel 10 observations vous ont été communiquées.

Sur ce terrain, les diverses opinions qui se sont manifestées, de Cullen et Stoll jusqu'à Bouillaud et Monneret, se sont reproduites au sein de la Société.

Les uns, parmi vous, sévères et rigoureux dans leur argumentation, se refusent à toute hypothèse que les faits ne font pas toucher du doigt, et se retranchent jusqu'à plus informés derrière le mot coïncidence. Ils se résignent à aller lentement pour aller sûrement et sont inexorables sur l'appréciation des observations « numerandœ sed perpendendœ observationes. »

Les autres, plus hardis, concèdent à l'imagination et semblent s'inspirer de ce passage de l'un des plus grands observateurs des temps modernes, Alexandre de Humboldt : « La science de la nature, dit-il, n'est pas une aride accumulation de faits isolés; elle n'est pas bornée par les étroites limites de la certitude matérielle; elle doit s'élever aux vues générales et aux conceptions synthétiques. » (Cosmos. Vol. I, trad. française, p. 272.)

Pour les premiers, le rhumatisme est une maladie aiguë, accidentelle, sévissant sur les séreuses articulaires et cardiaques et susceptible comme toute maladie de se compliquer de congestions ou de phlegmasies qui, dans ce cas particulier, affectent une prédilection marquée pour les autres séreuses. A leurs yeux, l'arthrite multiple en est la condition et le critérium.

Pour les seconds, le rhumatisme est une maladie générale diathésique, dont le principe ou la prédisposition préexiste dans l'organisme et dont les manifestations éclatent généralement à l'occasion du froid et peuvent porter sur tous les viscères et tissus et s'y traduire sous forme de congestions simples, de phlegmasies, d'éruptions, de catarrhes, de névroses. Pour eux, le rhumatisme peut exister sans arthrites multiples, sans arthrite simple, sans phlegmasie cardiaque.

Voilà les opinions extrêmes; il en est d'intermédiaires. Où est la vérité? Nous nous bornerons à soulever les questions que nos observations comportent et éclaircissent quelquefois.

Tout d'abord, il est acquis que le rhumatisme ordinaire est une maladie aussi bien des séreuses cardiaques que des séreuses articulaires (1) et si l'on conserve dans la dénomination le mot articulaire, c'est par habitude. C'est, sans doute, par compensation que l'on a comparé à ce point de vue le cœur à une articulation.

Les arthrites y existent souvent toutes seules, c'est évident : 10 fois, par exemple, sur 74 cas graves (statistique de M. Bouillaud). Mais, inversement, l'endocardite, la péricardite ou l'endopéricardite peut-elle exister seule, sans arthrites? Telle est la première question qui se présente. Jamais, que je sache, elle n'a été l'objet d'un travail suivi (2). L'une de nos observations, celle de M. Hayem, la considère cependant, avec quelques praticiens, comme résolue.

Il s'agit d'une petite fille qui, après s'être exposée à une pluie battante, est prise de chorée. Elle entre à l'hôpital huit jours après et l'on constate l'existence d'un souffle à la région précordiale et d'une pleurésie à droite; celle-ci diminue le surlendemain, tandis qu'apparaît, sans point de côté, une seconde pleurésie à gauche. Le jour suivant, elle est prise d'accidents cérébraux et meurt. A l'autopsie, on trouve une endopéricardite récente, un double épanchement dans les plèvres, un commencement d'épanchement dans le péritoine, et une forte injection des méninges.

M. Hayem regarde cette endopéricardite comme de nature rhumatismale en se basant sur les caractères et la multiplicité des épanchements qui se sont montrés en même temps. La pleurésie du côté droit, en effet, a diminué brusquement; celle de gauche et l'épanchement péritonéal se sont développés sans douleur préalable. La cause *a frigore*, l'absence de suppuration des phlegmasies, les accidents cérébraux et jusqu'à cette chorée sont encore invoqués par lui, en faveur de son opinion.

Ceux des membres de la Société qui n'acceptent pas le rhumatisme en dehors des arthrites ont réfuté une à une ces raisons qui, prises isolément, sont en effet sans valeur et n'ont voulu voir là qu'une série de phlegmasies coïncidentes engendrées par une même cause, le froid.

Il est évident que sur ce terrain, on ne peut leur répondre. Mais la difficulté serait amoindrie si le point admis par M. Hayem était réellement résolu. Pour cela, et j'appelle vos efforts dans cette voie, il faudrait, à l'aide d'observations bien prises, montrer l'endocardite ou la péricardite précédant les arthrites et existant seule pendant plus ou moins de temps. En Angleterre, en France, on a déjà noté leur apparition deux jours, cinq jours, dix jours, douze jours et dans un cas quinze jours avant les fluxions articulaires, mais on n'a pas été au delà. On acceptera, j'espère, que l'attaque de rhumatisme puisse s'arrêter à ce point et se terminer inopinément par résolution. Mais poursuivons : il faudrait ensuite apporter d'autres cas dans lesquels les phénomènes articulaires se réduiraient à peu de chose, à rien presque, et certes il suffit de les chercher. Dans la thèse d'agrégation de M. Ball se trouvent plusieurs indications précieuses. Enfin on multiplierait les observations dans lesquelles des phlegmasies des plèvres ou des méninges sembleraient remplacer les arthrites ou en atténuer l'intensité. Dès lors un grand pas serait opéré, l'endopéricardite rhumatismale sans arthrites ne pourrait plus être niée en principe.

Le second point à élucider dans l'histoire du rhumatisme aigu serait le suivant : une phlegmasie mono-articulaire offrant les allures de l'arthrite rhumatismale suffit-elle à caractériser la forme aiguë de cette affection? L'objection principale formulée contre l'observation de *phlébites rhumatismales* de M. Pelvet est en effet qu'une seule articulation, le genou, s'y trouvait atteinte. L'une des autorités sur cette matière, M. Bouillaud, admet cependant l'existence du rhumatisme articulaire partiel et en reproduit plusieurs cas.

Le troisième point est le plus difficile à trancher. Doit-on regarder les phlegmasies viscérales qui se développent dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu comme de simples complications ou comme des manifestations directes de la maladie elle-même?

Le cas est jugé pour le cœur, et par analogie nous devrions admettre les manifestations du rhumatisme sur les méninges ou les plèvres, comme nous admettons ses manifestations sur le cœur et les articulations. Mais laissons l'analogie et tenons-nous-en aux faits.

On comprend l'importance de la solution, car si elle est dans ce dernier sens, les manifestations viendront dans l'occasion s'ajouter à l'endocardite pour grossir nos éléments de diagnostic en l'absence

(1) Traité de path. int., de Béhier et Hardy. Vol. 3, p. 182.

(2) Voir Buffet. Thèse de Paris, 1865. *De l'Endopéricardite rhumatismale d'emblée*, et Taylor, méd.-chir. Frans, page 454; 1865.

---

rance ou de complaisance, et il est à présumer que le marquis de Girardin lui-même, a fini par comprendre qu'en réalité cette pièce n'avait aucune valeur, car le jour même à six heures du soir, de son autorité privée, il va convoquer une nouvelle réunion de chirurgiens-médecins à l'effet de procéder à l'ouverture du corps de Rousseau. De là la seconde pièce ayant pour titre :

Rapport de M. Casterès, chirurgien à Senlis, de l'ouverture du corps de J. J. Rousseau.

« Je soussigné, Casterès, lieutenant de M. le premier chirurgien « de Senlis, ayant été appelé au château d'Ermenonville, ce jourd'hui « trois juillet mil sept cent soixante-dix-huit, et requis de faire l'ou- « verture du corps de M. J. J. Rousseau, de Genève, décédé le jour « précédent, audit lieu, vers onze heures du matin, après environ « une heure de *douleurs de dos, de poitrine et de tête*, lequel avait « recommandé, tant *dans cette attaque* que dans une précédente « maladie, qu'on ouvrît son corps après sa mort, pour découvrir, s'il « était possible, les causes de plusieurs maux et incommodités aux- « quels il avait été sujet en différents temps de sa vie, et dont on « n'avait pas pu assurer alors le siége ni la nature.

« J'ai ledit jour, à six heures du soir, procédé à ladite ouverture « et recherché, avec l'aide de mes confrères soussignés : Gilles, Ca- « simir Chenu, chirurgien à Ermenonville, et Simon Bouret, chirur- « gien à Montagny, et en présence de MM. Achille, Guillaume, Le « Begue de Presle, médecin de la Faculté de Paris et censeur royal, « et Bruslé de Villeron, médecin à Senlis.

« L'examen des parties extérieures du corps nous a fait voir un « bandage qui indiquait que M. Rousseau avait deux hernies ingui- « nales peu considérables dont nous parlerons ci-après; tout le reste « du corps ne présentait rien contre nature, ni taches, ni boutons, ni « dartres, ni blessures, si ce n'est *une légère déchirure* au front « occasionnée par la chute du défunt sur le carreau de sa chambre, au « moment où il fut frappé de mort.

« L'ouverture de la poitrine nous en a fait voir les parties internes « très-saines, le volume, la consistance et la couleur, tant de leur « surface que de l'intérieur, étant très-naturelles.

« En procédant à l'examen des parties internes du bas-ventre, nous « avons cherché avec attention à découvrir la cause des douleurs de « reins et difficultés d'uriner qu'on nous a dit que M. Rousseau avait « éprouvées en différents temps de sa vie, et qui se renouvelaient « quelquefois lorsqu'il était longtemps dans une voiture rude; mais « nous n'avons pu trouver ni dans les reins, ni dans la vessie, les « uretères et l'urèthre, non plus que dans les organes et canaux sé- « minaux, aucune partie, aucun point qui fût maladif ou contre « nature; le volume, la capacité, la consistance, la couleur de toutes « les parties internes du bas-ventre étaient parfaitement saines et « n'avaient point la mauvaise odeur qu'elles exhalent d'ordinaire dans « un temps aussi chaud, au bout de plus de trente heures de mort.

« L'estomac ne contenait que du café au lait que M. Rousseau avait « pris suivant sa coutume pour son déjeuner, vers sept heures, avec « sa femme; les portions des intestins qui avaient formé les hernies « ne portaient aucun signe qu'il y ait eu ni inflammation, ni étran- « glement.

« Ainsi il y a lieu de croire que les douleurs dans la région de la « vessie et les difficultés d'uriner, que M. Rousseau avait éprouvées « en différents temps, surtout dans la première moitié de sa vie, ve- « naient d'un état spasmodique des parties voisines du col de la « vessie, ou du col même, ou d'une augmentation de volume de la « prostate, maux qui se sont dissipés en même temps que le corps se « sera affaibli et maigri en vieillissant.

« Quant aux coliques auxquelles M. Rousseau a été sujet depuis « environ l'âge de cinquante ans, et qui n'étaient ni trop longues ni « trop vives, elles dépendaient, selon toute apparence, des hernies « inguinales.

« L'ouverture de la tête et l'examen des parties renfermées dans le « crâne nous ont fait voir *une quantité très-considérable* (plus de « huit pouces) de sérosité épanchée entre la substance du cerveau et « les membranes qui la recouvrent.

« Ne peut-on pas, avec beaucoup de vraisemblance, attribuer la « mort de M. Rousseau à la *pression* de cette sérosité, à son infil- « tration dans les enveloppes, ou à la substance de tout le système « nerveux? du moins il est certain que l'on n'a point trouvé d'autres « causes apparentes de mort dans le cadavre d'un grand nombre de « sujets *péris* aussi promptement. Ce qui tend à prouver que la « cause de mort a attaqué l'origine des nerfs ou les parties princi- « pales du sytème nerveux, c'est que M. Rousseau ne s'est plaint « durant la dernière heure de sa vie, que d'un *fourmillement* et « *picotement* très-incommodes à la plante des pieds, ensuite d'une « sensation de froid et d'écoulement de liqueur froide le long de « l'épine du dos, puis de douleurs vives à la poitrine, enfin de dou- « leurs vives, lancinantes et déchirantes dans l'intérieur de la tête.

« Ce trois juillet mil sept cent soixante-dix-huit.

« Signé à la minute : Le Bègue de Presle, Casterès, lieutenant, « Bruslé de Villeron, d. m.

d'arthrite. Le cas de M. Hayem deviendrait d'une évidence sans appel.

Pour les organiciens, ces phlegmasies ou congestions ne sont que des coïncidences. Ce mot ne saurait nous effrayer. C'est pour avoir constaté la répétition de coïncidences entre les phlegmasies du cœur et les arthrites rhumatismales qu'on est arrivé à dire que le rhumatisme frappe au même titre les séreuses cardiaques et les séreuses articulaires. M. Ferréol vous l'a rappelé. Les sciences physiques et naturelles ne procèdent pas autrement. Bornons-nous donc à rechercher ces coïncidences et les conditions dans lesquelles elles se produisent, puisque de leur nombre dépend notre droit d'en faire une loi.

M. Ball vous a lu une observation d'*inflammation de la bourse séreuse prérotulienne* dans le cours d'un rhumatisme articulaire. La seule objection à lui adresser est que l'inflammation s'est terminée par suppuration, ce qui est une anomalie dans les phlegmasies rhumatismales. Plus tard il vous a donné communication verbale d'un autre cas semblable, mais cette fois sans suppuration. Enfin, dans son travail, il a reproduit la relation d'un troisième cas observé dans le service de M. Trousseau par M. Peter, dans lequel la bourse muqueuse placée à la face externe de la malléole externe devint le siége d'une hydropisie. Dans deux autres observations de M. Martineau, il est encore question de la tuméfaction avec douleur des bourses muqueuses sus-trochantériennes; cela fait donc cinq cas, non compris quelques autres indiqués par M. Trousseau, qui établissent que la phlegmasie des bourses muqueuses peut coïncider avec le rhumatisme articulaire, fait dont nous rapprocherons l'assertion émise par Gurlt, de Berlin, en 1853, que l'inflammation des bourses muqueuses dans cette maladie est aussi fréquente chez les animaux que celle des synoviales articulaires l'est chez l'homme.

Rappelons à ce propos que la coïncidence d'une phlegmasie des gaînes tendineuses dans les mêmes circonstances n'est pas non plus un fait rare.

Avons-nous à nous demander actuellement si les méninges sont en cause dans le rhumatisme? Certainement non. La réalité de cette coïncidence est anatomiquement et surtout cliniquement assez démontrée pour qu'on se permette même d'en faire une manifestation de la maladie. MM. Ollivier et Ranvier, dans un mémoire encore inédit, et M. Ball, dans sa thèse d'agrégation, en ont mis la fréquence relative hors de doute. Ce dernier en admet trois formes : la forme méningitique ou séreuse, la seule généralement admise, la folie rhumatismale et la forme apoplectique. Les accidents ultimes qu'a offerts la petite malade de M. Hayem se rattachent à la première forme.

La première observation de M. Martineau est dans le même cas. Nous y voyons, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, quinze jours après le début, survenir des accidents cérébraux caractérisés par du délire, puis du coma. Ces accidents disparaissent et font place à d'autres symptômes du côté du cœur et de ses enveloppes, de la plèvre et des poumons; ceux-ci, à leur tour, sont remplacés par de la rétention d'urine, et la santé revient. Aucun de vous n'a contesté la valeur de ce fait.

En revanche, l'observation de M. Gouguenheim, intitulée : *Rhumatisme articulaire, endocardite, lésion athéromateuse de l'endocarde et de tout l'arbre artériel, hémorrhagie cérébrale, mort*, ne vous a pas convaincus. Vous avez contesté l'attaque de rhumatisme mentionnée trois mois auparavant, et sur laquelle l'auteur n'a pas eu de renseignements précis, et avez mis en doute la nature phlegmasique des lésions de l'endocarde, en sorte qu'il faudrait rayer du titre les mots rhumatisme et endocardite.

A cela M. Gouguenheim a répondu qu'à l'âge de cette malade, vingt ans, il était difficile de concevoir une hémorrhagie cérébrale et une telle dégénérescence du système artériel sans une influence toute spéciale comme celle du rhumatisme.

Du moment que la coïncidence répétée d'une congestion ou phlegmasie des méninges cérébrales est admise, il n'y a pas de motifs pour nier la coïncidence des congestions ou phlegmasies des méninges rachidiennes. Les exemples commencent à s'en multiplier autour de nous. La seconde observation de M. Martineau ne laisse rien à désirer sous ce rapport, et rappelle les observations semblables de Huchinson (1).

Un homme de vingt-six ans entre à l'Hôtel-Dieu au vingtième jour d'un rhumatisme articulaire. Quatre jours après on constate un peu de souffle au premier temps, à la pointe du cœur. Le lendemain, il se réveille avec de la rachialgie, s'étendant de la seconde à la dixième dorsale, une douleur en ceinture à la base du thorax, de la constipation, de l'hyperesthésie cutanée des membres inférieurs et une paraplégie. Cet état dure quarante-huit heures et se dissipe complétement au bout de cinq jours.

L'un des membres de la Société ayant émis la pensée que le tissu de la moelle était ici atteint, MM. Behier et Voisin se sont élevés avec raison contre cette manière de voir, soutenant que les méninges, l'arachnoïde, sans doute, pouvaient seules être mises en question.

Voilà déjà bien des organes atteints dans le rhumatisme aigu : les séreuses articulaires, les séreuses cardiaques, les bourses muqueuses, les gaînes tendineuses, les méninges cérébrales, les méninges spinales; pourquoi ne pas y joindre les séreuses pleurales et péritonéales?

Qui de nous n'a pas vu la pleurésie apparaître conjointement avec des arthrites multiples et une endopéricardite? Sur douze cas d'affections rhumatismales Wunderlich a rencontré cinq pleurésies. Les plèvres ont été touchées dans la première observation de M. Martineau. Il y avait un double épanchement dans les plèvres et quelques fausses membranes dans le péritoine dans le cas de M. Hayem.

Pourquoi encore être aussi sceptique pour l'observation de *phlébite rhumatismale* de M. Pelvet? La face interne des veines n'est-elle pas tapissée par une séreuse? Ces phlébites comprirent les veines saphène et poplité des deux côtés, la cubitale droite et la radiale du même côté, et durèrent quinze jours. Elles furent précédées et accompagnées d'éruptions irrégulières, ne rappelant pas l'érythème noueux et papuleux, mais plutôt vésiculeuses et analogues aux éruptions déjà notées dans les mêmes conditions par MM. Bouillaud et Trousseau. En même temps un bruit de souffle apparut au cœur, et une arthrite du genou droit se manifesta lorsque le malade entrait en convalescence, et dura cinq jours.

M. Behier s'est demandé si cette arthrite isolée ne dépendait pas d'une contusion antérieure du genou, et les autres accidents de fatigues et d'écarts de régime que le sujet n'aurait pas avoués. Toujours est-il que M. Bouillaud, dans son traité du rhumatisme, a donné plusieurs cas de *phlegmasia alba dolens* dans le cours de cette affection, et admet, d'autre part, la phlogose rhumatismale de la membrane interne ou séreuse des artères. M. Trousseau aussi en donne un cas dans ses *Cliniques*.

Bref, en présence de complications aussi souvent constatées sur toutes les séreuses du corps, n'épargnant aucune d'entre elles, il me semble qu'on est porté à regarder ces complications comme les manifestations multiples d'une même maladie et à croire que le rhumatisme aigu n'est pas la maladie d'un ordre particulier de séreuses, mais une maladie pour le moins de toutes les séreuses. Quelques-unes auraient le privilége d'être plus souvent en cause; mais toutes pourraient l'être au même titre. S'il devenait donc démontré qu'une attaque de rhumatisme peut se réduire à une arthrite mono-articulaire ou à une endopéricardite, on serait conduit logiquement à admettre qu'une pleurésie, une hydropéritonite, une arachnoïdite isolée ou deux d'entre elles associées peuvent également représenter toute une attaque. La difficulté, et elle serait souvent insurmontable, serait de reconnaître la nature rhumatismale de cette manifestation exceptionnelle.

L'existence parallèle de plusieurs de ces hydrophlegmasies, leur mobilité, leur balancement entre elles formeraient les éléments principaux du diagnostic, car la cause *à frigore* invoquée dans ce cas n'a qu'une valeur relative, et l'absence de suppuration est un fait trop ordinaire dans l'histoire des phlegmasies des séreuses.

Les antécédents mériteraient aussi d'être pris en considération. Le sujet a-t-il eu précédemment une de ces endocardites ou péricardites spontanées, dite *à frigore?* A-t-il présenté une pleurésie simple ou double sans motif appréciable, avec quelques phénomènes suspects vers le cœur? A-t-il eu une attaque complète de rhumatisme articulaire? Les membres de sa famille sont-ils sujets au rhumatisme? Ces questions sont aujourd'hui à l'étude, et leur solution avancerait considérablement l'histoire des formes insolites du rhumatisme.

MM. Gouguenheim et Hemey ont fait valoir ces considérations dans leurs observations. Je vous ai parlé du fait de M. Gouguenheim; vous n'avez pas pensé que l'apoplexie y fût de nature rhumatismale. Voyons celle de M. Hemey, intitulée *Rhumatisme viscéral*.

Le grand-père avait la goutte, maladie que dans le monde l'on confond souvent avec le rhumatisme; le père a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, le sujet lui-même a été atteint pendant un mois, en février 1863. Quinze mois après il est pris de refroidissement et entre à la Pitié avec un épanchement pleurétique à droite, de l'ascite, un œdème généralisé, une augmentation de la matité cardiaque et divers bruits de souffle au cœur. Le surlendemain un autre épanchement se déclare à gauche, et le douzième jour il succombe. M. Hemey appuyait encore son diagnostic sur l'existence supposée d'une endocardite récente. Mais de la discussion qui prit naissance à propos de l'autopsie, il résulta que l'endocardite était ancienne et que les lésions des orifices unies à l'hypertrophie du cœur suffisaient à expliquer les épanchements.

A cela il n'y aurait à répondre que par l'observation de M. Lemaire, consignée dans la thèse de M. Fernet (1). Dans ce cas aussi le sujet a eu un rhumatisme articulaire aigu généralisé, et un an après fut pris, pour s'être exposé au froid, d'anasarque, d'œdème pulmonaire et en plus de douleurs et de gonflement des genoux. A l'autopsie on ne trouva absolument rien au cœur, et il n'y avait pas d'albumine dans les urines, bien entendu. Si l'observation de M. Lemaire est bien du rhumatisme, ce que je n'ai pas à discuter, M. Hemey est en droit de soutenir encore son opinion.

Mais admettre que le rhumatisme est une maladie, non d'un ordre particulier de séreuse, mais de toutes les séreuses, c'est de l'éclectisme. Les partisans *ultra* du rhumatisme demandent plus. Pour eux le rhumatisme porte son action sur les parenchymes : poumons, foie, rein, sur les muqueuses, sur la peau, sur tous les tissus où existent des vaisseaux, c'est-à-dire où son élément pathogénique primordial, la congestion, peut se produire.

Dans cette voie, vos observations ne m'autorisent à parler que d'une névrose, la chorée. Il est question à présent de chorées syphilitiques, scrofuleuses, hystériques. En existe-t-il une espèce rhumatismale? La coïncidence de cette névrose et du rhumatisme a été professée en Angleterre dès 1802. Copland, Prichard, Yongé, Bright, Taylor, Kirkes, Begbie, Hugues en ont publié depuis de nombreux exemples, et, si je ne me trompe, la chorée rhumatismale est généralement admise chez nos voisins d'outre-Manche. En Allemagne, Romberg et Eisselmann, notamment, lui sont défavorables. Chez nous, elle a été défendue par MM. Botrel, Sée et Trousseau.

L'un de vous, messieurs, a avancé que les observations sur lesquelles s'appuient cette idée mériteraient d'être reprises et examinées une à une. C'est ce que je ferai pour celles de MM. Odier et Hayem.

Au point de vue de M. Odier, sa première doit se résumer ainsi : M[lle] H. a eu dans son enfance une atteinte de rhumatisme qui n'a lais é aucune trace. A dix-huit ans elle est prise de rhumatismes erratiques, sans gonflement ni rougeur, qui parcourent, pendant douze jours environ, toutes les articulations du corps, *notamment celles de la colonne vertébrale*. Les douleurs avaient disparu lorsque tout à coup elle est atteinte de céphalalgie, de vomissements, d'embarras de la parole et de troubles de mouvements qu'on rapporte à la chorée. A ce moment on découvre au cœur un bruit de souffle au premier temps. Quinze jours après tout avait disparu.

Voici maintenant une interprétation toute différente qu'une lecture attentive m'a suggérée. Cette jeune fille serait hystérique, ou mieux, elle présenterait l'une de ces formes de nervosisme dont M. Bouchut a donné de nombreux exemples dans son ouvrage. Ces douleurs erratiques dans la colonne vertébrale et les jointures seraient ce que les Anglais appellent l'irritation spinale. Le souffle cardiaque serait lié à l'anémie. Cet embarras de la parole, qui un instant a été une aphasie presque complète, cette chorée, seraient de nature hystérique. Il n'y manque que les attaques sur lesquelles l'auteur ne semble pas avoir pris de renseignements.

Quelle est la véritable interprétation? Je ne sais; mais cette divergence prouve la nécessité de peser chaque observation et de ne faire figurer dans les statistiques que les plus évidentes.

Je ne puis être aussi sévère pour l'observation de M. Hayem. Elle est concluante, si l'on concède que le rhumatisme aigu existe sans arthrite. La chorée apparut le lendemain du jour où la petite fille s'exposa à la pluie; l'endocardite et les épanchements multiples vinrent ensuite. Faut-il l'attribuer directement à l'injection des méninges trouvée à l'autopsie? Cette injection a-t-elle pour origine le rhumatisme, de même que l'injection des séreuses cardiaques et pleurales et la fausse membrane du péritoine?

J'avoue, pour ma part, que mis en présence d'affections multiples qui naissent en même temps, se développent parallèlement et se balancent entre elles, il me paraît plus simple d'admettre une influence commune, un lien commun, que de supposer un jeu de hasard. C'est là une question de tempérament qui ne se discute pas.

Quant au rhumatisme chronique, au rhumatisme musculaire et au rhumatisme considéré comme maladie constitutionnelle, disposant l'économie à telles et telles affections, les unes survenant à un âge,

(1) Hutchinson. *Trois cas de paraplégie dans le cours de rhumatismes articulaires aigus*. Lancette, 1839, Londres.

(1) Fernet. *Du Rhumatisme et de ses diverses manifestations*, p. 31. Paris, 1865.

« Plus bas est écrit : Contrôlé à Dammartin, ce 2 janvier 1779, « par Ganneron qui a reçu quatorze sols. Signé Ganneron, avec pa- « raphe. »

La première remarque à faire sur cette pièce, c'est qu'elle n'a aucun caractère officiel, aucun caractère légal; en vain, le 2 janvier 1779, avait-on donné quatorze sols au sieur Ganneron pour la faire contrôler à Dammartin; le sieur Ganneron, bien qu'ayant signé *avec paraphe*, n'a pu lui donner un caractère légal.

Le chirurgien Casterés, qui se fait assister des deux chirurgiens de la localité, et qui prend pour témoins deux médecins venus de Paris, n'a été requis par aucune autorité; c'est à la demande du marquis de Girardin qu'il va procéder à l'ouverture du corps de J. J. Rousseau. Aussi ces experts improvisés ne se donnent-ils aucune mission d'intérêt public, ils ne viennent ni pour constater la réalité de la mort de Rousseau, c'est un fait déjà vérifié, ni même pour en déterminer le genre. Il ne faut donc plus donner ce rapport comme un acte officiel, comme une pièce légale; c'est un acte privé et voilà tout.

Mais on a fait preuve ici de beaucoup d'habileté, de beaucoup d'adresse dans la rédaction de cette pièce; il est certain que ce qui préoccupait avant tout la famille de Girardin, dans cette circonstance, c'était le bruit, qui déjà s'était propagé jusqu'à Paris, d'une mort volontaire de la part de Rousseau; et si l'on faisait ainsi procéder à l'ouverture de son corps, c'était pour faire tomber ce bruit, pour montrer que cette mort devait être attribuée à une maladie ordinaire. Eh bien, on s'y prend absolument comme si ce bruit n'avait pas couru, comme si rien n'avait transpiré à ce sujet; on n'y fait pas la moindre allusion; on ne trouve pas même, comme les premiers chirurgiens, cette mort *surprenante;* si on fait cette ouverture, c'est uniquement pour obéir aux dernières volontés de J.-J. Rousseau.

On va même jusqu'à dire que, dans cette dernière attaque qui avait été si rapidement suivie de mort, Rousseau a exprimé ce désir (ce qui était parfaitement faux); ainsi c'était pour se conformer aux recommandations de J. J. Rousseau qu'on va procéder à l'ouverture de son corps, et pas pour autre chose, c'est pour découvrir la cause des incommodités qu'il avait éprouvées en différents temps de sa vie.

On faisait preuve, je le répète, d'une remarquable adresse, en ne prenant pas même la peine de combattre, de réfuter cette rumeur d'une mort volontaire; on espérait ainsi donner le change d'autant plus qu'on cherchera à montrer en passant que c'est le contraire qui est vrai, c'est-à-dire que la mort avait été naturelle.

Ainsi tout le rapport paraît consacré à exposer le résultat des recherches faites pour découvrir la cause des douleurs de vessie, des difficultés d'uriner et des coliques ressenties de temps à autre par Rousseau.

Quant à la cause réelle de la mort, c'est à peine si l'on s'en occupe; sur les trois pages du rapport il a suffi de quatre lignes, ni plus ni moins, pour exposer l'état des organes renfermés dans le crâne, là où, suivant les experts, s'était produite la cause qui avait amené la mort.

Voyons cependant si ce rapport, bien que dirigé dans cet esprit, a quelque valeur scientifique, puisqu'il n'a aucune valeur légale; il est évident que si les experts n'avaient eu d'autre mission que celle de rechercher les causes des infirmités de Rousseau, leur rapport aurait eu une certaine valeur scientifique; ils ont parfaitement prouvé que les difficultés d'uriner chez Rousseau tenaient à un état spasmodique du col de la vessie; mais au fond ils avaient une tout autre mission à remplir, celle de donner à la mort si rapide de Rousseau une cause organique, une cause qui exclurait toute supposition de suicide. De là les quelques lignes sur l'état des organes encéphaliques et sur l'état des organes digestifs, de là aussi cette simple mention d'une légère déchirure au front; mais ramené à cette question qui était fondamentale, bien qu'elle se trouve comme reléguée dans un *post-scriptum*, le rapport n'a plus aucune valeur.

Que se proposait-on en effet de prouver ainsi en quelques lignes? que Rousseau avait succombé à une attaque d'apoplexie séreuse, que sa mort avait été le résultat de cette attaque et non le résultat d'un suicide. Eh bien, pour arriver là, on dit un mot de l'état de l'estomac, un mot de l'état des intestins; on qualifie de simple déchirure la blessure du crâne, et voilà comment on prétend écarter la supposition d'un empoisonnement et d'un coup de pistolet.

Dubois (d'Amiens).

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et Armand Desprès, chirurgien des hôpitaux. 1[re] partie avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

les autres à un autre, et imprimant aux maladies accidentelles un cachet particulier, la discussion seule y a touché légèrement.

En somme, Messieurs, malgré les beaux travaux qui se sont succédé sur ces grandes questions depuis Cullen, ce qui est fait n'est rien à côté de ce qui reste à faire. Inspirons-nous donc de la méthode qu'a suivi M. Bouillaud et continuons lentement son œuvre. Ce n'est que par l'observation telle que nous la comprenons, et avec le temps, que la science peut progresser.

Quoique la nature de la lésion n'ait pas été déterminée dans ces trois cas, les résultats obtenus n'en établissent pas moins que l'iodure de potassium a une efficacité réelle dans d'autres cas que la syphilis et donnent un démenti, ainsi que l'a fait remarquer M. Béhier, au fameux axiome « Naturam morborum curationes ostendunt ». Cette réflexion a son poids vis-à-vis des deux observations qu'il nous reste à étudier.

Dans la première, de M. Beaumetz, il est question d'une dame chez laquelle on découvrit les traces d'une ancienne vérole et que l'on traita avec succès par l'iodure de potassium une première fois pour de violentes migraines, une seconde pour des hémoptysies et des signes évidents d'une excavation pulmonaire, et la troisième fois pour des hématémèses. Faut-il en déduire que ces accidents étaient syphilitiques? M. Beaumetz hésite pour ceux du poumon et répond affirmativement pour l'estomac. Cependant la grand'mère, la mère et l'une des sœurs de cette malade sont mortes de cancer de l'estomac.

Dans la seconde, de M. Topinard, il s'agit de *vomissements incoercibles* chez un individu atteint de céphalée et d'une éruption diagnostiquée par M. Bazin de nature syphilitique. Le sujet prêt à périr d'inanition fut nourri pendant trente jours exclusivement par le rectum, à l'aide de bouillon, de jus de viande, de vin, etc. La médication par le bichlorure de mercure et l'iodure de potassium fut continuée par la même voie pendant trente-neuf jours. La céphalée, l'éruption et les vomissements disparurent très-bien, l'alimentation fut reprise par l'estomac, et les forces revinrent. Mais au fur et à mesure se développait un eczéma généralisé dont l'apparition jeta quelques doutes sur l'exactitude du premier diagnostic. Est-ce à la médication spécifique ou au développement de l'eczéma qu'il faut rapporter cette guérison inespérée? Le procédé d'alimentation et de médication employé n'en conserve pas moins tout son intérêt.

Il me reste à mentionner trois observations de MM. Causit, Frarier et Sauné portant : 1° sur un cas de polype congénial du pharynx, 2° sur un cas de névralgie cervico-brachiale avec phénomènes convulsifs se rattachant à l'épilepsie; 3° sur un cas d'abcès du cerveau. Leurs rapports ne vous ont pas encore été lus.

En somme, Messieurs, vos travaux de l'année, ainsi que vous avez pu le voir, ont toujours porté sur les questions d'actualité les plus délicates et les plus controversées. C'est que votre Société se recrute parmi les internes des hôpitaux, travailleurs assidus, placés dans le courant même des idées nouvelles et à portée mieux que tous autres de les contrôler par une observation incessante tant à l'amphithéâtre qu'au lit des malades. Si donc la Société médicale d'observation, fondée il y a trente-trois ans par M. Louis, a cette année bien payé son tribut, soyons persuadés que l'année prochaine, grâce à l'impulsion active et continue de notre excellent président, M. le professeur Béhier, elle fera mieux encore.

THÉRAPEUTIQUE. — Je n'en ai pas tout à fait fini, messieurs, avec ce compte rendu; j'ai réservé pour la fin ce qui a trait à la thérapeutique, c'est-à-dire deux mémoires et deux observations, et je sollicite pour eux encore un peu d'attention.

Le premier mémoire est celui de M. Laborde, *sur l'emploi de la narcéine*. Vous savez que cet alcaloïde de l'opium, découvert en 1832 par Pelletier, était regardé comme sans efficacité, lorsqu'en 1864 MM. Bernard, Debout et Béhier établirent qu'il était susceptible de rendre, au contraire, de grands services. Le premier étudia son action sur des chiens, le deuxième sur lui-même, et M. le professeur Béhier sur quatorze malades de son service. Leurs conclusions se confirment mutuellement et peuvent se résumer en ces termes : La narcéine a une vertu soporifique supérieure à celle de la codéine, et presque égale, sinon supérieure aussi à celle de la morphine. Comme celle-ci, elle calme la douleur, diminue la toux et l'expectoration, et constipe. Ses avantages sont de procurer un sommeil calme, sans rêves pénibles, sans pesanteur de tête au réveil, et de provoquer des vomissements plus rarement que les autres principes de l'opium. Cette action commence chez l'homme à 3 centigrammes.

Les observations de MM. Béhier et Debout avaient porté sur l'adulte. Celles de M. Laborde portent sur des enfants de trois à dix ans, et confirment les conclusions précédentes. Une seule fois la narcéine échoua, tandis que la morphine, administrée ensuite, réussit. Mais l'observation où se trouve cette contradiction est si écourtée qu'elle nous a, pour notre part, peu convaincu. Ainsi le petit malade tuberculeux, et privé de sommeil depuis longtemps, prend 1 centigr. de narcéine et dort parfaitement. Les jours suivants, il en prend 2 centigr. et ne dort plus. S'est-il passé quelque chose de particulier du côté de la poitrine ou ailleurs à ce moment? nous n'en savons rien. S'est-on assuré si le même médicament avait bien été administré, on ne le dit pas. Ce ne sont plus là, il faut l'avouer, les conditions sévères d'expérimentation auxquelles M. Béhier s'est soumis à la Charité. Ceci nous prouve une fois de plus la haute importance des principes que la Société défend. Si l'auteur n'eût pas omis, dans cette observation, les détails qui, sur le moment, lui paraissaient sans intérêt, s'il eût donné une relation complète, nous aurions pu la discuter, et cette observation ne serait pas aujourd'hui perdue pour la thérapeutique.

Me sera-t-il permis d'ajouter que j'ai moi-même employé la narcéine, spécialement dans les rhumes, et que dans le traitement de cette petite maladie je lui accorde la supériorité sur le sirop de codéine et le sirop diacode. Avec le sirop de narcéine, la toux est promptement calmée et l'expectoration devient facile.

Le second mémoire, relatif *à l'emploi de l'iodure de potassium*, est de M. Gingeot, et renferme deux observations d'affection du cerveau et une d'affection de la moelle, traitées et guéries par ce médicament. Dans la première, l'amélioration s'est fait sentir dès le second jour à la dose de 1 gramme, et la guérison était complète au neuvième jour, lorsque le malade eut ingéré 25 grammes en tout. Dans la deuxième, le sujet fut guéri une première fois après avoir pris de l'iodure de potassium pendant cinq semaines, à raison de 3 grammes par jour, et une seconde fois d'une rechute, en huit jours, à raison de 5 grammes par jour. Dans la troisième, la noix vomique, l'ergot de seigle, l'asa-fœtida et le sulfate de quinine échouèrent, tandis que l'iodure, à la dose progressive de 1 à 6 grammes quotidiennement, amena en deux mois une amélioration équivalant presque à une guérison.

La commission des logements insalubres de Paris, dont on connaît les utiles et importants travaux, éprouvée déjà il y a quelques mois par la mort d'un de ses membres les plus éminents M. Trébuchet, vient de faire une nouvelle et bien regrettable perte dans la personne de M. Mouton, ancien négociant notable et ancien juge au tribunal de commerce de Paris. Bien qu'étranger par ses antécédents à la famille scientifique et médicale, M. Mouton nous appartenait en réalité par la part active qu'il a prise, dans ces dernières années, à la grande œuvre d'assainissement dévolue à la commission; et il a particulièrement droit à l'expression publique de nos éloges et de nos regrets, par le zèle intelligent et le dévouement sans bornes dont il a donné tant de preuves, notamment pendant la dernière épidémie de choléra, alors que, relevant de maladie et encore faible et souffrant, il accomplissait dans l'un des quartiers de Paris les plus maltraités en ce moment par le fléau ses pénibles fonctions, devenues bien plus multipliées et bien plus pénibles encore dans ces tristes circonstances. M. Robinet, secrétaire de la commission, a exprimé sur la tombe de M. Mouton, au nom de ses collègues, les regrets profonds que leur a causé la perte prématurée de cet homme de bien, dont il a fait ressortir, en termes excellents et aussi pleins de cœur que de justesse, les utiles services relevés par les plus estimables qualités et par le plus bienveillant caractère.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le lundi 11 juin 1866, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, Avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de médecins au bureau central d'admission.

Messieurs les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le samedi 12 mai jusqu'au samedi 26 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les épreuves du concours pour deux places de chirurgien au bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir. Le sujet de la composition écrite était : *Traitement des plaies des articulations.*

— La première série des épreuves du concours pour deux places de médecin au bureau central des hôpitaux est terminée.

Les candidats déclarés admissibles sont : MM. Ball, Blachez, Dumontpallier, Fritz, Isambert, Paul, Peter et Proust.

— M. le docteur Émile Dubois vient de recevoir la décoration du Nichan, de 3e classe (officier).

— M. le docteur Jolly, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, vient de succomber à une affection de l'estomac. M. Jolly était un excellent chirurgien qui a pratiqué six fois l'opération césarienne, deux fois avec succès pour la mère et l'enfant, trois fois pour l'enfant seulement.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 60. — JEUDI 24 MAI 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 24 MAI 1866. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 MAI 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance entière a été occupée par la suite de la lecture du rapport de M. Briquet sur le choléra. Nous présenterons incessamment un court résumé analytique de cet important et volumineux travail, jusqu'au point où en est resté hier le rapporteur. — Dr Brochin.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant M. JOBERT (de Lamballe).

Corps fibreux de l'utérus.

(Leçon recueillie par M. Victor PEULEVÉ, interne du service).

Messieurs,

Vous avez pu voir, au n° 18 de la salle Saint-Maurice, une femme dont les traits sont décolorés, dont le facies est amaigri, c'est celle qui va faire le sujet de cette leçon.

Jusqu'au jour où elle arrive à l'hôpital, cette femme, qui a trente-huit ans, a toujours joui d'une assez bonne santé, quoique sa constitution soit au-dessous de la moyenne. Elle a seulement été soignée, il y a quelques années, pour une chlorose. Elle est mariée depuis dix-huit ans. Jamais elle n'a eu d'enfants. Ses règles ont toujours été très-normales quant à leur périodicité; depuis quelque temps seulement elles ont varié quant à leur quantité.

Interrogée sur les quelques signes qui ont pu précéder la maladie qui l'amène à l'hôpital, elle donne les renseignements suivants :

Depuis quinze mois, ses règles, qui viennent très-régulièrement, ont apparu plus abondantes et plus prolongées que par le passé, sans pour cela que rien fût changé dans sa santé habituelle. L'écoulement rouge persistait sept ou huit jours; alors qu'il ne durait que deux ou trois jours dans les années précédentes. Il y a déjà là, messieurs, un signe important, car cette femme, bien loin d'être pléthorique, est au contraire anémiée, son teint est pâle, ses conjonctives presque blanches, et on ne peut voir dans ce flux exagéré une prévoyance de la nature pour régulariser l'accomplissement des fonctions. Il faut voir là non pas un phénomène physiologique, mais quelque chose de pathologique : une véritable hémorrhagie qui s'établit à la faveur des menstrues et se trahit par leur exagération et leur longue durée. Jamais de pertes entre les règles. La dernière hémorrhagie menstruelle, car c'est ainsi qu'on pourrait qualifier ce flux cataménial, fut plus abondante encore que celles qui l'avaient précédée, et, phénomène nouveau, elle s'accompagna de douleurs hypogastriques qui forcèrent la malade à demander l'intervention médicale. Le caractère de ces douleurs aurait une certaine importance s'il pouvait être bien défini. Nous aurions voulu savoir si ces douleurs se passaient en dehors de la matrice ou bien si elles étaient dues à des contractions utérines; aussi avons-nous recherché si elles avaient le caractère intermittent que l'on remarque dans la grossesse à terme et dans tous les cas où l'utérus fait effort pour expulser un produit quelconque de sa cavité; malheureusement tout ce que peut dire la malade à cet égard est peu précis, et nous devons nous borner à constater qu'il y a eu des douleurs hypogastriques, sauf à les interpréter plus tard, si les signes tirés de l'examen direct nous le permettent.

Voici d'ailleurs ce que révèle cet examen :

En découvrant la malade, on est de suite frappé par la forme du ventre. La partie supérieure de l'abdomen est normale, mais la moitié inférieure, depuis l'ombilic jusqu'au pubis, fait saillie sur la ligne médiane, saillie qui existe également sur les côtés de la ligne blanche et qui va en décroissant à mesure qu'on s'avance vers les flancs. Au premier coup d'œil on croirait voir un utérus gravide, une grossesse au cinquième ou sixième mois de son évolution. En palpant cette saillie, on sent en effet une convexité résistante dont la partie la plus saillante se trouve vers le milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis, et qui va s'enfuyant profondément à mesure qu'on la cherche derrière l'ombilic ou sur les parties latérales; dans les flancs on ne peut la sentir.

La résistance de cette tumeur est grande, elle est comparable à celle du bois; sa surface est parfaitement unie, très-régulière; on n'y trouve ni sillon, ni bosselure; on trouve en outre que sa résistance est la même dans tous les points de sa surface, il est impossible d'y trouver des parties ramollies ou indurées.

Si l'on embrasse cette tumeur avec les deux mains, et qu'on cherche à lui imprimer des mouvements, on peut la déplacer latéralement, d'une petite quantité il est vrai, mais encore d'une quantité suffisante pour attester qu'elle est mobile. Toutefois, si l'on cherche à la faire mouvoir vers le diaphragme, on éprouve quelque difficulté; et si ce n'était empiéter sur les signes qui vont suivre, on pourrait déjà soupçonner qu'elle se prolonge et s'enclave dans le bassin. Ajoutons enfin que toutes les manœuvres que l'on peut pratiquer sur la région n'amènent aucune douleur.

Dès à présent et pour nous résumer, concluons donc qu'il s'agit ici d'une tumeur d'un volume assez considérable, symétrique, dont la consistance est très-dure, uniforme, dont la surface est convexe, régulière, dont la mobilité est certaine quoique limitée, et enfin qui n'est le siége d'aucune douleur soit spontanée soit provoquée.

A eux seuls, messieurs, ces signes ne peuvent suffire pour porter un diagnostic exact; il faut y ajouter d'autres moyens d'exploration qui, en confirmant les données précédentes, nous fourniront encore des caractères nouveaux et indispensables; je veux parler du toucher vaginal et rectal.

A peine a-t-on mis le doigt dans le vagin, à peine a-t-on parcouru 3 ou 4 centimètres, qu'on se sent arrêté par une tumeur qui offre au toucher les caractères que nous avons signalés en explorant l'abdomen; elle est dure, elle est lisse, elle est indolente; on croirait une tête de fœtus engagée dans le petit bassin. Si l'on cherche à la faire mouvoir, on voit qu'elle s'ébranle dans le ventre; on peut la faire vaciller dans certaines limites; et en mettant la main gauche sur la paroi abdominale, on peut sentir tous les mouvements que l'on provoque par le vagin et s'assurer ainsi que c'est bien la même tumeur, qui, d'un côté fait saillie de l'abdomen, et de l'autre envahit le petit bassin. L'exploration du vagin montre sa paroi antérieure refoulée en avant, sa paroi postérieure abaissée, et avec elle tout le cul-de-sac postérieur qu'on trouve à 5 ou 6 centimètres de la vulve. Enfin, si l'on cherche à limiter cette tumeur, on n'arrive pas à la circonscrire dans quelque direction que l'on porte le doigt.

Jusqu'ici nous n'avons pas parlé du col, le réservant pour insister sur les caractères importants qu'il présente.

Ce col est difficile à trouver, et même au premier abord, on ne rencontre dans le vagin rien qui puisse le faire soupçonner; il faut ramener le doigt à la partie antérieure et supérieure du vagin, immédiatement derrière le pubis, pour sentir un mamelon surajouté à la tumeur; ce mamelon, c'est le col. On le distingue de la tumeur, d'abord parce qu'il fait une saillie, mais surtout par sa différence de consistance; la tumeur est dure, le col est mou. Ses dimensions sont minimes, c'est à peine s'il a 1 centimètre. Et, messieurs, notre malade a trente-huit ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Nous devions, à l'état normal, lui trouver un col allongé, conique, dur. Loin de présenter ces caractères, il est très-court, aplati, mou. Il est petit, vous disais-je, et cela nous suffit pour nous faire éliminer du coup une grossesse possible. La tumeur de cette femme n'est pas un fœtus, cette femme n'est pas enceinte. Cependant nous devons ajouter que ce col est légèrement entr'ouvert; on peut y introduire la pulpe du doigt; mais il est complétement immobile sur la tumeur et se meut avec elle quand on lui imprime quelque mouvement. Tels sont les caractères fournis par le toucher vaginal.

Du côté du rectum on la retrouve encore, cette tumeur, avec les mêmes caractères physiques; on peut la suivre en avant du sacrum, et on la perd en devinant qu'elle remonte dans l'abdomen. En lui imprimant des mouvements, on sent encore ceux-ci retentir sur la paroi abdominale. C'est donc bien la même tumeur qui comprime le rectum en arrière qui fait saillie dans le vagin en avant, qui soulève l'hypogastre en haut; c'est l'utérus avec les débris du col. Le rectum est comprimé, la vessie l'est aussi. Le cathétérisme complet est impossible. Il est déjà difficile d'introduire une sonde, car le col de la vessie est comme soulevé. Aussitôt que le cathéter a franchi ce col, l'urine s'écoule en petite quantité, puis s'arrête. Si l'on tente alors de faire voyager la sonde, la manœuvre est vite arrêtée; on sent que l'instrument se trouve enrayé par la déviation ou plutôt par des sinuosités de l'urèthre; peut-être une sonde flexible pourrait-elle vaincre l'obstacle en se prêtant à ses courbures. Mais le cathéter rigide, qui ne peut suivre ses inflexions, se trouve invinciblement arrêté. Malgré cela, cependant, la malade n'éprouve pas du côté de la vessie la même difficulté que du côté du rectum. Elle est constipée, et depuis longtemps; mais elle urine maintenant comme elle a toujours uriné, ni plus ni moins abondamment, ni plus ni moins fréquemment. D'où il faut bien conclure, messieurs, que si la vessie est relevée, son col allongé et son urèthre infléchi, sa capacité néanmoins n'est pas amoindrie, et elle se loge dans un espace qui lui permet de se développer à l'aise.

C'est à l'aide de tous ces signes qu'il faut maintenant porter un diagnostic et chercher à résoudre les deux questions suivantes :

Qu'est-ce que cette tumeur? quel est son siége?

1° Qu'est-ce que cette tumeur?

Elle est solide, cette tumeur, sa consistance est dure, elle n'a aucune fluctuation.

Or, parmi les tumeurs solides, nous n'avons guère à choisir, c'est du cancer ou un corps fibreux.

Mais un cancer n'atteint jamais le volume de la tumeur que nous avons sous les yeux; il accuse sa présence par des douleurs lancinantes, il a pour coutume d'envahir la vessie, le rectum; il donne des hémorrhagies abondantes et entre les époques menstruelles; enfin il donne des signes de voisinage sur lesquels on ne peut se méprendre, et sa marche est très-rapide. Rien de tout cela n'existe ici; il n'y a donc pas à hésiter, il s'agit d'un corps fibreux, et on ne peut corroborer le diagnostic par les antécédents. La marche de la maladie a été très-lente; elle a passé inaperçue puisque la malade ignorait la présence de cette tumeur; il n'y a pas eu encore d'hémorrhagie franche, mais simplement exagération des règles, et l'on sait que ce caractère est le propre des corps fibreux. Tout nous conduit donc au diagnostic corps fibreux. C'est à lui que nous nous arrêtons.

2° Quel est le siége de ce corps fibreux.

Les tumeurs de cette nature siégent soit en dehors de l'utérus, soit en dedans, soit dans son épaisseur.

1° En dehors de l'utérus? ce n'est pas le cas : car on le trouverait dans le vagin cet utérus; il serait repoussé en masse. Or, on ne le sent pas, on a grand'peine à trouver son col modifié, qui semble implanté fixement sur la tumeur.

2° En dedans de l'utérus? pas davantage.

En effet, le col est fermé, et si une tumeur quelconque, du volume de celle-ci, existait dans la cavité utérine, il serait non-seulement ouvert, et grandement ouvert, mais on sentirait son orifice, on pourrait le circonscrire; on lui sentirait une certaine épaisseur.

Et puis, messieurs, vous savez qu'un polype (car ce serait un véritable polype fibreux) qui occupe la cavité utérine, donne constamment lieu à des hémorrhagies qui se manifestent non-seulement par l'exagération des règles, mais encore par un flux sanguin en dehors de l'époque menstruelle; or, dans le cas qui nous occupe, la tumeur est arrivée à un énorme développement sans avoir amené ces hémorrhagies extra-cataméniales. Dans les cas ordinaires, lorsque la tumeur n'a pas encore le développement que nous lui voyons ici, il est souvent possible de faire le cathétérisme utérin. Ici, ce cathétérisme est impossible, vu la direction du col qui contre-indique toute espèce de tentative à cet égard.

En l'absence de ce moyen d'exploration, nous n'en sommes pas moins autorisé à conclure que la tumeur est interstitielle; et pour préciser encore plus, nous ajouterons qu'elle a pris naissance dans la paroi postérieure de l'utérus. Vous savez, en effet, que c'est là le siége le plus fréquent de ces sortes de productions fibreuses.

Mais l'observation ne fût-elle pas là pour nous diriger, que nous aurions encore deux signes qui nous font persister dans cette manière de voir; à savoir, la projection du col en avant, et la saillie que fait la tumeur dans le vagin et dans le rectum.

Vous savez, messieurs, quelle est la structure de ces corps fibreux que l'on rencontre dans l'utérus. Ils sont composés, comme leur nom l'indique, de tissu fibreux très-serré, très-compacte, qui très-souvent se trouve mélangé de fibres musculaires provenant de l'utérus lui-même.

Ces tumeurs ont pour caractère essentiel, d'être toujours isolables, de ne pas contracter d'adhérences avec le tissu au milieu duquel elles se sont développées, et à ce titre on pourrait dire que ce sont de véritables corps étrangers. La paroi utérine s'amincit à mesure qu'ils prennent du volume, et il arrive un moment où cette paroi n'a qu'une épaisseur très-minime; c'est une véritable coque musculaire très-mince, qu'il suffirait d'inciser pour cueillir, en quelque sorte, le produit

homœomorphe qu'elle renferme. C'est ce qui se présente dans le cas actuel.

Je dois vous prévenir cependant qu'il n'en est pas invariablement ainsi et qu'il arrive parfois que la paroi utérine repoussée réagit au lieu de céder, et s'hypertrophie à la façon du cœur dans ce qu'on a appelé son hypertrophie providentielle.

Il nous reste enfin à rechercher un point très-important du diagnostic, point important surtout au point de vue des indications du traitement, que nous aurons à discuter dans un instant; je veux parler des rapports du péritoine avec la tumeur. Malheureusement, il faut laisser ici un point de doute. Nous savons bien que le cul-de-sac postérieur du vagin est notablement abaissé, qu'il est refoulé par le corps fibreux. Mais le péritoine a-t-il suivi ce cul-de-sac, où au contraire l'a-t-il abandonné pour conserver sa situation normale? La réponse à l'une ou à l'autre de ces questions est impossible, et nous n'avons rien qui puisse nous faire pencher d'un côté ou de l'autre.

Et maintenant, messieurs, que va devenir notre malade; quel pronostic faut-il porter sur sa maladie?

En thèse générale, un corps fibreux qui serait d'un petit volume, dont les dimensions n'augmenteraient pas, qui serait interstitiel, n'est pas une maladie grave par elle-même, en ce sens qu'elle n'altère pas la constitution à la façon des maladies diathésiques. Mais malheureusement si l'état stationnaire ne se maintient pas, la tumeur augmente de volume et entraîne alors des accidents graves, comme la compression, les hémorrhagies, qui compromettent très-sérieusement la vie des malades.

L'expérience a démontré que pendant la vie active de l'utérus, les corps fibreux tendaient à se développer, mais dès que cette vie active a cessé, quand arrive la ménopause, alors ces tumeurs tendent à diminuer de volume, elles entrent dans une période de régression. Or, messieurs, raisonnons sur notre malade : elle est jeune, elle n'a que trente-huit ans; le corps fibreux qu'elle porte va donc aller en grossissant, et cela pendant huit ou dix ans encore, à supposer qu'elle possède une force de résistance suffisante; elle est déjà fort anémiée par ses hémorrhagies menstruelles, elle le deviendra encore plus, car elle perdra du sang en dehors de ses menstrues, et cela lui est arrivé aujourd'hui même.

En s'en tenant à ces seuls signes, il faudrait opérer, et l'intervention serait urgente.

Mais, d'un autre côté, en réfléchissant à ce qui s'est passé, on peut soupçonner qu'en ce moment l'utérus est en travail pour rejeter ce corps étranger; la malade a eu quelques douleurs dans le bas-ventre; le col est ramolli, et on peut introduire dans son orifice la pulpe du doigt; de plus, la malade a eu une petite perte aujourd'hui, en dehors de ses règles. Tous ces signes nous conduisent à penser que la tumeur se rapproche de la cavité utérine et qu'il y a une tendance à l'accouchement.

En présence de ces faits, quelle est la conduite à tenir?

Faut-il opérer? faut-il débarrasser la malade de son corps fibreux?

A supposer qu'on en arrive là, le seul moyen d'atteindre le corps fibreux serait de fendre l'utérus depuis le col jusqu'au cul-de-sac postérieur du vagin. Or, messieurs, cette incision de la coque utérine sera-t-elle assez grande pour livrer passage à la tumeur, nous ne le pensons pas; nous sommes sûr du contraire. Il faudra donc dépasser le cul-de-sac, et vous savez quelles sont nos craintes à cet égard; le péritoine a peut-être suivi le vagin, et dans ce cas il nous est impossible de l'éviter.

Cette considération suffirait à elle seule pour nous arrêter. Mais je suppose encore que le péritoine ne soit pas descendu, que nous puissions faire une incision suffisante pour donner passage au corps fibreux, nous n'éviterons pas l'hémorrhagie que donnera la section utérine, et vous savez que la circulation est abondante en cet organe, surtout dans le cas présent.

Ce n'est pas tout encore : nous serons dans l'impossibilité d'énucléer la tumeur, à cause de son volume et de sa position; il faudra donc l'attirer avec des érignes, et s'exposer par suite à rompre en plusieurs points la coque utérine. Et puis cette tumeur est énorme, sortira-t-elle par la vulve; nous sommes fondé à en douter, il faudra la couper par morceaux. Et enfin, l'opération une fois faite, il restera une grande cavité vide de son produit, fabriquant du pus, communiquant avec le vagin, et par-dessus tout en plein contact avec le péritoine.

C'est plus qu'il n'en faut pour contre-indiquer l'opération. Agir en pareille circonstance serait de la témérité.

Et pourtant, faut-il abandonner complétement et d'une façon absolue l'idée de l'extraction. Nous ne le pensons pas, car d'après ce que nous avons pu voir, il semble qu'un travail d'expulsion tend à se produire. Il peut se faire que, sous l'influence de contractions salutaires, la tumeur arrive à dilater complétement le col, et se présente à l'orifice de la vulve. Alors, messieurs, mais alors seulement nous agirons pour aider la nature et favoriser sa tentative d'expulsion; c'est à cela que se bornera notre intervention chirurgicale. Jusque-là toutefois, notre rôle ne doit pas être inactif, et si le traitement curatif est contre-indiqué, il nous reste à user des palliatifs.

Notre malade est anémiée, notre malade perd du sang; de là deux grandes indications : 1° tonifier; 2° s'opposer aux hémorrhagies.

Pour remplir la première indication, nous donnerons des toniques, du fer, du vin de quinquina, une nourriture azotée.

Pour remplir la seconde, nous ferons porter à la malade une ceinture adaptée à la forme de son ventre, qui immobilisera autant que possible la tumeur et évitera, dans de certaines limites, un ballottenent qui ne pourrait que favoriser le flux sanguin. Nous lui ordonnerons le repos le plus complet à chaque menace d'hémorrhagie ou de menstrues, évitant autant que possible toutes les causes qui peuvent favoriser la congestion utérine. Cette dernière indication est de beaucoup celle qui réclame la plus grande attention, car c'est par l'hémorrhagie surtout que la vie de la malade est menacée.

De cette façon, messieurs, et malgré les mauvaises conditions d'âge, de résistance et de profession de notre malade, peut-être parviendrons-nous à atteindre la période de la ménopause, époque à laquelle, je vous l'ai dit, la maladie qui nous occupe, semble entrer dans une voie régressive.

LETTRE SUR LA PULVÉRISATION DES EAUX MINÉRALES,

Par M. le Dr Sales-Girons, médecin inspecteur des eaux de Pierrefonds-les-Bains.

Monsieur le Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*,

J'estime trop haut votre impartialité pour craindre que vous me refusiez l'insertion de cette réponse à l'article que votre journal a publié dans son numéro du 10 avril dernier, sous ce titre : *La pulvérisation des liquides médicamenteux. État de la question.*

L'auteur de cet article, vos lecteurs s'en souviendront, ne fut jamais bienveillant pour la pulvérisation. Les meilleurs témoignages ont eu beau venir s'inscrire peu à peu en faveur de cette méthode nouvelle, les perfectionnements du procédé ont eu beau répondre à toutes les objections de la critique, votre collaborateur seul est resté de son côté, persistant à peu près dans l'opinion qu'il s'est faite d'une innovation à ses débuts.

Aujourd'hui, que la pulvérisation a fait en dix ans le tour du monde médical, restant partout où elle passe; que pour les maladies des organes respiratoires elle fournit dans les établissements thermaux, à domicile et dans les hôpitaux, le mode de traitement le plus utile et le plus rationnel, à peine si l'on s'aperçoit que cette opinion en soit influencée.

Et pourtant, dit-il, dans le corps de son article : « Ce n'est point avec l'intention de me livrer à un harcellement importun que je rappelle mes premières impressions. Je veux au contraire les reproduire et en établir la justesse avec ce goût apaisé qui devient le nôtre à mesure que nous mûrissons. »

D'une opinion qui se fortifie avec le goût apaisé de l'âge, il serait inutile d'en discuter; laissons-la donc telle quelle à son auteur, et attachons-nous, faute de mieux, aux notions qu'il a de la pulvérisation des liquides dans l'état actuel de la question. Si nous parvenons à démontrer que la critique, sans harcellement, pèche par la connaissance du fonds essentiel et veut se tromper sur les détails accessoires, peut-être ainsi ferions-nous comprendre à vos lecteurs que cette opinion invariable est sujette à quelque modification.

Eh bien, nous disons que la critique méconnaît la pulvérisation des liquides, quand elle la prend d'un bout à l'autre de son article pour un procédé d'*atmiatrie*.

Le mot *atmiatrie*, non-seulement de grammaire, mais d'usage médical, signifie l'*inhalation des vapeurs* (atmos, vapeur). Or la pulvérisation a été imaginée précisément pour remplacer la vaporisation et les vapeurs, partout où l'on croyait introduire avec elles les médicaments liquides dans l'organisme. On n'introduisait ainsi que de l'eau distillée.

La pulvérisation, au contraire, ne faisant que diviser le liquide sans le décomposer, conserve l'eau minérale avec tous ses principes médicamenteux.

Qu'est-ce donc qui a pu faire que la critique ait confondu, dans cet article, la pulvérisation avec l'atmiatrie, c'est-à-dire avec la vaporisation, et par conséquent la poussière d'eau avec des vapeurs? La réponse à cette question est difficile; mais nous pouvons toujours répondre qu'en règle générale, pour bien critiquer une chose, il ne faut pas commencer par la confondre avec ce qui en est tout juste le contraire.

Ce n'est là probablement qu'une faute d'attention; mais cette faute n'est plus aussi permise depuis que M. le professeur Poggiale s'est donné le soin de déterminer devant l'Académie de médecine la différence totale qu'il y a entre la *salle de pulvérisation*, et la *salle de vaporisation* dans les établissements thermaux.

Nous n'insisterons pas, venons aux détails.

La critique, pour être nouvelle, puisqu'elle prétend donner l'état de la question, exhume des arguments qui ne sont plus jeunes. Après avoir admis la pénétration de la poussière liquide dans les bronches, elle reproduit les vieilles objections : 1° de l'*altération* des eaux minérales par le fait même de leur division et diffusion dans l'air; 2° du *refroidissement* du liquide « dont l'impression est, dit-on, glaciale, » quoique, notez bien, on reconnaisse que l'abaissement de température n'est que de trois ou quatre degrés centigrades.

Mais de ces objections, presque justes il y a trois ans, qu'en reste-t-il aujourd'hui que la pulvérisation, au lieu de se produire vaguement dans l'espace de la salle, se produit dans la bouche même du malade? Où est, avec le perfectionnement réalisé aux eaux de Pierrefonds-les-Bains et ailleurs, où est, dis-je, la possibilité du refroidissement et de l'altération des liquides médicamenteux?

Que la critique nous permette de lui dire, que sa prétention de traiter l'état actuel de la pulvérisation supposait tout au moins la connaissance du sujet depuis deux ou trois ans.

Suivent maintenant, dans l'article auquel nous répondons, nombre d'alinéas destinés à prouver que la pulvérisation procure exactement les maladies qu'on a promis de guérir par elle; mais ce n'est pas là le principal grief de la critique; voici ce qui sera la ruine de cette méthode. Nous copions :

« Pendant que le patient hume la poussière, des gouttelettes se for-
« ment dans la bouche, sur les parois de l'isthme du gosier et dans
« la cavité pharyngienne; les unes s'écoulent par la bouche, les au-
« tres s'insinuent dans le larynx, où elles provoquent des mouvements
« convulsifs de l'appareil respiratoire; si bien que ce qui avait pé-
« nétré dans les bronches en est totalement expulsé. »

Quoique rien de pareil n'ait lieu, et que physiologiquement même la plupart de ces phénomènes ne puissent avoir lieu, la critique n'en conclut pas moins en ces termes : « Ces faits qu'on a énergiquement
« repoussés, pour ma part, je les maintiens parfaitement exacts, et je
« les considère comme la *ruine de la pulvérisation, en supposant*
« *que la pulvérisation, telle qu'on voudrait l'instituer en théra-*
« *peutique, ait besoin d'une occasion pour s'amoindrir.* »

Cette exécution capitale de la pulvérisation, il n'est pas inutile de le faire remarquer au lecteur, est suivie d'un alinéa qui commence par ces paroles : « Faisons aux découvertes un accueil affable... »

Tant d'affabilité, en effet, devrait faire juger des sentiments de la critique elle-même. Cependant nous devons y faire droit, non pas avec les faits de notre longue pratique à Pierrefonds, mais avec les faits dont l'ensemble aura, nous l'espérons, une autre valeur. Nous sommes en France vingt-cinq ou trente médecins d'eaux minérales, qui pratiquons en grand la pulvérisation dans les salles de respiration thermale; si, sur dix mille malades qui y passent sous nos yeux durant la belle saison, on en peut citer trois qui aient été obligés d'abandonner le traitement pour le grief qui doit en faire la *ruine*, nous passons condamnation sur tout le reste de la méthode.

C'est à la critique à produire ces trois échantillons, mais avec des preuves sévères à l'appui. Nous les attendons.

M. le professeur Trousseau, dont on connaît l'estime pour la pulvérisation, citait un jour devant l'Académie le cas d'une dame Sallienne qui s'était donné une double pneumonie en respirant trop d'une solution tannique pulvérisée. La critique s'empare du cas pour en tirer cette exclamation : « Triste témoignage en faveur de la méthode! » La vérité aurait voulu qu'on eût fait mention de la circonstance que M. Trousseau parlait ce jour-là à des adversaires qui niaient la pénétration de la poussière liquide dans les bronches; il leur prouvait par le fait qu'elle pouvait trop y pénétrer.

Enfin M. le professeur Fonssagrives vient, dit la critique, de publier un savant ouvrage dans lequel il est écrit que l'auteur « préfère de beaucoup les pulvérisateurs portatifs aux salles de respiration. » Nous sommes de l'avis de l'éminent professeur. Nous regrettons seulement que l'impression trop avancée de son livre ne lui ait pas permis d'y faire entrer la description de la salle de respiration perfectionnée que nous lui adressâmes, ou mieux encore, qu'il ne nous ait pas fait l'honneur, avec le savant critique auquel nous répondons ici, d'en venir voir le modèle réalisé à l'établissement thermal de Pierrefonds.

Leur visite y eût fait époque, et nous sommes convaincu que la présente réponse en justification, qui n'est qu'un effet, n'aurait pas eu lieu faute de cause.

J'ai l'honneur d'être, etc. Dr Sales-Girons.

Paris, le 20 avril 1866.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

DE L'INHALATION SULFUREUSE A ENGHIEN

Dans le traitement des maladies des voies respiratoires,

Par M. le Dr A. Mirbel.

Depuis quelques années, l'inhalation et la pulvérisation sulfureuses sont dirigées avec un grand succès contre les maladies des voies respiratoires. L'eau d'Enghien est toujours préférée par tous les médecins pour cette médication aujourd'hui si recherchée, et qui, à l'aide d'un appareil simple et ingénieux, peut se faire partout.

Parmi les phénomènes observés chez les malades, on note d'abord un sentiment de bien-être, puis ensuite la réapparition de la maladie première à l'état sub-aigu, soit qu'il s'agisse du retour de la toux, soit qu'il s'agisse d'une expectoration plus abondante. Cet état n'est que passager : une notable amélioration arrive bientôt et l'on continue à faire chaque jour un nouveau pas vers la guérison.

L'influence de l'inhalation et de la pulvérisation a été étudiée par M. le docteur de Puisaye, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, dans la tuberculisation, la bronchite, l'asthme, dans les diverses espèces de pharyngite ou de pharyngo-laryngite et dans l'amygdalite chronique. Il est positif que l'atmosphère pulvérisée est un topique qui modifie promptement la vitalité de la muqueuse et les produits de la sécrétion, mais l'on comprend évidemment qu'il n'est ici question que des bronchites, laryngites ou pharyngites d'essence purement catarrhale.

Quant à l'asthme, l'atmosphère pulvérisée, en même temps qu'elle détermine une sédation à peu près complète de la dyspnée, rappelle également l'expectoration. Plusieurs asthmatiques, qui depuis plusieurs années font usage d'une eau sulfureuse, ont vu leur maladie s'atténuer beaucoup par le seul fait du traitement thermal diversement employé.

Les diverses affections du pharynx, autrement dites *maux de gorge*, qui ont été traitées avec le succès le plus complet par les eaux d'Enghien, peuvent être classées de la manière suivante : 1° Les pharyngites de nature essentiellement catarrhale offrent une augmentation ou une diminution de la sécrétion normale avec altération du produit de cette sécrétion; 2° les pharyngites de nature herpétique coïncidant plus souvent avec les affections sèches qu'avec les affections humides de la peau; 3° les pharyngites de nature spécifique dues à l'infection syphilitique, présentant indépendamment des symptômes propres à ce virus, des manifestations se rapportant soit à l'état catarrhal, soit à l'herpétisme, suivant la disposition individuelle; 4° enfin la pharyngite de nature rhumatismale, car cette maladie coïncide fréquemment avec un état rhumatismal bien défini. Ainsi, sur 223 cas de pharyngites, il a été observé 28 fois la coïncidence d'un état rhumatismal avec absence complète de granulations sur la muqueuse des voies aériennes.

Les causes qui produisent la pharyngite et qui, suivant des circonstances individuelles développent chez les uns une pha-

ryngite catarrhale, chez les autres une pharyngite de nature herpétique ou rhumatismale, sont d'abord l'impression du froid et de l'humidité, la suppression partielle de la transpiration cutanée et toutes les professions dans lesquelles on est obligé de faire un usage souvent immodéré de la voix; aussi le docteur Green, de New-York appelle-t-il la pharyngite la maladie des *clergymen*. Les ecclésiastiques, les chanteurs, les avocats, les instituteurs, les militaires y sont beaucoup plus prédisposés que les autres. Enfin il faut signaler encore comme cause de cette maladie l'abus du cigare, dont toute personne désireuse de conserver sa voix devrait totalement s'abstenir.

A part la pharyngite succédant à une affection catarrhale aiguë, la marche de la maladie est lente; elle cause dans les premiers temps si peu de gêne aux malades, qu'ils ne s'en inquiètent pas; ce n'est que lorsque la toux devient fréquente et impérieuse, que ces accès de suffocation arrivent, qu'ils se décident à demander des conseils. Ce qui provoque cette insouciance, c'est que les symptômes ne se développent que graduellement, ils offrent une certaine rémittence et les malades peuvent traverser une assez longue période, sans qu'il y ait aucun changement apparent dans leur santé. Ainsi la pharyngite date déjà depuis plusieurs années, lorsque le médecin est en mesure de l'observer. Le pronostic de cette maladie n'est jamais grave, en ce sens qu'elle ne fait pas courir de danger pour la vie; mais elle a une certaine importance, car elle entrave pour certains individus les devoirs professionnels et les oblige quelquefois à changer de carrière. Il peut en être ainsi pour les chanteurs, les ecclésiastiques qui se livrent à la prédication, les professeurs, les avocats, en un mot pour toutes les professions dans lesquelles la voix joue le premier rôle.

En raison de la tenacité de la pharyngite, on ne sera pas étonné que l'on ait employé tous les moyens possibles pour la combattre; mais depuis que le mode d'action des eaux minérales d'Enghien est mieux connu, c'est à elles que les médecins ont recours. Ces eaux sulfureuses, d'une grande puissance, tiennent certainement la première place dans la thérapeutique de la pharyngite, en raison de leur influence sur les trois grandes classes de maladies auxquelles se rattachent les diverses formes de cette maladie; à elles seules, elles remplacent avantageusement les autres médications, qui ne doivent plus être considérées que comme des moyens palliatifs ou des adjuvants de la médication principale.

Avant que la pulvérisation entrât comme méthode de traitement dans la thérapeutique thermale, l'on obtenait déjà de très-beaux résultats par l'usage des moyens que l'on avait alors à sa disposition; mais, depuis l'emploi de l'atmosphère d'eau sulfureuse pulvérisée et de douches en poussière, les effets sont plus sensibles et plus immédiats.

La pharyngite catarrhale est certainement celle dont on a le plus facilement raison; après elle vient la pharyngite sèche coïncidant avec une disposition rhumatismale; enfin la pharyngite granuleuse est celle qui résiste le plus aux moyens employés.

Les faits qui ont servi de base à M. le docteur de Puisaye reposent sur le relevé statistique suivant :

L'inhalation et la pulvérisation sulfureuse ont été employées sur 565 malades avec des succès divers; ces 565 malades sont ainsi répartis :

Phthisie à divers degrés.	72
Bronchites.	162
Pharyngites diverses.	223
Laryngites diverses.	28
Asthmes.	55
Amygdalites	25
Total.	565

Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. le docteur de Puisaye dans sa longue pratique :

1° La salle de pulvérisation du grand établissement est aménagée dans les conditions les plus favorables pour obtenir de ce mode de traitement tous les résultats qu'on en peut attendre;

2° L'inhalation sulfureuse, aussi bien que la pulvérisation, conviennent dans la tuberculisation.

Au premier degré, alors même qu'il y a hémorrhagie, dans la bronchite, la pharyngite, la laryngite, dans la toux spasmodique des hystériques, dans la coqueluche et enfin dans la dyspnée chez les asthmatiques;

3° La douche pulvérisée, aussi bien que l'inhalation sulfureuse, sont appelées l'une et l'autre à rendre de très-grands services dans le traitement des diverses espèces de pharyngites et d'amygdalites chroniques. Dans le cas où il est impossible au malade de suivre le traitement sur les lieux mêmes, il pourra avec avantage faire usage des eaux d'Enghien et de l'appareil pulvérisateur du docteur Sales-Girons.

Le traitement se compose alors d'eau en boisson (source du Roi), prise à la dose graduée de deux à quatre verres par jour, avec addition soit de lait chaud, soit de sirop pectoral, et de deux séances par jour, de quinze à vingt minutes, à l'aide de l'appareil. On devra employer de préférence, pour cet objet, les sources soit du lac, soit de la Pêcherie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mai 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Morbihan en 1865, par M. le docteur Alfred Fouquet, et de la Meurthe, par les médecins inspecteurs du département; (Commission des épidémies.)

2° Une demande d'analyse d'une source sise à Jaujac (Ardèche), et appartenant à M. le comte de Rochemure;

3° Le rapport de M. le docteur de Puisaye sur le service médical des eaux minérales d'Enghien, pendant l'année 1864;

4° Les rapports de M. le docteur Perelli sur les eaux de Pietrapola, pour 1864; de M. le docteur Marbotin sur les eaux de Saint-Amand, pour la même année; et de M. le docteur Lagarde sur les eaux de Bagnères-de-Bigorre; (Commission des eaux minérales.)

5° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1865, dans les départements de Tarn-et-Garonne, de la Corrèze, des Hautes-Pyrénées, et de l'Allier. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Giraldès qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de M. le docteur Bayard (de Cirey-sur-Blaise), relative à la question de la vaccine;

3° Une lettre de M. le docteur Hammard sur le traitement du choléra au moyen d'un mélange de sous-nitrate de bismuth, de glycérine et de sucre;

4° Une lettre de M. le docteur Clot-Bey accompagnant l'envoi de la liste des ouvrages traduits en arabe à l'École de médecine du Caire, sous sa direction, dont il fait hommage à l'Académie. Ces ouvrages sont déposés chez M. le baron Larrey;

5° Une lettre de M. le docteur Müller avec un pli cacheté qui renferme une note relative à un cas de morve aiguë.

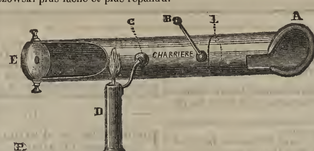
6° M. Charrière présente une note sur l'ophthalmoscope de M. le docteur Galézowski, modifié par M. Laugier, ainsi que l'instrument et la description, telle que l'a indiquée ce chirurgien.

L'ophthalmoscope de M. Galézowski offre un avantage qu'on ne peut contester; c'est d'être portatif, de ne pas exiger de chambre noire et de pouvoir être appliqué au lit du malade en plein jour, mais il avait néanmoins une imperfection qu'il partageait d'ailleurs avec les autres ophthalmoscopes usités; il fallait combiner son action avec celle d'une lampe placée sur la table ou le lit du malade, et dont la lumière devait tomber sur le miroir réflecteur mobile, destiné à la projeter dans le tube de l'instrument; il en résultait des tâtonnements dans la pratique, capables de détourner les praticiens de son emploi.

Avant d'arriver dans la direction de l'axe de l'ophthalmoscope, la lumière destinée à éclairer l'œil objet de l'examen était projetée en divers sens; il en résultait une perte de temps regrettable.

M. le professeur Laugier a eu l'idée de faire adapter au corps de l'ophthalmoscope une espèce de bougeoir, de telle sorte que la flamme de la bougie reste constamment dans le même rapport avec le miroir réflecteur, toujours incliné sous le même angle vers la lumière et le corps du tube.

La bougie allumée et le tube de l'ophthalmoscope placé sur l'œil qui l'embrasse, la lumière tombe infailliblement sur le miroir et est renvoyée à l'œil que l'on veut explorer et auquel on a donné une direction convenable. Cette modification d'un bougeoir fixe, adapté à l'instrument dans les conditions indiquées plus haut, aura certainement pour résultat de rendre l'emploi de l'ophthalmoscope de M. Galézowski plus facile et plus répandu.



A. Bourrelet embrassant l'orbite.
B. Boule luisante, destinée à diriger l'œil malade.
D. Bougeoir tournant alternativement à droite et à gauche au moyen de la genouillère C.
E. Réflecteur perforé à son centre.
L. Lentille bi-convexe.

— M. MICHEL LÉVY présente, au nom de M. Guinier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, un volume intitulé : *Traité de pathologie et de clinique médicales*.

— M. DEVILLIERS, au nom de M. le docteur Privat, d'Aix, présente une note sur un cas de rage dans lequel on a administré, sans succès, l'acide phénique, préconisé dans ces derniers temps.

— M. BERGERON, au nom du même médecin, présente une brochure sur le rhumatisme noueux et son traitement par les eaux de Lamalou.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Briquet pour la suite de sa lecture du rapport sur le choléra.

BAPPORTS.

Choléra. — M. BRIQUET continue la lecture du rapport sur le choléra.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mai 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Une lettre de MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, qui présentent une modification de l'appareil de Richardson pour déterminer l'anesthésie locale.

M. Holmes, membre correspondant à Londres, nous adresse un mémoire sur l'emploi des ligatures au fil d'argent dans le traitement de l'anévrysme.

Mort de Michon.

M. LE PRÉSIDENT. Nous venons de perdre dans la personne de Michon un de nos collègues les plus éminents et les plus aimés. La Société de chirurgie était représentée officiellement à ses obsèques par une députation, mais la plupart de ses membres sont venus porter à M. Michon un dernier témoignage de leur affection. La volonté de notre collègue étant expresse, aucun discours n'a pu être prononcé; Michon n'en vivra pas moins dans notre souvenir.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. GUYON. Messieurs, s'il est un problème difficile, c'est celui qu'offre au médecin l'étude des affections puerpérales. Ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion ont éclairé beaucoup des points les plus obscurs de ce sujet. Ils ont en particulier montré avec quelle sollicitude devait être étudiée la prophylaxie d'affections souvent trop rebelles à la thérapeutique, et la nécessité d'une hygiène spéciale pour les accouchées, réunies dans un même hôpital ou dans un même service d'hôpital. La comparaison des résultats fournis par les accouchements dans les bureaux de bienfaisance et ceux qui se font à l'hôpital, a convaincu chacun de nous que c'était faire acte d'humanité que de chercher par quels moyens on pourrait réaliser à l'hôpital les conditions rencontrées en ville.

L'étude des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les nouvelles accouchées lorsqu'elles sont réunies, la comparaison des résultats obtenus dans diverses Maternités, nous permettent dès aujourd'hui de croire à la très-grande utilité, à l'efficacité non douteuse de certaines règles d'hygiène. L'intérêt qui s'attache aux nouvelles accouchées de nos hôpitaux est si vif, le désir de faire pour le mieux si général, que je ne puis douter que l'entente ne se fasse aisément sur la théorie et l'application des principales règles de la prophylaxie en matière de maladies puerpérales, c'est-à-dire sur l'hygiène des Maternités. Fort heureusement l'expérience est faite, dans une certaine mesure, des résultats sont acquis, et s'il a été permis à quelques-uns de désespérer des Maternités, il est permis à tous de beaucoup espérer pour les accouchées.

Il serait sage, sans doute, de s'en tenir aux résultats de l'expérience faite et de chercher simplement à imiter et à dépasser ce qui a été fait de mieux. Mais ce serait peu scientifique et il est plus satisfaisant et peut-être plus sûr pour l'avenir des préceptes à poser en matière d'hygiène des Maternités, de chercher à saisir, dans l'étude des influences qui assiégent l'hôpital, la règle qui doit nous guider et nous permettre de marcher d'un pas ferme sur le terrain solide de la réalité. Ce devait être l'avis de mes collègues; ce sera également le mien. Je crains seulement que nous ayions tendance à trop simplifier, par suite du désir très-légitime, sinon de tout expliquer, du moins de résoudre la partie la plus importante du problème pathologique qui s'agite sans cesse dans les Maternités.

Je trouve la justification de ces réflexions dans les opinions manifestées par MM. Le Fort et Trélat.

Nos collègues méconnaissent, vous le savez, l'influence épidémique. Je la trouve dans la tendance non moins accusée de M. Le Fort, seul cette fois, à donner à la contagion le rôle principal, à lui accorder dans l'étiologie des affections puerpérales un pouvoir en quelque sorte arbitraire.

Je ne puis me rendre bien compte de ce que nous pourrons gagner pour le but poursuivi, en mettant de côté l'influence épidémique, en exaltant le pouvoir contagieux d'affections qui sont loin d'être considérées comme telles par tout le monde. J'aperçois au contraire les nombreux inconvénients de semblables opinions; mais avant tout, je suis convaincu qu'elles nous placent en dehors de l'interprétation rationnelle des faits.

Je suis donc conduit sur un terrain où j'aurais aimé à ne pas m'aventurer et à ne pas vous amener. L'histoire des sociétés savantes est là pour montrer que l'on a toujours peu gagné à discuter épidémie, infection et contagion. Dans l'espèce, je vois le docteur Snow Beck déclarer l'année dernière devant la Société obstétricale de Londres, que les hommes les plus expérimentés sont si peu d'accord sur la question des épidémies et de la contagion, à propos des fièvres puerpérales, que l'on ne peut donner aucune conclusion.

Je regrette qu'il m'incombe une tâche si lourde et si difficile, mais puisque la marche de la discussion m'y a conduit, je voudrais chercher ce qui surtout influe sur le développement des affections puerpérales, dans ce milieu nosocomial, où l'on sait qu'elles rencontrent les conditions les plus constantes et les plus terribles.

Le milieu nosocomial subit des influences qui correspondent à la nature de la population des divers services. Sans entrer ici dans d'autres détails que ceux que comporte la question, je rappellerai combien l'influence de l'hôpital se fait plus lourdement sentir sur les blessés et les opérés.

Plusieurs maladies fébriles guérissent presque aussi bien à l'hôpital qu'en ville; mieux que personne, vous savez s'il en est ainsi pour les blessés. Les chiffres nous ont démontré que ces influences étaient plus fâcheuses encore pour les accouchées.

Il est facile de comprendre que réunies, elles soient dans des conditions plus désavantageuses que toute autre catégorie de malades. Dans une salle de chirurgie, les opérés et les malades atteints de plaies ne constituent pas toute la population. Un certain nombre sont atteints de fractures, de tumeurs, etc., ne présentent pas de surfaces sécrétantes. Le jour, plusieurs se lèvent et peuvent quitter la salle.

Dans un service d'accouchements, toutes les malades sont des blessées, toutes sécrètent abondamment, aucune ne quitte son lit; l'occupation est permanente le jour comme la nuit. Vous savez en effet, messieurs, combien, malgré toutes nos instances, il est difficile de garder plus de huit à dix jours à l'hôpital les femmes qui viennent y faire leurs couches.

Cette population spéciale, souvent surmenée par des fatigues morales et physiques, avec toute l'impressionnabilité et toute l'aptitude morbide de l'état puerpéral, réunit les conditions les plus favorables à la création et au développement des maladies d'hôpital et des affections plus spéciales aux accouchées. On y retrouve, dans les plaques pultacées, dans les escarres qui se développent si souvent à la vulve, une des formes de la pourriture d'hôpital, si rare aujourd'hui dans nos grands services de chirurgie. Les infections purulentes et putrides, les érysipèles, quelquefois des phlegmons de mauvaise nature, complètent les principaux et les plus graves spécimens des maladies

d'hôpital. Presque constamment vous voyez se produire des embarras gastriques, des diarrhées, tribut si ordinaire de l'acclimatement dans l'hôpital.

Le milieu nosocomial subit très-directement l'influence du nombre des malades réunis et de la disposition des localités. C'est une proposition qui n'a plus besoin d'être démontrée pour les opérés, et qui est plus démontrable encore pour les accouchées. Plusieurs petites Maternités de notre pays donnent de très-encourageants résultats. A Amiens, de 1855 à 1865, sur 1,509 accouchements, 8 décès, toute mortalité comprise. A Évreux, pendant la même période, 323 accouchements, 4 décès, dont un par hémorrhagie. A Nîmes, 442 accouchements, 2 décès, aucun par fièvre puerpérale. A Saint-Étienne, toujours pour la même période de 10 années, 1,788 accouchements, 22 décès, soit 1 sur 89,4. A Cambrai, 128 accouchements, aucun décès.

Ce qui est plus frappant encore, ce sont les modifications absolues qui peuvent succéder à un changement de local. A Rouen, le service d'accouchement établi à l'Hôtel-Dieu donnait depuis longtemps une mortalité très-élevée. En 1855, on transporte la maternité dans le local qu'elle occupe aujourd'hui à l'Hôpital-Général. De janvier à juillet, sur 207 accouchements il y avait eu 27 morts. En juillet, la Maternité est établie à l'Hôpital-Général. 173 accouchements pratiqués de juillet à janvier ne donnent que 2 décès. Au mois de décembre 1864, je suis chargé, au plus fort de l'épidémie qui désolait la Maternité, du service temporaire ouvert à l'hospice Devillas. Nous quittons cet hôpital au commencement de juin, après y avoir vu pratiquer 202 accouchements. Nous avions perdu 4 malades, dont 1 éclamptique.

Je comprends qu'en présence de semblables faits l'on soit tenté de tout expliquer par l'influence hospitalière de laisser de côté ou de faire la part la plus restreinte aux influences extérieures, l'on cesserait d'être d'accord avec les faits.

Parmi les influences extérieures, figure celle des saisons. M. Trélat l'a étudiée devant vous, avec plus de rigueur et de netteté que personne. La preuve de cette influence était déjà écrite dans les relevés de Tenon, Delaroche, Dugès, Tonnellé, Berrier-Fontaine, etc. M. Jacquemier, qui insiste sur ces faits dans ses remarquables articles insérés dans la *Gazette hebdomadaire*, à propos de la discussion académique de 1858, ajoute qu'il semble que c'est moins à la température basse qu'à ses variations subites et étendues, à l'humidité et peut-être à la direction des vents, qu'il faut attribuer cette influence fâcheuse. Cette appréciation résulte, pour l'accoucheur si distingué que nous citons, des relevés faits par M. Gérardin, à la Maternité, de 1814 à 1835, de ceux faits dans le même établissement par M. Lasserre, de 1830 à 1841.

Cette influence est donc incontestée. Il est en particulier très-curieux de la voir s'accentuer très-nettement dans l'ancien Hôtel-Dieu, au milieu de la réunion la plus complète de toutes les influences nosocomiales les plus fâcheuses. Vous vous rappelez tous ce que Tenon a écrit sur l'emploi des femmes grosses dans cet hôpital. Mais elle acquiert encore plus d'évidence, grâce à un des résultats statistiques fournis par M. Trélat.

La mortalité a son maximum à la Maternité, en avril et en octobre. Les naissances sont surtout nombreuses en janvier, février, mars et avril, décembre, etc. Bien que le mois d'avril ne vienne qu'en quatrième rang pour les naissances, et soit au premier pour la mortalité, on ne peut méconnaître qu'il n'y ait un double facteur. L'encombrement persistant des derniers et des premiers mois de l'année, encombrement dont l'influence est toujours si fâcheuse, et l'influence saisonnière.

Il n'en est plus de même en octobre qui occupe le second rang pour la mortalité et le huitième pour le nombre des accouchements. Ici, petit nombre d'accouchements, forte mortalité; l'influence des saisons ne saurait être mieux démontrée.

Cette influence extérieure, qui règne surtout au printemps et en automne, a donc une puissance qu'on ne peut méconnaître. Sans doute elle ne crée pas la fièvre puerpérale, sans doute elle agit surtout dans le milieu hospitalier, elle y agit d'autant moins que ce milieu est entretenu et placé dans de meilleures conditions. On peut partout, grâce à des précautions bien entendues, éluder jusqu'à un certain point son influence, mais on ne peut douter un instant, quoique la preuve ne soit pas nettement faite, qu'elle n'agisse aussi sur la population urbaine.

Y a-t-il d'ailleurs dans ces faits intéressants quelque chose de spécial aux affections puerpérales? En aucune façon; l'influence de l'automne sur l'apparition des dyssenteries, des fièvres typhoïdes, est en particulier démontrée. C'est la confirmation d'une loi établie dès la plus haute antiquité et mise hors de doute par les observations répétées des médecins les plus éminents: L'influence des saisons sur le développement ou la propagation de certaines maladies, en particulier sur celles qui revêtent le plus souvent le caractère épidémique.

Ces faits ont eu et ont toujours leur place marquée dans l'histoire des épidémies. C'est la constitution temporaire, ou saisonnière, ou annuelle de Sydenham, ce sont les épidémies constitutionnelles ou *petites épidémies*.

Il faut en effet ne pas les confondre avec les grandes épidémies, l'épidémie proprement dite, celle qui s'étend sur un grand nombre d'individus, qui naît sans cause connue appréciable. Nous sommes d'accord sur ce point, mais on ne saurait refuser à des maladies qui obéissent si nettement à des influences aussi générales, le rang qu'on leur a jusqu'à présent réservé parmi les maladies épidémiques.

Faut-il refuser de croire que la fièvre puerpérale peut aussi se montrer selon le mode épidémique proprement dit? accepter que les coïncidences entre l'état sanitaire des divers hôpitaux, ou entre celui des hôpitaux et de la ville, est chose imaginaire?

Que dire alors de l'épidémie de 1819, de celles de 1787, 1788, 1821, rappelées par M. Danyau, lors de la discussion de 1858. Non-seulement plusieurs villes, plusieurs contrées, plusieurs parties d'un même continent furent successivement atteintes, mais on les vit « s'étendre aux femelles des animaux domestiques, aux chiennes, par exemple, dans l'épidémie observée à Londres en 1787 et 1788, et dans celle de 1821, à Édimbourg, ainsi qu'aux vaches qui vélèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Écosse, enfin aux poules pondeuses des environs de Prague dans l'épidémie de 1835. »

Que dire encore des coïncidences, sinon constantes du moins fréquentes, dans l'état sanitaire de nos divers services? Cette coïncidence n'existait-elle pas dernièrement à Paris, ainsi que M. Tarnier vous le rappelait dans son discours si complet. J'ai déjà fait voir que cette coïncidence que M. Le Fort n'a pas rencontrée à Paris de 1860 à 1864, pour la Maternité et la Clinique, s'est malheureusement affirmée dans les autres services, et que la mortalité de cette période, s'est presque élevée, à un chiffre double de celui observé depuis le commencement du siècle. (8,46. 9,59. 6,89. 6,79. 8,07, au lieu de 4. 4,76. 4,33. 4,97. 4,14. 4,36, chiffres des périodes décennales depuis 1802 jusqu'à 1859.) (*A suivre*).

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. Robert présente à la Société l'appareil dont il a été fait mention dans la correspondance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 12 mai, le nombre des professeurs suppléants de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon est porté à cinq.

Le cinquième suppléant sera attaché à la chaire de pharmacie et de toxicologie.

— Par arrêté ministériel en date du 14 mai, les sujets de thèse que les candidats à l'agrégation près l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg pourront traiter à leur choix sont arrêtés de la manière suivante :

Section de physique et de pharmacie. — 1° Mouvements de chaleur qui se manifestent pendant l'action chimique, soit par la combinaison, soit par la dissociation des corps; comment on les mesure; quelles conséquences on en tire; — 2° Analyse spectrale et ses applications; — 3° Opium : ses variétés commerciales; principes immédiats qu'il contient; son analyse.

Section de chimie et de toxicologie. — 1° Des fermentations et des ferments; — 2° de l'emploi du microscope dans les analyses chimiques et spécialement dans les analyses médico-légales; — 3° Analyse des urines, des dépôts urinaires, des gravelles et des calculs urinaires.

— Par divers arrêtés ministériels :

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme) est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

Services rendus à l'Ile-Saint-Denis (*Seine*). — M. Le Roy des Barres, étudiant de la faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Alger. — M. Stéphann, étudiant de la faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Oisseau (*Mayenne*). — M. Divet, étudiant de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le présent arrêté aura son effet : pour M. Stéphann, à partir du 1er janvier 1866; pour M. Divet, à partir du 1er avril 1866.

— Les séances de la Société médicale des hôpitaux auront lieu désormais dans le local de la Société de chirurgie (3, rue de l'Abbaye), les deuxième et quatrième vendredis de chaque mois, à trois heures et demie.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le 25 mai. L'ordre du jour comprend : une observation de M. Lannelongue, aide d'anatomie de la Faculté, intitulée : *Fracture du radius*; — Une observation de M. Bordier à l'appui de sa candidature.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 61. — SAMEDI 26 MAI 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 26 MAI 1866. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'endocardite aiguë secondaire des fièvres éruptives.

On admet aujourd'hui des endocardites autres que l'endocardite rhumatismale. M. le docteur Martineau, dans sa thèse pour le dernier concours de l'agrégation à la faculté de médecine de Paris, intitulée *Des endocardites*, titre qui préjugeait déjà le sens dans lequel devait être étudiée la question, admet, en se fondant sur des observations cliniques et des recherches anatomo-pathologiques, deux grandes divisions de l'endocardite aiguë : l'endocardite primitive idiopathique simple ou rhumatismale, et l'endocardite secondaire liée aux fièvres éruptives, à l'érysipèle, à l'érythème papuleux et noueux, à la péricardite, à la pneumonie, à la pleurésie, à la péritonite, à la phlébite, à l'état puerpéral, etc. Nous empruntons à ce travail quelques considérations sur l'endocardite aiguë secondaire des fièvres éruptives qui nous ont paru particulièrement intéressantes.

Au nombre des fièvres éruptives qui se compliquent quelquefois d'endocardite, les auteurs s'accordent à placer en première ligne la scarlatine, M. Martineau a eu l'occasion de l'observer lui-même pendant son internat à l'Hôpital des Enfants. Dans la scarlatine, deux particularités lui ont paru devoir être prises en considération au point de vue de l'endocardite : 1° tantôt l'endocardite survient pendant le cours de l'éruption scarlatineuse, dégagée de toute complication articulaire ; 2° tantôt elle se montre dans la convalescence ou en même temps que les douleurs articulaires, si fréquentes comme on le sait dans cette fièvre éruptive. M. Martineau a rapporté dans un travail publié en décembre 1864 dans l'*Union médicale*, une observation très-explicite et très-concluante de scarlatine avec endocardite aiguë inflammatoire, vérifiée par l'autopsie, qu'il a recueillie dans le service de M. le professeur Natalis Guillot à la Charité.

Voici cette observation en substance :

Une femme de trente ans est prise d'angine avec frissons, vomissements. Le lendemain se manifeste une éruption scarlatineuse très-intense. L'auscultation du cœur fait reconnaître l'existence d'un bruit de souffle doux à la pointe et pendant le premier bruit. Les jours suivants, le souffle devient de plus en plus intense, râpeux ; en même temps il existe un second bruit de souffle à la base, d'une intensité moindre et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Des douleurs surviennent aux membres supérieurs, mais sans gonflement ni rougeur des téguments. La malade succombe le sixième jour de l'invasion de la maladie, sans que rien dans son état eût pu faire prévoir une terminaison funeste aussi prompte. A l'autopsie, M. Martineau constate une rougeur très-prononcée de l'endocarde dont la surface est dépolie, surtout au niveau de la valvule mitrale et des valvules aortiques ; un épaississement notable des bords libres de la valvule mitrale, etc., en un mot tous les signes manifestes d'une endocardite aiguë, intense, avec intégrité parfaite du péricarde.

L'endocardite a été constatée dans la rougeole par Rilliet et West. Suivant ce dernier auteur, elle survient tantôt pendant l'éruption, et dans ce cas, s'il existe en même temps une complication pulmonaire, cette dernière peut la masquer ; tantôt elle se montre pendant la convalescence.

L'endocardite a été notée aussi dans la variole. Elle ne paraît toutefois s'y montrer que rarement. Depuis que M. Martineau a porté son attention d'une manière particulière sur l'existence de l'endocardite dans les fièvres éruptives, c'est-à-dire depuis 1863, il n'a vu qu'un seul cas d'endocardite dans la variole. C'était un malade couché l'année dernière dans la salle Sainte-Jeanne, du service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu. Ce malade était en pleine éruption variolique, lorsque M. Trousseau, en auscultant la région cardiaque, constata un bruit de souffle rude, intense, ayant son maximum d'intensité à la pointe et couvrant le premier bruit du cœur. Les bruits étaient normaux à la base. Ce bruit de souffle persista avec la même rudesse, la même intensité, pendant quinze jours environ, puis il disparut progressivement, de telle sorte qu'il n'existait plus lorsque le malade quitta l'hôpital au bout de six semaines.

M. Martineau a constaté deux fois l'existence de l'endocardite dans le cours d'un érythème noueux et papuleux, chez de jeunes enfants du service de M. Roger.

Enfin l'endocardite a été observée dans l'érysipèle. La première observation authentique est due à M. Gubler, qui l'a communiquée à M. Martineau.

Une femme atteinte d'érysipèle de la face, entre à l'hôpital Beaujon, où M. Gubler constate, en même temps qu'une fièvre intense avec pouls à 150, un bruit de souffle râpeux au premier temps. Les deux jours suivants, la fièvre s'apaisant sous l'influence du tartre stibié et des autres moyens de traitement, le souffle semble diminuer. Cependant le troisième jour, il s'y joint un bruit de frottement doux dans la région de la pointe, et le lendemain le souffle paraît manifestement accru, bien que le pouls soit tombé à 95. Il existait, en même temps, des palpitations et la main appliquée sur la région précordiale, percevait un frémissement très-marqué. Le cinquième jour, le souffle était encore râpeux, mais le frottement avait disparu. Dès le jour suivant, le sixième, on notait la cessation de l'érysipèle, et le retour d'un bruit de léchement dans la région de la pointe. Le bruit d'orifice persistait encore avec son caractère rude, puis il diminua sensiblement. A partir du septième jour la fièvre s'éteignit ; néanmoins les palpitations continuaient avec des alternatives de diminution et de recrudescence. Le bromure de potassium administré à la dose de 2 grammes par jour calma les contractions cardiaques. La malade sortit guérie et n'offrant plus de bruits anomaux.

D'après M. Gubler, l'endopéricardite érysipélateuse, dont ce fait est un exemple, ne serait qu'un cas particulier d'un ordre de faits morbides généralement méconnus ; à savoir les phlegmasies érysipélateuses des séreuses. Nous avons, dans le temps, donné notre adhésion et l'appui de notre publicité à cet ordre d'idées soutenu par M. Gubler, avec le talent de discussion qu'on lui connaît. Nous n'y reviendrons pas ici. Nous nous bornons à signaler ce fait comme un exemple de l'une des formes spéciales de l'endocardite aiguë secondaire des affections pyrétiques.

Calcul bronchique énorme.

Nous avons rapporté, l'année dernière, dans nos revues du 11 février et du 11 mars, une observation de calcul bronchique, recueillie par M. le docteur Guibout, et l'étude intéressante que fit à ce sujet M. le docteur Besnier, sur les concrétions et les calculs bronchiques, ainsi que la discussion qui s'ensuivit à la Société médicale des hôpitaux. Tous les faits qui ont été rappelés à cette occasion établissent d'une manière irrécusable l'existence de véritables calculs bronchiques libres, distincts par leur origine, leur mode de développement et leurs caractères des concrétions développées dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire ou des ganglions bronchiques. Mais de tous ces faits, il n'en est pas de comparables sous le rapport du volume et du poids à celui qu'a observé récemment M. le docteur Solfanelli, de Rome. Nous devons à l'obligeance de M. le docteur F. Frédault, la communication de cette curieuse observation que nous mettons textuellement sous les yeux de nos lecteurs :

« En faisant l'ouverture du corps du vénérable chanoine X..., mort à l'âge de quarante-huit ans, d'une pleuro-pneumonie du côté droit, je trouvai un calcul volumineux dans la bronche droite, à l'endroit où elle se bifurque pour pénétrer dans les lobes moyens et inférieurs.

« Ce calcul était comme enveloppé d'un kyste de consistance membraneuse, attaché à la paroi bronchiale ; il avait évidemment agi par sa présence sur le tissu de la bronche qui avait perdu de son élasticité. Placé à cheval sur la division du canal, il se composait d'une partie plus large et d'une autre plus étroite, laquelle pénétrait dans la division bronchiale secondaire. La forme était celle d'un triangle irrégulier, à surface convexe, rugueuse, mamelonnée. Sa couleur était d'un blanc cendré, également à l'intérieur, et sa consistance était celle d'une matière calcaire. Il mesurait trois centimètres et demi en longueur, et un centimètre et demi en largeur. Son poids était de 139 grains. Le professeur Franceso Ralli l'ayant analysé dans le laboratoire de l'université romaine, le trouva composé en majorité de carbonate de chaux, une petite quantité de sulfate de chaux, de l'albumine et du mucus.

« On a plusieurs fois cité des faits semblables à celui-ci, mais aucun, je crois, qui présente un calcul aussi volumineux et aussi dangereusement situé. On a cité des calculs gros comme une noisette ou comme un pois, situés dans le poumon, mais non dans les bronches, comme celui-ci ; c'est ce qu'on trouve dans Morgagni (*de sedibus et causis morbor.* Lettre XV, § 20), et dans Schenk (*observ. medic. varior*, p. 227). M. Andral a parlé d'un petit calcul situé dans une petite ramification bronchique, et en présentant la forme ; (*Anatom. pathol.* p. 430). Aucun auteur n'a parlé d'un calcul aussi considérable que le nôtre, et placé sur la ramification de la grosse bronche de manière à obturer complétement la lumière.

« Il est impossible de penser que ce calcul se fut formé d'abord dans le larynx ou dans une partie quelconque du poumon, et qu'il soit tombé ou remonté dans la place où nous l'avons trouvé. Il n'avait aucunement l'apparence des matières calculeuses pulmonaires qui sont la suite d'une transformation calcaire des tubercules, et il n'en avait pas la composition habituelle qui, selon Thénard et Rogée, comprend de la matière organique tuberculeuse, du sulfate de chaux en moyenne partie, du chlorure de sodium et de l'oyxde de fer (Rogée, *Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire. Archives générales de médecine*, Paris, 1839, t. 5, p. 460). Il reste l'opinion que M. Andral a ainsi exprimée : « Je ne nierai pas absolument que la tumeur puisse se concréter jamais dans les « rameaux de l'arbre bronchique. Il est possible que telle ait « été dans certains cas cités par Bonnet, Portal et d'autres, « l'origine des concrétions expectorées en grand nombre sans « dérangement de la santé, mais cela doit être bien rare. » (*Clinique médicale*, t. IV, p. 205.)

« Ce qu'il y a de singulier et en même temps de très-remarquable, c'est qu'on n'eut jamais lieu de soupçonner la présence du calcul chez notre malade. Ses parents soigneusement interrogés, m'ont répondu qu'ils ne l'avaient jamais entendu tousser, et qu'ils ne se rappelaient pas l'avoir vu souffrir d'aucune maladie.

« Le calcul a-t-il été pour quelque chose dans la production de la pleuro-pneumonie qui a précédé la mort, et n'a-t-il pas aussi influé sur la terminaison funeste ? on peut le soupçonner. Ce que je puis dire, c'est que le malade présenta de la fièvre, de la douleur au côté, de la toux, une expectoration sanguinolente, et au cinquième jour, lorsque je le vis, je constatai à l'auscultation un léger frottement pleurétique et un râle crépitant limité à un seul point vers la base du poumon affecté, et un peu au-dessus une respiration bronchiale plus obscure ; la mort arriva au quatorzième jour de la maladie. »

Disposition vicieuse du cordon ombilical dans un cas d'accouchement par l'extrémité pelvienne. — Influence de la brièveté réelle ou relative du cordon sur l'accouchement.

Tous les médecins, et les accoucheurs plus particulièrement, connaissent les dangers nombreux qui menacent la vie du fœtus dans les cas de présentation de l'extrémité pelvienne. L'une des causes les plus communes de ces dangers est la compression plus ou moins prolongée du cordon ombilical. Ce danger devient plus imminent encore lorsque, à cette condition se joint celle de la brièveté naturelle du cordon ou d'une disposition accidentelle qui lui donne une brièveté relative et une tension exagérée. Un cas de ce genre s'est présenté récemment à la clinique d'accouchement de la Faculté. L'enfant se présentait par l'extrémité pelvienne, une anse du cordon s'était engagée entre les cuisses, de telle sorte que l'enfant était comme à cheval sur ce cordon fortement tendu et comprimé. M. Depaul s'est hâté, dès qu'il s'est aperçu de cette disposition anomale, de couper le cordon. L'accouchement a été du reste assez facile et s'est terminé assez rapidement après quelques douleurs aidées par quelques tractions. C'est là un fait assez insolite, qui montre une fois de plus la surveillance qu'exigent ces sortes d'accouchements, puisqu'on voit que malgré la promptitude avec laquelle M. Depaul est intervenu dans cette circonstance dès qu'il a été averti du danger, il n'a pu en conjurer les effets.

Il y a encore un autre danger à craindre, dans ce cas, que celui de la compression et de la suspension plus ou moins prolongée de la circulation utéro-placentaire, c'est la rupture possible du cordon, ainsi qu'on en a vu plusieurs exemples. Enfin la brièveté, soit réelle, soit relative du cordon, est souvent un obstacle à la régularité et à la marche progressive du travail, dans les conditions même les plus normales d'ailleurs en apparence, ce dont il n'importe pas moins que les jeunes praticiens soient prévenus.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mai 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Hygiène des Maternités.

Fin de la communication de M. GUYON.

On a cherché à maintes reprises des renseignements dans l'histoire des épidémies qui règnent en province. J'ai pu consulter à l'Administration des hôpitaux, le dossier de quelques Maternités de nos départements, pour ces 10 dernières années. A Grenoble, à Amiens, à Lille, à Saint-Étienne, à Rouen, la coïncidence de l'épidémie dans la ville et dans l'hôpital a toujours été constatée.

Comment s'en étonner quand on démontre l'action si nette d'une influence aussi générale que celle des saisons.

Je ne crois donc pas qu'il soit possible d'enlever à l'influence épidémique la part qui lui revient. Il convient seulement de reconnaître, que le mode saisonnier est de beaucoup le plus ordinaire, et ce que nous savons de la mortalité comparée de la ville et de l'hôpital, nous permet de penser que son influence très-sensible dans un milieu nosocomial, est le plus souvent — fort heureusement — beaucoup moins appréciable sur l'ensemble de la population.

A moins de contester les résultats de l'observation journalière faite dans les services d'accouchement, on ne peut nier que les invasions épidémiques ne puissent quelquefois être prévues.

Il est des épidémies qui commencent brusquement et finissent de même, mais il en est d'autres qui sont annoncées par des signes qui éveillent à juste titre les inquiétudes du chef de service. M. Trélat ne vous disait-il pas que dès le courant de décembre, la convalescence de ses accouchées était moins franche que précédemment, que plusieurs avaient des malaises, des douleurs abdominales, cependant elles guérissaient encore. Or l'épidémie n'éclata qu'en janvier, et prit son summum d'intensité en février et en mars. C'est dans ces circonstances que l'on voit des cas en apparence peu inquiétants s'aggraver subitement et courir à la terminaison fatale; tandis que dans les conditions opposées, des cas débutent avec un grave appareil symptomatique et cèdent facilement aux méthodes thérapeutiques usuelles.

Le génie épidémique lui-même ne peut être laissé de côté. Il importe seulement de s'entendre sur la signification de cette expression. Il ne s'agit pas d'un souffle malfaisant, mais d'une simple dénomination acceptée de tous, que l'on applique aux maladies pour désigner leur caractère spécial ou leur nature. Or, qui ne connaît les changements de physionomie, les métamorphoses que l'on observe dans la symptomatologie où dans la forme des fièvres puerpérales? Cela se retrouve dans les relations de toutes les épidémies. En 1854, M. Charrier nous apprend que, pendant les premiers mois de l'année, les lésions abdominales ont été de beaucoup les plus considérables à la Maternité. Après une trêve d'un mois, vers le milieu de septembre, les manifestations du côté de la poitrine sont devenues de plus en plus fréquentes, à tel point que la pleurésie simple ou double a été la règle, et la péritonite l'exception. En 1859, M. Témoin nous montre la phlébite et l'infection purulente sévissant au printemps et en été, puis le 17 octobre, la scène change, subitement la phlébite fait place à la péritonite. Il ne serait pas difficile d'ajouter d'autres exemples. Il est vrai que le pourquoi de semblables faits nous échappe, en nous servant de la dénomination de génie épidémique, nous faisons un modeste aveu d'ignorance, mais en quoi cela peut-il nuire aux progrès et à l'avenir de la science?

Reconnaître et accepter de tels faits, ce n'est pas renoncer à ce que l'on sait de positif, de certain, ce n'est pas méconnaître l'influence prépondérante, l'influence primitive du milieu hospitalier. Cela ne peut donner à personne le droit de rester spectateur indifférent et soumis de la mortalité dans les Maternités.

Messieurs, il est une autre question qui a été soulevée dans cette discussion, celle de la contagion de la fièvre puerpérale. Cette question, qui n'est pas nouvelle, tend à prendre, dans l'étiologie de la fièvre puerpérale, toute la place laissée libre par les causes individuelles, qu'un examen approfondi a fait mettre au second plan. Il existe, depuis longtemps déjà dans la science, une doctrine qui prend la contagion comme fond de l'étiologie, et qui, grâce à son concours, ne laisse rien d'inexpliqué dans le problème qui nous occupe.

Je dirai volontiers avec le professeur Anglada, que si les observations que l'on a signalées pouvaient être acceptées dans les termes absolus et avec le caractère de généralité qu'on lui a prêté, la contagion de la fièvre puerpérale aurait cessé depuis longtemps d'être incertaine et que les médecins seraient unanimes sur ce point d'étiologie. J'ajouterai que des désastres répétés auraient dû frapper leurs familles, et leur montrer cruellement la vérité. Vous savez qu'il n'en est point ainsi.

M. Le Fort, qui a adopté cette doctrine de la contagion, la défend avec la conviction la plus entière. Il nous reproche même d'être en arrière du progrès sur ce sujet. Il est un peu dans les habitudes, de trouver que les Français arrivent toujours trop tard en toutes choses. J'aime à espérer, pour ma part, que nous n'arriverons pas à placer la contagion au premier rang de l'étiologie. Ce serait être plus contagioniste que les faits.

Il n'est douteux pour personne qu'il y ait des fièvres puerpérales qui se développent sans causes appréciables, loin de tout contage et de toute infection. Les cas spontanés sont en effet nombreux.

Il ne paraît pas plus douteux qu'il y en ait qui se développent sous l'influence de l'infection.

L'infection doit être soigneusement distinguée de la contagion. Nous la définirons volontiers avec M. Anglada qui a écrit un si remarquable traité de la contagion, l'action morbide que produit sur un sujet sain l'air imprégné de matières hétérogènes.

La présence de ces principes, dans une étendue limitée de l'atmosphère, forme ce qu'on appelle *des foyers d'infection;* ces principes reçoivent le nom de miasmes, lorsqu'ils rayonnent du corps de l'homme sain ou malade dans des espaces clos dont l'air se renouvelle mal.

Les sujets qui en subissent l'action peuvent être atteints de dérangements divers en rapport avec leurs prédispositions actuelles. C'est ainsi que le séjour des hôpitaux occasionne des dyspepsies, des embarras gastriques, des diarrhées, etc.; toutes affections auxquelles nous avons déjà vu les accouchées des Maternités être sujettes. Dans ces foyers peuvent donc naître *des maladies diverses, susceptibles de revêtir des caractères différents.*

On a décrit des épidémies de fièvre puerpérale et d'érysipèle; on trouve, par exemple dans la *Gazette médicale*, la relation d'une de ces épidémies qui régna à Aylesbury en 1832 (*Gazette médicale* 1835). La fièvre typhoïde a été aussi simultanément observée.

La coïncidence du développement des érysipèles avec la fièvre puerpérale est un fait bien commun dans les services d'accouchement. M. Trélat vous en citait un bel exemple dans sa récente communication. J'ai eu dans mon service plusieurs érysipèles chez les nouveau-nés au moment où la fièvre puerpérale a le plus sévi. Je dois dire que j'ai observé comme M. Thore, une péritonite chez quelques-uns de ces petits malades, mais comme cet observateur j'ai noté que l'érysipèle ouvrait la scène et que souvent la mère n'était pas malade.

S'appuyant sur ces coïncidences, Nunncley n'a pas hésité à considérer comme identiques ces maladies nées dans un même foyer!

Pour les enfants il convient de rappeler aussi la fréquence du muguet et des ophthalmies lorsque règne la fièvre puerpérale, et pour celle-ci les formes différentes que personne ne confond. La métro-péritonite, l'infection putride, l'infection purulente, etc., quelle que soit la doctrine à laquelle on se rattache ne sauraient être considérées comme une même maladie. Entre ces affections diverses et toutes celles qui atteignent les nouvelles accouchées, il existe un lien commun, l'état puerpéral, mais un lien commun ne fait pas l'unité.

Tout ce qui caractérise un foyer d'infection se trouve donc réuni, il serait singulier que de semblables conditions ne pussent pas suffire pour expliquer l'origine et la propagation de la fièvre puerpérale.

Aussi, je ne saurais comprendre que le jour où une accouchée est tombée malade, on cessât de parler de l'infection pour laisser la place à la contagion. Les conditions qui ont créé le premier cas subsistent tout entières alors même qu'elles ont donné naissance à un ou plusieurs autres cas. Et d'ailleurs, ne savons-nous pas que la simultanéité des coups est presque la règle, ce qui se comprend bien mieux quand on explique ces invasions multiples par l'infection, où une cause plus générale encore, que par la contagion.

Les maladies contagieuses ne se reconnaissent pas d'une manière absolue, ainsi que le dit encore M. Anglada, à ce que leurs causes agissent au contact immédiat, à travers l'air ou par tout autre intermédiaire; mais bien à ce que ces causes, nées d'un acte spécifique de l'économie malade, font éclore une maladie semblable. Voilà le fait essentiel, indispensable, pathognomonique, du mode contagieux. Ce n'est qu'à l'aide de ce critérium que l'on peut étudier les transmissions par contage.

La diversité des formes que je viens de rappeler et la rapidité avec laquelle on passe souvent de l'une à l'autre cadrent mal avec ces justes exigences. L'épidémie qui vient de sévir dans mon service s'est brusquement terminée au commencement de mars, après avoir offert presque exclusivement pendant tout le mois de février, l'infection purulente. Dans les mois précédents nous observions des métro-péritonites ou bien de la fièvre, de la diarrhée, de la stupeur sans douleurs abdominales. Chose assez remarquable d'ailleurs, les malades qui ont présenté, même avec intensité, ce dernier ordre de phénomènes sont arrivées à la guérison.

Je crois cependant que le mode contagieux n'est pas contestable pour certains cas, qu'il peut jouer un rôle dans la propagation de la fièvre puerpérale dans les Maternités. Mais je crois que la contagion intervient comme épiphénomène et non comme fait primordial, que dans les épidémies elle est l'effet et non la cause.

On tomberait donc dans une erreur manifeste, si l'on pensait que la contagion est un caractère pathognomonique des maladies puerpérales. Comme dans beaucoup d'autres maladies, « le mode contagieux est adventice et sous la dépendance de certaines conditions variables et mobiles, parmi lesquelles l'épidémicité et l'intensité relative de la maladie tiennent le premier rang. »

Ne voyons-nous pas, dans les salles de chirurgie, l'érysipèle offrir accidentellement le caractère contagieux?

Vous savez que Bretonneau éveilla le premier l'attention sur la contagiosité de la fièvre typhoïde. Sous sa féconde impulsion furent entrepris de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer ceux de M. Gendron publiés en 1834, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Je crois pouvoir dire que la fièvre puerpérale attend encore des travaux qui étudient aussi complétement ses propriétés contagieuses. Cependant, qui oserait soutenir que la fièvre typhoïde se développe ordinairement par contagion? Qui peut nier l'influence de l'acclimatement, de la mauvaise alimentation, des fatigues excessives, du logement insalubre, de l'encombrement?

Pour la fièvre puerpérale, j'ai déjà eu l'occasion de dire que plusieurs observateurs quoique contagionistes admettaient la non-contagiosité des cas sporadiques. J'ai cité MM. Bristowe, Holmes, Tarnier, Hervieux; je puis y ajouter M. Churchill.

Je crois en avoir dit assez pour montrer que je ne suis pas disposé à renouveler la querelle mal éteinte des infectionistes et des contagionistes. Il est certainement encore des infectionistes purs et des contagionistes absolus. Il me paraît conforme à la vérité d'admettre dans l'espèce, que sous l'empire des influences nosocomiales fortifiées, aidées par les influences saisonnières ou épidémiques, par l'encombrement, l'occupation trop prolongé des locaux, il peut se créer dans les Maternités de véritables foyers d'infection. Dans ces foyers naît, croît et se propage, souvent avec une redoutable intensité, le fléau puerpéral. A l'influence infectionnelle peut se joindre le mode contagieux, dans les conditions et la mesure que nous avons essayé de déterminer.

Je montrerai tout à l'heure en tenant compte des résultats obtenus dans les Maternités, combien devient évidente l'influence presque exclusive du mode infectieux. Mais je me réserve de me servir de ces exemples pour entrer dans l'étude de la prophylaxie, et je vous demanderai la permission d'étudier encore quelques points relatifs à la contagion.

Je crois d'abord qu'il n'est pas sans intérêt de montrer ce que devient la contagion infectionnelle, si l'on peut ainsi parler, en dehors du foyer où elle a pris naissance.

Le typhus est le type de ces maladies qui, nées dans un foyer d'infection, peuvent se propager par contagion. La faculté contagieuse s'est trop clairement affirmée pour que personne songe à la nier. Ici l'accord s'est complétement établi.

Je ne citerai que l'épidémie du Val de Grâce en 1856, si bien étudiée par M. le professeur Godelier, qui a consigné son intéressante description dans la *Gazette médicale de Paris*. Le typhus sévit sur des troupes revenues depuis peu de Crimée et casernées à Bicêtre. Du 7 janvier au 20 février 108 typhiques furent soignés au Val de Grâce.

« Reçus d'abord dans les différents services de fiévreux, ils furent bientôt dirigés de préférence sur les salles de clinique. Là, pendant trois mois, mêlés en plus ou moins grand nombre aux autres malades, leur présence n'exerce sur aucun d'eux la moindre influence, ni les infirmiers, ni les jeunes médecins de l'école attachés à mes salles, ni ceux qui pratiquèrent les autopsies n'éprouvèrent le moindre effet du contact journalier des typhiques. »

Cependant une transmission eut lieu de malade à malade, et trois sœurs du service de M. Godelier, sur quatre, furent frappées; deux des sœurs de l'établissement qui soignèrent leurs compagnes furent également atteintes.

La faculté contagieuse de cette terrible affection s'est encore affirmée, mais n'est-on pas frappé de cette transmissibilité si faible? On ne l'est pas moins de l'atténuation de sa gravité, au Val-de-Grâce 14,3 pour 100 de décès, en Crimée 1 sur 3, puis, dans la seconde épidémie, 1 sur 2 3/10.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de M. Fauvel, exprimée en ces termes : « Le typhus est un empoisonnement; il ne se transmet pas par la *peau et le contact,* mais par l'atmosphère confinée, et encore cette atmosphère n'étend pas son action au delà de certaines limites, et elle perd ses facultés infectieuses au grand air, en dehors de son foyer d'infection. »

Pour la fièvre jaune, il en est de même. Vous savez que le cas de notre confrère, le docteur Chaillon, a fait révolution dans l'histoire de la contagion de la fièvre jaune. Ce cas est en effet le seul de transmission de l'homme à l'homme, que l'épidémie de Saint-Nazaire ait fourni à M. Mélier. Et ce médecin si compétent ajoute : « Je n'en connais pas d'autre dans la science qui se présente avec de pareils caractères et aussi complétement dégagé de toute cause d'incertitude. »

Je ne veux pas multiplier les exemples, mais à coup sûr ce n'est pas non plus par le contact que se transmettent les dyssenteries qu'ont décrites Zimmermann, Tissot, Pringle, Degner, etc.

Je m'étonne donc que les cas de contagion par contact, que les *malades de seconde main,* selon l'heureuse expression de M. Mélier, se rencontrent si souvent dans les relations de certains médecins convaincus de la contagiosité absolue de la fièvre puerpérale. Je m'étonne encore que l'on puisse aussi aisément la transporter et la propager hors de son foyer avec toute sa gravité, quand des maladies, assurément infectieuses, mais non moins sûrement contagieuses, se prêtent si mal, ou plutôt ne se prêtent pas, à la transmission par le contact, quand leur contagion, née du foyer infectieux, disparaît ou s'atténue en dehors de ce foyer.

Parmi les cas les mieux faits pour impressionner l'opinion, se trouvent ceux qu'ont rapporté MM. Depaul et Tarnier. L'un et l'autre ont vu à la Maternité des élèves sages-femmes en dehors de tout état puerpéral, frappées par le fléau et mourir avec tous les signes de la métro-péritonite. M. Tarnier a donné deux observations, M. Depaul une seule. Certes, voilà des cas bien faits pour montrer comment, dans un foyer d'infection peut naître, peut s'élaborer un agent contagieux. Mais remarquons bien que ces jeunes filles vivaient internées dans la maison, qu'elles ont dû, en quelque sorte, baigner d'une façon continue dans le foyer morbide. A la Clinique, où il y a aussi de la fièvre puerpérale et des sages-femmes externes, rien de semblable ne s'est jamais produit.

Je n'ai pas besoin de dire que ces faits sont absolument exceptionnels, mais ils sont bien de nature à montrer que c'est aussi par empoisonnement que procède l'agent contagieux de la fièvre puerpérale, quand il rencontre les conditions nécessaires à son développement.

J'examine maintenant les faits de contagion de seconde main, cités par M. Depaul. Dans le premier, il s'agit d'une dame dont l'habitation était assez éloignée de la Maternité. On vint chercher M. Depaul dans cet hôpital où il était interne. Il pratiquait une autopsie. Il changea de vêtements, se lava avec le plus grand soin et se rendit auprès de sa cliente. Il y arriva au plus tôt, au milieu de la journée. Le soir même éclata le frisson suivi de près d'accidents très-rapidement mortels.

Le second fait est entièrement analogue, comme circonstances: même temps entre le contact et le début des accidents.

Est-ce donc là le mode habituel selon lequel se développent les maladies contagieuses? Où est l'incubation? On peut aussi se demander où elle est dans la plupart des cas, puisqu'il est prouvé que les affections puerpérales graves se développent hâtivement; le plus souvent dans les premières vingt-quatre heures.

Remarquons bien que des malades étaient en dehors de tout foyer infectieux. L'histoire du typhus est encore là pour nous apprendre que les cas d'invasion brusque, foudroyante, ne s'observent que dans les foyers. Hildenbrandt fixe à trois ou quatre jours l'incubation du typhus; M. Bouley (d'Alfort) disait, il y a peu de temps encore à l'Académie de médecine, que l'incubation de typhus des bêtes à cornes qu'il venait d'observer en Angleterre, alors que l'épidémie était dans toute sa force, variait de 5 à 13 à 14 jours. Renault avait montré par ses expériences que l'inoculation du sang de rate, dont les effets sont si terribles, fournit une incubation de 36 heures.

A ces remarques je pourrais ajouter cet autre fait non moins vrai. Dans toute maladie fébrile, née d'une contagion miasmatique, les phénomènes généraux précèdent toujours l'apparition des phénomènes locaux. Certes il y a des cas de fièvre puerpérale où les phénomènes généraux ont une si terrible intensité, que les phénomènes locaux leur sont entièrement subordonnés. Mais encore est-il que, même dans les cas les plus graves, on trouve le plus communément, quand on le cherche, le phénomène local, la douleur abdominale, avant toute apparition des phénomènes généraux. Pour ma part, je l'ai toujours trouvée et notée dans tous les cas observés dans mon service.

L'histoire de la contagion de la fièvre puerpérale ne devrait donc pas se limiter, comme on l'a fait jusqu'à présent, à la constatation de coïncidences plus ou moins bien établies, plus ou moins valables. Il faudrait donner des observations bien complètes et faire l'histoire du mode selon lequel peut s'opérer le transport ou la communication du contage.

On accuse tout, on admet tous les modes possibles. Avec une semblable méthode on doit nécessairement arriver à trouver des faits de contagion.

Cependant certains contagionnistes arrivent à quelques restrictions. Voici les conclusions de Churchill dont j'ai déjà cité l'opinion à propos des cas sporadiques, à la contagion desquels il refuse de croire.

« Enfin, dit l'auteur anglais, pendant que l'évidence me force d'admettre que la fièvre puerpérale peut-être transportée, communiquée

ou développée par ceux qui s'occupent d'accouchements, après qu'ils ont fait *des autopsies*, et aussi par ceux qui sont en contact avec des malades ou avec *leurs sécrétions* (surtout s'ils n'ont pas pris toutes les précautions nécessaires); il m'est impossible, d'autre part, de croire à la transmission par contagion de la maladie, lorsque des conditions analogues n'ont pas existé. »

Ainsi, pour Churchill, le fait de la transmission par les tiers se réduirait de beaucoup. Mais je ne crains pas de dire, et c'est l'opinion de médecins très-contagionnistes, que ce mode de contage, qui suppose que la fièvre puerpérale est inoculable, est un des plus douteux.

Il est d'ailleurs bien remarquable, qu'avec de telles convictions, personne ne se soit avisé d'inoculer à des femelles d'animaux venant de mettre bas, les fluides contagieux. On sait cependant qu'elles sont susceptibles d'avoir la fièvre puerpérale. Cela prouve une fois de plus combien cette question si grave de la contagion a besoin d'être étudiée et l'a été peu.

J'ai cherché à me rendre compte, dans mon service, des voies et moyens de la contagion.

La Maternité de l'hôpital Cochin a été ouverte le 15 juin 1865. Le premier cas mortel s'est présenté le 17 août. Le 21 août, deuxième et troisième cas, le 25 et le 26, quatrième et cinquième. Bien que le service ait continué à fonctionner, rien jusqu'au 9 octobre; à cette date nouveau cas mortel, puis deuxième et troisième, le 28 et le 30. En novembre, un seul, le 21. En décembre, nous avons sept nouveaux cas mortels, le 9, un cas, le 18 et le 19, trois, le 21 et le 26, les trois autres. Ainsi intervalles de six semaines, de dix-neuf jours, de vingt-deux jours, de seize jours, dans les invasions. Invasions coup sur coup, malades frappées presque simultanément, pas de succession régulière, si ce n'est en mars, où nous avons eu trois infections purulentes sur quatre cas. Cette marche saccadée, irrégulière, est bien plus frappante encore quand on la retrouve dans un service anciennement ouvert et souvent éprouvé. A la Clinique, en 1865, aucun cas de fièvre puerpérale pendant les mois de mai, juin, juillet et août. Deux décès sont inscrits en mai, trois en juin, mais ne sont pas dus à la fièvre puerpérale; aucun décès en juillet et août, un seul en septembre.

Si l'on admet la contagion, il faut reconnaître, d'une part, qu'elle frappe des coups bien rapprochés, et, d'autre part, qu'elle s'endort souvent et pour de longs intervalles. Quoi qu'il en soit, nous avons eu à l'hôpital Cochin 27 décès, par affections puerpérales, sur 532 accouchées, ce qui équivaut à 1 sur 19,9 ou 5,02 pour cent. Ce chiffre est arrêté au 1er mai; depuis le 12 mars jusqu'à ce jour, nous n'avons eu aucun nouvel accident à déplorer, l'état sanitaire est des plus favorables. Je me contenterai d'étudier devant vous les seize premiers cas, me réservant de donner plus tard une histoire générale de mon service.

La première femme mortellement atteinte fut couchée dans une salle entièrement neuve, le 17 août, vers deux heures du matin; cinq autres femmes accouchées, le 16 et le 17, l'occupaient en même temps qu'elle. Elle fut transportée à l'infirmerie le 19 dans la soirée. Elle avait eu son premier frisson le 18, à une heure du matin. Le lit qu'elle avait occupé fut complétement débarrassé de sa literie, lavé et laissé sans garniture, ainsi qu'il est toujours d'usage dans nos salles. Nous n'avons pas de rideaux; le lit était réduit à son cadre de fer. Le 21, dans la soirée, deux femmes accouchées à quelques heures d'intervalle sont placées dans les lits contigus. L'une était malade dès le lendemain matin à la visite, la seconde à cinq heures de l'après-midi. Toutes les deux moururent.

Ces faits sont très-frappants, mais il faut remarquer d'abord la rapide invasion, et surtout que les seuls objets accusables d'avoir recélé et transmis les germes contagieux, sont les objets mobiliers, les murailles ou le parquet. Il ne faut pas oublier que la première malade avait quitté la salle depuis quarante-huit heures, lorsque ces deux malheureuses femmes y entrèrent et que cinq autres, toutes récemment accouchées, avaient subi bien plus directement des chances de contagion pendant les trente heures qui s'écoulèrent depuis l'invasion jusqu'au transport à l'infirmerie. Les salles n'ont que dix lits; celle dont il s'agit a les numéros de 31 à 40. Les lits nos 31, 32, 33, 35 et 37 étaient occupés par les cinq autres compagnes de salle de la femme B..., première décédée. Or, elles étaient non-seulement exposées à respirer des miasmes fraîchement élaborés, mais à un danger bien plus sérieux encore, selon l'opinion la plus généralement reçue. Les accouchées sont régulièrement lavées deux fois par jour; elles ont chacune leur linge ou éponge; mais la même infirmière passe successivement de l'une à l'autre dans un temps très-court. Ces cinq accouchées échappèrent cependant à ce double moyen de contagion, auquel on pourrait ajouter celui qui résulte pour certains auteurs du contact du service médical se faisant d'un lit à l'autre. Seule l'accouchée du no 31 eut des lochies fétides et l'utérus douloureux, mais on l'avait constaté le 17 au matin, avant que la femme B... ne tombât malade.

Je dois encore ajouter que le 21 août deux autres accouchées avaient été placées aux nos 34 et 36, ce qui complétait la salle. Elles guérirent sans accidents.

Si l'on peut accuser le voisinage du lit contaminé, il faut au moins absoudre les tiers, et cela dans des circonstances bien faites pour rendre leur action funeste.

Je crois intéressant de dire que nous n'avons eu, dans cette salle, un nouveau cas mortel, que le 21 novembre; puis deux autres en janvier. La salle avait été, il est vrai, mise au repos, largement aérée pendant quelques jours, les literies renouvelées, mais on y avait déjà soigné 42 accouchées lorsque se présenta ce nouveau cas.

Est-ce aux tiers, est-ce au transport des miasmes contagieux par l'air, qu'il faut attribuer les deux cas du 25 et du 26 août, nés aux numéros 28 et 24, salle numéro 3. La salle est en effet sur le même pallier, mais à plus de dix mètres de distance, et les jours précédents, le transport atmosphérique ne s'exerçait pas dans la salle primitivement affectée. Seraient-ce les tiers qui auraient eu la puissance qui venait aussi de leur faire défaut? Toujours est-il que ces deux malades furent presque simultanément prises et que, jusqu'au 8 octobre, nous n'eûmes aucun nouveau malheur à déplorer.

La malade du 8 octobre était atteinte dans la même salle, au numéro 26, alors que les numéros 24 et 28 qui avaient donné asile aux malades du 26 août, avaient reçu depuis des accouchées qui ont parfaitement guéri.

Les malades du 28 et du 30 octobre, furent également atteintes dans cette salle. L'une au numéro 26, l'autre au numéro 30. La coïncidence est ici très-remarquable: le numéro 26 avait été occupé précédemment par la malade du 8 octobre, et le numéro 27 est immédiatement voisin. Il faut bien remarquer cependant que le lit 26 avait été inoccupé pendant quatorze jours, laissé sans literie, lavé, soumis aux vapeurs chlorurées, que la pauvre femme qui l'occupa était dans les conditions les plus misérables, qu'elle ne fut placée dans ce lit que le 28 vers une heure de l'après-midi, et que le 29 à neuf heures du matin, je la trouvais avec tous les symptômes d'une métrite grave. Le 2 novembre, après un frisson (le premier) se manifestèrent tous les signes de la métro-péritonite; elle mourut le 7, à six heures et demie du soir.

Il faut surtout remarquer que sa voisine du 27, qui succomba aussi, mourut le 27 novembre, c'est-à-dire le vingt-huitième jour, après avoir offert tous les symptômes et, à l'autopsie, toutes les lésions de l'infection purulente.

Les accoucheurs éminents qui admettent une fièvre puerpérale essentielle, en distinguent soigneusement la métro-péritonite, et tout aussi nettement, l'infection purulente.

Nous avons, en faveur de la contagion, les coïncidences, les voisinages de numéros, mais il nous manque un fait nécessaire, un caractère absolu, la reproduction d'une maladie semblable.

Je pourrais montrer maintenant la malade du 21 novembre atteinte, au numéro 32, c'est-à-dire dans la salle vis-à-vis (la première contaminée), ayant dans son voisinage immédiat deux femmes accouchées la veille, ne communiquant rien à ses voisines immédiates, ni aux autres nouvelles accouchées de la salle. Mais je préfère rapidement passer aux faits du mois de décembre, en faisant remarquer toutefois que cette salle, deux fois contaminée, va demeurer parfaitement indemne de nouveaux cas, malgré la présence des sept malades de décembre et les communications incessantes du personnel.

La salle du premier étage, située vis-à-vis celle-ci, devant être abandonnée, ne reçut plus de nouvelles accouchées à partir du 12 décembre. Deux femmes, accouchées le 1er et le 2, y étaient tombées gravement malades, mais purent être guéries, l'une d'infection putride, l'autre de diarrhée intense avec fièvre vive et phénomènes typhoïdes.

Ce fut au rez-de-chaussée qui contient aussi deux salles disposées comme celles du premier étage, que nous observâmes les sept cas mortels de décembre. Mais ce fut là que les accouchées furent placées en plus grand nombre. Car, sur 45 femmes accouchées du 9 au 31, 12 seulement furent placées dans la salle numéro 4, et 4 dans la salle numéro 3. Il y en eût donc 32 reçues dans les vingt lits du rez-de-chaussée, dans l'espace de vingt et un jours.

La malade du 9 décembre, fut atteinte au numéro 10; le 18 et le 19, sur 6 accouchées, 3 tombent malades dans les premières heures qui suivent l'accouchement, et meurent du troisième au quatrième jour. Elles sont prises toutes les 3, le 19 décembre, à peine à quelques heures d'intervalle, l'une cinq ou six heures après l'accouchement, la seconde à la douzième heure, la troisième de la douzième à la vingt-quatrième heure. Elles ne sont pas dans la même salle, et deux d'entre elles ont été témoins, à la salle d'accouchement, de la mort subite, après le travail, d'une de leurs compagnes.

Jusqu'au 26 décembre, aucun nouveau cas, quoique 11 accouchements aient eu lieu, que ces trois cas fussent les plus graves que nous eussions encore eus, et que l'action des tiers ait pu s'exercer librement.

Le premier cas du 26 décembre se déclare au numéro 11. Le numéro 12 avait été occupé, jusqu'au 20 décembre, par une des dernières malades. Il était donc abandonné, vidé et nettoyé depuis cinq jours. Des accouchées nouvelles, qui avaient été placées aux 13, 15 et 16, et subi la présence de la malade, étaient restées indemnes. Il faut donc encore absoudre les tiers et accuser le mobilier. Mais alors que ce numéro 11 est encore occupé par la malade dont nous parlons, on place au numéro 12, dans ce lit que nous accusons, une autre accouchée du 26 décembre, qui subit à la fois le voisinage d'une malade et l'influence d'un lit quitté six jours avant par une autre malade, et qui cependant échappe à ce double danger et à ceux qui pouvaient résulter du contact des tiers, infirmiers ou médecins. Une autre accouchée du 26, deux du 29, une du 30, sont placées dans cette même salle numéro 2, et guérissent avec non moins de facilité. Nous n'aurons plus que deux malades dans cette salle, l'une le 17 février, l'autre le 6 mars; la première avec une métro-péritonite, la seconde avec une infection purulente.

Les deux autres malades du 26 décembre, sont dans la salle numéro 1, aux numéros 10 et 6. Le numéro 10 a été occupé, du 7 au 10 décembre, par la malade du 9 décembre. Il a été inoccupé et vide pendant quatorze jours. La malade placée au numéro 6 tomba malade la première. Le lit numéro 8 venait d'être occupé, du 18 au 21, par une malade de la précédente série. Avait-il pu influencer la malade actuelle du numéro 6? Cela n'est pas impossible; cependant le lit no 8 était occupé par une accouchée du 26 décembre, qui ne tomba pas malade. La malheureuse malade du numéro 6 n'influença pas davantage une accouchée du même jour, placée au numéro 5. Il y avait encore dans cette même salle, au numéro 2, une autre accouchée de ce même jour, qui se trouvait au voisinage immédiat du numéro 1, abandonné seulement le 24, par une des malades de la précédente série.

Ainsi le lit le plus anciennement abandonné est celui dont l'effet se ferait le plus sûrement sentir; le voisinage immédiat d'une malade, l'habitation d'un lit récemment abandonné, restant sans résultat fâcheux.

Si de semblables faits doivent laisser des doutes dans l'esprit de tout chef de service qui a le sentiment de sa responsabilité, ils ne peuvent assurément permettre d'établir que c'est par le mode contagieux que sont nés tous ces cas.

La contagion par les objets mobiliers, qui semble si prouvée au début, subit bientôt de bien gros démentis. Je suis loin cependant de ne pas en tenir compte; c'est un des modes les plus démontrés de la contagion miasmatique. Mais on ne saurait méconnaître l'importance des faits négatifs quand ils sont les plus nombreux et aussi frappants. Il faut remarquer aussi qu'en dehors de la série du mois d'août, ce sont les mois ordinairement mauvais qui ont donné des malades; que nous avons eu un encombrement réel, car sur 538 accouchements faits en dix mois et demi, nous en avons pratiqué 241 dans les mois d'octobre, novembre, décembre et janvier; enfin que, dans ces mêmes mois, la Maternité et la Clinique ont été le théâtre de grandes mortalités.

La contagion par les tiers n'a pu être prouvée, et nous l'avons vu manquer son effet dans les occasions où elle semblait devoir le mieux s'exercer. Le transport par l'air ne s'est pas affirmé davantage, quand des malades ont été en présence. Si le rayonnement est si rare et si faible, dans le foyer, comment admettre le transport par la communication de l'air d'une salle à l'autre, ou à travers l'escalier. Ce qui peut seulement être accusé, quand on tient compte de toutes les circonstances, c'est l'influence du mobilier, de la salle, influence restreinte d'ailleurs, limitée au voisinage immédiat ou à l'occupation du même lit, mais manquant souvent son effet. Cela suffit pour qu'une sage prophylaxie en tienne le plus grand compte, mais ne peut servir à expliquer la propagation par la contagion seule et par tous les modes possibles de contagion, libéralement accordés à la fièvre puerpérale, alors que les maladies les plus contagieuses ont le plus souvent leur moyen particulier, leur voie spéciale de contamination.

Je ne chercherai pas à tirer de ces faits des arguments pour ou contre la valeur réelle de la Maternité de l'hôpital Cochin. Je suis d'avis qu'on ne peut encore la juger. Ceux qui la connaissent et qui savent quels incontestables progrès elle réalise penseront qu'elle est appelée à fournir de bons résultats Ce qui me reste à exposer à propos de la prophylaxie, contribue à m'en donner la ferme espérance.

Messieurs, c'est en vous citant des faits, que je vais chercher à indiquer les règles qui doivent être appliquées à l'hygiène des Maternités.

Deux de ces établissements méritent surtout d'attirer l'attention. Ce sont les Maternités de Rouen et de Dublin. La Maternité de Rouen a déjà été citée avec éloge dans cette discussion; vous connaissez aussi la statistique de Dublin. J'ai visité la Maternité de Rouen avec M. Husson, directeur général de l'assistance publique et M. Ser, ingénieur de cette administration. Je dois à l'obligeance de notre président, M. Giraldès, des renseignements très-circonstanciés sur la Maternité de Dublin; ils nous avaient fait défaut jusqu'à présent. Ils ont été transmis à notre honoré collègue, par le docteur Denham, chirurgien en chef.

M. le docteur Hélot, qui dirige avec autant d'habileté que de bonheur le service de Rouen, y a établi dès l'origine le système de l'alternance à courtes périodes. Chaque salle est occupée, à tour de rôle, environ pendant dix jours. Elles contiennent neuf lits; on n'en remplit jamais que huit au maximum. La salle vidée reste en aération constante, jusqu'au moment où elle est de nouveau livrée aux femmes accouchées. Cette aération est aussi de dix jours environ. Lorsque les femmes quittent l'une des salles, on enlève tout ce qui compose le coucher, le lit, la paillasse et les oreillers exceptés. On remplace cette dernière tous les trois mois. Les lits ont des rideaux; ils ne sont changés qu'une ou deux fois par an, quand ils sont salis accidentellement, ou après un décès.

Les femmes sont tenues dans le plus grand état de propreté; M. Hélot veille avec la plus grande sollicitude à ce que rien ne soit négligé à cet égard. Les alèzes qui reçoivent le sang et les lochies sont très-fréquemment changées, jusqu'à dix fois par jour, s'il est nécessaire, le linge sali immédiatement enlevé. Les femmes sont lavées trois fois dans les vingt-quatre heures; le linge est chauffé à l'étuve contenue dans le calorifère de la salle. « Les femmes atteintes de fièvres puerpérales sont maintenues d'ordinaire dans les salles communes, sauf le cas où la maladie prend une gravité qui menace prochainement les jours de la malade. Dans ce cas, elle est transportée dans l'une des chambres du troisième étage, ou bien les autres femmes sont déplacées pour leur épargner les impressions fâcheuses que pourrait occasionner la mort de la malade. »

La propreté la plus grande règne dans tout l'établissement, mais rien de particulier n'a été cherché dans l'aménagement, qui est aussi simple que possible. Il y a cinq salles, dont quatre de neuf lits, une de six, et deux petites chambres.

Depuis l'ouverture, 18 juillet 1855, jusqu'au 1er janvier 1866, on a pratiqué 4,393 accouchements. Il y a eu 44 décès par fièvre puerpérale, 19 par accidents de suites de couches autres que la fièvre puerpérale, 10 par causes étrangères aux suites de couches; ce qui donne pour le total des décès 1,661 pour 100, ou 1 morte sur 60,178 accouchées; et pour la mortalité par fièvre puerpérale, 1,100 pour 100 ou 1 morte sur 99,840 accouchées.

A l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans les neuf années précédentes, l'on avait pratiqué 2,947 accouchements et compté 153 décès, soit 5,191 pour 100 ou 1 sur 19,261.

La Maternité de Dublin a été fondée en 1745 par Bartholomew Mosse, qui en fut le premier chirurgien; elle n'occupe le local actuel, ordinairement désigné sous le nom de Rotundo, que depuis 1757.

Elle a cent cinquante lits, distribués dans onze salles. Neuf reçoivent tour à tour les femmes en travail, une reçoit les convalescentes et la dernière est destinée aux maladies des femmes.

Chaque salle comprend une grande chambre et deux petites; dans la plus grande, on accouche les malades et on les soigne après la délivrance; les petites sont destinées à recevoir des cas que l'on trouve avantageux d'isoler, ou des malades payantes.

Les neuf salles de travail sont remplies tour à tour ainsi qu'il suit: aussitôt que tous les lits d'une salle sont occupés par des femmes venant d'accoucher, on admet les femmes en travail dans la seconde et on laisse se vider la première, ainsi de suite. En moyenne une salle est remplie en moins de quarante-huit heures, généralement en vingt-quatre. Les malades, si elles sont suffisamment bien et si elles le désirent (car on les laisse libres), sont renvoyées le huitième jour. Dans tous les cas, la salle est vidée ce jour-là et les femmes qui ne sont pas assez fortes pour sortir, sont placées dans les salles des convalescentes jusqu'à rétablissement. Ainsi, en huit jours, la salle première pleine est vidée, et alors elle est lavée, nettoyée complétement, et un courant d'air est établi jusqu'au moment où elle doit être de nouveau mise en service, ce qui n'arrive qu'après deux ou trois jours de repos.

Tous les lits sont en fer, à rideaux, et sans ciel. Les matelas sont des sacs en coutil remplis de paille molle, qui est changée tous les huit jours. On apporte le plus grand soin à la propreté personnelle de chaque malade. Il y a toujours une grande provision de linge propre, tellement que chaque femme peut, dans son court séjour dans la salle, être changée de draps cinq ou six fois, si c'est nécessaire, outre le change du linge de garniture.

On ne laisse jamais séjourner près des malades du linge ou de l'eau sales.

On maintient dans les salles une ventilation complète à l'aide de tubes qui ouvrent sur le toit, tandis que l'air est admis des corridors dans les salles par des rangées de petits trous disposés à la partie

supérieure des portes. C'est à cette ventilation « libre, » dit le docteur Denham, qu'on peut, dans une certaine mesure, attribuer la rareté de la fièvre puerpérale.

On pratique chaque année 2,000 accouchements en moyenne; depuis la fondation jusqu'à 1862, on en compte 193,876; il y a eu 2,352 morts, ce qui donne 1 mort sur 82 accouchées, toutes causes de mortalité comprises.

Ces deux Maternités fonctionnent donc de la même manière; les mêmes principes ont évidemment guidé les hommes distingués qui les dirigent, tout est mis en œuvre pour prévenir l'infection, rien n'est fait contre la contagion.

Il est bien intéressant de voir les mêmes résultats obtenus par des méthodes identiques, surtout lorsque ces résultats sont exceptionnels. Les chiffres que nous venons de citer ne sont pas comparables à ceux qu'a fournis l'assistance à domicile, mais, comme chiffres hospitaliers, ils sont très-remarquables. On ne les retrouve que dans les très-petits établissements. Ils renferment de nombreux enseignements et nous montrent nettement la voie où l'on doit s'engager pour faire de bonne hygiène dans les maternités.

Ces enseignements deviendront plus clairs encore, si nous comparons les résultats dont nous venons de parler, à ceux que des mesures ou des réformes d'une autre nature ont permis d'obtenir.

De toutes les Maternités d'Europe, l'Institut des sages-femmes de Saint-Pétersbourg placé sous le patronage de la grande-duchesse Hélène, et dirigé par un médecin des plus distingués, le docteur Hugenberger, applique avec le plus de rigueur le principe de la séparation des accouchées saines, et celui de la séquestration des accouchées malades. En un mot, on obéit surtout, dans cet hôpital, à l'idée de la contagion. La réforme a été opérée en 1852. Le tableau que publie M. Le Fort comprend quinze années. Je prends un nombre égal d'années avant et après la réforme, en laissant de côté l'année 1852 où elle a été opérée. Je vois qu'avant la réforme, il y a eu pour sept années 2,648 accouchements et 82 morts, soit 1 décès sur 32,17; après la réforme, 4,807 accouchements et 141 morts, soit 1 décès sur 34,09.

Cependant les accouchées sont placées dans des chambres séparées, les femmes malades sont aussitôt transportées dans une infirmerie composée de chambres séparées et soignées par un personnel spécial. Il est défendu d'entrer dans les salles après avoir fait une autopsie ou après avoir manié ou touché des produits morbides. Les chambres non occupées restent ouvertes, quelle que soit la saison, et l'on y fait des fumigations de chlore, de vinaigre de sureau.

A Berlin, toutes les accouchées malades sont transportées à l'hôpital général, l'isolement est donc absolu. M. Le Fort n'a pu fournir de statistique que pour l'année 1864, qui donne 1 mort sur 36,3 accouchées; mais il nous apprend que des renseignements pris sur les lieux mêmes, lui donnent lieu de croire que la fièvre puerpérale règne assez fréquemment dans cette Maternité.

En France, à Caen, les malades atteintes de maladies non puerpérales, sont transportées dans les salles de médecine, celles atteintes de maladies puerpérales dans une salle de l'hôpital qui leur est spécialement réservée et qui est éloignée de la Maternité. La mortalité dépasse 5 pour 100.

Quand on envisage la question au point de vue pratique, on pourrait dire expérimental, on arrive au même résultat que lorsqu'on l'étudie au point de vue doctrinal. On ne saurait douter que la doctrine de la contagion absolue est aussi peu fondée en théorie qu'en pratique.

On voit au contraire combien est réelle l'influence de l'infection, de l'imprégnation hospitalière, non pas par un prétendu miasme spécifique, mais par ceux qui s'échappent des accouchées *saines* ou *malades*.

C'est cette imprégnation que l'hygiène appliquée aux Maternités a surtout pour mission de combattre.

Ce qui montre bien que l'infection et la contagion doivent être soigneusement distinguées, c'est qu'en l'absence de cette distinction, la prophylaxie reste incertaine et par conséquent inefficace.

L'alternance rapide est évidemment le procédé le plus sûr pour combattre les fâcheux effets de la réunion des accouchées.

Remettre après chaque accouchement le lit, la chambre ou la salle en état de virginité, est assurément le moyen de se rapprocher le plus de ce qui se passe en ville, où il n'y a pas seulement, dans un local donné, une accouchée unique, mais surtout une accouchée rare. La chambre et les objets mobiliers ne devant pas subir, avant une année au moins, le contact d'une nouvelle accouchée. Or ce contact peut devenir dangereux, s'il se répète fréquemment dans un même lieu, que ce soit une salle ou une chambre, que l'accouchée soit *saine* ou *malade*.

Aussi sommes-nous disposé à penser que les lavages, le changement de la literie et la purification atmosphérique ne peuvent être suffisants que pour un temps donné.

Il convient alors de recourir aux purifications chimiques, aux lessivages qui viendront une ou deux fois par an purifier, jusque dans ses moindres parties, le local occupé par les accouchées. Les purifications chimiques par les vapeurs nitreuses, instituées dans les hôpitaux de Paris est mise en usage à la Maternité et à l'hôpital Cochin, par M. le professeur Regnault, paraissent avoir une réelle efficacité.

Mais, à côté de ces purifications, de ces lavages, de l'alternance, il ne faut pas oublier de mettre les purifications de chaque jour, qui s'adressent à l'accouchée, à l'atmosphère, à la salle.

On l'assurera, pour l'accouchée, par les lavages et changements de linges répétés; pour la salle, par le bon ordre, les nettoyages scrupuleux de chaque jour; pour l'atmosphère, par l'ouverture des fenêtres ou par des prises d'air convenablement ménagées. On sait combien l'air atténue ou détruit la puissance des émanations miasmatiques; aussi l'aération et la propreté de chaque jour ne peuvent être que complétées, et non remplacées par celle de l'alternance.

La séparation des accouchées malades est assurément une sage mesure; même à défaut d'une contagion possible, il y aura toujours intérêt à éviter aux accouchées saines, le spectacle des souffrances et de la mort de leurs compagnes.

Tout le monde est convaincu aujourd'hui qu'il faut construire de petites salles et de petites Maternités, donner beaucoup d'espace pour peu d'accouchées, et en cas d'épidémie, substituer, s'il est nécessaire, l'évacuation à l'alternance. Les faits que nous venons d'exposer ne peuvent que donner plus de force à ces opinions. Le système de l'alternance à courtes périodes n'est possible que dans de petites salles, et il convient, pour le faire convenablement, qu'elles ne communiquent pas entre elles.

Il serait plus facile encore avec des chambres isolées, mais aucune des expériences faites n'a été assez bien instituée, pour que l'on puisse avoir sur leurs avantages possibles une opinion arrêtée. La seule expérience radicale est celle qu'a proposée, en dernier lieu, M. Tarnier; elle réunit des conditions d'expérimentation rigoureuse qui sont de nature à engager à la tenter.

C'est à dessein, messieurs, que je n'ai pas abordé la question de l'assistance à domicile. C'est évidemment le meilleur mode possible d'assistance pour les accouchées. Vous savez qu'il fonctionne largement et régulièrement à Paris, vous connaissez ses excellents résultats; mais comme nous avons, et comme nous aurons probablement encore et toujours des Maternités, j'ai cru devoir rester dans la question d'hygiène. La dissémination des femmes en couche dans les services généraux est aussi l'un des corollaires de la question; j'ai eu l'occasion de l'indiquer ailleurs, mais je ne l'aborderai pas ici. Les points que j'ai cherché à étudier m'ont forcé à beaucoup abuser de votre attention, et bien que j'aie dû les traiter fort incomplètement, j'arrêterai ici cette longue communication.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 23 mai, M. le professeur Nélaton a été nommé chirurgien ordinaire de l'Empereur.

— Par décret du 23 mai 1866, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine impériale :

Au grade de médecin de 1re classe :

MM. Salaun, pour *Brest;* Forné, Huibant, Laugier, pour *Toulon;* Bonnesmelle de Lupinois, pour la *Nouvelle Calédonie*, Chabbert, pour la *Guyane;* Santelli, pour le *Sénégal;* Erdaiger, pour *Nossi-Bé;* Leconte, Roux, pour *Rochefort;* Pavot, Noury, Sablé, Demoute, pour *Brest;* Ducret, pour la *Guyane.*

Au grade de médecin de 2e classe :

MM. Bestion, pour *Toulon;* Lange, Oré, Combeaud, Dhoste, pour *Rochefort;* Seney, pour la *Guadeloupe;* Silvestrini, pour *Toulon;* Trucy, pour la *Guyane*, aide-major; Leclerc, pour la *Cochinchine*, aide-major; Coulet, Chambeiron, pour *Toulon;* Andrieu, pour la *Guyane;* Dubois, pour *Toulon;* Doué, pour le *Sénégal;* Lefèvre, Rousseau, Rochefort, Bouvet, Baulain, pour *Brest;* Despetis, pour la *Martinique;* Bonnafy, pour *Brest;* Lossouarn, pour la *Cochinchine*, aide-major; Guérin, Talmy, pour *Brest;* Limon, pour la *Cochinchine*, aide-major; Le Tersec, pour la *Guyane.*

Au grade d'aide-major :

MM. Ballot, Épron, Husseau, pour *Rochefort;* Brindejonc, pour *Brest;* Mourson, Guiol, Cauvy, Jacquemin, Maurin, Fricker, pour *Toulon;* Néis, Perinel, David, Patouillet, Breune, pour *Brest.*

Au grade de pharmacien de 1re classe ;

MM. Sambuc, Lépine (Justin).

Au grade de pharmacien de 2e classe :

MM. Castaing, Irignaud, Abonnel, Lion, André dit Duvigneau.

Au grade d'aide pharmacien :

MM. Protat, Chalmé.

— M. le docteur E. Ferdut commencera un cours public et complet d'anatomie, le lundi 28 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. le docteur Adde Margras (de Nancy), médecin à Paris. Prix : 3 fr. 50 c.; chez Asselin, place de l'École-de-Médecine, 21.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 62. — MARDI 29 MAI 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 29 MAI 1866. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

Des inflammations tuberculeuses de la plèvre et du poumon.

Messieurs, nous avons dans nos salles en ce moment plusieurs tuberculeux, qui offrent un intérêt particulier à cause des congestions et des inflammations de voisinage dont ils sont atteints. Chez plusieurs malades, la congestion broncho-pulmonaire, sollicitée par la présence des tubercules dans les voies respiratoires, a déterminé des hémoptysies plus ou moins abondantes ; chez d'autres, l'appel fluxionnaire, occasionné par la présence des tubercules, a abouti à de véritables inflammations de la plèvre et du poumon.

Je profite de cette circonstance pour appeler votre attention sur ces inflammations, qui sont étroitement liées à la présence des tubercules dans les organes respiratoires, et pour vous faire remarquer à combien de titres elles diffèrent des inflammations propres à la granulie.

Les inflammations tuberculeuses, les seules à mon avis auxquelles convienne cette appellation, sont des inflammations toutes locales, déterminées par la présence d'un produit accidentel qui agit physiquement, soit par son volume, soit par les qualités irritantes qu'il acquiert, à un certain degré de son évolution ; tandis que les inflammations granuliques se développent sous l'influence d'une disposition morbide générale, qu'elles sont toujours généralisées à des degrés divers aux organes contenus dans les trois cavités, et qu'elles précèdent nécessairement leurs produits sur les organes qu'elles atteignent.

Lorsque des tubercules se développent dans le poumon, vous savez qu'il ne survient parfois aucun indice d'inflammation pendant tout le temps que dure leur évolution ; mais qu'un tubercule, après avoir grossi, après s'être ramolli, vienne à rompre soudainement son kyste, et que la matière tuberculeuse s'épanche dans la cavité pleurale, aussitôt il surviendra, sous l'influence irritante de la matière tuberculeuse, une vive inflammation de la plèvre : le mécanisme est le même quand un foyer tuberculeux du mésentère vient à crever subitement dans la cavité péritonéale ; il en résulte une péritonite aiguë, qui n'a aucun rapport de causalité avec la tuberculisation qui y a donné lieu. En effet, cette péritonite aiguë est subordonnée à une cause toute locale, et ne porte en soi aucun caractère qui relève de la disposition morbide générale qui a engendré le tubercule. Le processus pathologique est encore le même dans l'inflammation tuberculeuse des méninges.

Or, il n'est pas toujours nécessaire pour que ces inflammations éclatent, que la matière tuberculeuse s'épanche dans la cavité des membranes séreuses ; il suffit souvent qu'il y ait simple contact des produits accidentels pour que l'évolution pathologique que ceux-ci accomplissent devienne une cause d'irritation et d'appel fluxionnaire de voisinage dans les tissus dans lesquels ils existent ou avec lesquels ils ont des rapports de contiguïté.

Pour me faire mieux comprendre, permettez-moi de vous rappeler ce qu'il advient, lorsque dans un but de thérapeutique chirurgicale, on applique un cautère sur la paroi du ventre, afin d'occasionner une péritonite adhésive, à la faveur de laquelle on puisse entrer impunément avec l'instrument tranchant dans un kyste ou dans un abcès situé sous le péritoine. Par l'application du caustique, on détermine dans les parties molles une inflammation artificielle qui gagne progressivement le péritoine pariétal, et qui se propage par contiguïté au feuillet viscéral de la séreuse, à telle fin que des adhérences celluleuses réunissent entre elles les deux surfaces péritonéales.

Or, cette petite péritonite circonscrite artificielle, que l'on développe à volonté avec un cautère, donne une idée exacte du procédé par lequel des tubercules, en travail de ramollissement, déterminent des inflammations circonscrites dans le poumon et dans la plèvre. Les inflammations de cette sorte, que nous rencontrons chez nos tuberculeux, sont des maladies locales qui diffèrent complétement par les troubles fonctionnels qui les accompagnent, par leur marche et par leur terminaison, des inflammations de cause interne, analogues à celles qui caractérisent la granulie.

Le tubercule, sans doute, est bien aussi l'effet d'une disposition morbide générale ; mais il ne faut pas confondre dans le même acte pathologique son apparition dans les organes et l'inflammation consécutive que sa présence peut occasionner, car ce sont deux actes essentiellement différents.

La malade couchée au n° 46 de la salle Notre-Dame vous a fourni un bel exemple de l'inflammation tuberculeuse du poumon. Cette jeune fille était entrée dans mon service pour un commencement de tuberculisation chronique dans le sommet gauche de la poitrine.

Lors de son entrée elle présentait, comme signe de la tuberculisation, un peu de matité sous la clavicule gauche ; dans le même point, la respiration était affaiblie, et à la fin de l'inspiration, l'oreille saisissait quelques petits craquements humides inégaux ; il n'y avait d'ailleurs, chez cette malade, ni bronchophonie, ni exagération des vibrations thoraciques, appréciables à la main pendant qu'on la faisait parler.

L'examen de la poitrine ne fournissait aucun autre signe de maladie ; il y avait un peu de toux accompagnée de quelques crachats muqueux, sans caractères spécifiques.

Relativement à l'état général, nous notions chez elle de l'amaigrissement et de l'affaiblissement général, sans autres troubles fonctionnels ; la maladie était alors totalement apyrétique.

Cependant un état aigu est venu compliquer assez promptement l'affection chronique ; une pneumonie, circonscrite au sommet gauche de la poitrine, est venue donner à la maladie une physionomie tout autre que celle qu'elle avait auparavant. La maladie est devenue soudainement fébrile, l'appétit s'est perdu, le malaise a forcé la malade à garder le lit, et en même temps que se manifestait ce changement dans l'état général, la toux devenait plus fréquente, l'expectoration plus visqueuse, plus aérée et un peu rouillée ; enfin l'auscultation faisait constater une crépitation fine, sèche et éclatante dans toute la région de la poitrine comprise entre la clavicule gauche et le mamelon.

Ce qu'il importe surtout de vous faire remarquer chez cette malade, c'est l'allure particulière qu'a prise la pneumonie, la lenteur de sa marche, sa fixité dans la région où elle avait débuté et où elle est resté concentrée jusqu'à sa résolution ; enfin la persistance des signes physiques de l'inflammation locale, alors même que depuis plusieurs jours la fièvre avait complétement cessé et que l'état général était devenu relativement très-satisfaisant.

La pneumonie de cette malade vous a déjà offert quelque chose de particulier dans son mode d'invasion et dans son siége. Contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire dans la pneumonie franche idiopathique, l'invasion de celle-ci n'a pas été accompagnée de frisson.

Elle n'a point présenté non plus cet état général grave qui a été signalé plus particulièrement dans la pneumonie du sommet, ni ce délire ataxique que notre honorable collègue, M. Hervez de Chégoin, cherchait à expliquer par les rapports du nerf pneumo-gastrique avec la région enflammée du poumon.

Or, ce qui s'est passé chez cette malade est ce qui s'observe le plus ordinairement dans la pneumonie tuberculeuse : absence de frisson initial, localisation de l'inflammation dans le sommet de la poitrine, parce que là existe, plus que partout ailleurs, la cause de l'appel fluxionnaire et très-peu ou point de troubles fonctionnels sympathiques, en dehors de ceux qui constituent l'état fébrile directement relié à la lésion locale.

Dans ces pneumonies de cause locale et expressément matérielle, l'économie n'est jamais aussi profondément troublée que dans ces inflammations spontanées qui sont comme le résultat d'un trouble morbifique général auquel participe toute la substance, et qu'un retour vers des idées humorales anciennes permettrait peut-être encore de considérer comme une espèce de crise.

Dans la pneumonie tuberculeuse, les phénomènes phlegmasiques sont concentrés dans le voisinage des tubercules, à peu près comme ils le sont dans la fluxion qui surgit autour d'une dent cariée. Les sympathies morbides n'ont aucun prétexte pour s'éveiller, et la fièvre reste dans un rapport direct avec l'étendue et la vivacité de la fluxion locale.

C'est ce qui vous explique pourquoi, ainsi que vous l'avez constaté chez notre malade du n° 46, la pneumonie tuberculeuse ne suit pas cette marche envahissante que vous observez dans la pneumonie spontanée et dans l'érysipèle ; et pourquoi au lieu de parcourir, de proche en proche, une certaine étendue de l'organe où elle siége, elle reste confinée dans la région où elle a été provoquée, et d'où elle ne saurait s'élargir de son propre mouvement.

La cause mécanique du développement de cette espèce de pneumonie explique et sa concentration au voisinage des tubercules pulmonaires, et aussi la lenteur de son allure, et son état presque stationnaire après quelques jours de durée.

Vous avez dû être frappés, chez cette malade, du contraste de la disparition de la fièvre et d'un retour apparent vers la

---

FEUILLETON.

RECHERCHES SUR LE GENRE DE MORT DE J.-J. ROUSSEAU (1).

Examinons ces trois points si légèrement traités. Quoique sous forme interrogative, on émet formellement dans ce rapport l'opinion que la mort de Rousseau a été produite par la *pression* que la sérosité trouvée, dit-on, en quantité considérable dans le crâne, aurait exercée sur la substance du cerveau ou à l'origine des nerfs. Or, comme toute maladie se révèle par deux ordres de faits, les symptômes qui sont, comme l'a dit Broussais, les cris de douleur des organes souffrants et les lésions organiques constatées sur le cadavre, les experts nous donnent un petit tableau des symptômes qui auraient eu lieu dans les derniers moments de la vie chez Rousseau, et un exposé en quatre lignes, ai-je dit, des lésions organiques trouvées dans le crâne.

Je ne sais, en vérité, comment qualifier l'exposé des symptômes énumérés par les experts ; comme science, c'est au-dessous de tout. Ce sont des fourmillements, des picotements, des sensations d'eau froide qu'ils font remonter de la plante des pieds à la tête, comme un écoulement d'eau le long du rachis. Et c'est là ce que des médecins osent donner comme le résultat d'une pression exercée sur le cerveau ! pression singulière, en vérité, car nous savons déjà que Rousseau, dans cette dernière heure, jouissait de toutes ses facultés intellectuelles, et tenait même des discours très-pathétiques ; en face de pareilles énormités on serait tenté de croire, ou que ces médecins manquaient absolument d'instruction, ou que par complaisance ils se sont bornés à reproduire de véritables commérages. Que dit en effet la science sur ce point ? quels sont les symptômes qui dénoncent véritablement une pression exercée sur le cerveau ? Elle dit que quand l'apoplexie séreuse débute brusquement, et certes chez Rousseau elle aurait débuté ainsi, les malades perdent tout à coup connaissance, la sensibilité est complétement abolie, le pouls persiste, mais il est lent et régulier, la face est tantôt vultueuse et tantôt pâle, la respiration toujours stertoreuse, les yeux fixes, les pupilles largement dilatées ; c'est à ces signes, en effet, et non à d'autres qu'on reconnaît une compression cérébrale, que celle-ci tienne à un épanchement du sang ou à un épanchement de sérosité, avec cette restriction toutefois que dans l'apoplexie sanguine il y a presque toujours hémiplégie, tandis que dans l'apoplexie séreuse la résolution est presque toujours générale. On sait que cela tient à ce que dans l'apoplexie sanguine l'épanchement est presque toujours localisé, tandis que dans l'apoplexie séreuse l'épanchement n'est jamais borné à une seule moitié du cerveau ; or maintenant nous le demandons, comment cela aurait-il pu s'accorder avec ce qui s'est réellement montré chez Rousseau ? Et ce n'est pas tout : les deux versions données par Thérèse, car c'est toujours à cette femme qu'il faut revenir, nous donnent sa mort comme foudroyante ; soit qu'elle le représente tenant encore des discours, ou siégeant sur une garde-robe, il tombe immédiatement frappé de mort ; on accourt à ses cris, on la trouve couverte du sang de son mari, et rien ne peut rappeler celui-ci à la vie. Comment, je le répète, rendre compte de cette mort instantanée par l'apoplexie séreuse, quand on sait que, dans la forme la plus rapide, la vie persiste au moins plusieurs heures, et qu'elle se dénonce par une respiration stertoreuse, c'est-à-dire, bruyante et entendue de tout le monde ? On dira peut-être qu'au nombre des symptômes énumérés par les experts, se trouvent des douleurs de tête, et des douleurs vives, lancinantes, déchirantes ; mais c'est encore là ce qui ne se montre jamais dans l'apoplexie séreuse ; la céphalalgie alors est gravative, et il y a de la somnolence ; et quant aux facultés intellectuelles, loin d'être exaltées et de donner lieu à de beaux discours, elles sont obtuses et affaiblies, quand elles ne sont pas entièrement éteintes.

Ainsi, et pour nous résumer sur ce point, nous dirons que pour ce qui est des symptômes relatés dans le rapport des médecins, ils n'ont aucune valeur, ils sont même ridicules, et n'auraient pas dû figurer dans un document aussi sérieux qu'un rapport médical.

Passons maintenant aux lésions organiques dont le tableau n'a exigé que quatre lignes de la part des experts. Elles consistaient, est-il dit, en une quantité très-considérable de sérosité épanchée entre le cerveau et les enveloppes du cerveau, quantité qu'on évalue à environ huit pouces, mais d'abord il y a toujours de la sérosité dans ces enveloppes, c'est ce qu'on appelé le liquide céphalo-rachidien ; on dit

(1) Voir les numéros des 5, 8, 12, 19 et 22 mai.

santé, tandis que la fluxion locale, circonscrite entre la clavicule et le mamelon, se traduisait encore chaque jour, par du souffle tubaire, par des râles sous-crépitants et par un certain degré de matité; cependant peu à peu la résolution de l'inflammation a fini par s'accomplir, et la malade peut actuellement quitter l'hôpital dans un état assez satisfaisant.

Au n° 19 et au n° 55 de la même salle, vous avez encore deux exemples intéressants de pleuro-pneumonie tuberculeuse; chez la première, la fluxion inflammatoire occupe le sommet droit de la poitrine; chez la seconde, elle occupe le sommet gauche; chez toutes deux, il y a ceci de remarquable que la tuberculisation est double et occupe, à des degrés à peu près égaux, les deux côtés de la poitrine, et que néanmoins l'inflammation du voisinage est concentrée dans un seul côté.

Ces deux malades vous offrent de plus que la malade du n° 46 une inflammation de la plèvre assez étendue, qui se traduit par de la douleur au côté, et à l'auscultation par des bruits de frottements nombreux qui s'entendent dans les deux temps de la respiration.

Chez ces deux malades, la pleurésie est sèche ou plutôt demi-sèche; c'est-à-dire que l'exsudation inflammatoire est assez plastique pour donner lieu à des adhérences celluleuses qui s'organisent entre les deux plèvres contiguës, et qu'elle n'est pas assez séreuse pour former épanchement dans les parties déclives de la cavité pleurale.

Bien que la pleurésie adhésive soit de beaucoup la plus fréquente, quand elle reconnaît pour cause la présence des tubercules pleuro-pulmonaires, l'inflammation de la plèvre a cependant parfois d'autres caractères anatomo-pathologiques.

En effet, la pleurésie tuberculeuse comprend plusieurs variétés. Tantôt la présence des tubercules est une cause d'appel fluxionnaire, qui a pour unique effet une simple hypercrinie de la plèvre; ce qui constitue un hydrothorax aigu symptomatique. C'est là une première variété de la pleurésie tuberculeuse. D'autres fois, l'appel fluxionnaire ne s'arrête pas à une simple hypercrinie, mais il élève son effet jusqu'à une inflammation véritable; et dans ce cas, il peut en résulter soit la pleurésie adhésive, dont les deux malades que je viens citer sont des exemples, soit la pleurésie avec épanchement séro-fibrineux et fausses membranes plus ou moins abondantes, soit enfin la pleurésie purulente.

Chacune de ces variétés de la pleurésie tuberculeuse est différente de la pleurésie granulique, non-seulement par sa cause, mais encore par l'ensemble des symptômes qui accompagnent chacune d'elles.

Dans la granulie, vous le savez, les principales fonctions de l'économie sont toujours plus ou moins troublées comme dans les maladies expressément générales, et par suite de la dissémination des granulations et de l'inflammation sur les organes contenus dans les trois cavités, une série de symptômes très-significatifs, se passent simultanément du côté du système nerveux, du côté de la respiration et du côté de l'abdomen; or, l'on ne rencontre jamais ces symptômes ni dans la pleurésie simple ni dans la pleurésie tuberculeuse.

Dans celles-ci, en dehors des signes et des troubles fonctionnels qui sont étroitement reliés à l'inflammation de la plèvre ou du poumon, on ne rencontre plus que des symptômes qui se rattachent directement à la tuberculisation pulmonaire.

S'agit-il de l'hypercrinie tuberculeuse ou hydrothorax, l'état général n'offre aucun des caractères de celui qui accompagne la pleurésie granulique. Les malades sont affaiblis, ils maigrissent, ils pâlissent; leur nutrition est profondément altérée, mais ils ne présentent ni du côté de la tête, ni du côté du ventre, les symptômes ordinaires de la granulie; de plus la marche de la maladie est tout à fait différente, tandis que l'épanchement est si fréquemment double dans la pleurésie granulique, et qu'il est si prompt à se résorber, celui de l'hydrothorax tuberculeux reste longtemps stationnaire et ne se résorbe souvent qu'avec beaucoup de difficultés.

Lorsque la pleurésie tuberculeuse revêt une forme plus inflammatoire, qu'elle s'accompagne de fièvre, de douleur de côté et d'oppression, il se fait presque toujours simultanément un travail actif de tuberculisation dans le sommet des poumons, et l'on ne tarde pas à constater tous les signes physiques d'une tuberculisation rapide dont l'évolution continue son cours après la résorption du liquide épanché dans la plèvre; c'est particulièrement dans cette circonstance que des fausses membranes molles persistent longtemps à la surface des plèvres, et donnent lieu, quand on ausculte le malade, à ces bruits de frottements humides qui ressemblent, à s'y méprendre, à des gargouillements caverneux.

Enfin, la pleurésie purulente tuberculeuse s'accompagne d'un état aigu de consomption qui ne ressemble guère à l'état général de l'affection granulique.

La persistance de l'épanchement, l'immobilité des signes stéthoscopiques qui s'y rapportent, la pâleur cachectique du malade, l'espèce de fièvre rémittante qui le consume, l'abondance des sueurs, l'apparition de la diarrhée, etc., etc.; tous ces symptômes diffèrent par trop de ceux de l'affection granulique pour que nous nous y arrêtions davantage.

En définitive, les inflammations tuberculeuses que je cherche à vous faire connaître sont, ainsi que je vous le disais en commençant cette conférence, des espèces de fluxions de voisinage susceptibles de s'élever aux différents degrés de l'inflammation locale; mais elles sont essentiellement distinctes des inflammations granuliques par leur défaut de dissémination spontanée, sur les organes et sur les tissus, où il n'existe encore aucun tubercule, ni aucune cause locale d'appel fluxionnaire.

DE LA PÉRITONITE SPONTANÉE,

Par le Dr HEYMANN, médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment du génie.

S'il est des affections sur l'existence desquelles des praticiens dont l'autorité est incontestable ont exprimé des doutes, il est du devoir de tous les médecins de livrer à la publicité tous les faits qui se présentent à eux et qui sont propres à jeter quelque lumière sur ces questions litigieuses.

La péritonite spontanée est du nombre de ces affections. Sa gravité la place au premier rang. Valleix, après avoir rapporté, d'après le *compendium*, qu'un trop grand nombre d'observations authentiques ont été publiées pour qu'on puisse en mettre l'existence en doute, Valleix dit que, si l'on étudie bien les faits, on s'assure bientôt que des doutes existent.

Le fait qui s'est présenté à ma pratique, et que je me propose d'analyser, augmentera le nombre des observations dont parle le *compendium*. Il établit d'une manière incontestable non-seulement l'existence de cette affection, mais encore la possibilité d'une terminaison heureuse par suppuration.

Madame X... habite Montpellier, où son mari est en garnison depuis deux ans. Elle est âgée de quarante-six ans. Constitution robuste; tempérament lymphatico-sanguin; n'a jamais eu de maladie grave. Jusqu'à ce jour, elle a toujours été bien réglée, sans éprouver d'indisposition aux époques menstruelles.

Elle n'a jamais éprouvé la moindre douleur, la plus petite gêne dans la marche, et jouissait d'une parfaite santé le 25 février 1866. Ce jour elle avait du monde à dîner. Après avoir fait les honneurs de la soirée jusqu'au bout, elle se coucha vers minuit n'étant nullement incommodée.

Elle se réveille tout à coup, pendant la nuit, avec une crampe dans la cuisse gauche; se lève aussitôt, se promène nu-pieds sur les *dalles* de son appartement, pour s'étirer et pour se donner du mouvement dans le but de faire passer cette crampe.

A peine recouchée, elle eut des frissons, des claquements de dents, ne put se réchauffer toute la nuit, et le lendemain se croyant courbaturée, menacée d'une grippe, me fit appeler vers le soir.

Je trouvai la malade assise dans un fauteuil, se plaignant de légères douleurs des jambes et du ventre; son pouls était normal, la langue un peu chargée. Je l'engageai à se tenir chaudement, et à faire des fomentations émollientes sur le ventre. Diète, tisane mucilagineuse.

Le lendemain 27, la scène avait changé. Décubitus dorsal. Le ventre est tellement douloureux, que les fomentations sont intolérables, les couvertures du lit ne peuvent être supportées.

La palpation est impraticable tant on éveille de douleurs au plus léger contact. Cependant on peut constater que le siége de la douleur comprend la partie du ventre située sous l'ombilic. Le côté droit est plus douloureux que le côté gauche.

Le ventre est fortement ballonné. Le météorisme est plus prononcé à droite. Le pouls est petit, fréquent, 110 à 115.

La peau sèche, la langue blanche, sèche, fendillée, avec un liséré rouge aux bords; la figure exprime une violente souffrance et présente un faciès caractéristique. Le moindre mouvement fait pousser des cris à la malade.

Nausées, vomissements, constipation.

Il n'y a rien du côté de la poitrine, pas de douleurs lombaires. Je diagnostique une péritonite aiguë spontanée et partielle, et je fais couvrir le ventre de sangsues, à huit heures du matin. En même temps, huile de ricin, 30 grammes. Le sang coule jusque vers trois heures de l'après-midi; frictions d'onguent mercuriel double à 10 grammes, répétées le soir : fomentations laudanisées sur le ventre. Diète absolue, boissons mucilagineuses.

Le 28 février, diminution notable du pouls, qui est tombé à 88. Les vomissements ont cessé, la douleur est moins intense. Trois frictions à 10 grammes chacune.

Le lendemain 1er mars, la douleur a sensiblement diminué à gauche mais persiste à droite avec la même intensité. La peau est sèche et brûlante. La nuit a été très-mauvaise, la malade a beaucoup déliré. Dans la journée, elle a quelques frissons, somnolence, hallucinations, délire, pouls 85 à 88, faiblesse générale extrême.

M. le docteur Bonino, médecin-major au 64e de ligne, voit la malade depuis la veille. Ces phénomènes alarmants nous engagent à nous entourer des lumières de M. le professeur Dumas.

A la suite de la consultation qui a eu lieu à huit heures du soir, on fait une nouvelle application de sangsues.

On continue les frictions à la dose de 4 grammes toutes les deux heures. Potion avec ipéca 2,50; une cuillerée toutes les deux ou trois heures; fomentations émollientes laudanisées.

Le 2 mars, les phénomènes cérébraux ont disparu; la malade est très-faible, du reste même état, continuation du traitement.

Le 4, amélioration notable, l'examen devient plus praticable, le ventre étant beaucoup moins douloureux. A gauche, la douleur a disparu, mais elle est localisée à la fosse iliaque droite et à l'hypogastre. Encore faut-il toucher très-profondément pour la développer; aux points où l'on développe de la douleur, on trouve sous les doigts un peu d'empâtement du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le 5, même état; selles liquides nombreuses, apparition des règles à leur époque ou à un ou deux jours près. La malade se plaint d'une cuisson au fondement pendant la défécation. On supprime les frictions.

Le 6, la malade se plaint beaucoup de la douleur du fondement; les règles coulent avec abondance.

Pas de changement jusqu'au 8.

Le 8, la douleur du fondement est très-forte. Le toucher rectal donne un résultat négatif. La muqueuse paraît lisse et saine aussi haut que le doigt peut atteindre. On ne fait naître aucune douleur en comprimant le corps de l'utérus.

La facilité avec laquelle on arrive à cet organe, prouve qu'il n'y a aucune collection dans le cul-de-sac postérieur; même traitement, on supprime l'ipéca. Dans la nuit surviennent des selles fréquentes, naturelles d'abord, puis mélangées d'un liquide semblable à du blanc d'œuf, et enfin, à quatre heures du matin une selle blanchâtre, sans matière fécale, et immédiatement après une rémission dans tous les symptômes avec un sentiment de bien-être général.

Le 9, l'aspect de cette selle ne laisse aucun doute sur sa nature, c'est du pus, environ un quart de litre.

L'examen au microscope fait voir du pus mélangé de mucus.

La fosse iliaque est à peine endolorie; l'empâtement a disparu; pouls normal. La stomatite mercurielle se déclare; sensibilité exagérée des gencives; difficulté d'ouvrir la bouche. Repos absolu, lavements émollients, cataplasmes, potages, frictions avec la teinture de quinquina, gargarismes émollients alternant avec un gargarisme au chlorate de potasse 5g,250.

Du 10 au 14, l'amélioration fait des progrès. Les selles sont toujours liquides et renferment du pus. La stomatite augmente et gêne beaucoup la malade.

Potages, vin généreux, potion avec extrait de quinquina, 8 à 10 pastilles de chlorate de potasse (2 à 3 grammes).

Le 16, la stomatite diminue, la langue est nettoyée, l'appétit arrive, les selles sont moulées, plus de pus. Aliments légers.

Le 18, la malade est en pleine convalescence.

Le 1er avril, la malade est rétablie, et peut vaquer à ses occupations habituelles.

---

qu'il y en avait huit pouces, mais on dit pas comment on a pu évaluer à 8 pouces un liquide répandu sur une surface inégale et arrondie; on ne peut donc attribuer que très-peu de valeur à la présence de ce liquide dans le crâne, d'autant qu'on n'indique ni le siége précis de ce liquide ni ses qualités. Le marquis de Girardin s'était hasardé à dire, dans sa lettre à la comtesse Sophie, que cette sérosité était *sanguinolente*, c'eût été fort grave, les experts ont préféré se taire sur ce point; on sait que cette sérosité est quelquefois limpide et claire comme de l'eau de roche; les experts ignoraient peut-être que dans certains cas d'apoplexie séreuse il peut arriver qu'il n'y ait pas de liquide en quantité appréciable, surtout quand l'autopsie est faite tardivement; le liquide dans ces cas a été absorbé, le cerveau étant un organe hygrométrique. Quoi qu'il en soit nous admettons, si l'on veut, qu'il y avait une quantité notable de sérosité dans le crâne; mais il ne fallait pas s'en tenir à mentionner la présence de ce liquide, il y avait encore à dire quel était l'état des organes eux-mêmes, ceci est important; l'expérience a prouvé que dans ces circonstances le cerveau peut être tellement imprégné de liquide, que si on le coupe par tranches, il laisse suinter de toutes parts des gouttelettes de sérosité; il peut en outre arriver qu'on trouve le septum, la voûte à trois piliers, et les parois des ventricules réduits en une sorte de pulpe blanchâtre; il a sans doute paru inutile aux experts de faire ces recherches, ils avaient trouvé de la sérosité, cela leur a suffi, ils ne se sont pas occupés de déterminer les causes de cette supersécrétion; il y en avait assez, suivant eux, pour déclarer que la mort du défunt était l'effet d'une apoplexie séreuse.

J'ai déjà fait remarquer que les experts se sont regardés comme appelés à rechercher à quel genre de mort a succombé Rousseau, mais tout simplement à vérifier s'il avait succombé à une apoplexie séreuse, de là la négligence qu'ils ont apportée à constater l'état des autres organes; peut-être même, ai-je dit, l'ont-ils fait à dessein. Ils se sont donc bornés à mentionner très-brièvement l'état des autres organes. Ainsi, pour ce qui est de l'estomac, ils notent qu'il contenait encore le café au lait qu'il avait pris peu d'heures avant sa mort; pour ce qui est de la blessure du crâne, ils n'y ont vu qu'une légère déchirure.

Cependant, cette opinion que Rousseau s'était empoisonné par une substance végétale, et qu'il avait mis fin à ses douleurs par un coup de pistolet, n'en préoccupait pas moins tous les esprits; nous devons donc y revenir et avec quelques détails.

Et d'abord, nous ferons remarquer que cet état des voies digestives, noté par les experts, n'exclut nullement la supposition d'un empoisonnement par une substance végétale, et nous allons voir que les circonstances qu'on pourrait appeler concomitantes, sont toutes favorables à cette supposition.

On sait que J.-J. Rousseau était un excellent botaniste; ses connaissances le mettaient donc en mesure de connaître parfaitement les plantes vénéneuses; c'était un herborisateur exercé; or, on trouve ces plantes en abondance dans les environs d'Ermenonville. On était en plein été; il pouvait rencontrer partout des *solanées*, avoir sous la main la belladone, par exemple, la stramoine, la jusquiame et la ciguë. Or, ici se présente une question, qui jusqu'ici n'a été soulevée par personne; nous venons de dire que les symptômes accusés par Rousseau, que sa manière d'être dans les dernières heures de sa vie, étaient tout à fait inconciliables avec la supposition d'une mort par apoplexie séreuse; bien mieux, avec la supposition d'une mort quelconque naturelle, d'une mort dite spontanée, ces symptômes, cet état, cette manière d'être au moral comme au physique, se conciliaient au contraire parfaitement avec l'hypothèse d'un suicide. Mais entrons plus avant, voyons si les accidents, si les douleurs auxquels J.-J. Rousseau était en proie n'auraient pas pu nous mettre sur la voie du moyen à l'aide duquel il voulait se suicider; si ces accidents ne pouvaient pas se concilier avec la supposition d'un empoisonnement par une substance végétale. Nous savons qu'on pourrait assez difficilement se rendre compte de ces symptômes si Rousseau avait eu recours à la belladone, à la stramoine ou à la jusquiame, car les individus empoisonnés par ces végétaux n'éprouvent guère que des accidents qui résultent du narcotisme, et ces symptômes sont presque toujours accompagnés de délire; ces poisons n'auraient donc laissé à Rousseau aucune liberté d'esprit; il aurait été tourmenté par des hallucinations et finalement il serait tombé dans un état comateux. Il n'y a donc pas à y songer. Mais en aurait-il été de même si Rousseau, au lieu de recourir à ces végétaux, qui rentrent dans la classe des poisons narcotico-âcres, avait préféré la ciguë et particulièrement la *grande ciguë*? Cette plante a des effets toxiques très-prononcés; Wipfer nous a conservé l'histoire de huit enfants, qui furent empoisonnés par la racine de cette espèce de ciguë, qu'ils avaient prise et mangée pour du panais. Deux succombèrent rapidement, les autres

En analysant cette observation, il n'est pas possible de douter de la nature de l'affection à laquelle on avait à faire. Dans un état de santé parfait, il survient, après un refroidissement, un frisson qui est bientôt suivi de vomissements, de douleurs atroces de l'abdomen, exaspérées par le moindre mouvement, par le plus léger contact. Le pouls devient petit, serré, fréquent, la face grippée. A quoi peut-on attribuer ces phénomènes, sinon à une péritonite aiguë?

Cette péritonite s'est localisée au côté droit. Elle est spontanée, parce qu'avant l'apparition des premiers symptômes, le 25 février, la malade n'avait eu aucune lésion, aucune douleur abdominale, ni dérangement menstruel, ni gêne dans la marche.

Ces phénomènes ont été constatés par M. le docteur Bonino, puis par M. le docteur Dumas, professeur d'accouchements à la faculté de Montpellier; ce qui me permet d'établir ce diagnostic sans hésitation.

Au surplus, l'étiologie, la marche et la terminaison viennent encore confirmer le diagnostic. Et d'abord, quelle difficulté a-t-on à admettre une péritonite survenue dans les mêmes circonstances dans lesquelles nous voyons tous les jours se produire les inflammations des séreuses, de la plèvre, par exemple.

Le frisson initial, les phénomènes inflammatoires qui, cédant aux émissions sanguines, se localisent en un point du péritoine; la suppuration du tissu cellulaire, le pus se frayant un chemin vers le rectum, l'issue de ce pus par cette voie; ne sont-ce pas là des phénomènes que rien n'empêche d'attribuer à l'inflammation de la séreuse abdominale? La pesanteur vers le rectum, bientôt changée en douleur violente, a appelé l'attention du médecin vers ce point. Quoique le toucher rectal n'ait donné aucun résultat, il n'y avait pas de doute qu'un travail se faisait plus haut. La nature de ce travail a été facilement prévue. La douleur localisée à droite irradiant vers l'hypogastre et le sacrum, l'empâtement dans la fosse iliaque, la pesanteur et la douleur du côté du fondement, ont fait soupçonner la marche du pus vers le rectum. Et en effet, dans la nuit du 8 au 9, arrive une selle purulente.

Il n'est pas possible d'admettre l'hypothèse d'une pérityphlite ou d'une collection liquide dans la fosse iliaque, ayant donné lieu à une péritonite par extension de l'inflammation, par la raison qu'avant le frisson initial, la malade se trouvait dans un état de parfaite santé; parce qu'elle se rappelle très-bien n'avoir jamais senti de dureté dans le ventre, n'avoir éprouvé aucune douleur, aucune gêne de ce côté avant d'être exposée aux causes morbifiques indiquées plus haut.

Le pronostic de la péritonite, quoique partielle, est toujours très-grave. L'apparition des menstrues à leur époque régulière, a été un signe favorable que la terminaison heureuse n'a pas démenti.

J'en dirai autant de l'apparition de la stomatite mercurielle, qui, cette fois encore, a prouvé qu'elle coïncidait avec un commencement d'amélioration.

Quant au traitement, il a été celui employé par tous; les émollients, les évacuants légers, les antiphlogistiques, les mercuriaux.

L'application des sangsues a bien réussi; elle a cet avantage sur la saignée générale, qu'on est obligé de renouveler, de donner lieu à une émission sanguine, lente, continue et abondante, sans trop affaiblir la malade. D'ailleurs le médecin est à même d'augmenter ou de diminuer la perte de sang.

La pommade mercurielle a été employée largement. On peut pousser très-loin ce procédé. Dans le cas qui nous occupe, en 4 à 5 jours, il a été employé environ 150 grammes d'onguent double.

La stomatite n'a pas été très-forte, grâce au chlorate de potasse employé dès le début.

Ceci n'est pas d'une médiocre importance. Si l'on attend, comme un signe favorable, l'apparition de la stomatite, on ne doit pas désirer la voir prendre trop de développement. Une fois la convalescence établie, c'est là un grand écueil. De grandes difficultés se présentent pour la nutrition des malades qui demandent la nourriture à grands cris, et qui ne peuvent ni mâcher ni avaler sans douleurs. Les consommés, les fécules, les jus de viande trouvent ici leur place.

Le gargarisme chloraté devient insupportable quand les fausses membranes se détachent et laissent la muqueuse à nu. On peut, sans inconvénient, y substituer alors un gargarisme simple, pourvu qu'on insiste sur le chlorate de potasse pris à l'intérieur.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

EXAMEN CLINIQUE DES EAUX DE VALS.

Par M. le Dr Clermont (de Lyon).

De la source Magdeleine.

L'eau de *la Magdeleine*, dont nous avons parlé avec détail, considérée au point de vue de la glucosurie et de la gravelle, mérite que nous mentionnions encore son influence salutaire dans quelques autres affections diathésiques : le rhumatisme, la goutte et le catarrhe des bronches, de la muqueuse vagino-utérine et vésicale.

On sait, nous l'avons déjà dit, qu'elle renferme du fer, de l'acide carbonique libre, et 7gr,28 par litre de bicarbonate de soude; que sous ce rapport, c'est la plus riche des sources connues jusqu'à ce jour.

Le bicarbonate de soude qui est placé par M. Mialhe parmi les remèdes fluidifiants et désagrégeants, mais nullement spoliateurs, est rangé par MM. Trousseau et Pidoux, vu son action sur l'hématose, parmi les altérants reconstituants. Entre les deux appréciations, il n'existe pas de contradiction réelle, comme on pourrait le croire tout d'abord; et les deux propriétés ne s'excluent pas plus pour le sel alcalin, que pour le mercure ou l'iode qui fluidifient et reconstituent. En conséquence, dans l'eau de *la Magdeleine*, où le bicarbonate de soude joint son action à celle du fer, de l'acide carbonique et du chlorate de sodium, on trouve un médicament fluidifiant et antiplastique, on doit aussi reconnaître un modificateur tonique et réparateur.

Cette propriété double et corrélative une fois reconnue et admise pour l'eau de *la Magdeleine*, l'esprit perçoit bien vite quelles sont les nombreuses lésions morbides contre lesquelles on peut l'employer. Nous avons déjà parlé du diabète sucré, et nous avons cherché à montrer que ce n'est pas en interdisant le sucre et les substances féculentes aux malades, qu'on pourra les guérir, mais bien en diminuant l'hypersécrétion accidentelle du foie par la rectification des fonctions digestives et par tous les moyens propres à diminuer l'hyperémie de cet organe. Nous avons dit que l'eau de *la Magdeleine* rendant au sang ses qualités normales, agit dans ce sens, plus qu'aucun autre remède. Enfin, nous avons rappelé le traitement efficace de la gravelle unique par la même eau sodique.

Dans cet examen clinique, nous allons tout d'abord nous occuper du rhumatisme articulaire et de la goutte, mais sans nous immiscer dans la question controversée par d'excellents auteurs, à savoir si ce sont là deux maladies différentes, ou bien si, étant de même nature, elles ne varient que par la forme de leurs manifestations; bien que penchant pour cette dernière opinion, nous n'en sommes pas moins enclins à distinguer la goutte du rhumatisme, précisément parce que leurs symptômes sont loin d'être identiques, et que cette division consacrée par l'usage facilite plutôt qu'elle ne contrarie l'étude clinique de cet état morbide complexe.

Quoique on puisse en tirer un excellent parti, même dans le traitement des accès, c'est surtout pour la forme chronique ou diathésique du rhumatisme et de la goutte que les boissons alcalines ont été préconisées par presque tous les auteurs. Or la constitution acquise de nos humeurs en donne la raison. M. Andral en effet dans son *Essai d'hématologie pathologique*, dit clairement que, dans ces deux affections, le nombre des globules du sang et la proportion de fibrine sont plus grands que dans l'état normal, et l'opinion que le froid humide est la principale cause du rhumatisme perd tous les jours de son importance aux yeux des pathologistes.

Cela devait arriver, à une époque où on ne se borne plus à constater seulement les manifestations présentes d'une maladie, mais ce qui peut exister aussi de particulier dans ses prodromes apparents ou inaperçus. Il faut croire que par cette méthode, fertile un jour pour la prophylaxie, les études à venir sur les causes prédisposantes porteront plutôt l'attention des observateurs sur les altérations des humeurs préexistantes aux premiers symptômes des maladies internes.

Pour aujourd'hui, contentons-nous de la donnée expérimentale de M. le professeur Andral, pour expliquer l'influence de l'eau alcaline dans les diathèses goutteuses et rhumatiques.

D'abord, dans la forme chronique du rhumatisme, l'eau de *la Magdeleine* agira, à une période peu avancée, comme antiplastique, désagrégeante et diurétique; et plus tard, car on sait que cette affection mène insensiblement sa victime jusqu'à la cachexie la plus grave, cette eau remplira le rôle de reconstituant, non pas seulement par son fer et son chlorure de sodium, mais aussi par son bicarbonate de soude qui devient alors un altérant tonique, en favorisant le conflit de l'oxygène avec les matériaux du sang (M. Gubler), c'est-à-dire en aidant à l'hématose (MM. Trousseau et Pidoux).

Dans le cours de notre pratique, nous avons vu trois fois des rhumatismes aigus, placés aux pieds ou aux mains chez des personnes jeunes encore, disparaître brusquement. Malgré un traitement énergique, le délire, l'oppression étaient survenus en même temps que les organes gonflés et douloureux reprenaient leur forme et leur sensibilité ordinaires. Puis le malade succombait après trois ou quatre heures, en dépit de tous les efforts tentés pour conjurer cette fatale et rapide terminaison.

Ces métastases cruelles, et que rien ne faisait prévoir, auraient-elles eu lieu si on avait, dès le principe du traitement, alcalinisé le sang en donnant un peu d'eau de *la Magdeleine?* Nous sommes portés à en douter, parce que depuis deux ans nous avons traité par cette eau alcaline plusieurs affections semblables, et que toujours nous nous en sommes bien trouvés.

Dans le rhumatisme aigu, nous donnerons donc l'eau de *la Magdeleine* légèrement tiédie par l'addition d'une infusion sudorifique sucrée. Dans la forme chronique elle sera donnée pure ou légèrement édulcorée.

Comme pour le rhumatisme, ce sont des opinions probables et nullement incontestables qui ont eu cours sur l'étiologie de la goutte. Mais, de l'observation des symptômes, quelques faits assez constants porteraient à induire *à priori*, ce que l'expérience plus tard a montré vrai; c'est que les accès étant le plus souvent suivis ou précédés d'anorexie, de rapports acides, de flatuosités ou d'autres signes de troubles digestifs, l'eau alcaline est indiquée en première ligne pour base du traitement anti-goutteux. L'évidence en paraît encore plus claire, quand on se rappelle que dans cette maladie, comme dans la précédente, il y a une augmentation constatée (Andral) du nombre des globules et de la proportion de la fibrine du sang, qui est alors dans un état de trop grande plasticité.

L'influence de l'eau bicarbonatée sodique, d'abord sur la fréquence, puis plus tard sur la durée et sur l'intensité des accès, reconnue par plusieurs auteurs, est d'autant plus grande, quand on se sert de l'eau de la *Magdeleine*, qu'à son bicarbonate se joint l'acide carbonique dont elle est largement pourvue et qui a une action semblable sur le sang. On a vu, dans le traitement par l'eau alcaline, les accès de goutte disparaître même pour plusieurs années (Rilliet, Petit de Vichy, Valleix). On a été jusqu'à dire que cette eau convenablement employée, peut, dans une certaine mesure, amoindrir les concrétions tophacées, guérir la gravelle et le catarrhe vésical, dont les symptômes s'augmentent d'ordinaire pendant les accès de goutte.

Peut-on boire de cette eau pendant la période aiguë? Les auteurs ne s'expliquent pas à cet égard; mais nous l'avons donnée pendant des accès de rhumatisme et de goutte en la faisant étendre d'une infusion sudorifique chaude et en forme de tisane, comme nous l'avons déjà dit, et alors que les malades se refusaient à toute autre boisson. Nous avons alors re-

---

ne guérirent qu'après avoir éprouvé les accidents les plus graves. Rousseau connaissait, assurément, cette espèce de ciguë : il n'ignorait pas que les feuilles de la ciguë, quoique moins dangereuses que la racine, le sont encore assez pour amener la mort, surtout quand elles sont fraîches. Et puis, qui sait? Quelque réminiscence philosophique lui aura peut-être fait préférer cette plante à toute autre.

Il est ensuite à remarquer que les symptômes toujours graves suscités par la ciguë ne sont pas sans analogie; les accidents signalés chez Rousseau, ceux qui dominent, en effet, se montrent principalement du côté des voies digestives; il y a, dans ce cas, de violentes coliques, telles qu'on voit les malades se rouler par terre. Or, on se rappelle qu'à sa rentrée Thérèse trouva Rousseau sur le carreau de la chambre; il y a des envies de vomir ou plutôt encore des efforts de vomissement; Thérèse propose un lavement à Rousseau pour le faire aller par le bas; il y a dans cette espèce d'empoisonnement des lipothymies, des sensations de froid aux extrémités; les experts nous parlent de sensations d'eau froide.

Quelles sont maintenant les observations cadavériques observées chez les individus qui ont été empoisonnés par la ciguë? Comme dans tous les cas d'empoisonnement par les végétaux, on ne trouve sur le cadavre que très-peu d'altérations dans les organes; les intestins sont distendus par des gaz, il y a çà et là quelques taches jaunâtres; peut-être les experts auront-ils pu constater des lésions analogues sur Rousseau; mais, n'ayant ouvert les intestins que pour y trouver la cause de ses infirmités habituelles, ils n'ont signalé que l'absence de toute inflammation, et de tout étranglement. Rousseau avait deux hernies inguinales; les experts ont uniquement recherché ce qui aurait pu résulter de cette infirmité.

Ainsi, et pour nous résumer sur ce point, nous dirons qu'on peut conclure des faits signalés dans le rapport des médecins :

1° Que les symptômes observés pendant la vie et les lésions constatées sur le cadavre ne sauraient se concilier avec l'hypothèse d'une apoplexie séreuse, comme ayant déterminé la mort de J.-J. Rousseau;

2° Que ces mêmes symptômes et ces mêmes lésions n'excluent en aucune manière la supposition d'un empoisonnement par une substance végétale, et spécialement par la grande ciguë.

Passons maintenant à cette opinion, que Rousseau, pour mettre fin à ses douleurs, se serait tiré un coup de pistolet sur le crâne

Nous avons vu que les premiers chirurgiens, ceux qui avaient été officiellement requis pour procéder à l'examen du corps, et qui, sans même en faire l'ouverture, avaient déclaré *d'une commune voix* que Rousseau avait succombé à une apoplexie séreuse, n'ont pas dit un mot de la blessure du front.

Les médecins, officieusement requis quelques heures après, se crurent tenus de mentionner au moins cette lésion, mais ils l'amoindrirent autant qu'il était en eux, ce fut une simple déchirure.

Voyons cependant quel compte on doit en tenir; nous savons qu'il n'était bruit dans le pays, lors de l'arrivée de Corancez, dans la matinée du 3 juillet, que du suicide de Rousseau; comment le maître de poste de Louvres lui dit que c'était par un coup de pistolet que M. Rousseau avait mis fin à ses jours.

Le comte Stanislas de Girardin, dans sa lettre à Musset Pathay, a cru devoir combattre cette supposition, comme il avait combattu celle d'un empoisonnement préalable.

Nous reprendrons en cela quelques-unes de ses objections; ne quittons pas pour le moment le rapport des médecins. Ce rapport, nous venons de le voir, n'exclut pas l'hypothèse d'un empoisonnement préalable; exclurait-il celui d'un coup de pistolet? Pour résoudre cette question, nous allons encore revenir sur deux sortes de faits : les symptômes et les lésions cadavériques; on s'étonnera peut-être de nous voir parler de symptômes lorsqu'il s'agit d'un coup de pistolet; mais nous maintenons le mot. Seulement, au lieu de chercher les symptômes dans l'état physique de Rousseau, nous les demanderons à l'état moral, et ici nous les trouverons formels, caractéristiques, nous dirions presque pathognomoniques.

Il y a plus, non-seulement ces symptômes annonceront l'acte qui mettra fin aux jours de Rousseau, mais encore il serait impossible de les interpréter comme prélude d'une maladie quelconque.

Dubois (d'Amiens).

Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie, de l'application de l'hydrothérapie au traitement des maladies chroniques, dans les établissements publics et au domicile des malades, par le docteur Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Troisième édition entièrement refondue et considérablement augmentée, avec figures dans le texte. Un très-fort volume grand in-8° de plus de 1200 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

marqué que la fréquence du pouls s'abaissait en quatre ou six jours, de 120 à 90 pulsations, et que les autres symptômes ne tardaient pas à s'amender progressivement.

Quelques médecins pourraient craindre que l'eau de *la Magdeleine*, ce prototype des eaux alcalines, ne contînt trop de bicarbonate de soude. Qu'ils se rassurent en se souvenant de la tolérance des goutteux pour ce genre de médication signalée par M. Rilliet, qui rapporte avoir vu boire vingt et même soixante verres par jour, de l'eau *des Célestins*, c'est-à-dire ingérer dans leur estomac de 25 à 75 grammes de bicarbonate de soude sans inconvénient aucun.

Si la cachexie n'était pas à redouter pour ces malades, elle le serait encore moins pour ceux qui boiraient de l'eau de la Magdeleine, si reconstitutive par son fer et les autres éléments de sa minéralisation exceptionnellement riche et variée.

Nous voudrions parler actuellement du mode d'action de l'eau que nous examinons, sur l'affection catarrhale en général, qu'elle détruit ou fait disparaître pour un temps souvent fort long. Mais pour ne pas donner trop d'étendue à ce travail, nous nous bornerons à rappeler que ce genre de lésion morbide provoque, après un certain temps, la débilité du sujet, et que cet abaissement des forces organiques entretient à son tour la maladie; cercle vicieux dont on ne sortira que par l'emploi des reconstituants. L'eau de la Magdeleine, en redonnant aux tissus muqueux, comme à toute l'économie, une vitalité plus grande, parvient à les guérir pour un plus long temps que ne pourrait le faire, par exemple, le contact du nitrate d'argent, modificateur local, incapable d'empêcher le retour des phénomènes mobiles, qui seraient recréés bientôt par la même influence diathésique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de l'affection calculeuse du foie.

Dans un intéressant article publié dans le nouveau *Dictionnaire* de médecine et de chirurgie pratiques, le docteur Luton résume d'une façon très-nette le traitement de l'affection calculeuse du foie :

Une première considération domine le traitement de l'affection calculeuse du foie, c'est qu'il ne faut jamais entreprendre le traitement radical de cette affection que dans les intervalles des attaques de coliques, en d'autres termes, que lorsque les phénomènes d'irritation ont été calmés; autrement on ne ferait qu'exaspérer les accidents.

Le traitement doit être dirigé d'abord contre les accidents causés par la colique hépatique, puis contre les calculs eux-mêmes.

Dans le traitement des accidents causés par la colique hépatique, on devra surtout chercher à calmer les douleurs; l'emploi de l'opium à l'intérieur (10 à 20 centigrammes) peut être conseillé; on se trouvera bien également des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphinc.

La belladone ne vaut pas l'opium et ne doit être employée que lorsque ce dernier agent fait défaut. Il en est de même de l'eau de laurier-cerise et de la teinture de castoréum.

Au moment des paroxysmes, les inhalations de chloroforme poussées jusqu'à l'anesthésie non-seulement calment la douleur, mais encore peuvent faire cesser les contractions spasmodiques des voies biliaires et partant favoriser l'expulsion des calculs.

Les médications dirigées contre les calculs sont nombreuses :

1° En premier lieu les dissolvants ; ils sont de beaucoup préférables aux autres moyens; les calculs sont quelquefois, sous leur influence, dissociés ou réellement dissous et disparaissent sans qu'on en retrouve de traces; mais le plus souvent ils sont rendus intacts au milieu d'évacuations bilieuses abondantes.

Le moyen le plus usité consiste dans l'administration des eaux de Vichy, de Vals, de Carlsbad et d'Ems. Ces eaux sont prises en boissons et en bains. Il importe de les employer avec une certaine persévérance et à différentes reprises pendant plusieurs années consécutives.

2° Le remède de Durande consiste dans l'administration, chaque jour, de 2 à 4 grammes de la potion suivante :

Éther sulfurique.	15 grammes.
Huile de térébenthine.	10 —

Il est à remarquer que dans les cas où le remède de Durande a réussi, les calculs ont été plutôt rejetés par les selles qu'ils n'ont été réellement dissous; ce qui fait que le médicament semble n'agir qu'en provoquant les évacuations des calculs, et à ce titre il se rattache de préférence au groupe des moyens expulsifs.

Enfin le chloroforme paraît n'agir qu'en calmant les douleurs de la colique hépatique.

3° Les agents mécaniques auxquels il faut spécialement recourir sont les purgatifs; on a encore conseillé les frictions, les douches et le massage, l'électricité. A tout cela on doit préférer l'emploi raisonné des purgatifs et surtout du sulfate de soude et de l'huile de ricin.

Comme régime, on prescrira les herbes fraîches, laxatives, chicorée, borraginée, etc.; on donnera des raisins, des fruits acides, du petit lait.

Il faut exclure de l'alimentation les corps gras, quels qu'ils soient; le régime sera doux et modéré; l'exercice favorisera l'écoulement de la bile dans l'intestin et empêchera que celle-ci ne stagne dans la vésicule.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le docteur Fraigniaud.

Monsieur,

Dans une intéressante étude sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone, insérée dans les numéros 51 et 52 de la *Gazette des Hôpitaux* de cette année, vous semblez établir que M. Camus est le premier qui ait étudié la question par des expériences sur les animaux. Je me bornerai à vous faire observer ici que la thèse de M. Camus est du 28 juin 1865, et que la *Gazette des Hôpitaux* du 17 juin de la même année renferme un travail de moi, dans lequel la question est étudiée pour la *première fois* par des expériences sur les animaux et résolue négativement.

Agréez, etc. D[r] A. Bois (d'Aurillac).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Hier lundi ont commencé les argumentations des thèses pour le concours de l'agrégation en chirurgie et accouchements.

MM. Dubreuil et Berrut ont soutenu leur thèse lundi. Les autres séances seront ainsi remplies :

Mercredi : MM. Cruveilhier et Bailly; — vendredi : MM. Duplay et Després; — lundi 4 juin : MM. Tillaux et Verrier; — mercredi : MM. Gueniot et Anger.

— La Société de médecine de Versailles vient de créer un prix de 200 francs, à décerner en octobre 1867. La question à traiter est la suivante :

« Du service médical des pauvres, en France, tant en ville qu'à la « campagne, et de la façon dont il devrait être établi pour répondre « à la fois aux nécessités des malheureux indigents et aux exigences « légitimes des médecins. »

Les mémoires devront être écrits en français et envoyés avant le 1[er] août 1867, à M. le docteur Le Duc, secrétaire général, rue Neuve, n° 11, à Versailles. Un pli cacheté renfermera le nom et l'adresse de l'auteur, puis une devise qui, *seule*, devra être répétée en tête du mémoire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, tome deuxième, 2[e] série, année 1865. Prix : 5 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Lettres sur les eaux naturelles iodo-bromo-phosphatées et arsénicales de Saxon-les-bains, canton du Valais (Suisse), par le docteur Bergeret (de Saint-Léger). In-8° de 130 pages. Prix : 1 fr. 60. — Paris, 1866. Germer-Baillière.

Des perfectionnements récents de la synthèse chirurgicale, par le docteur Gayraud, thèse de concours pour l'agrégation. In-8° de 147 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Des grossesses extra-utérines, par le docteur A. Triadou, thèse de concours pour l'agrégation. In-8° de 130 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Tables décennales de l'année scientifique et industrielle (1857-1865), par Louis Figuier. Un vol. in-18 de 200 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1866, L. Hachette.

Le Directeur, D[r] E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 63. — JEUDI 31 MAI 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 31 MAI 1866. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 MAI 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie paraît vouloir entrer décidément dans la voie des utiles réformes. Nous avons eu à la louer récemment d'avoir adopté la proposition libérale qui lui avait été faite de livrer désormais au régime commun de la publicité la lecture des rapports de prix. Le conseil académique vient de prendre l'initiative d'une nouvelle proposition qui, si elle est adoptée par l'Académie, ce qui est déjà fait probablement à cette heure, commencera la réalisation d'une réforme importante que nous appelons depuis longtemps de tous nos vœux, et qui consistera à répartir désormais dans une proportion plus équitable les diverses spécialités scientifiques représentées par les sections. Nous avons fait remarquer déjà plusieurs fois, à l'occasion de certaines vacances, combien cette répartition était inégale ; à ce point que, tandis que les vétérans de la médecine et de la chirurgie sont souvent astreints à un stage indéfini avant d'entrer à l'Académie, il est telles sections qui en aplanissent tellement l'accès qu'il a suffi plus d'une fois de simples espérances, à défaut de solides réalités scientifiques, pour s'en voir ouvrir généreusement les portes. N'avons-nous pas vu même, parfois, en présence de la pénurie de candidats sérieux, l'Académie obligée de se mettre en quête de compétiteurs improvisés pour compléter le chiffre règlementaire de la liste de présentation! C'est pour obvier désormais à cet état de choses, qu'a été soumise hier à l'Académie, réunie en comité secret, une proposition tendant à modifier la composition d'une de ses sections. Si nous sommes bien informés c'est sur la section d'accouchements que porterait la première application de cette nouvelle mesure. Cette section prendrait à l'avenir le nom de section d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants. Ce changement de dénomination permettrait ainsi de réduire le chiffre relativement exubérant des accoucheurs et d'ouvrir un plus large accès aux pathologistes, en permettant d'y admettre les médecins dont les travaux auraient porté plus spécialement sur l'un de ces deux ordres de maladies. Nous ignorons ce qu'a décidé l'Académie, mais nous ne doutons pas qu'elle n'ait accueilli favorablement la proposition.

Nous signalerons, parmi les présentations qui ont été faites à la suite de la correspondance, un très-intéressant mémoire de M. A. Préterre, sur les propriétés physiologiques et anesthésique du protoxyde d'azote. Ce gaz, d'après les essais multipliés qu'en a déjà faits M. Préterre, présenterait, par son innocuité et par l'extrême rapidité de son action, un double avantage qui le rendrait préférable à tout autre agent, chloroforme, éther, sulfure de carbone, etc., pour toutes les opérations de peu de durée, telles que l'avulsion des dents, l'ablation des ongles incarnés, l'ouverture des abcès, etc.

Avant de se former en comité secret, l'Académie a entendu une communication de M. Auzias-Turenne, sur la syphilis du chat ; et elle a procédé à l'élection d'un membre du conseil, en remplacement de M. Michon. C'est M. Huguier qui a été désigné par les suffrages de ses collègues, pour remplir ces fonctions pendant le reste de l'année 1866. — Dr Brochin.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant M. JOBERT (de Lamballe).

Des abcès par congestion au pli de l'aine.

Leçon recueillie par M. S. BESNIER, interne du service.)

Messieurs,

Dans une de mes dernières cliniques j'avais signalé à votre attention trois malades de la salle Saint-Côme. Chacun de ces malades est atteint d'abcès par congestion au pli de l'aine. Dans cette leçon, je vais rapprocher leur histoire, afin de vous mettre à même d'en faire l'étude comparative. Vous pourrez ainsi vous convaincre que si, dans la plupart des cas, le diagnostic de ces abcès est facile, il peut aussi arriver qu'il soit plus ou moins difficile. De plus, vous verrez que l'analyse exacte des différents symptômes, que chacun d'eux présente, nous conduira à des considérations particulières pour le diagnostic et le traitement.

Le premier de ces malades est couché au n° 5 : c'est un jeune homme de vingt-quatre ans, qui est entré dans le service pour des lésions multiples. Il a été pris dans la salle, il y a quelques semaines, d'un érysipèle grave de la face et du tronc ; érysipèle qui a mis ses jours en danger, mais dont il est aujourd'hui convalescent. Ce jeune homme offre toutes les attributions d'une constitution scrofuleuse : il a le teint pâle, la face légèrement bouffie, les ganglions lymphatiques engorgés. Il porte à la face une fistule, qui correspond à une carie du maxillaire supérieur : c'est même cette lésion qui a été le point de départ de son érysipèle. De plus, il présente à la partie antérieure de la jambe une cicatrice déprimée adhérente au tibia, indice d'une lésion osseuse antérieure ; et en effet, il dit qu'il a eu là une plaie qui a longtemps suppuré, et par laquelle on a extrait deux fragments osseux. Il n'accuse du reste aucune maladie antérieure, et notamment aucun antécédent syphilitique.

Il raconte qu'il a fait une chute à la renverse il y a quatre ans ; il en est résulté une contusion violente de la région dorsale, à la suite de laquelle il a été obligé de garder le lit pendant deux mois. Au bout de ce temps, il a pu se rendre à la campagne, mais il y est resté encore quatre mois sans pouvoir travailler. Ce n'est qu'après ces six mois de repos complet qu'il a pu se considérer comme complétement guéri, et qu'il a pu reprendre ses occupations de marbrier. Ainsi chez lui, comme antécédents morbides, nous avons des accidents scrofuleux et un traumatisme violent de la région dorsale. Mais ce n'est qu'au mois de décembre dernier, et par conséquent depuis six mois, qu'il a vu apparaître, sans cause appréciable, la tumeur pour laquelle il est entré dans nos salles.

Cette tumeur siége au pli de l'aine, du côté droit ; elle était tout d'abord, dit-il, du volume du pouce, puis elle a augmenté peu à peu et a acquis le volume d'une orange moyenne ; depuis deux mois elle est à peu près stationnaire. Elle occupe exactement le point par où sortent les hernies crurales ; elle est par conséquent dans le triangle de Scarpa, à sa partie interne et en dedans des vaisseaux fémoraux, qu'on sent audessous d'elle en la déprimant ; elle est recouverte par des téguments intacts. Cette tumeur, régulièrement arrondie, est molle au toucher et indolente ; la pression la fait disparaître assez facilement, mais elle reparaît avec la même facilité ; elle se réduit du reste sans faire entendre aucun gargouillement ; enfin elle est complétement mate à la percussion.

Parmi ces symptômes, il en est qui appartiennent aux hernies crurales ; tels sont le siége, la forme, l'indolence, l'état des téguments, la réduction. Mais il en est d'autres qui ne peuvent appartenir qu'à une collection de liquide, et, disons-le de suite, à un abcès par congestion : telles sont la réduction sans gargouillement, la matité ; et cela suffit pour établir le diagnostic. Cependant cette tumeur, d'après le malade, aurait été prise au début pour une hernie ; et on lui aurait fait porter un bandage herniaire, qui du reste aurait été tout à fait insuffisant, la tumeur reparaissant au-dessous de ce bandage.

Nous avons donc au pli de l'aine un abcès par congestion, c'est-à-dire un abcès, ayant son origine dans une lésion osseuse, située dans un point plus ou moins éloigné. Dès lors nous devons immédiatement chercher du côté de la cavité abdominale le prolongement de cet abcès. Ce prolongement, ici, est très-étendu ; il occupe toute la partie latérale droite de l'abdomen, en remontant du côté des côtes. La palpation permet en effet de sentir profondément une vaste poche, en communication avec la tumeur du pli de l'aine, qui vient à augmenter de volume sous la pression. Cependant la percussion donne une sonorité très-nette ; ce qui tient à la présence des anses intestinales qui passent au devant de la collection purulente.

Un abcès par congestion, dans cette région, suppose en général une altération de la colonne vertébrale. Que se passe-t-il en effet lorsqu'une lésion, une carie des vertèbres existe? Il se forme une certaine quantité de pus, qui s'accumule au point malade, puis descend le long des gaînes fibreuses et des vaisseaux, et finit par occuper la région inguinale. Mais dans ces cas, la colonne vertébrale offre ordinairement une déformation plus ou moins prononcée ; elle est douloureuse à la palpation et à la percussion. Dans le cas qui nous occupe, rien de semblable n'existe ; il n'y a ni douleur ni déformation du rachis ; et si l'expérience n'était pour nous, nous pourrions rester dans le doute. Mais en présence de la marche habituelle de ces collections purulentes, nous pouvons affirmer qu'il y a une altération de la colonne vertébrale, une altération qui occupe la partie antérieure des corps des vertèbres et remonte même jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale.

FEUILLETON.

RECHERCHES

SUR LE GENRE DE MORT DE J.-J. ROUSSEAU (1).

Rappelons-nous, en effet, les paroles de Rousseau à la marquise de Girardin, à cette heure qui devait être pour lui la dernière : « Que « venez-vous faire ici, madame? Votre sensibilité doit-elle être à l'é- « preuve d'une scène pareille et de la catastrophe qui doit la suivre? » J'ai déjà demandé qu'on veuille bien me citer une maladie qui donne au patient cette certitude qu'il va mourir, et cela tout en lui laissant la plus grande liberté d'esprit : qui s'aviserait de parler ici d'apoplexie séreuse? Qui oserait dire qu'une mort amenée par cette maladie se montre sous cette forme, s'annonce ainsi ?

Reportez-vous, au contraire à l'hypothèse du suicide, et voyez si cet état moral ne se concilie pas parfaitement avec ce qui va arriver.

Rousseau est en proie à d'atroces douleurs intestinales ; Thérèse l'a trouvé se roulant sur le carreau de la chambre, et il s'était levé le jour même en pleine santé et il était allé herboriser ! Que s'était-il donc passé? On l'ignore. Mais Rousseau repousse tout secours ; il ne veut pas qu'on soit témoin de cette *scène*, et il annonce une prochaine *catastrophe* ; j'ai dit que tout le suicide était là. En effet, Rousseau, qui avait cru en finir avec une plante vénéneuse, est en proie à des douleurs atroces, et il va y mettre fin par un coup de pistolet. Mais ici reprenons le rapport des médecins : ce que ce rapport ne peut taire, c'est qu'il y avait une blessure, et une blessure au front : *on la qualifie de légère déchirure* ; mais enfin elle existe, et, loin de la donner comme simple déchirure, le sculpteur Houdon a déclaré qu'il y avait *un trou* au crâne ; « mais, dit le comte Stanislas, un « coup de pistolet tiré à bout portant dans la tête fait sauter la cer- « velle, inonde le visage de sang et en décompose tous les traits. Une « balle, ajoute le comte, à une petite distance, ne se borne pas à « faire un trou comme elle le ferait dans une planche de sapin ou « dans une feuille de carton ; elle fracasse les os du crâne (1). » J'en demande bien pardon à M. le comte, mais il parle ici de choses qui lui sont peu familières.

Je dirai d'abord que lorsqu'il s'agit de blessures par armes à feu, tout est possible, tout est croyable ; il n'y a pas d'accident, quelque bizarre, quelque étrange qu'il soit, qui ne puisse resulter de ces sortes de blessures ; tantôt c'est à peine si on pourra retrouver les trous d'entrée et de sortie, tantôt ce sera un désordre affreux, et cela quelle que soit la distance à laquelle le projectile a été lancé. Voici toutefois quelques règles à ce sujet, règles que le comte Stanislas pouvait parfaitement ignorer :

L'expert appelé pour constater ces sortes de blessures doit d'abord rechercher, en supposant que cela soit possible, si la poudre a été ou non comprimée par une bourre, car, pour peu qu'il y ait eu compression, les accidents seront toujours beaucoup plus graves, il y aura eu commotion.

Ce n'est pas tout : contrairement à ce que pense le comte Stanislas, lorsque le coup est tiré très-près d'une surface osseuse, elle peut la traverser sans la fracturer angulairement, et, comme l'a démontré M. Devergie, la balle peut y faire une ouverture d'autant plus nette, qu'elle est mise en mouvement par une force plus grande (1). Ces faits ont été observés non-seulement sur des individus qui s'étaient suicidés, mais à la suite d'expériences nombreuses faites sur des cadavres ; des coups de pistolet ont été tirés sur des crânes, et on a constaté que dans beaucoup de cas l'ouverture du crâne était exactement ronde, de même étendue que le diamètre de la balle, surtout en ce qui concerne la table externe, car parfois il arrive que l'ouverture de la table interne est plus large par suite d'éclats nombreux repoussés en dedans (2).

Il y a encore une remarque importante à faire, c'est que si le coup a été tiré à bout portant, à quelques centimètres, par exemple, l'ouverture faite au crâne pourra être nette et ronde, mais il n'en sera pas de même si le bout du pistolet a été *appliqué* sur le crâne ; dans ce cas, la plaie sera déchirée dans plusieurs directions, et partant il y aura beaucoup plus de désordres.

(1) Voir les numéros des 5, 8, 12, 19, 22 et 29 mai.

(1) *Loc. cit.*, p. 9.

(1) *Médecine légale*, t. II, p. 72.
(2) *Loc. cit.*, p. 80.

Comme cause de cette altération, devons-nous accuser le traumatisme violent dont le malade a été victime il y a quatre ans? Oui et non. Je m'explique : nous avons là un scrofuleux, par conséquent un sujet éminemment prédisposé à des altérations osseuses. Ce scrofuleux, dans sa chute sur la région dorsale, a reçu pour ainsi dire un coup de fouet, qui a précipité la marche des accidents qui le menaçaient. En résumé, nous pouvons formuler ainsi notre diagnostic : abcès par congestion, de nature scrofuleuse, développé sous l'influence d'une cause traumatique, et lié à une altération des vertèbres dorsales et lombaires.

Je passe immédiatement au second malade, qui est couché au nº 35. C'est un homme, âgé de trente-quatre ans, d'une apparence assez chétive, bien qu'il ne soit pas scrofuleux. Il est cordonnier de son état, et par conséquent il mène une vie sédentaire. Il porte, comme le précédent, un abcès par congestion au pli de l'aine. Lorsqu'on l'interroge sur la cause de sa maladie, il raconte qu'il a été renversé par une voiture, il y a cinq ans. Mais en le faisant préciser, on apprend que la voiture lui a passé sur le poignet ; que déjà il était gêné dans sa marche, et que c'est même là ce qui a été cause de sa chute. Il est entré alors à l'Hôtel-Dieu, et quelques semaines après il en est sorti guéri. Il y a trois ans, la marche chez lui devenant de plus en plus difficile, il a dû prendre une béquille pour se soutenir. Enfin, il y a un an, il est entré à l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant d'une douleur vive dans le membre abdominal inférieur. Cette douleur a été rattachée à cette époque, comme cela a lieu ordinairement, à une névralgie sciatique, et traitée par des pointes de feu, dont il porte encore la trace.

Au bout de deux mois, il a pu quitter l'hôpital, notablement amélioré, mais encore assez impotent de son membre.

Cet homme est dans notre service depuis un mois ; il y est entré parce que, quinze jours avant, il a vu apparaître au pli de l'aine la tumeur dont je veux vous entretenir. Cette tumeur est située, comme celle du malade précédent, dans le triangle de Scarpa ; mais elle en occupe la partie externe, elle est ainsi en dehors des vaisseaux fémoraux. Elle est assez volumineuse, bien qu'elle ne fasse pas une saillie très-notable. Les téguments qui la recouvrent sont intacts. Elle est molle, fluctuante et indolente. Elle se réduit, mais en partie seulement. Enfin, du côté de la cavité abdominale, elle offre un prolongement qu'on sent facilement en déprimant la paroi de cette cavité.

Vous le voyez, messieurs, tous ces symptômes indiquent un abcès par congestion ; je n'y insiste pas davantage.

Trouvons-nous chez ce malade cette déformation de la colonne vertébrale, si fréquente dans ces abcès? Vous avez pu voir qu'il n'en est rien, et que le rachis, comme chez le malade précédent, conserve sa direction et sa conformation normales. Mais il se présente cependant de ce côté quelques symptômes sur lesquels je veux attirer votre attention, et qui nous permettront de préciser le point où siége l'altération osseuse. La palpation au niveau de la base du sacrum et près de l'articulation sacro-iliaque, détermine dans ces points une douleur assez vive ; et bien que la douleur, dont le malade a si longtemps souffert dans le membre inférieur, ait notablement diminué elle persiste encore à un certain degré.

Il y a longtemps que Chomel a insisté sur ce fait qu'une douleur persistante sur le trajet d'un nerf, et simulant une névralgie, indique une altération profonde, une lésion des os, près desquels passe le nerf devenu douloureux. Ajoutons encore que lorsqu'on veut faire lever et marcher le malade, on est immédiatement frappé de la difficulté qu'il éprouve. Il peut à peine se soutenir debout ; il lui faut un point d'appui, sans lequel il ne tarderait pas à tomber. Cependant lorsqu'il est soutenu convenablement, il peut, quoique avec peine, progresser et marcher. Au contraire, lorsqu'il est étendu dans son lit, il peut fléchir les deux membres inférieurs avec autant de force et d'assurance que s'il n'était pas malade. La sensibilité cutanée est du reste parfaitement intacte. Nous n'avons donc pas là une paralysie des membres inférieurs ; ce n'est pas non plus la douleur qui empêche absolument le malade de marcher, mais c'est la difficulté qu'il éprouve à se tenir debout. Que se passe-t-il donc chez lui ? Cette difficulté de la station verticale ne peut tenir ici qu'à une altération du sacrum ou de ses articulations. Réfléchissez, en effet, au rôle important que joue alors le sacrum : il est là comme une sorte de coin enfoncé et maintenu entre les deux os iliaques ; et c'est sur lui que presse tout le poids de la colonne vertébrale. On conçoit donc que la station verticale soit extrêmement pénible lorsque cet os ou ses articulations sont altérés. Et en effet c'est ce qui arrive chaque fois que ces parties sont malades. M. le professeur Laugier a le premier attiré l'attention sur ce fait important, à propos des lésions dont les articulations sacro-iliaques peuvent être le siége.

En nous basant sur l'existence de ces deux symptômes, la douleur locale, et la difficulté de la sustentation, nous sommes donc en droit d'admettre que chez ce second malade, c'est la base du sacrum et l'articulation sacro-iliaque droite qui sont altérées, et que c'est là que l'abcès du pli de l'aine prend sa source.

J'arrive à notre troisième malade, dont je résume l'histoire en quelques mots. Cet homme est couché au nº 10 de la même salle ; il est pâle, amaigri et souffrant depuis longtemps.

Il est arrivé dans le service avec un abcès ouvert au pli de l'aine du côté droit. Il raconte que cet abcès est apparu il y a cinq mois, et qu'il avait cru tout d'abord que c'était un bubon, et que par conséquent il s'était rendu à l'hôpital du Midi. Là, on lui a ouvert cet abcès par le caustique, et il s'en est écoulé un pus mal lié. Mais à mesure que cet écoulement avait lieu, est survenu un symptôme nouveau et fort important : le malade ne pouvait plus allonger la cuisse, et peu à peu tout le membre inférieur a subi un léger mouvement de flexion et de rotation en dedans.

Vous avez pu constater aujourd'hui et l'ouverture de l'abcès qui continue à verser du pus à l'extérieur, et la déviation du membre inférieur.

L'exploration par le stylet ne permet pas de sentir le point osseux malade ; mais dans la fosse iliaque on sent une tumeur fluctuante, douloureuse, et dont la pression augmente l'écoulement du pus.

Chez ce malade il importe de déterminer si l'abcès siége au devant de l'aponévrose iliaque ou au-dessous de cette aponévrose ; et dans ce dernier cas, si c'est à un psoïtis ou à une altération osseuse que nous avons affaire. L'étude d'un seul symptôme de la rétraction et de la déviation de la cuisse, suffira pour élucider ces questions.

Ce symptôme est évidemment lié à un trouble fonctionnel du muscle psoas-iliaque. Il faut donc admettre que l'abcès siége au-dessous de l'aponévrose iliaque et est en contact avec le muscle psoas-iliaque. Vous avez pu voir, en effet, que chez les deux malades précédents, on n'observait ni rétraction, ni déviation du membre inférieur ; c'est qu'alors le pus passait au devant de cette aponévrose, et laissait le muscle remplir ses fonctions normales. Aurions-nous affaire à un psoïtis? Nous ne le pensons pas ; car dans cette maladie, la rétraction du membre est un des premiers phénomènes qui survient, tandis que chez notre malade elle n'est que secondaire. La collection purulente était formée depuis longtemps, le pus même coulait à l'extérieur, que le membre conservait encore sa direction normale ; et ce n'est que peu à peu que la déviation est survenue ; le malade est très-précis dans ses réponses à ce sujet. Il est possible, il est même probable qu'aujourd'hui le muscle est plus ou moins altéré dans une certaine étendue, mais cette lésion n'est survenue que consécutivement à la présence de la collection purulente. Si nous éliminons le psoïtis, nous ne pouvons avoir affaire qu'à une lésion de l'os iliaque. Et ce qui nous confirme encore dans notre manière de voir, c'est qu'il existe une douleur très-vive à la pression au niveau de la crête iliaque à sa partie postérieure, et au niveau de la tubérosité ischiatique. Nous avons donc là encore un abcès par congestion ou plutôt un abcès ossifluent, ouvert à l'extérieur, et lié à une altération de l'os iliaque.

Ainsi, messieurs, les trois malades dont je viens de vous entretenir, sont atteints d'abcès par congestion, siégeant au niveau du pli de l'aine du côté droit, et provenant d'altérations osseuses, situées dans des points plus ou moins éloignés. En présence de ces affections, qu'avons-nous à faire ? L'expérience démontre qu'il faut toucher le moins possible à ces sortes d'abcès. En les abandonnant à eux-mêmes, quelquefois ils guérissent spontanément ; cela s'observe surtout chez les enfants ; ou bien ils restent stationnaires pendant un temps plus ou moins prolongé. Lorsqu'on vient à les ouvrir, quel que soit le procédé qu'on mette en usage, on voit souvent survenir des accidents graves, auxquels peuvent succomber les malades. Cependant il est des circonstances qui commandent d'intervenir ; ainsi, il est urgent de le faire, lorsque la peau est rouge et tendue et menacé de se perforer. C'est ce qui a eu lieu probablement pour le dernier de nos malades : son abcès a été ouvert, et actuellement il est relativement dans d'assez bonnes conditions. Chez lui, nous n'avons plus aujourd'hui qu'à faciliter l'écoulement du pus à l'extérieur, et à lui faire suivre un régime tonique et reconstituant pour rétablir ses forces. Mais son état général est affaibli, et il lui faudra plusieurs mois pour arriver à la guérison.

Les téguments sont intacts chez nos deux autres malades ; et cependant, vous nous avez vu faire une ponction sur le premier dans notre dernière clinique ; et nous nous proposons également de ponctionner l'abcès du second. Voici les raisons qui nous déterminent à intervenir chez ce dernier ; c'est que cet homme depuis un an est impotent de son membre ; et depuis deux mois il est cloué sur son lit sans pouvoir en bouger ; de plus, l'abcès est volumineux, il augmente chaque jour, et d'un moment à l'autre la peau viendra à s'enflammer et à se perforer, et nous avons hâte de prévenir cet accident. La ponction seule est capable de le faire, car les applications locales que nous avons faites, soit des vésicatoires, soit de la teinture d'iode, sont restées complétement inutiles.

Quant au premier malade, des raisons plus graves, et plus pressantes encore nous ont obligé de faire la ponction, alors qu'il était à peine convalescent de son érysipèle. Chez ce malade, déjà trois fois il y a eu des douleurs de ventre assez vives, limitées au côté droit et exagérées par la moindre pression, et en même temps il éprouvait dans cette région des élancements, et il offrait un état fébrile assez intense.

Tous ces symptômes, qu'il présentait encore il y a quelques jours, indiquaient que la poche purulente, qu'il porte dans le côté droit de l'abdomen, était le siége d'un travail inflammatoire plus ou moins violent, et menaçait de se rompre. Allait-elle se rompre dans l'intestin? rien ne pouvait le faire prévoir, et si elle s'ouvrait en dehors de l'intestin, cet homme était évidemment perdu. Nous avons donc dû recourir à l'ouverture de l'abcès au pli de l'aine, par lequel nous pouvions vider en grande partie la poche abdominale, et prévenir par là même sa rupture. Vous nous avez vu faire la ponction de cet abcès et l'aspiration du pus, à l'aide de l'instrument de M. J. Guérin. Cet instrument, comme vous le savez, se compose d'une seringue ordinaire avec une canule à robinet, à laquelle peut s'adapter un trocart plat, muni de sa canule propre et terminé par une pointe aiguë et tranchante. A la canule de la seringue correspond une seconde canule également à robinet et terminée par une extrémité libre. Par le jeu combiné des robinets, on peut aspirer le pus de l'abcès et le verser à l'extérieur, sans faire communiquer avec l'air la cavité purulente : résultat très-avantageux, car vous connaissez les accidents graves qu'entraîne cette pénétration de l'air dans les vastes abcès. Mais vous avez pu remarquer que, dans la circonstance, cet instrument n'a fonctionné que d'une manière très-incomplète. Au troisième coup de pompe, en effet, nous n'avons obtenu aucun écoulement de pus ; nous avons répété la manœuvre ordinaire, en procédant comme toujours avec la plus grande lenteur, et nous n'avons rien obtenu encore. Alors nous n'avons pas insisté, et nous avons retiré la canule plate qui avait été introduite dans l'abcès ; et nous avons trouvé son extrémité obturée par des grumeaux de pus, dont la présence s'opposait à l'aspiration du

---

Ce sont là des faits établis par la science que ne pouvaient connaître ni Corencez, ni Musset Pathay qui croyaient au suicide de J. J. Rousseau ; ni le marquis, ni le comte de Girardin qui n'y croyaient pas ; mais ces faits, nous avons dû en tenir grand compte pour notre part.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse, ce que nous avons dit doit suffire pour prouver que les actes prétendus *officiels*, tant cités, sont, comme je l'ai dit, dénués de toute valeur au point de vue de la science.

On n'a pas oublié que de ces pièces une seule, la première, peut être donnée comme un acte officiel, bien que les experts se soient tout à fait écartés de leur mission. Ils avaient été requis par le procureur fiscal bailliage d'Ermenonville à l'effet de constater si le sieur Rousseau était *réellement mort*, fonctions accomplies aujourd'hui par les médecins vérificateurs des décès ; mais loin de s'eu tenir là, ils s'étaient crus obligés de confirmer une opinion déjà établie, à savoir que le sieur Rousseau avait succombé à une apoplexie séreuse, ce qu'ils ont déclaré *d'une commune voix*, sans même prendre connaissance de l'état des organes.

Les choses s'étant passées ainsi, nous avons à peine besoin de dire que ce document n'a aucune espèce de valeur scientifique. C'est un acte de complaisance, et voilà tout.

Que si nous nous demandons maintenant quelle est la valeur légale du second rapport rédigé par les médecins, nous verrons qu'elle est tout aussi nulle. Pris d'un scrupule de conscience et peu satisfait des deux chirurgiens qui venaient cependant de déclarer officiellement que Rousseau était mort d'une apoplexie séreuse, le marquis de Girardin réunit chez lui un lieutenant du premier chirurgien et deux médecins à l'effet de procéder à l'ouverture du corps de J. J. Rousseau. Le docteur Casterès, qui tient la plume, ne dit pas même qu'ils ont été convoqués. « Je, soussigné, dit-il, lieutenant de M. le premier chirurgien à Senlis, ayant été appelé au château d'Ermenonville ce jourd'hui 3 juillet 1778, et requis de faire l'ouverture du corps de M. J. J. Rousseau, etc... » Mais appelé par qui ? il ne le dit pas ; c'est qu'aucune réquisition légale n'avait été faite, si bien qu'on s'appuie seulement sur le désir exprimé par le défunt, même au moment de sa dernière attaque pour procéder à l'ouverture du corps.

Voilà pour les opérations légales.

La qualité des hommes de l'art convoqués ainsi par le marquis, aurait pu faire supposer que leur rapport, à défaut de valeur légale aurait du moins une haute valeur scientifique ; or, nous avons vu qu'à l'exception de ce qui concerne la cause des infirmités qui avaient en d'autres temps affligé Rousseau, ce document ne donne aucune lumière sur le genre de mort. On n'y mentionne aucune recherche sérieuse sur l'état des voies digestives ; on note la présence d'une certaine quantité de sérosité dans le crâne. Le marquis avait dit que cette sérosité était sanguinolente, parole imprudente qui ne se trouve plus dans le rapport ; ce qui se conçoit, du reste, de la part d'experts qui semblent avoir voulu donner le change à l'opinion en laissant là, malgré l'attente publique, tout ce qui pouvait confirmer ou infirmer le suicide, et en ne s'occupant que des reins, de la vessie, des uretères et de l'urèthre, donnent ainsi à entendre qu'il ne leur était pas même venu à l'esprit que Roussau eût mis fin à ses jours volontairement.

Disons maintenant qu'il faut rendre ici justice au comte Stanislas de Girardin. Avant lui on n'avait guère fait qu'invoquer ces pièces, en leur attribuant un caractère légal, le comte Stanislas les a loyalement reproduites et textuellement, dans les pièces justificatives de sa lettre à M. Musset-Pathay ; un médecin ne les aurait peut-être pas reproduites tant elles sont faibles, mais le comte Satanislas a cru pouvoir s'appuyer sur d'autres documents, au nombre desquels se trouve la lettre de Thérèse à Corancez, lettre dont j'ai déjà parlé, qui révèle toute la bassesse de cette femme. Corancez venait de publier ses souvenirs sur Rousseau, elle saisit cette occasion pour en appeler à sa générosité. Le gouvernement de la Révolution lui faisait une pension ; elle se plaint de ce que l'an V lui est dû ; quant au suicide de J. J. Rousseau, elle le nie en des termes ridicules dans sa bouche, ce qui n'empêche pas le comte Stanislas de les citer comme une autorité. « Je vous atteste, dit-elle à Corancez, j'atteste à mes concitoyens, « j'atteste à la postérité (voyez-vous Thérèse qui parle à la postérité!) « que mon mari ne s'est point empoisonné dans une tasse de café, « qu'il ne s'est point brûlé la cervelle d'un coup de pistolet. » Le comte de Girardin cite ces paroles, et il ajoute *que cette dénégation a du poids!* que les reproches de Thérèse sont très-sensés. Mais il n'a donc pas lu cette lettre en entier, il n'a donc pas vu que dans cette même lettre, dix lignes plus haut, cette femme calomnie indignement son père le marquis René de Girardin ; qu'elle l'accuse d'avoir disposé de tous les effets de Rousseau sans même la consulter ; qu'il lui a remboursé en assignats l'argent qu'elle lui avait confié ;

pus, de plus la canule retirée, vous avez vu le pus s'écouler lentement par l'ouverture faite à l'abcès, bien que nous ayons pratiqué une ponction sous-cutanée. Cet écoulement spontané ne s'est arrêté que dans la soirée; depuis, la cicatrisation a eu lieu, et le malade a pu bénéficier de l'opération. Mais ce fait ne doit pas être perdu pour la pratique, car il faut profiter de tout en clinique. Vous avez là la démonstration de quelques-uns des inconvénients qu'on a reprochés à l'instrument de M. Guérin. Il est probable qu'avec un trocart ordinaire adapté à la seringue dont nous nous sommes servi, l'aspiration du pus n'aurait pas été interrompue et, la canule retirée, l'écoulement spontané n'aurait pas eu lieu, car le trocart ordinaire en pénétrant dans les tissus les écarte, tandis que le trocart plat, avec sa pointe tranchante des deux côtés, détermine une plaie qui peut rester béante. Aussi dans la prochaine séance ferons-nous la ponction de l'abcès chez notre second malade, avec l'instrument de M. J. Guérin ainsi modifié. Nous espérons par là nous mettre à l'abri des accidents dont vous avez été témoins.

PLAIE DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE.

Ligature du vaisseau. — Rétablissement du cours du sang par les collatérales. — Formation d'un anévrysme cellulaire. — Extirpation de la poche anévrysmale. — Compression directe. — Guérison.

Par M. le Dr Devalz, médecin aux Eaux-Bonnes, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 10 novembre 1865, un propriétaire nommé C..., trouvant que son domestique qui coupait de la bruyère avec une faucille ne faisait pas assez d'ouvrage, prit lui-même l'instrument, pour lui apprendre à aller plus vite. Dans sa précipitation, il se fit avec la pointe de la faucille une plaie à la partie interne de la jambe gauche, à trois centimètres environ au-dessus de la malléole. Une abondante hémorrhagie jaillit aussitôt, et le blessé put à grand'peine regagner sa demeure, marquant la route de son sang. Le médecin le plus voisin se trouvant à 10 kilomètres, les parents appliquèrent sur la plaie divers hémostatiques plus ou moins actifs; l'hémorrhagie ne tarda pas à s'arrêter; mais elle reprit bientôt son cours, et on jugea le cas assez sérieux pour aller définitivement chercher un secours éclairé.

Quand le médecin arriva, il comprit de suite la gravité de l'accident. Il appliqua un appareil provisoire, composé de charpie imbibée de perchlorure de fer qu'il plaça à la surface de la plaie, mais il prévint le malade que ce traitement serait insuffisant et qu'il faudrait, pour tarir définitivement la source de l'hémorrhagie, faire la ligature du vaisseau lésé. La plaie avait alors trois jours de date; au quatrième jour un suintement ayant reparu, le malade se décida enfin, sur les pressantes instances de son médecin, à me faire demander pour lui faire la ligature de l'artère.

A mon arrivée, je constatai l'existence d'une plaie profonde, anfractueuse, aux bords taillés à pic et noircis par le perchlorure de fer. Elle était située à trois centimètres au-dessus de la malléole interne, le long du bord interne du tendon d'Achille, sur le trajet de l'artère tibiale postérieure. Une tuméfaction diffuse et un peu de rougeur l'entourait dans une étendue de 8 à 10 centimètres. Le fond de la plaie ne paraissait pas, mais il était soulevé par de forts battements isochrones à ceux du pouls.

Le pouls battait 100 fois à la minute, la langue était blanche, l'appétit supprimé.

Je partageai l'opinion du médecin, M. Baudouin, et je me décidai à pratiquer aussitôt la ligature.

L'opération se fit sans difficulté au tiers moyen de la jambe. Je n'entrerai pas dans les détails inutiles du procédé opératoire. Je dirai seulement qu'après la ligature les battements de la plaie cessèrent complétement et que je crus mon malade tout à fait hors de danger.

Je revins le voir le 17 novembre, trois jours après l'opération. J'explorai l'artère tibiale dans la gouttière calcanéenne, ses battements étaient parfaitement sensibles; mais je crus remarquer qu'ils avaient un peu reparu au niveau de la plaie. Toutefois je conservais des doutes, et comme je désirais vivement d'en avoir fini, je me laissai aller aux rassurantes paroles de M. Baudouin qui n'avait remarqué rien de particulier de ce côté. J'étais surpris de voir que les bords de la plaie n'eussent encore fait aucun effort de réparation. Je laissai le malade au repos absolu, et je lui ordonnai une alimentation légère. Le 20, je revins auprès de lui. M. Baudouin n'avait pu se joindre à moi; je vis bien que je ne m'étais pas trompé en constatant la réapparition des battements dans le fond de la plaie. Alors le doute n'était plus permis. Une tumeur rouge parfaitement visible se montrait à deux ou trois millimètres du bord de la plaie. Les collatérales avaient rétabli la circulation dans l'artère liée, et le caillot distendu par l'effort du sang avait formé une poche anévrysmale.

Je fis un simple pansement à plat, et je fis prévenir M. Baudouin de venir me retrouver chez le malade le lendemain matin.

Le 21, je me retrouvai encore seul, mon confrère étant retenu au lit par une indisposition assez grave. La tumeur que j'avais aperçue la veille faisait maintenant une petite saillie en dehors de la peau. Elle était rouge et tomenteuse, et des battements isochrones à ceux du pouls l'agitaient régulièrement.

Le malade était à quinze kilomètres de chez moi. Je ne pouvais revenir chaque jour près de lui; je ne pouvais le laisser sans secours; mais j'étais seul, et que faire sans autre aide que deux femmes très-craintives, et un domestique sans intelligence?

J'avais du perchlorure de fer; la tumeur était placée dans un endroit accessible à la compression. J'eus un moment l'idée de la comprimer; mais changeant aussitôt d'avis, je me décidai à la lacérer, et à appliquer le tampon imbibé de perchlorure de fer dans le fond même de la plaie, de bourrer celle-ci de charpie sèche, et d'établir une compression énergique sur le tibia.

J'élargis donc un peu la plaie par le bas, je passai mon doigt sous la tumeur, je la déchirai, et quand le jet du sang m'apprit que ma manœuvre avait réussi, j'introduisis mon tampon de charpie imbibée, je l'appliquai sur l'ouverture béante du vaisseau après avoir débarrassé celui-ci de tous les détritus du caillot organisé. Je m'assurai d'abord que l'hémorrhagie était arrêtée, puis remplissant la plaie de charpie sèche, et plaçant par dessus une compresse graduée, je fis un bandage roulé qui, prenant un fort point d'appui sur le talon, entourait de plusieurs tours de bande le bas de la jambe, comprimait l'artère sur le tibia, et maintenait en place le tampon qui ne pouvait manquer d'agir favorablement.

Le 22, l'hémorrhagie n'ayant pas reparu, je ne touchai pas au bandage.

Le 24, j'ôtai la bande. Une partie de la charpie débordant la plaie, je l'excisai avec soin sans toucher à ce qui ne dépassait pas les bords.

Les jours suivants, la charpie déborda de plus en plus; enfin le 3 décembre, les bourgeons charnus avaient chassé le tampon entier. Une plaie bourgeonnante qui n'avait pas cinq millimètres de profondeur me garantissant la cicatrisation définitive de l'artère, j'abandonnai le malade à son médecin ordinaire.

Je l'ai revu plusieurs fois depuis. La cicatrisation est maintenant complète depuis plusieurs mois.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mai 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Une note de M. le docteur Frémaux sur le choléra. (Commission du choléra.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation d'hydrophobie rabique, avec emploi infructueux de l'acide phénique, par M. le docteur Raimbaud (d'Aix), (présentée dans la dernière séance par M. Devilliers;

2° Une lettre de M. le docteur Danet, relative à ses premières expérimentations sur les différentes vaccines;

3° Un rapport de M. le docteur Cronigneau (de Dijon), sur les vaccinations pratiquées en 1815 dans la Côte-d'Or (Commission de vaccine);

4° M. le docteur Sales-Girons, en présentant la description d'une salle de respiration modèle, adresse la lettre qui suit :

Monsieur le Président,

Les salles de respiration à l'eau minérale pulvérisée dans les établissements thermaux de France, reçoivent tous les ans de huit à dix mille malades qui y sont envoyés pour suivre la cure de l'une ou de l'autre des lésions propres à l'organe respiratoire.

Ce chiffre de clients vaut la peine que l'on s'occupe de ces salles de respiration. Or, ce que nous en savons, c'est que sur 20 ou 25 qu'il en existe dans les stations thermales de France, la plupart sont installées encore avec les appareils qui firent mettre en question le point principal de la médication : je veux dire la *pénétration* réelle de la poussière liquide dans les bronches; et, en effet, il y avait lieu d'en douter avec une pulvérisation aussi grossièrement faite.

Dans la séance du 7 février 1865, M. le professeur Gavarret voulut bien présenter de notre part, à l'Académie de médecine, un petit pulvérisateur perfectionné avec lequel il fut démontré que j'étais parvenu à produire une poussière qui pénétrait dans les voies bronchiques.

Ce résultat obtenu, je me hâtai de faire profiter les salles de respiration thermale de ce perfectionnement, en y adaptant le petit pulvérisateur nouveau à la place des anciens, qui ne répondaient plus aux exigences de cette médication; et je fis installer dans celle de Pierrefonds-les-Bains, qui admet vingt malades en séance commune, un appareil de pulvérisation sous ce nouveau modèle, afin que les médecins que ces perfectionnements intéressent, y puissent faire la différence avec les anciennes installations de ce genre.

Protoxyde d'azote. — M. Larrey informe l'Académie que les ouvrages offerts par M. Clot-Bey, pour sa bibliothèque, et qui avaient été déposés chez lui, sont sur le bureau.

— M. Ricord présente, au nom de M. Préterre, dentiste, une brochure sur l'emploi du protoxyde d'azote comme agent anesthésique, avec l'instrument destiné aux inhalations.

Désireux de nous assurer par nous-même de la valeur d'une découverte que nous croyons destinée à un grand avenir, dit M. Préterre, nous avons fait construire l'appareil décrit plus bas, et nous avons entrepris un grand nombre d'expériences. Le succès a justifié notre attente : nous avons constamment obtenu avec la plus grande rapidité une anesthésie complète et de courte durée. Tout récemment nous avons extrait six dents ou racines à une jeune dame extrêmement nerveuse. L'opération a été à ce point exempte de douleur, qu'à son réveil la patiente nous priait de commencer bien vite. Comme toutes les observations que nous pourrions rapporter se ressemblent, nous allons nous borner à décrire ce qui se passe quand on soumet un individu aux inhalations du protoxyde d'azote dans le but de lui pratiquer une opération.

Après une à deux minutes d'aspiration environ, l'anesthésie est produite. Elle dure en général de 30 à 50 secondes, temps parfaitement suffisant pour pratiquer une petite opération (ongle incarné, dents, abcès, etc.). En prolongeant les inspirations du gaz, nous avons obtenu une fois trois minutes d'anesthésie; mais nous n'avons pas essayé d'aller plus loin. Ce qui caractérise l'anesthésie déterminée par le protoxyde d'azote, c'est la rapidité avec laquelle elle se produit et le peu de temps qu'elle dure. Nous avons tout récemment endormi un jeune homme, nous lui avons extrait trois molaires et il s'est réveillé; le tout a duré 130 secondes.

La dose de gaz qui nous est habituellement nécessaire pour produire l'anesthésie s'élève de 25 à 30 litres.

Nous ne voulons pas entrer ici dans aucune considération sur le mode d'action du protoxyde d'azote; nous dirons seulement qu'il nous semble que l'anesthésie qu'il produit est obtenue beaucoup trop vite pour qu'on puisse admettre qu'il agisse en asphyxiant comme le chloroforme. Il nous paraît probable qu'il possède sur le système nerveux une action spéciale comparable à celle de la morphine et des autres narcotiques. Nous sommes convaincu que le protoxyde d'azote est un agent utile qui sera bien vite adopté en France pour les petites opérations chirurgicales. On hésite souvent, et avec raison, à soumettre un malade à l'action de l'éther ou du chloroforme pour une petite opération telle que celle de l'ongle incarné, l'extraction d'une dent, l'ouverture d'un abcès, etc., car on sait que l'anesthésie produite par ces substances a souvent été suivie de mort. Le protoxyde d'azote ne présente au contraire, quand on l'emploie parfaitement pur, aucun danger. A l'époque où on a commencé à l'étudier, c'est-à-dire il y a plus de soixante ans, des milliers d'individus l'ont respiré sans inconvénient. Il ne s'est produit des accidents que lorsqu'on respirait du gaz impur. Nous avons respiré plusieurs centaines de fois le protoxyde d'azote sans en être nullement incommodé; il en a été de même chez toutes les personnes auxquelles nous l'avons administré. Une seule fois nous avons vu, après une opération, un individu, en proie à une hallucination passagère, vouloir s'échapper de nos mains. Mais cet effet, qui se produit du reste très-fréquemment quand on prend certaines substances narcotiques telles que le stramonium ou le haschich, s'est promptement dissipé.

Le protoxyde d'azote nous paraît donc un agent anesthésique extrêmement précieux. Sans doute on ne le substituera pas complétement à l'éther et au chloroforme; mais toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer des opérations de peu de durée, on lui donnera la préférence sur ces deux corps.

Voici la description de l'appareil :

Pour obtenir dans un état de pureté absolue de grandes quantités de gaz, nous avons fait construire et installer dans notre laboratoire un appareil dont voici ci-après la figure.

A droite du dessin se trouve un ballon dans lequel on place du

---

qu'il s'était cependant *prosterné* (sic) devant elle pour qu'elle fît rester Rousseau à Ermenonville malgré sa volonté? Aurait-il trouvé ces reproches très-sensés? C'est encore là cependant ce qu'elle atteste à ses concitoyens et à la postérité! Non assurément, le comte Stanislas n'aurait vu dans ces misérables insultes que le dépit d'une femme que son père avait dû chasser de sa maison à cause de son inconduite; il aurait regardé comme un impudent mensonge cette assertion que Rousseau voulait à toute force quitter Ermenonville, et que son père n'était parvenu à l'y retenir qu'en se *jetant aux pieds* de Thérèse; mais si Thérèse a menti en un point, pourquoi voulez-vous nous persuader qu'elle a dit vrai en un autre?

Laissons donc cette femme, et revenons à des objections plus sérieuses sans être plus fondées. Le comte Stanislas prétend que ceux qui accusent J. J. Rousseau de s'être donné la mort n'ont eu d'autre but que de le mettre en contradiction avec lui-même; « l'on se demande effectivement, dit-il, pourquoi l'auteur de la belle lettre » à milord « Édouard contre le suicide se serait donné la mort. » Mais le comte de Girardin s'abuse; on ne se demande pas cela, car à côté de la *belle* lettre de mylord Édouard à Saint-Preux contre le suicide, il y a la lettre non moins belle de Saint-Preux à milord Édouard pour justifier le suicide. Qui n'a lu, en effet, cet éloquent plaidoyer de Rousseau en faveur non-seulement du suicide considéré d'une manière générale, mais de toute espèce de suicide; du suicide philosophique, du suicide politique, du suicide par amour, et il n'a oublié que celui qu'il devait commettre lui-même, c'est-à-dire le suicide par égarement de la raison.

Certainement le comte Stanislas aurait pu trouver d'excellentes raisons pour condamner le suicide dans la lettre de milord Édouard à Saint-Preux, mais il aurait pu en trouver de non moins bonnes pour le justifier dans la lettre de Saint-Preux à milord Édouard. Qui ne connaît ce fameux syllogisme tant cité : « Chercher son bien et fuir son mal en tout ce qui n'offense pas autrui, c'est le droit de la nature; or, quand notre vie est un mal pour nous et n'est un bien pour personne, il est permis de nous en délivrer... » et surtout la réflexion qui suit, à savoir que s'il est dans le monde une maxime évidente et certaine, c'est celle-là, et que si l'on venait à bout de la renverser, il n'y a point d'action humaine dont on ne pût faire un crime.

Le comte Stanislas demande si Rousseau ne pouvait pas se dire à lui-même : « Que je fasse encore une bonne action avant de mourir! » Mais le comte oublie que Rousseau était un aliéné, qu'il en était venu à se croire un objet d'horreur pour tous les hommes, qu'il avait rompu avec le genre humain; comment dès lors, mis ainsi au ban de l'humanité et repoussé de tous, en horreur à tous, aurait-il pu croire possible pour lui de faire une bonne action? de crier à ceux que son aspect mettrait en fuite : « Attendez, avant que de mourir, je veux encore faire une bonne action? » Il ne mentait donc pas à ses maximes en se donnant la mort, et c'est là ce que n'a pas voulu voir le comte de Girardin. Mais d'autres ont été plus loin que le comte de Girardin, ils ont dit que ce sont les ennemis de Rousseau qui ont soutenu la thèse du suicide, ses ennemis personnels et les ennemis de sa gloire. Il me suffirait pour faire tomber cette accusation de citer les paroles de Mme de Staël, de cette constante admiratrice de Rousseau; elle ne se figurait certainement pas qu'on la rangerait au nombre des ennemis de Rousseau quand elle s'écriait : « Ah! vous qui « accusiez Rousseau de jouer un rôle, de feindre le malheur, qu'avez-« vous dit quand vous avez appris qu'il s'est donné la mort? C'est à « ce prix que les hommes lents à plaindre les autres croient à l'infor-« tune (1). »

Ainsi cette mort volontaire, loin d'être inventée pour nuire à Rousseau, est donnée comme une sanction, pour cette vie agitée, qu'il devait ainsi couronner.

Il n'y a donc plus à en douter, Rousseau s'est volontairement donné la mort; comme le stoïque aux yeux secs, d'André Chénier, il n'a pas voulu l'attendre, baisser la tête pour la relever ensuite, il a préféré courir au-devant d'elle et l'embrasser avant le temps.....

Dubois (d'Amiens).

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie,* par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et Armand Després, chirurgien des hôpitaux. 1re partie avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine. Vient de paraître: 2e partie, H-P, avec 180 fig.

(1) *Op. cit.*, p. 96 et 97.

nitrate d'ammoniaque *parfaitement pur;* ce ballon est chauffé au moyen d'une lampe à alcool. Le gaz qui se dégage traverse trois flacons laveurs : le premier contenant de l'eau acidifiée avec de l'acide sulfurique ; le second une solution de potasse, et le troisième de l'eau distillée. Il faut avoir soin, quand on opère sur des quantités un peu considérables, de choisir des flacons laveurs d'une capacité de 4 à 5 litres, afin d'éviter l'échauffement trop rapide du liquide qu'ils contiennent.

Ainsi purifié, le gaz arrive dans un gazomètre à cloche en ferblanc d'environ 200 litres de capacité. Nous avons préféré le gazomètre à cloche à celui de Mistcherlich, généralement en usage dans les laboratoires, parce que toutes les fois qu'on a vidé le gaz que contient ce dernier, il faut le remplir d'eau, manœuvre très-fatigante quand on opère sur des volumes de 2 à 300 litres. Avec le gazomètre à cloche, la même quantité d'eau sert indéfiniment. De plus, le protoxyde d'azote étant soluble dans l'eau, on en perdrait de grandes quantités à chaque opération si l'on ne se servait pas d'un liquide qui en soit saturé.

L'appareil que nous venons de décrire est installé dans un coin du laboratoire. Au moyen de tubes en plomb ou en caoutchouc on fait arriver le gaz dans le chambre où l'on veut opérer. Le tube destiné à fournir le gaz à l'individu qui doit être soumis à son influence, pend près de lui comme un cordon de sonnette. Quand on veut le lui faire respirer, on n'a qu'à appliquer contre sa bouche l'embouchure en argent qui termine le tube, en ayant soin de lui fermer les narines. L'embouchure dont nous faisons usage, et qui est de notre invention, est construite de façon que le gaz expiré est rejeté en dehors au lieu d'être renvoyé dans l'appareil qui le fournit. Elle est munie, pour cet objet, de deux soupapes dont on comprend facilement le mécanisme à la simple inspection de la figure.

L'appareil dont nous venons de faire la description est un appareil de cabinet; lorsqu'on veut tranporter du gaz quelque part, on en remplit un sac en caoutchouc terminé par un tube auquel est adaptée une embouchure semblable à celle décrite plus haut. On voit un de ces sacs sur notre dessin. Les remplir est chose extrêmement facile, puisqu'il n'y a qu'à les adapter au robinet de sortie du gaz.

Nous tenons à la disposition des praticiens qui voudraient expérimenter les propriétés du protoxyde d'azote des sacs remplis de ce gaz.

L'auteur passant successivement en revue les différents procédés d'anesthésie en usage jusqu'ici pour abolir la douleur, montre que tous présentent des inconvénients plus ou moins sérieux : ceux employés pour produire l'anesthésie générale étant dangereux et ceux en usage pour obtenir l'anesthésie locale inefficaces; tandis que le protoxyde d'azote ne présente pas les mêmes inconvénients; et il pose comme résumé de son travail les conclusions suivantes :

1° Le protoxyde d'azote jouit de la propriété de produire très-rapidement un sommeil anesthésique de courte durée;

2° Lorsque ce gaz est employé *parfaitement pur,* il peut être respiré sans danger et ne produit jamais d'accident;

3° Pour toutes les opérations de peu de durée, avulsion des dents, extraction des oncles incarnés, ouverture des abcès, etc., on doit lui donner la préférence à tous les agents anesthésiques connus.

— **M. PIORRY** offre en hommage à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier, sous ce titre : *Traité de plessimétrisme et d'organographisme* (anatomie des organes sains et malades, établie pendant la vie au moyen de la percussion médiate et du dessin, etc.)

— **M. J. GUÉRIN** dépose sur le bureau :

1° Une brochure sur la période de réaction du choléra, par M. le docteur Worms, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou;

2° Un mémoire de M. le docteur Maclouglhin, de Londres, sur les visites préventives en temps de choléra, instituées par ses soins en Angleterre.

— **M. LE PRÉSIDENT** donne lecture à l'Académie d'une lettre de Mme Malgaigne, qui informe l'Académie qu'elle lui fait hommage du buste de son mari. Le buste est placé dans la salle des pas-perdus.

M. le président informe ensuite l'Académie qu'elle se formera en comité secret pour statuer sur une proposition du conseil, tendant à modifier la dénomination de l'une des sections.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'un membre du conseil, en remplacement de M. Michon, décédé.

Le candidat proposé par le conseil est M. Huguier.

Le dépouillement du scrutin donne la presque unanimité des suffrages à M. Huguier.

En conséquence, M. Huguier fait partie du conseil pour l'année courante.

LECTURE.

Syphilis des animaux. — M. AUZIAS-TURENNE communique, dans une lecture, l'histoire d'un chat auquel il a inoculé la matière de divers accidents syphilitiques et qui a été consécutivement atteint de plaques muqueuses, d'un groupe de tubercules syphilitiques, de pustules disséminées sur différentes parties du corps et d'alopécie.

Le travail de M. Auzias-Turenne est renvoyé à la commission de la vaccine animale, à laquelle seront adjoints MM. Ricord et Reynal.

Il est trois heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

217. Quelques considérations sur la misère dans ses rapports avec la médecine, par M. A. Lebrun.

218. De la recherche micro-chimique des principes immédiats de l'économie animale, par M. Rigout.

219. Essai sur l'anesthésie locale, par M. E. de Va'ra'rhely.

220. Des calculs salivaires, par M. L. Dourlin.

221. Considérations sur la douleur physique, par M. A. Laumonier.

222. Essai sur les varices lymphatiques, par M. P. David.

223. De la médecine et de la maladie en général, par M. Charles Doublet.

224. Considérations sur quelques maladies de la peau à parasites végétaux observés chez l'homme et chez les animaux domestiques, par M. A. Sempé.

225. Des diverses espèces de coliques hépatiques et de leur traitement, par M. J. Boudon.

226. Du traitement médico-chirurgical du croup, par M. Andrieu (Albert).

227. Influence du système nerveux sur les phénomènes physico-chimiques de la vie de nutrition, par M. J. Rouet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 19 mai 1866, MM. Hétet et Delavaud, seconds pharmaciens en chef, ont été promus au grade de pharmaciens en chef dans le corps de santé de la marine.

— A la suite du concours ouvert près de l'administration des hôpitaux, MM. Isambert et Dumontpallier, ont été nommés médecins du bureau central.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le vendredi 1er juin, à trois heures et demie, à l'Hôtel de ville.

Ordre du jour: Discussion sur l'emploi des bains dans la phthisie pulmonaire. — Discussion du rapport de M. Aimé Martin, sur le travail de M. Fraigniaud. (Antagonisme entre l'opium et la belladone).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité des maladies vénériennes, par J. Rollet, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des vénériens). Second fascicule. Prix : 4 fr. L'ouvrage complet un fort volume de XVI, 994 pages, prix : 12 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. P. Guersant, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants-malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. Sixième fascicule, contenant : du cancer du testicule, des encéphalocèles ou hernies du cerveau, des céphalæmatomes, de l'hypospadias et de l'épispadias, de la grenouillette, des engorgements des mamelles, de l'ostéite, de la carie, de la nécrose, de la conjonctivite oculo-palpébrale, des lésions traumatiques de la cornée, des engelures, des luxations traumatiques. Prix : 1 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 64. — SAMEDI 2 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 2 JUIN 1866. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des altérations du nerf optique et des maladies cérébrales dont elles dépendent.

Nous avons souvent appelé l'attention de nos lecteurs sur les beaux résultats de l'ophthalmoscopie, non-seulement au point de vue du diagnostic des affections du nerf optique et de la rétine, qu'elle a éclairé d'une si vive lumière, mais encore au point de vue du nouveau secours qu'elle a donné à l'étude des affections cérébrales. Nous avons signalé, notamment dans quelques-unes de nos *Revues*, les recherches auxquelles s'est longtemps livré M. le docteur Galezowski, dans les hôpitaux, sur ce point si intéressant. M. Galezowski a résumé les résultats de ses recherches dans un travail qu'il vient de publier sous le titre de : *Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique, et sur les maladies cérébrales qui en dépendent* (1). Voici les faits principaux que ce travail met en relief.

M. Galezowski, avant d'aborder l'étude de la pathologie de la rétine, dans ses rapports avec les maladies cérébrales, commence par exposer quelques considérations anatomiques qui aident à l'interprétation des phénomènes pathologiques, et qui en sont comme les prolégomènes nécessaires. Il démontre l'existence, dans la papille, de vaisseaux capillaires, qui n'ont point de rapport avec l'artère et la veine centrales, mais qui proviennent des vaisseaux cérébraux. Il les appelle les vaisseaux cérébraux de la papille. Il y aurait donc deux sources des vaisseaux qui servent à la nutrition du nerf optique et de la papille; une qui vient de l'artère ophthalmique, c'est l'artère centrale de la rétine; et l'autre qui constitue un réseau capillaire très-fin de la papille, celui qui lui donne la teinte rosée, et qui provient de la pie-mère. De cette manière on peut comprendre comment, dans une atrophie complète de la papille, due à une affection cérébrale, il n'y a que le réseau capillaire qui disparaît; tout au contraire, l'artère et la veine centrales, qui proviennent de l'ophthalmique, conservent leur volume normal. Le contraire a lieu, lorsque le nerf optique s'atrophie consécutivement à une rétinite pigmentaire; dans ce cas, l'artère et la veine centrales s'atrophient les premières, pendant que la vascularisation capillaire du nerf reste longtemps intacte. C'est une observation toute nouvelle.

L'étude de la pathologie du nerf optique, est précédée d'une étude abrégée des signes fonctionnels pathologiques propres aux affections de la rétine et du nerf optique. La congestion de la papille est presque toujours secondaire, suivant M. Galezowski; elle dépend des affections du cœur, et alors elle prend la forme d'une cyanose rétinienne, ou bien elle est due aux congestions cérébrales, et, dans ces cas, elle acquiert la forme d'une congestion capillaire. Souvent, dit-il, une congestion est consécutive à un décollement ou à une choroïdite, et il faut, avant tout, examiner attentivement le fond de l'œil, pour savoir s'il n'y a pas de cause de congestion dans une de ses membranes.

L'étude de l'inflammation du nerf optique a obligé l'auteur à admettre deux formes bien distinctes : ou bien il y a une inflammation dans la partie excentrique de la papille et qui correspond au périnerf, et alors il y a une périnévrite; ou bien c'est la substance du nerf lui-même qui est atteinte, et alors il y a une névrite optique essentielle.

Un des chapitres importants de ce travail est celui qui se rapporte aux atrophies de la papille. Pour bien comprendre la signification de l'atrophie, l'auteur a étudié spécialement les atrophies progressives, les atrophies consécutives à la névrite, atrophie excavée cérébrale ou glaucomateuse, atrophie de la rétinite pigmentaire, dans les iridochoroïdites, les staphylômes postérieurs, et les congénitales. Il combat l'influence du tabac sur le développement des amauroses, en se fondant sur les recherches des auteurs anglais, et en particulier de MM. Carter, Huber, etc. Les hommes sont plus fréquemment atteints de l'atrophie de la papille, comme on peut en juger par les études statistiques.

Quant au traitement, l'auteur insiste sur la recherche des causes qui ont occasionné l'affection et conseille d'agir en conséquence. Le traitement dérivatif par les vésicatoires sur le front, les tempes, au sommet de la tête, derrière les oreilles, peut être employé avec beaucoup de succès. Quant à l'électricité, il n'y a que les courants continus qui peuvent donner des résultats favorables. L'action des courants interrompus est plutôt nuisible qu'utile.

C'est la troisième partie du travail de M. Galezowski qui comprend l'étude des maladies cérébrales, susceptibles de donner lieu aux amauroses. Il examine successivement les maladies inflammatoires du cerveau ainsi que les tumeurs, et essaye de démontrer que, dans certaines de ces altérations, il y a une névrite optique ou bien une atrophie simple. Les congestions simples du cerveau ne peuvent, selon l'auteur, donner lieu à une amaurose complète, et il faut qu'il y ait en outre une exsudation séreuse ou une apoplexie dans la substance nerveuse de l'appareil central de la vision. L'étude ophthalmoscopique des altérations de la rétine lui a suffisamment prouvé qu'une congestion de la papille et de la rétine peut affaiblir la vue sans jamais l'abolir, à moins qu'il ne survienne des complications. Ainsi les cas d'amauroses spontanées, cités par les auteurs, qui disparaissent dans l'espace de quelques semaines ou de quelques mois, doivent être attribués à des épanchements séreux ou sanguins limités aux tubercules quadrijumeaux, aux corps genouillés, etc., épanchements qui se résorbent ensuite en même temps que la cécité se dissipe.

Dans les apoplexies cérébrales on rencontre rarement l'amblyopie ou l'amaurose. Ce phénomène est dû, d'après l'auteur, à ce que les apoplexies se déclarent le plus souvent dans la substance grise qui n'a pas de rapport direct avec la vision. Ainsi l'apoplexie est fréquente dans le corps strié ou le centre de la couche optique; mais les racines des nerfs optiques ne sont situées qu'à la surface de la couche corticale de cette dernière partie, qui reste le plus souvent intacte, et la vision est par conséquent conservée.

Les méningites simples ou tuberculeuses donnent lieu aux amauroses, comme l'avait déjà démontré M. Bouchut; mais c'est surtout dans les méningites basilaires que les altérations du nerf optique s'observent. Tout au contraire, l'altération des méninges, dans la partie supérieure ou externe des hémisphères, reste ordinairement sans influence sur la vision.

Les tumeurs cérébrales donnent très-fréquemment lieu à des troubles du côté de la vue. Tantôt ce sont des tumeurs et des hypertrophies de la glande pituitaire, comme l'avait déjà décrit dans le temps M. Rayer; tantôt ce sont des tumeurs du rocher et de l'apophyse basilaire. C'est dans ces cas qu'on trouve très-souvent, à l'ophthalmoscope, une névrite optique, comme l'a observé M. Galezowski dans les services de MM. Vigla et Grisolle. La forme de névrite optique est telle qu'on peut affirmer avec certitude qu'elle est consécutive à une tumeur cérébrale. On voit sur la papille un nombre considérable de vaisseaux capillaires fortement injectés, vaisseaux qui, à l'état normal, restent complétement invisibles. Un tel développement du système capillaire ne peut se produire que lorsqu'il y a, sur le trajet des fibres du nerf optique, une tumeur quelconque qui, par la compression et l'irritation continuelle, provoque cette augmentation de volume de tous les capillaires.

L'auteur examine successivement les altérations de toutes les parties du cerveau qui peuvent donner lieu à l'amaurose, et démontre par les observations recueillies dans les auteurs, que la vision s'altère lorsqu'il y a propagation de l'inflammation de proche en proche, jusqu'aux corps genouillés, aux bandelettes optiques, etc. Les tumeurs du cervelet ne donnent lieu aux amauroses que lorsqu'elles sont situées tout près des pédoncules supérieurs, ou en général au voisinage des tubercules quadrijumeaux. Celles, au contraire, qui se trouvent au centre des lobes cérébelleux, n'amènent la cécité que lorsque l'altération secondaire a atteint successivement les *processus cerebelli ad testes* ou les *testes* eux-mêmes. Lorsqu'il y a une apoplexie dans les *processus cerebelli ad testes* ou dans les tubercules visuels, la vision est abolie et l'ophthalmoscope ne dévoile rien d'anomal; parce que la maladie étant survenue brusquement dans un organe éloigné de l'œil, il ne peut survenir encore de désordre dans la nutrition de la papille. Mais, si la maladie dure un certain temps, un ou deux mois, l'inflammation ou l'atrophie gagne de proche en proche les fibres optiques, descend successivement jusqu'à la papille, et y provoque une névrite ou une atrophie que l'ophthalmoscope peut démontrer avec certitude.

(1) Un volume grand in-8°, orné d'une planche en chromolithographie et de trois figures intercalées dans le texte. Paris 1866, librairie de L. Leclère, 14, place de l'École-de-médecine.

Sur l'absorption du sulfate de quinine administré en solution au moyen du pulvérisateur.

Nous avons rapporté dans notre revue thérapeutique du 14 avril dernier, une observation de traitement de la fièvre intermittente par le sulfate de quinine, administré en solution pulvérisée par la voie respiratoire, observation communiquée par M. le docteur Ancelon (de Dieuze) à la *Revue médicale*, à laquelle elle a été empruntée. Cette relation était précédée d'une réflexion de la rédaction exprimant « le regret qu'on n'eût point recherché dans ce cas si le sulfate de quinine avait été éliminé par l'urine, ce qui eût été la meilleure preuve de l'absorption du médicament. » L'observation de M. Ancelon, et ce doute exprimé par notre collaborateur chargé de la revue thérapeutique, ont inspiré à M. le docteur J. Simon, médecin cantonal à Buhl (Haut-Rhin), quelques remarques qu'il a bien voulu nous communiquer à ce sujet, et que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs.

« En novembre 1860, nous écrit notre confrère, M. Sales-Girons voulut bien reproduire, dans son journal, une note de moi, sur l'administration du sulfate de quinine. Il fit précéder cette reproduction de quelques lignes, dans lesquelles il m'engagea à essayer de guérir la fièvre intermittente en administrant le spécifique par les bronches, au moyen de l'inhalateur.

« Je ne crus pas devoir expérimenter les inhalations de sulfate de quinine. Les reproches que je fais à cette méthode de traitement pourraient aussi bien s'appliquer à l'inhalation d'autres médicaments.

« Nul doute que, dans les maladies de la gorge, du pharynx et même du larynx, l'inhalateur ne puisse nous offrir de grandes ressources. Mais peut-on espérer d'introduire dans l'économie, au moyen des inhalations, des médicaments destinés à agir après leur absorption ? Telle est la question.

« Ou le sulfate de quinine inhalé pénètre dans les voies respiratoires, ou il s'arrête à leur entrée.

« S'il ne va pas plus loin que le pharynx, quel avantage y a-t-il à faire arriver dans cette cavité, pendant quinze ou vingt minutes, un médicament que le malade pourrait, en quelques secondes, avaler ou prendre en lavement ? Le malade de M. Ancelon était atteint d'inflammation gastro-intestinale, et son estomac ne pouvait supporter le sulfate de quinine. M. Ancelon est-il bien certain que le liquide pulvérisé n'ait pas été avalé au moins en partie ? Et nous lui demanderons aussi, à lui qui a si souvent occasion d'administrer le sulfate de quinine, si, parmi ces fiévreux, il en rencontre beaucoup qui veuillent se soumettre à inhaler le sulfate de quinine. Comme lui, j'ai eu, pendant des années, à me débattre avec l'intoxication paludéenne, et très-souvent mes malades ont refusé de prendre le spécifique dissous, à cause de son extrême amertume. J'ai dû alors l'administrer en pilules ou en poudre, dans un pain à chanter, et faire boire après les quelques gouttes d'acide sulfurique étendues d'eau, nécessaire, à sa dissolution. Je doute fort qu'aucun de ces malades eût voulu se soumettre à l'inhalation.

« Admettons un instant que le liquide pulvérisé pénètre dans les voies aériennes; est-il prudent de porter sur la muqueuse de ces voies des médicaments actifs, quand ceux-ci ne sont pas destinés à modifier directement cette membrane ? Je ne le crois pas. Nous savons quelle sensibilité exquise veille à l'entrée de ces voies, pour empêcher toute substance autre que l'air, voire même la salive ou l'eau pure, d'y pénétrer. Nous savons par quelles secousses nous payons notre faute quand nous avons mis cette sensibilité en défaut. La nature n'a-t-elle pas compliqué et humecté les premières voies pour obliger l'air d'y déposer toutes les substances étrangères, même les plus ténues, avant d'arriver à la glotte ? Et nous voudrions porter sur cette muqueuse si délicate, que la nature a pris tant soin de conserver vierge de tout contact étranger, des substances aussi actives que le sulfate de quinine ! Non, tous les estomacs ne peuvent pas supporter ce sel; mais trouvera-t-on beaucoup de bronches plus complaisantes ?

« Il a été prouvé que les liquides pulvérisés peuvent pénétrer dans les voies respiratoires, mais j'ai la conviction que, le plus souvent, ils ne dépassent pas la glotte. S'il était reconnu que la pénétration fût le cas le plus ordinaire, je dirais volontiers : abstenez-vous de les y faire arriver; car si la muqueuse digestive doit être ménagée, celle des voies aériennes demande des ménagements bien autrement sérieux. »

— Bien qu'il n'y ait dans la lettre de M. le docteur Simon aucun fait précis allégué contre l'indication de l'emploi des médicaments à l'état de solutions pulvérisées, nous avons cru néanmoins devoir reproduire les objections théoriques qu'elle renferme, désireux de donner, dans nos colonnes, un libre cours à toutes les opinions et à toutes les appréciations que peut susciter toute question à l'étude. C'est ainsi qu'après les observations critiques de notre collaborateur M. Champouillon,

nous avons dû laisser la parole au promoteur de la méthode lui-même, à M. le docteur Sales-Girons. La question, au double point de vue physique et physiologique, nous semble maintenant suffisamment éclairée. La discussion désormais ne doit plus porter que sur les applications pratiques, sur l'utilité et l'efficacité de ces applications. Or ce sont des faits bien observés qui peuvent seuls servir de base à une discussion utile. Nous accueillerons dorénavant les faits qui nous seront communiqués, et qui nous présenteront toutes les garanties d'authenticité suffisantes.

Varicocèle du côté gauche, opéré par la galvano-caustique.

M. le docteur Alphonse Amussat a bien voulu nous rendre témoin d'une application heureuse qu'il a faite des procédés galvano-caustiques à la cure d'un varicocèle.

Paul B..., âgé de quarante-quatre ans, valet de chambre, souffrait depuis huit ans d'un varicocèle volumineux du côté gauche. Le 29 janvier dernier, M. Amussat l'a opéré en notre présence, par la cautérisation des veines variqueuses du cordon, au moyen de la galvano-caustique. Le paquet variqueux préalablement isolé et séparé avec soin du canal déférent, M. Amussat a embrassé et étreint ce paquet dans une anse de fil de platine, qu'il a placée d'après le procédé de Ricord, en faisant ressortir les deux chefs par le même orifice cutané, de manière à ménager complétement le scrotum. Ces deux chefs ayant été mis en rapport avec un appareil de Middeldorpf, sitôt que le circuit a été établi, le fil est devenu incandescent. Il a suffi de quelques secondes pour que la masse du cordon ait été cautérisée et sectionnée. L'opération a été assez douloureuse, mais très-supportable cependant. Le pansement a consisté tout simplement en un peu de ouate de coton placée dans un suspensoir. Le soir, l'opéré a eu un petit mouvement de fièvre. Il a gardé le repos au lit pendant dix-huit jours. A dater du jour de l'opération il n'a plus éprouvé de douleurs du tout ; il n'est pas survenu le moindre accident.

Après un séjour d'un mois à la campagne, Paul B... a pu reprendre son service de valet de chambre, dans le commencement d'avril. Nous l'avons revu ces jours derniers, et nous avons pu constater que la guérison était parfaitement maintenue ; il ne reste d'autre trace de son ancienne maladie et de l'opération qu'elle a nécessitée, qu'une nodosité cicatricielle sur le trajet de la veine.

PETITES DIFFICULTÉS DE LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE.

IV. — Des positions inclinées du sommet.

Solayrès, le père de la classification, a laissé une œuvre trop imparfaite pour que nous en puissions tirer parti.

Baudelocque, son élève, admettait six positions du sommet et quatre de la face, et il rangeait les positions du *côté de la tête* parmi les variétés de la présentation du tronc. Les complications de la classification de Baudelocque existaient surtout à propos de la présentation du tronc.

Ses successeurs, en s'appliquant à simplifier les présentations du tronc, firent disparaître de la classification les présentations du *côté de la tête,* sans modifier sensiblement celles du sommet et de la face. (Gardien, Capuron, etc.)

Nous devons à Lachapelle la classification si simple des présentations du tronc qui est encore en usage aujourd'hui. Cet auteur avait placé à côté des positions régulières du sommet les positions inclinées et celle qu'il nommait *hybrides;* elles n'étaient pour lui que des variétés des positions régulières.

On trouve, dans la classification plus moderne de Moreau, des présentations du côté droit et du côté gauche de la tête, avec trois positions pour chacune. Ces présentations comprennent les variétés inclinées du sommet et de la face.

Nous ne saurions partager complétement l'opinion de Cazeaux dans le blâme qu'il avait infligé à cette classification, car si elle compliquait un peu la nomenclature, elle avait, d'un autre côté, le mérite d'appeler l'attention des élèves sur les positions inclinées, qu'ils reconnaissaient ainsi dès le début du travail, au lieu de les considérer absolument comme une difficulté, et d'en rejeter l'étude avec celle de la dystocie. L'on sait d'ailleurs que ces irrégularités se corrigent souvent d'elles-mêmes.

Or Joulin, dans son traité complet d'accouchements, p. 514 et 516, où il consacre un article à ces présentations irrégulières, conclut à la suppression des positions inclinées de la face, mais il veut que l'on maintienne, pour le sommet, les variétés pariétales droite ou gauche, et la variété frontale qui tient le milieu entre la présentation régulière du sommet et celle de la face.

Nous approuvons cette modification, et, tout en admettant avec nos maîtres Dubois, Pajot, Jacquemier, Cazeaux, la théorie si simple de Nœgeli, nous ne pouvons qu'applaudir à cet effort de Joulin qui tend à ramener l'attention des praticiens vers l'étude des signes des positions inclinées.

On trouve dix observations de présentations inclinées, en variété pariétale, dans les mémoires de Lachapelle ; six fois le pariétal droit se trouvait au centre du détroit supérieur et alors l'obliquité utérine fut notée trois fois, s'accompagnant une fois de la rupture prématurée des membranes. Dans les trois autres fois, on nota un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin, et deux fois les membranes se rompirent prématurément sans qu'on pût trouver d'autres complications. Sur ces six cas d'inclinaison latérale droite, l'accouchement spontané eut lieu une fois, une fois on fit une version, on appliqua le forceps trois fois, et enfin on fut obligé de pratiquer une fois l'embryotomie.

Quatre fois ce fut le pariétal gauche qui se présenta au détroit supérieur.

Dans un de ces cas il y avait une forte obliquité coïncidant avec un rétrécissement ; l'accouchement se termina avec le forceps. On employa encore cet instrument pour un cas d'inertie utérine compliquée de la rupture prématurée de l'œuf. Enfin dans les deux derniers cas de présentation du pariétal gauche dont l'un était compliqué d'une obliquité utérine, on eut recours à la version.

Boivin dit n'avoir rencontré que cinq cas de présentation inclinée du sommet en variété pariétale sur 20,517 accouchements.

Nous avons été témoin deux fois de positions inclinées en variété pariétale gauche. Nous allons rapporter ces deux observations, et tâcher d'en déduire des conséquences pratiques, utiles aux jeunes confrères au début de leur carrière.

Obs. I. — Feu Duvivier, estimable praticien de Paris, qui avait une grande habitude des accouchements, m'envoie, pendant qu'il était alité, chez une de ses clientes, Mme de C... C'était au mois de juillet 1863. Cette dame, âgée de trente-sept ans, était arrivée au terme d'une huitième grossesse, et jamais ses accouchements n'avaient présenté de difficultés.

J'arrivai le samedi soir, les eaux s'étaient écoulées depuis le matin et le col était dilaté. J'entendis distinctement les battements du cœur dans la fosse iliaque gauche, et je constatai une présentation du sommet, sans pouvoir distinguer ni sutures ni fontanelles ; la partie fœtale était du reste très-élevée, et sûr qu'il n'existait pas de vices de conformation du bassin, je ne m'en inquiétai pas autrement. D'ailleurs, les contractions utérines qui persistaient me faisaient espérer un accouchement assez prompt, j'attendis. Mais je passai ainsi la nuit presque tout entière auprès de cette malade, sans qu'il se manifestât d'autres changements que la cessation graduelle des contractions utérines, qui avaient fini par s'épuiser.

Je ne voulus pas donner d'ergot avant de m'être rendu compte de l'obstacle à l'accouchement. Je vaquai d'abord à mes affaires, puis, vers midi le dimanche, j'allai chez Duvivier lui raconter ce qui s'était passé, et lui dire que mon intention était d'introduire la main entière dans la cavité utérine et, après avoir reconnu la cause de dystocie, de prendre les pieds et de faire la version pelvienne.

Ce praticien sage et instruit, rappelant mon attention sur la version céphalique qui, à son avis, était trop négligée, me conseilla de la tenter, en me faisant observer que la version pelvienne, outre la gravité du pronostic, serait probablement difficile, l'écoulement du liquide amniotique datant déjà de plus de vingt-quatre heures. Il serait toujours temps, du reste, d'y avoir recours à défaut de succès par l'ancienne version.

Je retournai vers trois heures auprès de Mme de C... Aucun changement ne s'était manifesté ; je la fis placer en travers sur son lit, et je me mis en devoir d'introduire toute la main et de me rendre compte de la position fœtale. Alors je trouvai l'occiput tourné du côté droit de la mère et très-près de la symphyse pubienne ; le cou fortement convexe se dirigeait du côté gauche, et indiquait la présence du dos de ce côté maternel ; c'était là en effet que les bruits du cœur étaient le plus intenses. Je reconnus l'inclinaison de la tête sans me rendre compte de suite du pariétal qui était en bas ; je saisis cette tête entre les quatre doigts allongés sur le front et le pouce placé à l'occiput derrière la symphyse, et je redressai la tête dans le sens du diamètre oblique gauche.

Aussitôt et sans que je fusse obligé de faire aucun effort, une contraction survint qui engagea le sommet ; et en retirant ma main tout doucement sans tenir la tête, je sentais cette partie fœtale qui suivait le mouvement de retrait de ma main comme si je l'avais attirée avec un aimant, et l'accouchement se termina en moins de dix minutes.

Les suites en furent très-heureuses pour la mère et pour l'enfant.

Obs. II.— Mme M..., 30, rue Monsieur-le-Prince ; est arrivée au terme d'une première grossesse. Cette femme, âgée de vingt-deux ans, n'a jamais fait de maladie antérieure, mais, depuis quelques semaines, elle se plaint de douleurs sourdes dans le ventre. Ces douleurs prennent de l'intensité le lundi 5 octobre 1863, et la malade envoie chercher sa sage-femme. Celle-ci reconnaît un commencement de travail et elle attend, après avoir constaté, dit-elle, une présentation de l'extrémité céphalique.

La malade souffre toute la nuit, les contractions sont vives et répétées ; cependant la journée du mardi se passe encore sans résultat. La famille inquiète exige la présence d'un médecin ; c'est alors qu'on vint me chercher, il était environ cinq heures.

A mon arrivée, il ne m'est pas difficile de constater qu'indépendamment des contractions, une douleur pathologique existe dans toute la région abdominale ; l'utérus, fortement incliné à droite, est contracté énergiquement sur le fœtus ; les membranes sont rompues, on ignore depuis quand ; les battements du cœur s'entendent du côté gauche de l'utérus, mais tout l'abdomen est sensible, c'est à peine si l'on peut poser le sthétoscope.

Des gaz sont contenus dans les intestins, qui sont refoulés du côté gauche ; le ventre paraît ballonné et très-sensible à la pression, même en dehors de l'utérus.

Le toucher me donne la sensation d'une tête retenue au détroit supérieur, mais il m'est impossible de rencontrer ni sutures ni fontanelles ; le col n'a pas plus de largeur qu'une pièce de deux francs, il est rigide, et l'on constate un léger rétrécissement du bassin, que je ne pus mesurer en raison de l'indocilité de la malade.

Traitement. — Extrait de belladone sur le col, grand bain, lavement évacuant ; j'engage la femme à uriner.

De retour à neuf heures, j'examine de nouveau ; les douleurs sont un peu moins vives, du moins celles qui dépendent des contractions utérines ; le col, un peu plus souple, a gagné environ deux centimètres de diamètre comme dilatation, mais la partie fœtale n'est guère plus engagée. De plus le visage de la malade est altéré, son pouls à 120. Il faut agir.

Que ferai-je? La sage-femme me dit qu'elle a reconnu une présentation de la face, elle l'a dit au mari de la malade. Tel n'est pas mon avis ; cependant je ne puis affirmer qu'il y ait réellement une présentation du sommet, et le lobule de l'oreille, que j'ai cru rencontrer en examinant, me plonge dans un grand embarras. La version pelvienne ne me paraît pas praticable attendu le rétrécissement et la dilatation incomplète du col. La version céphalique ne l'est pas davantage, vu l'immobilité du fœtus dans l'utérus et la nécessité de débrider le col pour passer la main et obtenir une dilation que l'application de la partie fœtale retenue au-dessus du détroit, ne serait pas venue compléter. D'ailleurs la réduction de l'inclinaison entraîne un accouchement par l'extrémité céphalique, qui eut été long dans ce cas, et il fallait terminer de suite dans l'intérêt de la mère. L'enfant vivait toujours. Restait donc une application de forceps directe au détroit supérieur ; c'est à cela que je me décidai. Cette opération exige un peu moins de dilatation que la version ; une fois, en effet, les branches articulées, les tractions en entraînant la tête forcent le col à se dilater, et l'on n'a pas à craindre la rétraction du col sur le cou du fœtus, comme on l'a observé plusieurs fois dans la version pelvienne.

Je voulus toutefois avoir un conseil et au besoin un opérateur, car j'avoue que l'ignorance où j'étais de la position exacte me donnait de l'inquiétude. J'envoyai chercher M. le professeur Pajot, il était à la campagne ; je fis alors appeler M. Mattei, qui arriva vers onze heures du soir. Il reconnut tout ce que je viens de décrire, et sans se prononcer davantage sur la position, si ce n'est qu'il écartait l'hypothèse d'une présentation de la face, il se décida aussi pour l'intervention à l'aide des instruments.

Ayant placé la femme en travers sur son lit, je laissai M. Mattei opérer avec son léniceps ; il dut forcer un peu le col pour le passage de ses branches, mais il parvint à les appliquer sur les côtés du bassin. Le léniceps a l'avantage de pouvoir être désarticulé pendant l'absence des contractions et par conséquent de comprimer moins longtemps la tête du fœtus que le forceps ; mais un grand inconvénient du léniceps, c'est que ses branches sont trop courtes pour des applications au détroit supérieur. Cependant, en s'aidant des contractions, l'opérateur réussit à engager la tête du fœtus avec de grands efforts ; peu à peu cette tête parvint à la vulve, et l'accouchement se termina par la naissance d'un enfant vivant.

Il nous fut facile alors de voir la position. Une tumeur séro-sanguine existait sur la partie inférieure du pariétal gauche, et la branche gauche du léniceps avait profondément entamé le derme du cou fœtal plusieurs centimètres au-dessous du lobule de l'oreille gauche, malgré la précaution prise par l'opérateur de garnir les cuillers de l'instrument d'un fourreau en caoutchouc.

J'ai fait représenter dans la figure ci-contre la position du fœtus, position identique à celle de ma première observation, mais moins accessible vu le rétrécissement et la non-dilatation du col. La malade fut délivrée, et l'on put, pendant cette opération, mesurer le diamètre antéro-postérieur du bassin qui fut reconnu avoir 8 centimètres et demi net.



Le ventre, après l'accouchement, resta très-volumineux ; le pouls ne faiblit pas, comme il le fait dans un accouchement physiologique. Cependant la malade put prendre quelques instants de repos.

Le lendemain le ballonnement du ventre avait fait des progrès, le visage s'altérait encore, pouls 130. La péritonite préexistante à l'accouchement se généralisait.

Nous visitâmes la malade plusieurs fois par jour M. Mattei et moi ; et malgré l'emploi d'un éméto-cathartique, de sangsues, onguent mercuriel, sulfate de quinine, etc., le pouls s'éleva à 144, la parole s'embarrassa, et le vendredi suivant la femme mourut.

Réflexions. — Il est bon, dans la classification, de conserver pour la présentation du vertex, comme l'a fait Joulin déjà cité :

1° Les présentations franches ou régulières ;

2° Les présentations inclinées ou irrégulières.

Mais il faut donner les signes de ces présentations inclinées, afin que l'accoucheur puisse les reconnaître dès le début du travail et intervenir efficacement si elles ne se rectifient pas d'elles-mêmes.

Or, dans les variétés pariétales, les seules dont nous nous occupions ici, on rencontre sous le doigt, au commencement du travail, une tumeur dure, lisse, unie, sans sutures ni fontanelles, cette tumeur est très-élevée, très-éloignée du centre du détroit, et la dilatation du col se fait très-lentement.

La poche des eaux, volumineuse au début, a une grande tendance à se rompre de bonne heure. Souvent l'utérus est oblique, comme dans l'observation deuxième ; et chaque fois que l'on entend le maximum des battements du cœur à gauche, on peut croire à une variété pariétale gauche comme dans les deux observations ci-dessus, cette inclinaison étant le résultat de la première position du sommet quand la tête ne s'engage pas et glisse dans la fosse iliaque droite ; c'est un acheminement vers une présentation de l'épaule gauche. Si la tête glissait dans la fosse iliaque gauche, nous aurions une présentation de l'épaule droite plutôt qu'une présentation inclinée, parce que la distance qui sépare l'éminence iléo-pectinée gauche de cette fosse iliaque est trop peu étendue pour que la tête puisse se fixer au détroit supérieur dans une position inclinée. Il semble donc que la variété pariétale droite correspondrait à

une occipito-iliaque droite antérieure, aussi la rencontre-t-on moins fréquemment; cependant Lachapelle l'a notée six fois sur dix, mais on sait que cette sage-femme s'est trompée à propos des positions mento-latérales qu'elle croyait les plus fréquentes; on peut donc douter un peu de sa statistique.

Quand le col se dilate davantage, on trouve sous le doigt soit l'oreille, comme dans l'observation n° 2, soit l'angle de la mâchoire ou la suture fronto-pariétale, soit la suture lambdoïde, suivant que la tête est plus inclinée du côté de la face ou de l'occiput. On ne sent pas la suture sagittale, pas même la fontanelle postérieure, à moins que la tête ne soit en train de se réduire en occipito-pubienne. Les fontanelles latérales ne sont pas appréciables à cause de leur petitesse et des parties molles qui les recouvrent. L'oreille étant la partie que l'on rencontre le plus souvent, on peut avec son aide déterminer la position. La convexité de l'hélix est toujours tournée du côté de l'occiput, le lobule du côté du tronc, et le tragus indique le plan antérieur du fœtus; d'où l'on déduit la position de celui-ci par rapport au bassin maternel. Enfin on peut s'aider de la palpation.

Les causes de ces inclinaisons sont peu connues. Si l'on peut invoquer dans la deuxième observation le rétrécissement du bassin, il est impossible dans la première observation de rattacher l'irrégularité à cette cause, pas plus qu'à l'inclinaison utérine qui existait dans l'observation n° 2 seulement.

La rupture prématurée des membranes et la contraction qui en résulte est-elle la cause ou l'effet de la présentation vicieuse? nous laissons, à ce sujet, un point d'interrogation.

Quant au traitement, tous les auteurs conseillent d'attendre, souvent la rectification se fait d'elle-même.

Sur deux cas que j'ai pu observer, deux fois cette rectification spontanée n'a pas eu lieu; et comme il peut y avoir intérêt à conserver le plus de liquide possible dans la cavité utérine, je dis qu'il ne faut pas attendre très-longtemps; on se guidera sur l'état général de la mère et de l'enfant, sur l'état de l'utérus et sur la conformation du bassin; car il ne faudrait pas compter sur le redressement avec un rétrécissement qui peut même déterminer une présentation de l'épaule par suite d'une exagération de l'inclinaison. Si le col, sans être suffisamment dilaté se trouve cependant aminci, on pourra faire quelques incisions multiples au moment d'opérer. Il ne serait pas prudent de faire la version pelvienne, quand le col est peu dilaté, sans les petites incisions dont je parle, et il faudra la proscrire chaque fois que le bassin sera rétréci.

La version céphalique, ou plutôt le redressement ou réduction céphalique comme dans l'observation n° 1, est une bonne opération quand les eaux sont écoulées; je la préfère au forceps dont l'application est dans ces cas toujours irrégulière (obs. n° 2) et difficile. La réduction céphalique est aussi préférable à la version pelvienne.

On choisira la main dont la face palmaire embrasse le mieux le vertex, je préfère la main gauche dans les occipito-iliaques gauche et *vice versa*, parce qu'en cas d'insuccès, cette main est apte à faire la version pelvienne, puisqu'elle regarde le plan antérieur du fœtus. D'après Jacquemier, le choix de la main sera déterminé par le point du bassin, qui laisse entre la tête et ses parois le plus d'espace libre. Le levier conseillé par les anciens doit être rejeté.

Ainsi pour nous résumer, nous dirons qu'il faut tout d'abord essayer : 1° La réduction céphalique ou redressement, que le bassin soit ou non rétréci; on réussira le plus souvent; 2° en cas de non-réussite, si le bassin est bien conformé, version pelvienne; si le bassin est rétréci, application du forceps.

La saisie de la tête du fœtus, se faisant par le diamètre occipito-frontal, puisque les branches du forceps s'appliquent sur les côtés du bassin, l'extraction sera difficile et dangereuse; ou bien il faudrait, après avoir fait descendre la tête redressée par les tractions, désarticuler l'instrument et confier l'expulsion à la nature. Ce serait alors une véritable réduction céphalique artificielle, qui pourrait être préférée à la version pelvienne, surtout si les membranes sont depuis longtemps rompues.

Telle a été la conduite de Lachapelle qui, sur six applications du forceps, a confié le dégagement définitif à la nature trois fois; deux fois l'absence de contractions força de terminer l'accouchement avec l'instrument, une fois enfin le forceps quatre fois appliqué demeura insuffisant et on fut obligé de perforer le crâne. (*2e Mémoire, Pos. du vertex*).

NOTA. Quelques personnes ont cru pouvoir déduire de mon article du mois de février que je croyais à la circulation directe entre la mère et le fœtus. Il n'en est rien; ce serait méconnaître les recherches modernes sur l'anatomie normale du placenta que de s'en tenir à une physiologie surannée. Mais il y a l'anomalie dont il faut tenir compte, et c'est à ce titre seul que j'ai dû faire des réserves et conseiller la double ligature.

S'il n'y avait pas eu en même temps enchâtonnement et que la délivrance eût pu se faire sans violence, je l'eusse faite pour forcer ensuite l'utérus à se contracter par tous les moyens possibles.

Dr VERRIER.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE DES LÉSIONS DE L'ARTHROPATHIE

Et de l'encéphalopathie rhumatismales aiguës.

On a peu, jusqu'ici, étudié au microscope les lésions articulaires du rhumatisme aigu. MM. les docteurs A. Ollivier et L. Ranvier, viennent de publier sur ce sujet, dans les mémoires de la Société de biologie, le résultat des recherches qu'ils ont pu faire chez plusieurs rhumatisants, emportés rapidement par des accidents cérébraux.

Indépendamment de l'injection des synoviales, des arborisations vasculaires, etc., ils ont constaté l'existence de lésions très-nettes des cartilages, mais, avant de décrire ces lésions, rappelons en quelques mots l'état normal qui permettra de les mieux apprécier.

Les cartilages diarthrodiaux offrent une structure parfaitement régulière; tous, chez l'adulte, ont trois couches distinctes.

La première couche superficielle est constituée par des chondroplastes fusiformes, allongés dans le sens de la surface articulaire. Chaque cavité contient une seule cellule. Ces cavités, qui forment plusieurs couches successives en nombre variable, suivant les cartilages, sont d'autant plus étroites qu'elles sont superficielles.

La deuxième couche est formée par des chondroplastes allongés en sens inverse de ceux qui composent la couche précédente, et au lieu d'une seule cellule, ces chondroplastes renferment deux, trois et un plus grand nombre de capsules, placées les unes à la suite des autres, et non des cellules, comme l'ont avancé quelques auteurs.

La troisième couche, qui correspond à l'os, est constituée par de grosses capsules infiltrées de sels calcaires; la substance fondamentale intermédiaire est également calcifiée.

Un des caractères des affections articulaires est de ne produire sur les cartilages que des altérations inégalement réparties. Dans le rhumatisme articulaire aigu, cette loi se montre dans toute sa force. Aussi rencontre-t-on, à côté de parties profondément atteintes dans leur structure, d'autres parties restées complétement saines.

Tantôt les altérations des cartilages sont visibles à l'œil nu, et alors on aperçoit de légères saillies mamelonnées, de petites ulcérations; tantôt il faut le secours du microscope pour les découvrir.

Les chondroplastes les plus superficiels sont devenus globuleux; la cellule contenue dans chacun d'eux s'est divisée de manière à donner deux ou plusieurs éléments cellulaires. Chacun de ces éléments, en vertu de sa propriété spéciale, a donné naissance autour de lui à de la substance cartilagineuse sous forme de capsule. De cette manière, au lieu de la couche de chondroplastes aplatis qu'on trouve habituellement à la surface des cartilages diarthrodiaux, on rencontre des cavités cartilagineuses à direction toujours parallèle à la surface articulaire, et renfermant deux ou trois capsules filles avec leur corpuscule cellulaire.

De même que O. Weber, MM. Ollivier et Ranvier ont observé la prolifération des capsules cartilagineuses de la seconde couche, leur abouchement de bas et en haut, les unes dans les autres, et finalement leur arrivée dans le liquide articulaire, où le microscope permet de les reconnaître. Il résulterait de ce travail pathologique une espèce de transformation velvétique du cartilage : les filaments de la substance cartilagineuse seraient constitués par la substance fondamentale intercapsulaire, soit dépouillée de toute espèce de cellules, soit en retenant encore quelques-unes au milieu d'elles. Mais l'état velvatique n'est pas dû seulement à ce processus. Les filaments, au lieu d'être formés dans l'épaisseur du cartilage, c'est-à-dire dans le sens vertical, doivent dans certains cas, suivant MM. Ollivier et Ranvier, être considérés comme des fragments enlevés horizontalement de la surface elle-même, par suite d'un même mouvement formateur avec segmentation transversale de la substance fondamentale du cartilage. On peut, de la sorte, rencontrer sur une surface articulaire des fils d'une grande longueur, 1 centimètre par exemple, alors que le cartilage n'a que quelques millimètres d'épaisseur.

Ces faits démontrent donc que le rhumatisme ne se manifeste pas seulement dans les articulations par de simples phénomènes vasculaires, mais bien aussi par des formations nouvelles d'éléments qu'on doit rattacher à une irritation plus profonde. Ces formations nouvelles s'arrêtent quelquefois à la production, en grande quantité, de cellules et capsules cartilagineuses, qui restent telles ou disparaissent sur place; d'autres fois la prolifération étant plus intense, détermine dans le cartilage des ulcérations plus ou moins profondes; dans ce cas, il y a une production abondante d'un liquide purulent dans l'intérieur de l'articulation, accompagnée d'une exsudation sous forme de flocons ou de fausses membranes, dans la constitution desquelles il entre des cellules pour une bonne part. Ces phénomènes peuvent se produire avec une grande rapidité.

Il est un point de clinique très-important, ajoutent MM. Ollivier et Ranvier, qui se rattache directement à cette question des altérations des cartilages dans le rhumatisme articulaire aigu. On sait que, dans le cas d'encéphalopathie rhumatismale, la disparition des douleurs articulaires au moment où apparaissent les accidents cérébraux, a reçu des interprétations très-différentes. Il importe de distinguer la disparition des douleurs seules de la disparition des douleurs, du gonflement et de la rougeur; il faut voir s'il ne reste pas dans les articulations des lésions importantes avant de conclure à une véritable métastase vers le cerveau. En effet, si, dans le cours des accidents cérébraux, les douleurs disparaissent souvent, il n'en est pas de même des lésions articulaires. C'est donc dans le système nerveux qu'il faut aller chercher la cause de cette sorte d'analgésie. Du reste il n'y a rien là qui doive surprendre, si on se rappelle ce que l'on observe quelquefois dans les cas de délire nerveux traumatique. De même que dans l'encéphalopathie rhumatismale, on voit des malades marcher et agiter des articulations profondément lésées, de même certains individus, atteints du délire nerveux traumatique, sont parfois capables d'enlever un appareil de fracture et de se servir de leur membre comme s'il ne présentait pas de solution de continuité.

Les altérations que subissent les méninges dans l'encéphalopathie rhumatismale, paraissent être de même nature que celles des articulations. En effet, dans quelques cas très-rares, on trouve dans l'intérieur de la cavité arachnoïdienne et dans les mailles de la pie-mère un liquide purulent; dans d'autres, qui sont de beaucoup les plus nombreux, l'autopsie ne révèle que les traces d'une congestion intense, caractérisée, comme dans les franges synoviales, par des dilatations vasculaires.

Toutefois ces diverses lésions, tant articulaires que viscérales, n'ont rien de spécifique. Les lésions qui se développent sous l'influence du rhumatisme, sont semblables à celles que déterminerait n'importe quelle cause d'irritation de même durée et de même intensité.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la préparation des potions au musc.

Cullen, qui a si bien étudié l'action du musc sur le système nerveux, et qui prétendait que cette matière animale est un des plus puissants antispasmodiques, assurait qu'il est d'autant plus actif qu'il est plus odorant, et il recommandait de le donner *en substance*. Aujourd'hui la majorité des praticiens est de cet avis, et administrent le musc en pilules, en potions et en lavements.

L'emploi du musc sous forme de pilules doit, dans certaines circonstances, être préféré à l'emploi du musc en potions. Les pilules de musc ne laissent pas dans la bouche l'odeur si caractéristique de cette substance; cette odeur peut être d'autant moins sensible que rien ne s'oppose à ce que les pilules soient argentées ou dorées. Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles il est matériellement impossible d'avoir recours à ce moyen.

On a fait de nombreuses objections à l'emploi du musc sous forme de potion. M. A. Lailler vient d'indiquer, dans le répertoire de pharmacie de M. Bouchardat, un mode de préparation qui aurait, suivant lui, l'avantage de prévenir tous les inconvénients signalés.

Le musc, a-t-on dit, est insoluble dans l'eau froide. Or il se comporte d'une façon opposée dans l'eau bouillante. Profitant de cette propriété, on doit triturer d'abord le musc avec quelques gouttes d'eau bouillante, puis ajouter celle-ci en plus grande quantité suivante la dose du musc prescrite. On verse alors à volonté dans le véhicule qu'il soit gommeux ou non. Par le refroidissement le musc perd, il est vrai, en partie sa solubilité, mais il se précipite alors sous une forme très-ténue, et, se mélangeant facilement au liquide par l'agitation, il peut être pris par le malade, sans qu'il lui en reste dans la bouche, comme c'est le cas avec les préparations préparées à l'eau froide. Par ce procédé qui n'altère pas l'odeur du musc, il n'est pas nécessaire de recourir au véhicule gommeux généralement conseillé pour en faciliter la suspension. La potion à l'eau simple est plus limpide, elle cause moins d'empâtement dans la bouche et peut se conserver plus longtemps, sans éprouver d'altération.

Traitement du choléra.

Voici le résumé d'un intéressant mémoire que M. le docteur Gubler vient de publier dans le *Bulletin de thérapeutique* de cette année.

Le traitement spécifique du choléra n'existe pas.

Le traitement rationnel, le seul possible, sera tiré des indications. Ses moyens sont ceux des médications auxquelles ressortissent les périodes de la maladie, et les différents symptômes dominants.

A la période de *diarrhée ou cholérine*, on doit conseiller au malade le régime alimentaire qui lui est le plus favorable, la diminution des liquides, le séjour dans une atmosphère douce et la caléfaction s'il y a lieu. On lui prescrira des absorbants, des spiritueux à doses modérées, des boissons aromatiques, des opiacés purs ou associés aux absorbants, etc.

Dans le *choléra confirmé*, il importe de considérer, au point de vue thérapeutique, deux degrés ou deux formes principales. Dans l'une, la soif reste modérée ou du moins tolérable; il n'y a que peu ou pas de vomissements. Dans l'autre, la soif est ardente, inextinguible; les vomissements sont répétés ou incoërcibles.

Avec la première forme, on se comporte comme avec la cholérine. Lorsqu'on a affaire à la seconde, on doit graduellement abandonner les médications narcotique et stimulante, les opiacés, les alcooliques et les boissons chaudes, pour recourir à la glace, aux boissons frappées, glacées ou du moins froides.

Dans ces cas, on administrera un mélange de vin et d'eau de seltz, maintenu dans de la glace fondante, de la bière. On donnera des glaçons à sucer. Ce qui n'empêchera pas de continuer à réchauffer la périphérie du corps par des moyens artificiels, et d'exciter la peau par des stimulants énergiques : moutarde, chloroforme, frictions rudes.

Certains symptômes prédominants réclament souvent un traitement spécial. On cherche à calmer les crampes par le massage, les frictions, l'électricité.

Le hoquet, l'anxiété épigastrique et la douleur en ceinture, sont combattus efficacement par les sinapismes et les vésicatoires sur le creux de l'estomac et sur les attaches du diaphragme.

Aux vomissements conviennent particulièrement la glace, l'acide carbonique, et dans certains cas l'eau de chaux.

Dès que la *période de réaction* commence, il faut s'efforcer de la soutenir et de la régulariser. En maintenant la chaleur extérieure, on diminuera progressivement le froid des liquides ingérés.

Plus de glace en nature ni de boissons glacées. On fera boire à la température ordinaire, et bientôt, s'il y a lieu, on donnera des infusions aromatiques chaudes.

Devenir plus que jamais avare des alcooliques et des préparations opiacées. Les supprimer absolument dès que la réaction est en bonne voie, accorder un peu de bouillon froid d'abord, chaud plus tard.

S'il survient des congestions viscérales (cerveau, poumons), révulser à la peau par des sinapismes et des vésicatoires. Recourir de bonne heure aux émissions sanguines locales et même générales. Administrer le sulfate de quinine, par l'estomac ou bien en injections hypodermiques; l'associer au café. Essayer la belladone et l'atropine. Faire des lavages modérés à l'eau froide ou dégourdie.

Les complications telles que les otites suppurées, les parotides, les inflammations des fosses nasales, de l'isthme du gosier, du pharynx, des bronches, du tissu cellulaire et des muscles, les synovites, l'érysipèle, réclament leurs moyens ordinaires de traitement. Les éruptions de roséole, d'urticaire, de lichen et d'ecthyma ne méritent guère qu'on s'en occupe.

Quant aux paralysies consécutives, M. Gubler donne les conseils suivants : la paralysie vésicale exige qu'on sonde les malades deux fois par jour. Les paralysies périphériques seront combattues par les excitants, les bains, frictions, électricité. On stimulera particulièrement la sensibilité à l'aide des irritants proprement dits, et surtout par l'emploi du pinceau électrique qui détermine instantanément un érythème intense.

Traitement de l'éléphantiasis des Arabes par la ligature des artères.

L'éléphantiasis des Arabes, maladie rare sous notre climat, n'a guère été combattue en France que par la médication interne et par l'emploi de quelques topiques, de la compression, de l'élévation du membre, etc. En Angleterre et en Amérique les chirurgiens ont eu recours à des moyens plus énergiques.

En 1852, Carnochan fit connaître les résultats de ces nouveaux moyens, à savoir la ligature de l'artère principale du membre affecté. Cette opération a été de nouveau pratiquée avec succès par MM. Statham, Ogier (de Charleston), Érichsen, et plus récemment par M. Butcher. On alla même jusqu'à l'amputation du membre, comme le montre un rapport de M. Le Fort, à la Société anatomique (1861).

Le numéro de *The Lancet* du 10 février 1866, renferme une nouvelle observation. Dans ce cas, on osa porter la ligature sur l'iliaque externe. Aucun accident n'est survenu et tout fait espérer une complète guérison. L'opération fut pratiquée par M. Bryant.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre numéro du 24 avril, intitulé : *Du chloroforme dans l'éclampsie,* par le docteur J. de Soyre : « De tous les traitements proposés pour combattre l'éclampsie, le plus mauvais, à moins de circonstances particulières, est l'intervention chirurgicale. »

Permettez-moi de ne pas partager cet avis. J'ai trouvé, en vingt-huit ans d'exercice, 14 à 15 cas d'accouchements compliqués d'éclampsie. J'ai toujours cherché, par des manœuvres chirurgicales, à amener le plus tôt possible la terminaison de l'accouchement, et cette pratique a été suivie d'une proportion de 2 succès sur 3 cas. Voici le dernier :

Le 25 septembre 1865, je fus appelé auprès d'une jeune femme de Labergement (16 kilomètres de Châlon-sur-Saône). C'est une primipare de vingt ans, prise de convulsions depuis la veille au soir. Elle est à terme. La sage-femme mande le médecin du voisinage dans la nuit; celui-ci arrive, pratique une forte saignée sur la matrice, puis me fait demander. A peine arrivé, c'est-à-dire quinze à seize heures au moins après l'invasion des premières convulsions, je suis témoin d'accès répétés. La face est congestionnée, l'œil convulsé, insensible à la lumière; tous les muscles sont agités, notamment ceux de la face. La respiration est stertoreuse, le pouls filiforme, d'une fréquence inappréciable; la mort paraît imminente. Je touche la malade et trouve un commencement de dilatation à peine manifeste. Je reconnais une première présentation. J'ausculte et ne reconnais ni bruit placentaire, ni mouvement du fœtus. J'annonce que l'enfant est mort, mais que nous devons chercher la délivrance dans le plus bref délai. Je fais placer la malade en travers du lit, comme pour une application de forceps. J'introduis doucement dans le vagin la main préalablement graissée. Je force un peu pour arriver à introduire un doigt, puis deux dans le col utérin. Je le dilate avec assez de bonheur, je finis par introduire quatre doigts et j'enveloppe la tête, située encore au détroit supérieur. Je romps la poche amniotique.

Je me dispose alors à demander la branche mâle de mon forceps; mais sachant par expérience que l'application au détroit supérieur est souvent difficile, je profite de la facilité avec laquelle la matrice cède, pour monter plus haut et saisir un pied. Je l'amène bientôt au dehors et la version est rapidement terminée. L'enfant est extrait et sa mort paraît remonter à quatre ou cinq heures. Il est bon de noter que, pendant que j'agissais, il n'est survenu aucunes convulsions; il n'en revint qu'une heure après, et il ne s'en manifesta plus que quatre à cinq, à des intervalles éloignés d'une à deux heures et de moins en moins fortes.

Le lendemain, la malade resta assoupie et encore sans connaissance, les lochies marchaient peu. Le surlendemain l'intelligence revint et les suites de la couche marchèrent d'une manière singulière. Au bout de quinze jours, la malade se levait et commençait à sortir.

Dans ce cas, la manœuvre a sauvé la malade, selon nous, car l'état s'est amélioré dès qu'elle a été employée. Ce ne serait donc pas le cas de dire avec notre honorable confrère : le plus mauvais des traitements est l'intervention chirurgicale.

Si vous voulez bien donner place dans votre journal à ma lettre et à mon observation, monsieur le Rédacteur, c'est que vous aurez jugé que l'ouvrier le plus modeste peut aussi apporter sa pierre à l'édifice de la science.

Recevez, monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

PROUTZ, D. M. P.

Châlon-sur-Saône, le 25 avril 1866.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 20 mai, M. le docteur Fortin, médecin du lycée impérial d'Évreux, a été nommé officier de l'instruction publique.

—Par suite de l'abondance des matériaux qui dépassent les prévisions, l'éditeur du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale,* par MM. Bouchut et Desprès, est contraint d'en élever le prix. Le prix de l'ouvrage complet est fixé à 23 fr., pour les nouveaux souscripteurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebordá, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Le choléra dans les hôpitaux de Marseille, pendant l'épidémie de 1865, par V. Seux, médecin en chef des hôpitaux, professeur à l'école de médecine, etc. Un vol. in-8° de 140 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillère et fils.

Étude médico-légale sur la séparation de corps (leçons professées à l'École pratique), par le docteur Legrand du Saulle. In-8° de 36 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1866, J. Savy.

Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides, professées par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recueillies et publiées par le docteur Dubuc, revues par le professeur, 2e édition, considérablement augmentée. Un vol. in-8° orné de 4 gravures sur acier. Figures coloriées, prix: 10 fr.; sépia, prix: 8 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directenr, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 65. — MARDI 5 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 5 JUIN 1866. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Maladies chroniques. — Maladies des vieillards.

(Leçon recueillie par M. le docteur BALL.)

Messieurs,

Les conférences auxquelles vous allez assister sont destinées à faire passer devant vos yeux les faits cliniques les plus intéressants que présente à notre observation l'hospice de la Salpêtrière. Ceux d'entre vous, messieurs, qui jusqu'ici n'ont fréquenté que les hôpitaux ordinaires, peuvent s'attendre à voir les cas pathologiques se montrer ici sous une couleur locale assez accentuée.

Vous connaissez sans doute, l'organisation intérieure de ce vaste établissement. Si nous laissons de côté le personnel des employés, et si nous faisons abstraction des aliénées, des idiotes et des épileptiques, qui forment une classe à part, et dont nous n'aurons pas à nous occuper, la population de cet asile se compose d'environ 2,500 femmes qui, pour la plupart, appartiennent aux classes les moins favorisées de la société, mais dont quelques-unes cependant ont connu des jours meilleurs.

Au point de vue de la clinique médicale, qui seule doit fixer notre attention, elles forment deux catégories bien distinctes.

La première se compose de femmes âgées, en général, de plus de soixante-dix ans, — car ainsi l'ont décidé les règlements administratifs, — mais qui jouissent d'ailleurs d'une bonne santé habituelle, et que la misère ou l'abandon ont placées sous la protection de l'assistance publique. C'est ici, messieurs, que nous trouverons les matériaux qui nous serviront à faire l'histoire clinique des affections de l'âge sénile.

La seconde catégorie comprend des femmes de tout âge, frappées, pour la plupart, de maladies chroniques, réputées incurables, et qui les ont réduites à un état d'infirmité permanente.

Sous ce rapport, nous possédons ici des avantages dont on est privé en grande partie dans les hôpitaux ordinaires, et nous sommes placés dans les conditions les plus favorables pour étudier avec fruit les maladies à lente évolution.

En effet, la nombreuse population de nos salles nous permet d'envisager, sous les aspects les plus divers, les principaux types d'un seul et même genre morbide ; mais ce qui est encore plus important, il nous est donné de suivre ici les malades pendant une longue période de leur existence, au lieu d'assister à un simple épisode de leur histoire ; aussi voyons-nous se dérouler, jusqu'à ses dernières limites, le processus pathologique, dont on ne connaît en général que la phase initiale ; enfin il nous est donné de constater les lésions organiques qui caractérisent la maladie, lorsqu'elle s'est terminée par la mort.

Dans d'autres cas, malheureusement trop rares, nous voyons s'opérer des guérisons tantôt spontanées, tantôt provoquées par l'heureuse intervention de l'art. Mais ce que nous apprenons à connaître ici, mieux que partout ailleurs, c'est le prix qu'il faut attacher aux moyens qui soulagent, lorsqu'il est impossible de guérir.

Aujourd'hui, je me propose d'appeler plus spécialement votre attention sur les caractères les plus généraux des maladies qui surviennent à la dernière période de la vie.

I. — L'importance d'une étude spéciale des maladies des vieillards ne saurait être contestée aujourd'hui. On s'accorde, en effet, à reconnaître que si la pathologie de l'enfance se prête à des considérations cliniques d'un ordre spécial et qu'il est indispensable de connaître au point de vue pratique, la pathologie sénile présente, elle aussi, ses difficultés, qui ne peuvent être surmontées que par une longue expérience et une connaissance approfondie de ses caractères particuliers.

Et cependant, messieurs, cette partie si intéressante de la médecine a été bien longtemps négligée, et ce n'est guère que de nos jours qu'elle a fini par acquérir son autonomie.

C'est à une époque très-voisine de la nôtre, en France et dans cet hospice même, que s'est constituée et affermie, dans toute son originalité, si l'on peut ainsi dire, la pathologie des vieillards. Avant cette époque, à peine pourrait-on citer quelques écrits où la physionomie particulière des maladies séniles ait été entrevue. Si l'on en excepte le petit traité de Floyer, publié en 1724 ; le travail plus récent de Welsted ; celui de Fischer enfin, qui remonte à 1760, la plupart des ouvrages médicaux du siècle passé, qui se rattachent d'une manière spéciale à l'âge sénile, ont une allure surtout littéraire ou philosophique ; ce sont des paraphrases plus ou moins ingénieuses du fameux traité *De Senectute* de l'orateur romain.

Il était réservé à Pinel de signaler cette lacune, sinon de la combler ; cependant, à l'époque où il écrivait son *Traité de médecine clinique*, l'hospice de la Salpêtrière avait déjà reçu l'organisation qu'il présente encore aujourd'hui ; le pénitencier qui en faisait autrefois partie avait été supprimé, l'infirmerie avait été fondée, et l'on ne transportait plus à l'Hôtel-Dieu les femmes malades, au risque de les voir expirer en chemin. Mais Pinel ne pouvait songer à restreindre ses études à un point limité de la science. Des vues bien plus ambitieuses s'étaient emparées de son esprit ; il s'agissait, pour lui, d'embrasser la pathologie dans son vaste ensemble, et de créer la nosographie philosophique, en appliquant à la médecine la méthode de l'analyse, suivant le langage un peu emphatique du XVIIIe siècle. Aussi les différences qui séparent la pathologie sénile de la pathologie ordinaire sont-elles bien rarement signalées dans ses travaux, bien qu'il ait passé la plus grande partie de son existence médicale dans les hospices consacrés à la vieillesse.

On doit à Landré Beauvais, l'un des élèves et des successeurs de Pinel, à la Salpêtrière, la première description spéciale qui ait jamais été tracée, d'une affection que nous rencontrons à chaque pas dans nos salles, bien qu'elle n'appartienne pas exclusivement à la vieillesse. Je veux parler du rhumatisme noueux, *arthritis pauperum*, maladie très-fréquente chez les indigents. Landré Beauvais la désignait sous le nom de *goutte asthénique primitive*, tout en reconnaissant déjà qu'elle diffère de la goutte vraie. C'est là, messieurs, une affection redoutable en raison des infirmités qu'elle entraîne ; elle mérite, à tous égards, d'être placée au premier rang des maladies chroniques rassemblées dans cet asile et qui devront fixer votre attention plus tard.

Les leçons cliniques, faites à la Salpêtrière par M. Rostan, vers 1830, eurent à cette époque un immense retentissement. Plusieurs questions, relatives à la pathologie sénile, furent soumises à une étude approfondie par l'éminent professeur. Deux de ses travaux surtout sont restés justement célèbres. Le premier a pour but d'établir que l'asthme des vieillards n'est pas une affection nerveuse, mais l'un des symptômes d'une lésion organique ; et l'on reconnaît aujourd'hui, que si cette proposition prise dans un sens général est trop absolue, elle n'en est pas moins vraie dans la grande majorité des cas. Le second est une étude remarquable sur le ramollissement cérébral, qui a transformé complétement nos idées à cet égard. On sait que, d'après M. Rostan, cette altération, si fréquente à une période avancée de la vie, loin d'être le résultat d'un travail inflammatoire, serait une destruction sénile, offrant la plus grande analogie avec la gangrène de la vieillesse. Les recherches des observateurs modernes, aidées de tous les nouveaux moyens d'investigation que possède aujourd'hui la science, ont pleinement confirmé cette idée.

Les immenses matériaux laborieusement recueillis par M. le professeur Cruveilhier, pendant son séjour à la Salpêtrière, ont contribué en grande partie à l'édification d'un monument impérissable ; j'ai nommé l'*Atlas d'anatomie pathologique*. D'innombrables observations, qui ont répandu un jour nouveau non-seulement sur la pathologie des vieillards, mais aussi sur l'histoire de plusieurs maladies chroniques, se trouvent accumulées dans ce vaste recueil.

Sous l'impulsion plus ou moins directe des maîtres que nous venons de citer, plusieurs monographies importantes, relatives aux maladies de la vieillesse, ont été publiées par des observateurs qui avaient puisé dans cet hospice les matériaux de leurs ouvrages. Nous nous contenterons de signaler le mémoire si remarquable de MM. Hourman et Dechambre sur la pneumonie des vieillards, et le Traité du ramollissement du cerveau, par M. Durand-Fardel.

Il fallait réunir d'une façon systématique ces fragments épars, pour constituer enfin la pathologie sénile. Tel était le but que Prus avait cherché à réaliser dans les *Recherches sur les maladies de la vieillesse*, présentées à l'Académie de médecine en 1840. Mais l'observateur français avait été précédé dans cette voie par Canstatt en Allemagne ; on doit à cet auteur le premier traité dogmatique qui ait paru sur les maladies des vieillards. Malheureusement cet ouvrage, qui date de 1839, a été composé sous l'influence de la doctrine de Schellings qui a régné si longtemps de l'autre côté du Rhin, et qui porte le nom ambitieux de *Philosophie de la nature*. L'imagination y tient une place énorme aux dépens de l'observation impartiale et positive. Cependant nous trouvons dans l'ouvrage de Canstatt des idées ingénieuses et souvent vraies, qui lui assurent une place honorable dans la science.

Une méthode entièrement opposée a inspiré les études de Beau (1843) et de Gillette (1851), sur les maladies des vieillards, ainsi que le *Traité clinique* publié en 1854 par M. Durand-Fardel. Nous pourrions citer, en dehors de ces ouvrages synthétiques, de nombreuses monographies relatives à des points spéciaux de la pathologie sénile : mais nous ne saurions avoir la prétention de tout dire, et nous aurons d'ailleurs plus d'une occasion de mentionner ces travaux dans le cours de nos leçons.

Nous terminerons ce court exposé historique en signalant trois ouvrages intéressants, publiés récemment à l'étranger, et auxquels nous ferons de nombreux emprunts. Le premier est le volumineux *Traité clinique des maladies des vieillards*, dû à la plume de M. le docteur Geist, médecin de l'hospice du Saint-Esprit, à Nuremberg. Le second est un *Recueil d'observations cliniques*, rédigé par M. le docteur Mettenheimer, à l'hospice des vieillards de Francfort. Le troisième est l'ouvrage de M. Day, publié à Londres en 1849.

II. — Un trait commun se révèle dans la plupart des écrits qui viennent d'être mentionnés ; c'est une tendance manifeste à rattacher, autant que possible, les particularités qui distinguent les maladies de l'âge sénile, aux modifications anatomiques ou physiologiques que subit l'organisme par le seul fait de la vieillesse. On ne saurait s'en étonner, si l'on remarque que presque tous ces écrits sont de date récente et appartiennent, par un côté du moins, à l'école organicienne. De fait, l'étude préliminaire des modifications dont il s'agit nous paraît devoir projeter la plus vive lumière sur l'histoire des maladies des vieillards. Nous aurons à remarquer, entre autres choses, que les changements de texture que la vieillesse imprime à l'organisme, s'accusent parfois à un tel degré, que l'état physiologique et l'état pathologique semblent se confondre par des transitions insensibles, et ne peuvent plus être nettement distingués.

Nous allons donc entreprendre un exposé rapide de l'anatomie et de la physiologie de l'âge sénile, mais sans oublier que nous devons constamment nous rattacher à un point de vue spécial.

Nous nous bornerons donc à l'indication des traits les plus généraux, et lorsque nous aborderons les détails, ce ne sera que pour en déduire des applications directes à la médecine pratique.

A. Certaines modifications d'ensemble frappent immédiatement les regards. Vous connaissez tous l'aspect extérieur du vieillard : cette peau sèche et ridée, ces cheveux rares et grisonnants, cette bouche privée de dents, ce corps voûté et ramassé sur lui-même ; tous ces changements correspondent à une atrophie générale de l'individu ; car en même temps que la taille diminue, le poids du corps s'amoindrit, ainsi que l'a démontré Quételet.

Un amaigrissement plus ou moins prononcé correspond, en général, à ces divers phénomènes. Toutefois, on peut rencontrer une manière d'être différente. C'est comme on disait autrefois, l'*habitus corporis laxus*, caractérisé par une accumulation de graisse sous le tégument externe, et dans la profondeur des cavités splanchniques. Mais cet état est en général transitoire, et ne tarde pas à faire place à l'*habitus corporis strictus*, qui domine à peu près exclusivement dans la période de décrépitude.

L'émaciation dont il s'agit est la conséquence d'un processus atrophique qui porte son action non-seulement sur les muscles de la vie de relation, et sur les diverses parties du squelette, mais s'étend en outre à la plupart des organes splanchniques : le cerveau, la moelle épinière, les troncs nerveux, les poumons, le foie, enfin tous les organes sanguificateurs participent à ce mouvement rétrograde : la rate et les ganglions lymphatiques subissent une remarquable diminution de poids et de volume, qui augmente avec les progrès de l'âge.

Mais, par une sorte de contradiction fort remarquable, et dont la raison physiologique ne nous paraît pas encore suffisamment établie, le cœur et les reins échappent à cette loi, et conservent les dimensions de l'âge moyen de la vie. On voit même le cœur subir une véritable hypertrophie chez plusieurs vieillards : c'est là, ce nous semble, un état pathologique consécutif à l'altération dite sénile des artères. De son côté, le réseau des vaisseaux capillaires sanguins s'appauvrit progressivement non-seulement dans les principaux viscères, mais encore dans l'épaisseur de la peau et des membranes muqueuses. Celles-ci perdent en même temps dans le tube digestif une partie de leurs éléments villeux et glandulaires. (Berres, N. Guillot).

En quoi consiste ce travail d'atrophie qui porte ainsi son action sur l'ensemble des organes et des tissus? C'est d'abord, à un premier degré, un processus d'atrophie simple; les éléments cellulaires du parenchyme, les éléments musculaires et peut-être aussi les éléments nerveux diminuent progressivement de volume, mais sans présenter dans leur structure aucune modification essentielle: cela est surtout remarquable, suivant Otto Weber, dans les muscles des vieillards, dont les éléments sont pâles, de petite dimension et tous à peu près d'égal volume, contrairement à ce qui a lieu dans l'âge adulte. Cependant la trame conjonctive ne participe pas au même degré à ce travail de destruction lente; on la voit même prédominer dans les viscères, sur les éléments spécifiques: c'est ce qu'a fort bien établi M. le docteur Bastien, pour ce qui concerne le foie et la plupart des organes abdominaux.

Mais, à un degré plus avancé, l'atrophie s'accompagne d'un travail de dégénération, c'est-à-dire que les éléments subissent des modifications dans leurs caractères chimiques, et deviennent le siége d'infiltrations pigmentaires ou graisseuses, et d'incrustations calcaires. C'est ce qui se produit, par exemple, dans les cellules cérébrales, d'après les observations de M. le docteur Vulpian, dont j'ai pu souvent constater l'exactitude parfaite.

Suivant Virchow, en même temps que la névroglie tend à prédominer dans l'encéphale sur les éléments nerveux, elle s'infiltre habituellement d'un nombre plus ou moins considérable de granulations amyloïdes; alors le tissu du cerveau subit une altération chimique, d'après les recherches de Bibra, confirmées par celles de Schlossberger. Les matières grasses qui entrent dans sa constitution éprouvent une diminution notable, tandis qu'au contraire la proportion de l'eau et celle du phosphore s'accroissent. En outre, d'après M. Vulpian, des granulations graisseuses se déposent, par le seul fait des progrès de l'âge, dans les faisceaux musculaires primitifs de la vie animale, et cette altération peut atteindre un degré tel, dans les membres inférieurs, où elle se montre surtout, qu'elle détermine une paraplégie plus ou moins complète. Les fibres musculaires de la vie organique n'échappent pas à la dégénération graisseuse, et vous aurez souvent l'occasion de constater que les parois musculaires du cœur en sont presque toujours atteintes chez les femmes qui meurent à un âge avancé. A cette altération du tissu cardiaque se rapportent les phénomènes d'asystolie qui s'observent si fréquemment chez les vieillards alors même qu'ils paraissent jouir d'une bonne santé.

Enfin, les parois des artérioles du cerveau se trouvent souvent remplies, ainsi que l'ont fait voir Paget et Robin, de granulations graisseuses; et M. Vulpian a montré que cette altération sénile n'est pas le propre de l'homme, mais qu'elle se rencontre également chez les vieux mammifères, chez le chien en particulier.

Il n'échappera à personne de vous, messieurs, que ces altérations, lorsqu'elles ont atteint un degré aussi prononcé, dépassent les limites de l'état physiologique, puisqu'elles sont capables de produire par elles-mêmes des troubles fonctionnels parfois extrêmement graves. Cela est surtout évident pour ce qui concerne l'altération dite athéromateuse des artères, et la calcification qui l'accompagne si fréquemment. Au point de vue du développement histologique, l'athérôme artériel tend à se séparer profondément des formes habituelles de l'atrophie sénile. Celles-ci paraissent être le résultat d'un processus purement passif, celle-là, au contraire, paraît consister, dans la première phase de son évolution, en une prolifération plus ou moins active des éléments qui constituent normalement la membrane interne des artères. La dégénération graisseuse s'empare, à un moment donné, de ces éléments nouvellement formés. Mais c'est là un phénomène consécutif. Les granulations ainsi formées s'accumulent dans les parties les plus profondes de la membrane interne, lesquelles sont d'abord et surtout altérées; elles en distendent le feuillet le plus superficiel, qui résiste encore pendant longtemps. Ainsi se forment ces collections riches en graisse et en cristaux de cholestérine qu'on a désignées sous le nom d'abcès athéromateux. On les voit parfois s'ouvrir dans la cavité des artères dont elles occupent les parois; et leur contenu, mêlé au sang, peut être entraîné par le torrent circulatoire, pénétrer dans les vaisseaux d'un petit calibre, et produire les accidents souvent redoutables de l'embolie capillaire. A un degré moins avancé, la tumeur athéromateuse se borne à déterminer le rétrécissement et plus tard l'oblitération complète de l'artère où elle siége. C'est alors que se produisent, sur divers points de l'organisme, ces altérations nécrobiotiques qui constituent un des chapitres les plus originaux de la pathologie des vieillards. Nous verrons, en effet, qu'il faut rattacher à l'oblitération athéromateuse des artères, la plupart des cas de ramollissement cérébral et d'apoplexie capillaire de l'encéphale qu'on observe à un âge avancé; il en est de même pour les infarctus viscéraux, la gangrène dite sénile des extrémités, et bien d'autres altérations encore.

Mais nous empiétons ici sur le domaine de la pathologie, que nous voulons respecter quant à présent. Nous devons actuellement indiquer, en quelques mots, les modifications physiologiques qui correspondent aux changements de texture dont nous venons de vous offrir le tableau sommaire. S'il est vrai, d'une manière générale, qu'avec les progrès de l'âge on voit s'affaiblir simultanément toutes les fonctions, il ne faut pas supposer que cette proposition soit toujours exacte; et l'étude analytique des faits peut seule vous apprendre quel est, à cet égard, le véritable état des choses.

L'appareil génital, les forces musculaires et le système nerveux de la vie de relation subissent dans la vieillesse un affaiblissement trop évident pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

Les fonctions respiratoires sont également amoindries dans leur ensemble, ce qui s'exprime à la fois par la diminution de la quantité d'acide carbonique exhalé, par l'augmentation du nombre des inspirations, et par la réduction de la capacité vitale des poumons: ce dernier résultat, d'après les recherches spirométriques de Wintrich, de Schnepf et de Geist, commence à se manifester vers l'âge de 35 ans, et acquiert son maximum de 65 à 75 ans.

La plupart des sécrétions s'amoindrissent, celles de l'urine et de la sueur en particulier; et il n'est guère douteux que la dyspepsie sénile, sur laquelle Daubenton a insisté dans un travail intéressant, mais peu connu, ne dépende, en grande partie, de la diminution sensible des sécrétions gastro-intestinales.

Mais que penser de l'affaiblissement fonctionnel du système circulatoire, alors que, suivant Marey, le cœur chez les vieillards est plus puissant que jamais, et que les artères présentent des pulsations énergiques? Il paraît démontré, en tout cas, que dans l'âge sénile le pouls augmente de fréquence. (Leure et Métivié, Geist.)

Nous connaissons peu le degré d'intensité que présente la nutrition chez les vieillards: mais l'emploi du thermomètre nous a donné des notions plus précises à l'égard de la calorification. Avant d'avoir appliqué cet instrument aux recherches de ce genre, on croyait que la température du vieillard était moins élevée que celle de l'adulte; mais nous savons aujourd'hui que la chaleur des parties centrales reste à peu près la même à tous les âges. On a même prétendu que la température générale s'élevait vers la fin de la vie. (Geist, Baerensprung.) Mes propres recherches tendent à démontrer que la seule différence réelle qui existe entre le vieillard et l'adulte, sous ce point de vue, c'est que, chez le premier, la température de l'aisselle est très-inférieure à celle du rectum, tandis que la différence est à peine sensible chez le second.

Je vous présente ici une femme âgée de cent trois ans, qui jouit d'une santé excellente; elle présente dans l'aisselle une température de 37 degrés 2/5; dans le rectum, nous trouvons 38 degrés, ce qui est le maximum de la température normale chez l'adulte.

Ainsi, messieurs, si la vieillesse affaiblit la plupart de nos fonctions, elle est loin de les paralyser toutes; et une observation rigoureuse nous montre que, sous de certains rapports, les organes du vieillard s'acquittent de leur tâche avec tout autant d'énergie que chez l'adulte.

III. — Messieurs, l'aperçu qui précède nous a montré que les progrès de l'âge établissent en vertu des modifications physiologiques, une différence profonde dans les phénomènes pathologiques.

Nous aurons donc à étudier la question sous trois points de vue différents:

1° Maladies spéciales à la vieillesse, et qui tiennent, en partie du moins, aux modifications générales survenues dans l'économie;

2° Maladies qui peuvent exister à d'autres époques de la vie, mais qui offrent pendant l'âge sénile, un caractère spécial: telle est, par exemple, la pneumonie lobaire, ce grand ennemi des vieillards, et l'une des principales causes de mortalité dans cet hospice;

3° Immunités morbides de la vieillesse. On peut citer à cet égard la fièvre éruptive, la fièvre typhoïde; mais il ne faut point s'exagérer l'importance de ces immunités, qui sont loin d'être absolues, ainsi que Murchison l'a démontré pour le typhus et d'autres auteurs pour la méningite cérébro-spinale.

Nous croyons en avoir dit assez, messieurs, pour vous convaincre qu'il existe une pathologie *sénile;* et pour vous offrir un exemple frappant des modifications que l'âge peut imprimer aux manifestations morbides, nous étudierons, dans la prochaine séance, l'état fébrile chez les vieillards, en nous attachant à faire ressortir les analogies et les différences qu'il présente avec la fièvre chez l'adulte.

DE L'INCUBATION DU COW-POX,

Par M. Lagneau.

Ainsi que M. Briquet le faisait remarquer à l'Académie de médecine, la proportion des victimes infectées de syphilis par la vaccination de bras à bras, est bien minime, surtout en France (1). Cette remarque est juste, quoiqu'il faille bien reconnaître qu'avant les travaux de M. Viennois (2) et le rapport de M. le professeur Depaul (3), la plupart des praticiens qui, par l'inoculation vaccinale, avaient transmis la syphilis, étaient peu désireux de publier les fâcheux résultats de leurs vaccinations. Plusieurs faits de syphilis vaccinale n'arrivèrent même à la connaissance du public médical que parce qu'ils devinrent le sujet d'enquêtes scientifiques, comme les cas observés à Sospiro, par M. Gaspard Cerioli, à Crémone, à Grumello, par M. Tassani, à Rivalta, par M. Pachiotti, ou parce que les vaccinateurs furent condamnés judiciairement à des amendes ou à l'emprisonnement, comme le médecin vétérinaire dont

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXX, p. 404, 1865.

(2) De la syphilis transmise par la vaccination: *Archives générales de médecine*, p. 641 du t. XV, p. 32 et 297 du t. XVI, 1860. — Thèse, *Recherches sur le chancre primitif et les accidents produits par la contagion de la syphilis secondaire*, Paris, 1860.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXX, p. 135, 29 novembre 1864.

parle M. Wegeler, et aussi comme M. Hübner, de Hollfeld en Franconie (Bavière).

Parmi les faits de syphilis se manifestant après la vaccination, il faut, d'ailleurs, avoir soin de distinguer quelques cas dans lesquels l'inoculation du vaccin le plus pur semble avoir été la cause déterminante de la manifestation d'une syphilis latente héréditaire ou contractée antérieurement, comme M. Viennois en a observé un exemple avec M. Gubian, et rapporté plusieurs autres, recueillis par divers observateurs.

Généralement alors les accidents syphilitiques cutanés ou muqueux se manifestent presque immédiatement après la vaccination et il ne se montre aucune ulcération au lieu d'inoculation. Toutefois, peut-être ne doit-on pas accorder à ce dernier caractère une trop grande confiance; car parfois, mais très-exceptionnellement, chez un syphilitique le lieu d'un traumatisme quelconque, piqûre, écorchure, contusion, peut devenir le siége d'une lésion revêtant l'apparence spécifique, et étant curable par un traitement antisyphilitique. Ainsi que quelques autres médecins (1), j'ai eu l'occasion d'observer de semblables ulcérations chez deux syphilitiques frappés l'un à l'épaule, l'autre à la partie supérieure de la région pectorale. Quoique ordinairement les plaies traumatiques guérissent parfaitement chez les syphilitiques, on comprend que chez de tels individus la pustule vaccinale puisse exceptionnellement donner naissance à des ulcérations sur les points vaccinés.

Il importe également de rappeler que parfois le vaccin le plus pur, inoculé à l'individu le plus sain, peut déterminer des pustules anomales suivies d'ulcérations dont l'apparence syphilitique est très-propre à alarmer le médecin. Divers médecins, entre autres MM. Guersant et Blache (2), en ont observé des exemples, et plus récemment M. Blot rapportait à l'Académie un curieux fait de phagédénisme vaccinal observé par notre collègue M. Bergeron et par M. Aug. Cullérier, qui tous deux, durant quelque temps, ne crurent pas pouvoir poser un diagnostic positif (3). Moi-même, cet été, j'eus l'occasion de voir sur un jeune enfant, dont les parents étaient parfaitement sains, des ulcérations à bords taillés à pic, à marche lente, développées sur les cuisses au niveau des piqûres d'inoculations vaccinales. Depuis la cicatrisation tardive de ces ulcérations, l'enfant est resté parfaitement sain. Un autre enfant vacciné avec le même vaccin présenta également des ulcérations, mais un peu moins excavées.

Après avoir reconnu la nécessité de distinguer des cas de syphilis vaccinale véritable, ceux de manifestations de syphilis latente à la suite de l'inoculation vaccinale, ainsi que ceux d'ulcérations vaccinales ayant l'apparence d'ulcérations syphilitiques, quoique plusieurs observateurs n'aient donné que des détails insuffisants, on reste, néanmoins, convaincu de la possibilité et de la fréquence relative de la transmission de la syphilis par la vaccination lorsqu'on parcourt les observations relatées ou recueillies par MM. Marcolini (4), Gaspard Cerioli, de Crémone (5), Tassani et Bellani, de Grumello (6), Viani (7), Forti et Consortini de la Rufina et Galligo, de Florence (8), Wegeler (9), Hübner de Hollfeld (10), Monnell, de New-York (11), James Whitehead, de Manchester (12), Jules Lecoq, de Cherbourg (13), Pacchiotti et Coggiola, de Rivalta (14), Trousseau, Ricord et Dumontpallier (15), Emanuele Marone de Lupara (16), Devergie (17), Hérard (18), Chassaignac (19), Auzias-Turenne et Ch. Faivre (20), Sébastian, de Béziers (21), Quarenghi et Adelasio, de Bergame (22), Laroyenne et Demeaux (23), Rodet (24), Bouvier et Morax (25), Millard (26), etc.

(1) Voyez: *la clinique de Montpellier*, 1er août 1844, Hubert-Rodrigues. — Lésions traumatiques modifiées par la syphilis, S. Guillemin: *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 17 juillet 1863, p. 472, — etc.

(2) *Dictionnaire de médecine*, en 30 vol., article vaccine, t. XXX, p. 405.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 17 janvier 1865, t. XXX, p. 279.

(4) Extrait dans: *Annali universali di medicina compilati da Annibale Omodei*, Milan, 1824; rapportée par M. Viennois; *Archives générales de médecine*, 1860, t. XVI, p. 43.

(5) *Annal. un. da Ann. Omodei*, 1824; rapportée par Viennois, Depaul et Gamberini, *Trattato delle malattie* veneree, 1854, t. II, p. 241. — Le Pileur, *Revue médicale*, septembre 1845.

(6) *Gazetta medica di Milano*, t. II, p. 349, 1843; rapportée par Gamberini, l. c., p. 242, Viennois et Depaul.

(7) *Gazetta medica lombarda*, 1849. — *Gazette médicale*, 1849, p. 874; rapportée par Viennois, Depaul.

(8) *L'Imparziale*, giornale, n° 9, 1861; mentionnée dans la *Gazette hebd. de méd. et chir.*, p. 519, 1860. — *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 139.

(9) *Medicinische Zeitung*, 3 avril 1850; rapporté par Viennois, Depaul.

(10) *Gazette hebd. de méd. et chir.*, 1855, p. 176; rapportée par Broca. — *Société de chirurgie*, 11 juillet 1855, par Viennois, Depaul.

(11) *Medical Times*, 2 août 1854, p. 404; rapportée par Viennois.

(12) *Third Report on the clinical hospital*, Manchester, n° 2, 14, 56, 57, etc., 1859; rapportée par Viennois.

(13) *Gazette des hôpitaux*, 24 décembre 1859; rapportée par Viennois, Depaul, etc.

(14) *Gazetta dell'associazione medica degli Stati Sardi*, 20 ott. 1861. — *Gazette médicale de Lyon*, 1er novembre 1861, p. 500 et suivantes. — *Gazette hebd. de méd. et chir.*, 28 février 1862, p. 132; rapportées par Depaul.

(15) Leçons de Ricord à la clinique de Trousseau: *Gazette hebd. de méd. et chir.*, 24 janvier 1862, p. 52, et *Gaz. méd. de Lyon*, 1er février 1862, p. 58. — Trousseau: *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 300, 24 janv. 1865.

(16) *L'Imparziale, giornale del Galligo*, n° 5, 1 marzo 1862, p. 142; rapportée par Depaul, Bouvier.

(17) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXVIII, 12, 19 et 26 mai 1863, p. 641, 664 et 678. — *Archives génér. de méd.*, t. II, p. 107, 1863. — *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 22 mai 1863, p. 338, etc.

(18) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXVIII, 2 septembre 1863, p. 1189. — *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 25 septembre 1863. — *Courrier méd.*, 24 octobre 1863, n° 43, p. 373, etc.; rapportée par Depaul.

(19) *Société de chirurgie*, 26 août 1863. — *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 23 octobre 1863, p. 706: rapportée par Depaul.

(20) *Courrier médical*, 30 mai 1863; rapportée par Bouvier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 467, 1865. — Autres faits: *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 322, 1865; rapportés par la *Gaz. méd. de Lyon*, 16 février 1865, p. 78.

(21) *Gazette des hôpitaux*, 22 octobre 1864; rapportée par Depaul, Blot. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 281, 1865. — *Gaz. méd. de Lyon*, 16 novembre 1864, p. 549.

(22) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 21 et 146, fait communiqué le 11 octobre 1864, par Viennois, et rapporté par Depaul, le 29 novembre 1864.

(23) *Gaz. méd. de Lyon*, 16 juin 1864, p. 293.

(24) *Gaz. méd. de Lyon*, 16 janvier 1865, p. 35, rapportée par Bouvier.

(25) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 468, 28 février 1865.

(26) *Société médicale des hôpitaux*, 22 novembre 1865, *Gaz. des hôpitaux*, 4 janvier 1866, p. 3. — *Gaz. méd. de Lyon*, 1er février 1866, p. 62.

Cette transmission de la syphilis par la vaccination étant admise, quels sont les moyens proposés pour l'éviter.

Se basant sur la propriété contagieuse du sang des syphilitiques, reconnue par Waller, de Prague (1), et quelques autres observateurs (2), M. Viennois pense éviter cette transmission en ayant le soin de ne prendre que du vaccin non mêlé de sang. Quoique je sois très-disposé à me conformer au *modus faciendi* de M. Viennois, d'autant plus que je vois M. Depaul se servir d'une aiguille de préférence à la lancette à vaccin, pour éviter plus sûrement l'effusion du sang, ainsi que Melchior Robert (3), j'avoue que ce vaccin non sanguinolent ne me paraît pas offrir une entière garantie. Les minces tissus qui séparent les cellules contenant le vaccin des capillaires sanguins sous-jacents me paraissent trop perméables aux liquides pour que le vaccin échappe au contagium qu'on pense exister dans le sang. D'ailleurs, si les faits rapportés par M. Sébastian (de Béziers) semblent corroborer l'opinion de M. Viennois, ceux communiqués par M. Adelazio (de Bergame) lui semblent moins favorables. La solution de cette question se rattache aux recherches inachevées (?) de M. Diday, sur la non contagiosité chez les syphilitiques des sécrétions physiologiques ou pathologiques non spécifiques (4).

M. Bouvier (5), qui, ainsi que plusieurs autres académiciens, tout en regardant comme incontestable la syphilis *ex vaccina*, croit à la possibilité de l'éviter en choisissant avec soin le vaccinifère, s'appuie sur la statistique de M. Roger (6), complémentaire de celle de M. Diday déjà citée par M. Depaul, pour montrer que la syphilis infantile se développant sept fois sur huit dans les trois premiers mois après la naissance, il suffit de ne recueillir le vaccin que sur un enfant bien portant, de quatre mois, pour réduire considérablement les chances déjà très-minimes de transmission syphilitique. MM. Ricord et Blot (7), il est vrai, remarquent que plusieurs vaccinifères avaient dépassé cet âge, entre autres celui de Béziers, âgé de dix mois. Quoique dans ce cas, l'enfant, fort beau d'ailleurs, présentât une syphilide papulcuse, avec adénites cervicales, etc., il n'est pas sans exemple que la syphilis congéniale soit restée latente durant plusieurs mois, même durant plusieurs années, pour se manifester plus tardivement, à des intervalles successifs plus ou moins éloignés. Mais peut-être aussi dans ces cas de syphilis congéniale latente, la vaccination, en provoquant quelque manifestation syphilitique comme dans les observations rapportées par M. Viennois, permettrait-elle de reconnaître que l'individu vacciné est syphilitique et conséquemment, ne peut être pris comme vaccinifère.

Enfin, depuis qu'au congrès médical de Lyon de 1864, à propos de la transmission de la syphilis par la vaccination de bras à bras, M. Palasciano de Naples (8) fit remarquer que dans cette dernière ville, depuis longtemps, grâce à l'initiative de M. Galbiati et au zèle de M. Negri, on avait habituellement recours à la vaccination avec le cow-pox, ce moyen parut le meilleur, la vache étant restée jusqu'à présent indemne de toute syphilis. L'utilité de l'introduction en France, par M. Lanoix, de ce cow-pox, entretenu par transmissions successives de vaches à vaches, repose donc sur l'expérience déjà longue de plusieurs de nos confrères italiens. Néanmoins cette inoculation du cow-pox, aux yeux de plusieurs médecins, ne présenterait pas tous les avantages et toutes les garanties de sécurité désirables.

Les vaccinations pratiquées par MM. Carenzi et Ercolani (de Turin) ont donné beaucoup plus d'insuccès avec le vaccin animal qu'avec le vaccin humain (9). A Paris, plusieurs enfants inoculés sans succès avec le cow-pox, le furent avec succès par le vaccin transmis de bras à bras (10). Mais des résultats diamétralement opposés ont été obtenus par M. Depaul, dans cent cinquante vaccinations animales (11). Pareillement M. Lanoix a obtenu avec le cow-pox 980 à 985 succès sur 1,000 vaccinations. D'une part, si l'on rassemble les 8,893 cas de revaccinations animales rapportés par MM. Lanoix, Bima (12), Guéneau, de Mussy (13), Richard, Deville, Forget (14), on trouve qu'ils ont donné 2,349 succès, c'est-à-dire une proportion de 264 sur 1,000. D'autre part, si l'on réunit les statistiques données par M. Depaul, sur 472,838 revaccinations faites dans le Wurtemberg, en Prusse et en France, à l'Académie de médecine avec le vaccin humain (15), on trouve que la proportion des succès, dont le nombre est de 201,246, est plus considérable puisqu'elle s'élève à environ 425 sur 1,000. Mais le moindre nombre de succès obtenus avec le cow-pox qu'avec le vaccin humain, a été attribué soit à l'inexpérience des inoculateurs, soit à la mauvaise qualité du virus recueilli dans des pustules trop avancées dans leur évolution ou mal conservées.

L'inoculation du cow-pox recueilli en 1836 par M. Perdreau fut fréquemment suivie d'ulcérations (16). L'inoculation du cow-pox napolitain ne donne-t-elle lieu à aucun accident? Outre le développement plus considérable des pustules et des engorgements ganglionnaires, constaté par M. Lanoix à la suite de la revaccination par le cow-pox, MM. A. Richard et Forget ont remarqué qu'elle détermine une réaction profonde, de la céphalalgie, des nausées, de la fièvre, etc. Cependant ce cow-pox, par ses transmissions successives de vaches à vaches semble perdre de son énergie, à en juger du moins par le peu de volume des pustules présentées par les génisses inoculées. La vache, selon M. Auzias-Turenne et plusieurs autres observateurs, affaiblit plutôt qu'elle ne régénère le vaccin (1). Mais alors il est naturel de se demander si la vaccination animale est bien capable de mettre la personne inoculée dans un état parfait d'immunité contre la variole. Suivant M. James, il est vrai, le passage par séries alternatives du vaccin de l'organisme humain à celui de la vache et réciproquement serait le meilleur moyen « de conserver constamment le vaccin au degré d'énergie nécessaire, pour qu'il garantisse sûrement de la variole, sans exposer aux accidents, qui sont pour ainsi dire inévitables quand un vaccin est trop fort, comme c'est en général celui qu'on reprend directement à la source naturelle (2). » Néanmoins, relativement à la durée de l'immunité résultant de cette inoculation naturelle ou artificielle du cow-pox, sans vouloir en rien préjuger de ce qui a lieu dans la généralité des cas, je dirai que l'automne dernier, me trouvant momentanément à la campagne, une femme d'une quarantaine d'années, employée dans une ferme, vint me montrer une de ses mains présentant entre deux doigts une grosse pustule enflammée. M'ayant dit qu'elle avait contracté cette pustule en trayant une de ses vaches, j'allai visiter cette vache, qui n'avait plus sur ses trayons qu'une ou deux croûtes brunes résultant vraisemblablement de l'écorchure de pustules antérieures. Mais, fait méritant d'être remarqué, cette femme prétendit avoir déjà contracté de semblables pustules quelques mois auparavant.

Quoique, selon M. Depaul, « les maladies contagieuses soient à peu près nulles dans l'espèce bovine, surtout dans le jeune âge (3), » l'inoculation du cow-pox soulève quelques appréhensions. De même que le vaccin humain peut exceptionnellement transmettre la syphilis, le cow-pox, ainsi que le demande M. Sales-Girons (4), ne pourrait-il pas transmettre à l'homme le typhus qui parfois, dans certaines régions, frappe non-seulement les bœufs et les vaches, mais aussi les veaux (5). MM. Bouley, Louis, Briquet et Leblanc ont déjà signalé l'analogie existant entre ce typhus des bêtes à cornes et la fièvre typhoïde de l'homme (6). M. Murchison (7), ainsi que M. Bouvier (8), croit devoir rapprocher ce typhus de la variole humaine, parce qu'il a remarqué qu'outre les lésions habituelles observées sur les muqueuses, il existe de larges vésicules sur les tétines, le scrotum et autres régions dont la peau est fine. Ce confrère rappelle qu'en 1839 le comité de Liverpool assimila cette peste bovine au mhata de l'Inde ou variole des bestiaux, dont les croûtes inoculées à Assam par M. Brown et au Bengale, déterminèrent chez plusieurs enfants des pustules identiques soit à celles de la vaccine, soit à celles d'une véritable variole parfois mortelle. Toutefois, la bénignité des accidents locaux et la nullité des symptômes généraux déterminés par l'inoculation aux animaux de l'espèce bovine du virus variolique humain dans les expériences rapportées par MM. Chauveau, Viennois et Meynet (9) sembleraient autoriser à douter de l'analogie qu'on suppose exister entre le typhus et la variole. D'ailleurs, ainsi que le remarque M. Bouley, ces deux affections ne devraient pas être confondues, si l'inoculation du cow-pox ne préserve pas les vaches du typhus, ce que tendraient à démontrer quelques expériences faites en Angleterre (10).

Selon M. Auzias-Turenne (11) plusieurs auteurs, Mercurialis, Cogrossi, Valisnieri, auraient reconnu que l'homme n'est pas à l'abri de ce typhus, et M. Bouley serait disposé à lui attribuer la mort de son regretté collègue, Renault. Sans regarder comme positive cette transmission morbide, on peut toutefois remarquer qu'elle ne paraît pas invraisemblable, puisque, loin de limiter ses funestes atteintes aux bêtes à cornes, ce typhus, non-seulement frappe diverses espèces de ruminants, mais fait aussi périr des pachydermes (12), des carnassiers (13), etc., ainsi que cela a eu lieu en 1775 dans l'épizootie dont parle Vicq-d'Azir, et récemment au Jardin d'acclimatation, sous les yeux de MM. Leblanc et Bouley.

Outre le typhus, l'espèce bovine est souvent affectée de maladies bien autrement redoutables, car elles sont incontestablement transmissibles à l'homme; ce sont les maladies charbonneuses, ainsi que l'a fait observer M. Ricord (14). En effet, si l'on tient compte des rapports intimes paraissant exister entre la fièvre charbonneuse du cheval, la maladie de sang de la vache, le sang de rate du mouton, et la pustule maligne, l'œdème malin et la fièvre charbonneuse de l'homme (15), les expériences de M. Davaine (16), qui constate la présence de bactéridies d'abord dans les lésions locales, comme la pustule maligne, puis aussi dans le sang des animaux atteints de maladies charbonneuses générales, comme le sang de rate, semblent montrer qu'il suffit de quelques bactéridies dans le liquide inoculé provenant d'un de ces animaux pour transmettre à l'homme une affection charbonneuse. S'il en est ainsi, cette transmission ne serait-elle pas autant à redouter par l'inooulation du cow-pox, que la transmission de la syphilis par celle du vaccin humain?

M. Auzias-Turenne, qui regarde le cow-pox comme moins puissant que le vaccin humain, tout en conseillant habituellement la vaccination de bras à bras, croit à l'utilité de régénérer de temps en temps le vaccin en inoculant à l'homme le liquide du grease pustuleux (17), ou horse-pox. Mais alors n'aurait-on pas à redouter également la transmission du farcin et de la morve, ainsi que le fait observer M. Depaul (1), voir même peut-être de la Dourinn ou maladie du coït (2). Toutefois cette maladie vénérienne générale du cheval, quoique éminemment contagieuse par l'accouplement, suivant M. Lafosse, s'inoculerait difficilement par piqûre (3).

Avec M. Gibert (4), plusieurs académiciens paraissent peu favorables à la substitution du vaccin animal ou vaccin humain. En effet, en présence de tant d'éventualités dangereuses à prévenir, de tant de *desiderata* à élucider, de tant de difficultés pratiques à vaincre ou à éluder, des recherches laborieuses et des expériences nombreuses et longtemps continuées sont indispensables. En attendant les résultats de ces divers travaux pour lesquels une allocation est accordée à l'Académie de médecine, il importe que l'usage du cow-pox ne fasse pas renoncer prématurément à l'emploi du vaccin humain.

(1) *Annales de la syphilis et des mal. de la peau*, Kazenave; octobre et novembre 1851.

(2) Voyez : Expériences de Pietro Pellizari, de Florence, sur l'inoculation du sang syphilitique, traduction de Corporandi. *Gazette médicale de Lyon*, 16 mai 1862, rapporté par M. Depaul.

(3) *Nouveau traité des maladies vénériennes*, 1861, p. 498.

(4) *Gazette médicale de Lyon*, 1er octobre 1864, p. 464.

(5) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXX, p. 457.

(6) Syphilis infantile : *Société médicale des hôpitaux*, 28 décembre 1864; *Union médicale*, t. XXV, p. 203, 1865. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 20 et 27 janvier 1865, p. 43 et 61.

(7) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXX, p. 266 et 287, 10 et 17 janvier 1865.

(8) *Gaz. méd. de Lyon*, 1er octobre et 13 décembre 1864, p. 464 et 581.

(9) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 414 et 424, 13 et 20 février 1866; faits rapportés par M. J. Guérin.

(10) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 423, 20 février 1866; faits rapportés par M. Gilbert.

(11) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 414, 13 février 1866.

(12) Rapport de M. Depaul. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 372 et avant, 23 janvier 1866.

(13) *Société médicale des hôpitaux*, 10 janvier 1866. *Gaz. méd. de Lyon*, 16 février 1866, p. 84.

(14) *Société de médecine de Paris*, 5 janvier 1866. *Gaz. méd. de Lyon*, 1er mars 1866, p. 107. — *Gaz. des hôpitaux* 1866.

(15) Rapport sur la vaccination animale : *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 358, etc., 23 janvier 1866.

(16) *Dictionnaire de médecine*, en 30 vol., article vaccine, t. XXX, p. 405.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 417, 13 février 1866.

(2) *Académie des Sciences*, 8 juillet 1844. *Achives générales de médecine*, août 1844, p. 519.

(3) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 369, 23 janvier 1866.

(4) *Société de médecine de Paris*, , 1866.

(5) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 1176, 29 août 1865.

(6) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 328 et 337, 2 et 9 janvier 1866.

(7) On the points of ressemblance between cattle plague and small-pox: *The Lancet*, décembre 1865 et janvier 1866. — *Archives gén. de méd.*, mars 1866, p. 345 à 349.

(8) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 336, 9 janvier 1866.

(9) *Vaccine et variole*, Paris-Lyon, 1865, p. 56 et suivantes.

(10) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 415, 13 février 1866.

(11) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 343, 16 janvier 1866.

(12) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 298 et 318, 26 décembre 1865 et 2 janvier 1866.

(13) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 343, 16 janvier 1866.

(14) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 268, 10 janvier 1865.

(15) Voyez Raimbert, de Châteaudun : *Traité des maladies charbonneuses*, Paris, 1859.

(16) *Académie des sciences*, juillet et août 1863, 22 et 29 août 1864. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, p. 603 et 620, 1864.

(17) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 417, 13 février 1866.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 361, 1865.

(2) *Archives gén. de méd.*, t. XIII, p. 332, 1859. — *Archives gén. de méd.*, décembre 1865, p. 721, Camille Leblanc, — etc.

(3) *Journal des vétérinaires du Midi*, novembre et décembre 1860. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 15 février 1861, p. 108.

(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 20, février, 1866.

INFLUENCE DE L'INGESTION DU CAFÉ SUR L'URÉE

Et les chlorures contenus dans l'urine.

M. Squarey, remplissant les fonctions de médecin assistant à l'hôpital de *University college*, entreprit sur trois personnes une série d'expériences, dans le but de rechercher l'influence de l'ingestion du café sur l'urée et les chlorures contenus dans l'urine. Le café était administré trois fois par jour à la dose de 8 grammes, qu'on éleva ensuite progressivement. L'urine recueillie à huit heures du matin était immédiatement examinée au point de vue de l'urée et des chlorures, par la méthode volumétrique de Liebig.

L'expérience démontra que l'emploi du café, dans les doses indiquées ne diminue ni n'augmente sensiblement l'élimination de l'urée. Les variations observées n'ont pas dépassé les limites des variations qui, suivant le docteur Parkes, peuvent se produire dans l'état physiologique.

Les résultats furent analogues relativement aux chlorures. La quantité de ces sels, qui fut excrétée pendant la durée de l'ingestion du café, ne fut pas beaucoup différente de ce qu'elle est à l'état normal.

Chez aucun des sujets mis en expérience l'ingestion du café ne fut suivie d'effets désagréables. On n'observa jamais ni vertige, ni délire, ni tremblement des mains. Le sommeil ne fut jamais troublé. Quant au pouls, qui fut exploré à diverses reprises, on le trouva généralement accéléré pendant la demi-heure qui suivait l'administration du café.

(*Dublin medical Rev.*, décembre 1865).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 mars 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Une lettre par laquelle M. le docteur **BLONDEAU** demande à faire partie de la Société comme membre titulaire, et annonce pour une prochaine séance la lecture d'un travail inédit.

M. PIETRA-SANTA fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : la *trichina spiralis, d'Owen*. Remercîments.

M. A. VOISIN fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire des mariages entre consanguins*. Remercîments.

M. le Président informe la Société que **M. LEUDET**, membre titulaire, récemment élu, assiste à la séance.

RAPPORTS.

La parole est à **M. GÉRY** père, pour la lecture du rapport de la commission des comptes. Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées et, sur la demande de M. le rapporteur, la Société vote, par acclamation, des remercîments à **M. JACQUEMIN**, trésorier.

La parole est à M. Andry pour la lecture du rapport sur les titres moraux de M. Motet, candidat au titulariat.

Conformément aux conclusions favorables du rapport et après dépouillement du scrutin, M. Motet est élu membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

L'ordre du jour appelle la reprise de la discussion sur les vaccinations et les revaccinations.

Discussion sur les revaccinations.

M. GROS. Sur 103 vaccinations ou revaccinations qu'il a pratiquées avec du vaccin de vache, M. Gros a obtenu les résultats suivants :

De 97 individus au-dessus de quinze ans, qui ont été revaccinés, 91 ont présenté des pustules de fausse vaccine; 6, des pustules vaccinales typiques.

De 6 enfants vaccinés pour la première fois, 3 l'ont été sans succès; 1 a présenté une pustulation normale, mais dont l'apparition a tardé jusqu'au douzième jour; 2 ont présenté une pustulation vaccinale typique.

Parmi les 6 adultes revaccinés avec succès se trouvait une femme de quarante-sept ans, qui avait eu la variole à dix ans.

Des 3 enfants vaccinés avec succès, au moyen du vaccin animal, deux l'avaient été préalablement de bras à bras, sans résultat aucun.

M. LUNIER rappelle qu'il a signalé des faits semblables dans les statistiques dont il a donné lecture à la Société.

M. LAGNEAU lit un travail sur l'incubation du cow-pox. (Voir plus haut.)

M. CHARRIER donne lecture du relevé des revaccinations faites à l'imprimerie impériale en janvier et février 1866 :

Hommes. . . . . Revaccinés, 136; avec succès, 32
Femmes. . . . . Revaccinées, 145: avec succès, 48
Total des revaccinations. . . 281; des succès, 80

Sur 14 personnes du sexe masculin non encore vaccinées, ajoute M. Charrier, 4 ont eu des pustules caractéristiques.

Sur 7 femmes non vaccinées, 3 l'ont été avec succès.

Sur 4 enfants nouveau-nés, 4 ont été vaccinés sans résultat.

Toutes ces vaccinations ont été faites avec du vaccin pris sur la génisse.

Pour chaque piqûre, l'aiguille a été de nouveau imprégnée de virus-vaccin.

M. AIMÉ MARTIN a pratiqué de nombreuses vaccinations avec du vaccin animal, sans obtenir jamais de résultat. Plus tard, il a vacciné les mêmes sujets avec succès, avec du vaccin humain.

En s'entourant de précautions, on évite aisément le danger de propager la syphilis avec la vaccine.

Le sang syphilitique est contagieux; c'est là un fait démontré; les autres sécrétions le sont-elles? Ceci ne paraît pas admissible.

M. FORGET. Ce qui ressort des documents fournis par cette discussion, c'est la faiblesse et l'infériorité de la vaccine animale. Chez un grand nombre de sujets, la vaccination pratiquée sans succès avec du vaccin pris sur la génisse, a été ensuite couronné d'un résultat parfait lorsqu'on a eu recours à du vaccin humain.

La vaccine animale donne à redouter que l'immunité contre la variole soit incomplète et peu solide. Mais en outre, la vaccine animale n'expose-t-elle pas à inoculer des affections telles que la morve, le farcin, etc., bien autrement redoutables que la syphilis? Voilà une question de la plus haute gravité et qu'il convient de ne pas perdre de vue. Jusqu'au jour où l'on sera en demeure de la résoudre, il importe donc de persévérer avec un soin extrême dans les errements de vaccination en vigueur jusqu'ici.

M. LAGNEAU. Je ne conteste nullement la transmissibilité de la syphilis par le sang, seulement je crois qu'il existe beaucoup d'incertitude relativement à la transmissibilité des liquides physiologiques et pathologiques non syphilitiques des syphilitiques; en effet, si M. Diday a reconnu que la salive, les larmes, le pus d'un acné iodique pris sur des syphilitiques ne transmettent pas la syphilis par l'inoculation, par opposition, M. le professeur Monneret croit à la transmissibilité de la syphilis par tous les liquides physiologiques et pathologiques pris sur les syphilitiques. (*Traité pathol. int.*, 1866.)

M. GROS demande si les insuccès dont a parlé M. Aimé Martin ont consisté dans des résultats tout à fait négatifs ou dans de fausses vaccines. Dans le premier cas il se pourrait que le vaccin employé ait été de mauvaise qualité ou d'ancienneté trop grande.

M. AIMÉ MARTIN a à peine observé, parmi les cas qu'il a cités, quelques exemples de fausse vaccine.

M. RICHARD. Les faits de syphilis vaccinale ne sont pas très-nombreux, à la vérité, mais ils forment cependant un cortége assez redoutable. La possibilité de puiser le vaccin à une source pure de syphilis est donc une circonstance heureuse, et dût le vaccin de la vache être moins sûr que le vaccin humain, au point de vue de l'inoculabilité et de la puissance préservatrice, du moment qu'il permet d'éviter les dangers qui ont été signalés, il y a lieu de recourir à la vaccine animale préférablement à toute autre.

M. LEROY D'ÉTIOLLES a vacciné un enfant avec du vaccin animal. Il a fait six piqûres. Il ne s'est développé qu'une seule pustule. Les caractères de ce bouton ont été typiques. Son développement s'est accompli avec lenteur.

Avec le pus de ce bouton vaccinal, M. Leroy d'Étiolles a pratiqué 12 revaccinations qui lui ont donné 6 succès.

M. CHARRIER rapporte le fait d'un enfant qui, vacciné 18 fois sans résultat, le fut une 19e avec succès, ce qui ne l'empêcha pas, trois mois plus tard, de contracter une varioloïde légère.

M. LUNIER signale les mauvais résultats auxquels on arrive avec le vaccin reçu dans des tubes fermés à la lampe, et croit ce mode de conservation éminemment défectueux.

Selon M. Lunier, le mode de vaccination auquel on s'arrêtera, consistera à prendre du vaccin sur la génisse, à le porter sur l'enfant et à vacciner d'autres sujets avec le vaccin fourni par le premier enfant vacciné directement sur la vache.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

228. Considérations sur l'étiologie et le traitement préventif de l'hémorrhagie cérébrale, par M. J. Mandillon.

229. Du traitement curatif de l'anus contre nature accidentel, par M. L. Guérin.

230. De l'encéphacocèle congénitale et de son traitement, par M. G. Radou.

231. De l'hémoptysie, par M. E. Venet.

232. De la tricophytie (herpès circiné, herpès tonsurant, sycosis), par M. Ch. Boullaud.

233. Étude sur les hernies de la tunique vaginale, par M. E. Luzun.

234. De la trichine et de la trichinose, par M. H. Rodet.

235. De la pérityphlite, par M. Tissier.

236. Des hémorrhagies méningées, considérées surtout au point de vue anatomo-pathologique, par M. P. Pauvert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Une nouvelle société vient de se fonder sous le nom de *Société micrographique*.

Le bureau, pour l'année 1866-1867, est composé de MM. Ch. Robin, président; Balbiani, vice-président; Bouchard et Cornil, secrétaires; Ranvier, trésorier.

Statuts de la Société. — I. La Société est instituée pour la vulgarisation et le progrès des études microscopiques.

II. La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, de membres associés et de membres correspondants.

III. Le nombre des membres titulaires est fixé à quarante.

IV. Le nombre des membres honoraires est illimité, ainsi que celui des membres associés et celui des membres correspondants.

V. La Société est administrée par un président annuel, un vice-président, deux secrétaires et un trésorier-archiviste.

VI. Tous les membres du bureau sont élus à la majorité des suffrages et au scrutin secret.

VII. Le président et le vice-président sont élus pour un an et non rééligibles. Les secrétaires sont élus pour un an et rééligibles.

VIII. Une fois la Société constituée, le bureau proposera une liste de membres honoraires, associés et correspondants, sur laquelle la Société sera appelée à voter.

IX. Il est institué un comité de publication composé de cinq membres, les deux secrétaires et trois personnes prises en dehors du bureau.

X. Lorsqu'une place de membre titulaire sera vacante, un rapport sera fait par une commission sur les travaux des candidats; ce rapport sera discuté en comité secret, et l'élection aura lieu dans la séance qui suivra la lecture du rapport. Il ne sera fait de rapport, pour l'élection à une place vacante de membre titulaire, que lorsque trois candidats au moins se seront présentés pour la remplir.

XI. La nomination des membres honoraires et des membres correspondants sera soumise aux mêmes règles que celle des membres titulaires.

XII. L'élection des membres titulaires sera faite par les membres titulaires; celle des membres honoraires, par les membres titulaires et les membres honoraires réunis.

XIII. Les membres titulaires acquittent une cotisation personnelle fixée par la Société.

XIV. Toute proposition tendant à modifier l'organisation de la Société devra être signée par cinq membres titulaires, et sera discutée dans un délai de trois mois.

— Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques sera ouvert le 20 août 1866, devant la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les candidats qui désireront se présenter à ce concours sont invités à remettre ou à envoyer au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg les pièces constatant qu'ils ont les qualités exigées, savoir: 1° copie légalisée de leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur.

Ces pièces devront être déposées au secrétariat de la Faculté, au plus tard le 20 juillet 1866, époque où le registre sera clos irrévocablement.

La durée des fonctions du chef des travaux anatomiques est de six ans; ses appointements sont de 2000 fr.; son entrée en exercice aura lieu aussitôt après que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi, 6 juin, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, n° 20.

Voici son ordre du jour: 1° Rapport sur un produit pharmaceutique du berberis vulgaris, par M. Laboureur;

2° De la taille; du choix des méthodes, par M. le docteur Aug. Mercier;

3° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

4° Communications diverses, par MM. Corlieu, Dupré et Moretin.

Leçons sur les hémorrhoïdes, par L. GOSSELIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, etc. Un vol. in-8°. Prix: 3 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 66. — JEUDI 7 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 7 JUIN 1866. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JUIN 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance d'hier a eu un genre d'intérêt que les auditeurs seuls peuvent apprécier, et qui est intraduisible pour nos lecteurs. On sait que les rapports de la commission des remèdes secrets et nouveaux n'ont jamais eu d'autre publicité que celle de la tribune, la publicité des journaux et du bulletin de l'Académie lui-même lui étant interdite. Cette circonstance, du reste, bien loin d'avoir refroidi le zèle des rapporteurs semblerait au contraire avoir contribué à exciter leur verve. Si quelques-uns des sacrificateurs ont procédé par jugements sommaires, donnant, comme nous le disait l'un d'eux, la mort sans phrases, d'autres se sont attachés, au contraire, à parer leurs victimes avant le sacrifice. Les habitués de l'Académie peuvent se rappeler notamment avec quelle verve, quel esprit et quelle originalité de tour M. Robinet motivait ses réquisitoires dont jamais il ne fut fait appel. M. Roger, qui vient de clore la durée de son exercice comme rapporteur de la commission des remèdes, ne l'a cédé en rien à cet égard à son spirituel collègue ; et pas plus tard qu'hier il a tenu trois quarts d'heure durant l'Académie attentive à cette succession rapide d'appréciations piquantes et de jugements incisifs. Aussi après avoir joint ses applaudissements à ceux que l'assemblée tout entière à prodigués au rapporteur lorsqu'il a annoncé qu'il résiliait ses fonctions entre les mains de son successeur, M. Larrey a-t-il fait la proposition que ces rapports fussent à l'avenir publiés dans le *Bulletin de l'Académie*. Cette proposition, combattue par M. le secrétaire perpétuel, mais appuyée par plusieurs membres, a été renvoyée au conseil qui statuera, c'est-à-dire qui maintiendra probablement le *statu quo*.

C'est ce qu'a fait l'Académie, contre notre prévision, à l'égard de la proposition relative au changement de nom de la section d'accouchement. Quelque peu effrayée sans doute de l'orage qu'elle allait appeler sur sa tête, elle a passé à l'ordre du jour. Nous faisons comme elle, mais non sans conserver, toutefois, l'espoir que la proposition ou toute autre analogue sera reprise un jour avec plus de succès. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE STRASBOURG. — M. KŒBERLÉ.

Tumeurs polypeuses du larynx. — Asphyxie imminente. Laryngotomie thyroïdienne. — Guérison.

(Observation recueillie par M. le Dr SCHWEBEL.)

Le nommé F..., serrurier, âgé de cinquante-sept ans, était affecté depuis sept à huit mois d'aphonie, puis de gêne de la respiration et de difficulté dans la déglutition. Pas d'antécédents syphilitiques. Antérieurement, santé toujours bonne, sauf une variole en 1848.

M. Aronssohn examina le malade le 27 mai 1865. L'examen au laryngoscope ne put être fait que d'une manière incomplète, à cause de l'extrême sensibilité de l'arrière-bouche qui ne permit de laisser le miroir en place que pendant un temps très-court. On constata l'existence d'une lésion laryngée caractérisée par : 1° « l'œdème des replis aryténo-épiglottiques et l'ulcération du bord libre de la corde vocale inférieure gauche; 2° la corde vocale droite a disparu, sa région est le siége d'un gonflement considérable, d'aspect condylomateux; 3° l'ouverture glottique, irrégulière, déviée vers la gauche, d'arrière en avant, est rétrécie. Ses mouvements à l'inspiration et à l'expiration sont presque nuls. »

Les accès de suffocation allèrent en augmentant. M. Kœberlé fut appelé dans les premiers jours de juin et constata l'état suivant : depuis cinq jours dyspnée suffocante au point d'empêcher le malade de rester couché et de le priver de sommeil, asphyxie imminente, anémie, catarrhe bronchique, facies cyanosé, aphonie complète.

M. Kœberlé vit le malade le soir et pratiqua le lendemain, le 13 juin, la laryngotomie thyroïdienne, en présence de MM. Aronssohn, Lévy et Kumbach.

Le malade ne put être chloroformé à cause de l'asphyxie qui était imminente. On incisa les parties molles sur la ligne médiane, de manière à mettre le cartilage thyroïde et la membrane crico-thyroïdienne bien à découvert, on fit la ligature de deux veines, et on attendit jusqu'à ce que tout suintement sanguin des lèvres de la plaie eût cessé. La tête du malade fut alors placée sur le côté droit, dans une situation très-déclive, afin que le sang n'eût aucune tendance à pénétrer dans la trachée et s'écoulât naturellement à l'extérieur. M. Kœberlé introduisit alors rapidement par une simple pression la branche mousse de ciseaux ordinaires dans la membrane crico-thyroïdienne et fit la section du cartilage thyroïde sur sa crête saillante. Cette section, malgré l'ossification complète du cartilage qui existait chez ce malade, fut très-facile. Immédiatement les deux parties latérales du cartilage thyroïde furent écartées avec effort avec les doigts de manière à entr'ouvrir largement le larynx et à prolonger par déchirure l'incision dans le sens des fibres longitudinales du ligament hyo-thyroïdien.

A peine le larynx fut-il ouvert que la respiration se fit facilement; le malade très-soulagé put alors rester dans la position qu'on lui avait donnée et la conserver jusqu'à ce que la tumeur fût enlevée. Les deux moitiés du cartilage divisé furent tenues écartées au moyen de pinces à crochets. On se servit d'une pince à pansement très-excavée à l'extrémité et tranchante sur le bord pour enlever la tumeur par fragments ; elle faisait saillie entre les lèvres de la plaie sous forme d'une excroissance de la grosseur d'une noix. Sa base étant très-large, on n'aurait pu ni en lier le pédicule, ni le sectionner du coup.

La tumeur principale occupait toute l'étendue de la corde vocale inférieure droite. Le cartilage thyroïde fut mis complétement à découvert à sa face interne, par suite de l'ablation de la production morbide. D'autres tumeurs plus petites et dont quelques-unes étaient pédiculées, étaient implantées sur la muqueuse larygienne, surtout en arrière. La corde vocale inférieure du côté gauche offrait une érosion en deux endroits autour desquels existaient également quelques petites végétations. On enleva les excroissances peu à peu jusque dans les tissus sains. L'hémorrhagie fut assez abondante, mais le sang qui s'écoula pendant ce temps de l'opération ne put s'introduire dans la trachée, vu la position du malade. L'examen de la tumeur au microscope montra qu'on avait affaire à une tumeur papillaire. Comme le malade était très-fatigué on se décida à terminer le lendemain l'opération par la cautérisation de la surface d'implantation des végétations papillaires. A l'angle supérieur de chaque moitié du cartilage thyroïde ossifié, on fora un trou dans lequel on introduisit un fil de soie. Pour maintenir le larynx entr'ouvert, M. Kœberlé avait préparé d'avance un fil d'acier en forme de fer à cheval, recourbé à ses extrémités; les fils de soie, qui passaient à travers le cartilage furent attachés à ces extrémités. Le fil d'acier faisait office de ressort et tendait à écarter continuellement les bords de la solution de continuité. On pouvait faire varier l'écartement en donnant au fil d'acier une courbure plus ou moins grande. Une tranche d'éponge humide fut placée au devant de la plaie. Les cautérisations auxquelles on procéda le lendemain, furent faites au moyen du nitrate acide de mercure, à l'aide d'une baguette en bois légèrement imbibée de caustique. On eut soin qu'il n'en pût pénétrer dans la trachée, en épongeant la plaie après chaque cautérisation. On fut obligé d'y revenir à plusieurs reprises pour éviter toute repullulation du papillôme.

Les fils, laissés dans le cartilage thyroïde, déterminèrent une nécrose partielle autour du trou par lequel ils passaient. Après la chûte de la partie nécrosée, qui eut lieu trois semaines après l'opération, on plaça à demeure dans la plaie une canule droite, aplatie latéralement. Cette canule mesurait 15 millimètres dans son diamètre longitudinal et 10 millimètres dans son diamètre transversal. Sa longueur était de 15 millimètres et son extrémité interne ne faisait qu'affleurer dans la cavité laryngienne. La plaie resta longtemps blafarde, mais peu à peu la cicatrisation se fit aux deux extrémités, et bientôt il ne resta plus que l'ouverture qui livrait passage à la canule. Comme le malade respirait parfaitement par les voies naturelles, la canule n'avait d'autre but que de maintenir une ouverture permanente qui permit de voir l'intérieur du larynx et de détruire au besoin les végétations qui auraient pu repulluler. L'opéré porte encore maintenant, dix mois après l'opération, cette même canule qui est toujours restée bouchée.

La réaction à la suite de l'opération fut insignifiante. Il ne survint aucun accident du côté de la plaie, mais cependant la cicatrisation fut lente, vu l'état du malade qui était très-anémique. Cet état s'améliora sensiblement sous l'influence du traitement auquel il fut soumis.

M. Moura-Bourouillon examina l'opéré au laryngoscope, au commencement de juillet, et porta sur les suites de l'opération un pronostic favorable qui s'est réalisé.

Différentes complications survinrent dans le cours du traitement. A la fin de septembre, à la suite d'un refroidissement, le malade eut une pleurésie du côté gauche, qui mit pendant plusieurs jours sa vie en danger; en décembre, il survint une diphthérite, qui envahit la peau du cou au-dessous de l'ouverture. On réussit à l'arrêter au moyen de lotions de chlorate de potasse et d'applications de teinture d'iode.

Depuis quatre à cinq mois, le malade a repris son état de serrurier, il respire librement, et quoiqu'il soit resté aphone, il se fait très-bien comprendre en parlant à voix basse. Par suite des cautérisations étendues qu'on a dû pratiquer au niveau du cartilage cricoïde et jusque sur la trachée, il est survenu un certain degré de rétrécissement qui n'entrave pas, du reste, la respiration.

Cette observation offre de remarquable :

1° Le procédé opératoire (laryngotomie d'emblée sans trachéotomie) ;

2° La position du patient pendant le cours de l'hémorrhagie (situation déclive du larynx pour éviter l'introduction du sang dans les voies aériennes) ;

3° Les soins consécutifs (procédé de dilatation permanente de l'incision, au moyen d'un fil d'acier courbé, aux deux extrémités duquel étaient fixés deux fils attachés de chaque côté au cartilage divisé, pendant trois semaines; puis maintien d'une ouverture permanente destinée à faciliter les cautérisations ultérieures en cas de besoin, au moyen d'une canule obstruée à demeure).

Jusqu'ici la trachéotomie a été pratiquée soit avant la laryngotomie, soit après, dans le but de remédier à la suffocation ou d'entretenir la liberté de la respiration après l'opération.

En suivant mon procédé, la respiration peut être librement entretenue; on n'a pas à redouter d'irritation trachéale par suite de la présence d'une canule dans la trachée; les lésions sont moins étendues et moins compliquées; le larynx est très-largement ouvert, et l'on peut enlever les végétations jusque dans la trachée.

Le maintien d'une ouverture permanente est de toute nécessité. Ordinairement les végétations repullulent, et il importe de pouvoir les détruire facilement. Les renseignements précis manquent en général sur l'état ultérieur des opérés. L'affection a presque constamment récidivé. Quelque satisfaisant que soit l'état d'un opéré, on ne peut pas considérer la guérison comme étant définitive avant une année au moins.

Les opérations de laryngotomie dans les cas d'excroissances polypeuses ou verruqueuses du larynx sont assez rares. On en compte jusqu'ici environ 20 cas, dont les deux tiers ont été faits pendant les cinq dernières années. Les premières opérations remontent à 1833 (Brauers), et à 1844 (Ehrmann). La laryngotomie tend à être pratiquée plus fréquemment, grâce au laryngoscope, par suite de la précision qu'on a pu apporter depuis au diagnostic des affections du larynx. M. A. Ehrmann, médecin en chef de l'armée du Mexique et fils du vénérable doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, auquel revient l'honneur d'avoir obtenu le premier un succès complet dans la laryngotomie, en 1844, avait pourtant, dès 1842 (A. Ehrmann. *Des polypes du larynx*, Strasbourg, 1842), proposé dans ce but l'usage d'un petit miroir « pareil à ceux dont se servent les dentistes. » On voit par là que l'idée des instruments de Garcia (1855), de Czermak (1858), remontait déjà à plusieurs années. Il en est ainsi en France. Il faut, pour s'y faire accepter et apprécier, revenir de l'étranger.

HOPITAL D'AVIGNON. — M. CASSIN.

Eclampsie. — Reproduction des attaques après la délivrance. — Guérison.

Par M. le Dr CAVAILLON.

La nommée Marie S. M....., domestique primipare, âgée de 28 ans, d'un tempérament nerveux, entre à l'hôpital d'Avignon dans le service de M. Cassin, le 15 décembre 1863, salle de la Maternité, présentant tous les signes d'une grossesse arrivée à la dernière quinzaine. En effet, le 17 à neuf heures du soir elle ressent les premières douleurs, qui persistent légères jusque dans la matinée du 18. A la visite je constate la présence de la tête engagée au détroit supérieur. Le col utérin est mou, aminci, dilaté comme une pièce de deux francs.

Prescription. — Deux lavements émollients. Les douleurs augmentent assez régulièrement pendant une bonne partie de la journée. La dilatation se fait comme à l'état normal. Vers le soir, quoique douloureuses, les contractions n'avancent pas beaucoup le travail. Un toucher plus attentif m'a révélé un peu d'étroitesse de l'arcade pubienne et une certaine rigidité de l'anneau vulvaire. La femme est agitée. Le pouls est fréquent, la peau chaude, sans sueur. Je prescris un grand bain tiède de trois quarts d'heure qui paraît la soulager. Mais bientôt l'agitation augmente, une céphalalgie frontale intense la tourmente. Un peu de réaction fébrile. Le col est complétement dilaté, la poche des eaux n'est pas encore rompue. Il était dix heures du soir quand j'avais prescrit le bain. Vers onze heures et demie une attaque d'éclampsie débute brusquement. Face pâle, yeux convulsés en haut et en dehors, grimaces et contractions de plus en plus fortes des muscles de la face, puis de ceux des membres et du tronc, etc., etc. Tous les signes y étaient, les contractions m'ont paru plus énergiques dans le côté droit.

La tête du fœtus est vers le milieu de l'excavation, je fais immédiatement maintenir la femme, et pendant qu'on lui fait respirer de l'éther, j'applique le forceps avec l'aide de mes deux collègues d'internat, MM. Arnaud et Audibert. Peu après, j'étais assez heureux pour amener une petite fille vivante.

La mère est prise d'une nouvelle attaque, et quarante minutes environ après l'accouchement la délivrance spontanée avait lieu sans hémorrhagie.

Je prescris une potion antispasmodique, du tilleul, et voyant que

les attaques ne reparaissent plus je quitte la femme. Mais vers cinq heures du matin un nouvel accès arrive et est suivi de plusieurs autres. Jusqu'à neuf heures du matin j'ai pu en compter quatorze.

A partir de ce moment jusqu'au 18 au soir les attaques étaient si fréquentes que je n'ai plus pu les compter. La face prend alors une pâleur cadavéreuse. La femme sans connaissance est dans le décubitus dorsal, les dents et les gencives couvertes d'un enduit fuligineux. La peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse, le pouls filiforme. La respiration fait entendre un ronchus pénible.

Toute la journée avait été employée à mettre en usage les différents moyens que M. Cassin avait prescrits à la visite. Applications froides, lavements purgatifs, antispasmodiques sous toutes les formes, sinapismes, etc. L'état de la malade était des plus alarmants et persista jusqu'au lendemain où elle reprit peu à peu connaissance, et depuis lors l'amélioration s'est continuée jusqu'au quinzième. Elle était hors de danger.

Une particularité assez intéressante qu'a présentée cette malade, est l'absence complète de mémoire signalée chez les éclamptiques. Interrogée par moi sur ce qui s'était passé, elle m'a dit qu'elle ne se souvenait de rien. Elle avait même oublié sa grossesse. Depuis lors, cette femme a accouché une deuxième fois à l'hôpital, et les personnes présentes à l'accouchement m'ont affirmé que l'éclampsie ne s'était pas reproduite. Son enfant a fini par succomber avec des accidents convulsifs environ un an après.

Le diagnostic n'offrait pas de difficultés en raison de la fréquence des symptômes. Cette femme n'avait jamais eu de convulsions ni d'œdème pendant sa grossesse. L'indication de vider l'utérus domine le traitement de l'éclampsie. Parmi les moyens à mettre en usage le forceps me paraît préférable, je dirai même le seul possible dans l'espèce. Devais-je recourir à l'ergot de seigle ou à l'ergotine. Évidemment non, car c'eût été perdre un temps précieux, et d'ailleurs l'emploi de ces moyens en pareil cas me paraît irrationnel. M. Millet de Tours a défendu l'opinion contraire dans un mémoire estimé à bon droit. Mais l'action funeste de l'ergot sur l'enfant suffit pour le faire repousser et ôter l'envie de son emploi à ceux qui voudraient imiter ce praticien qui se déclarait son partisan dans les cas d'éclampsie. Quant aux ergotines de toute espèce, ce sont des préparations infidèles, et tout aussi dangereuses quand elles agissent. L'évacuation de l'utérus n'empêcha pas cependant la reproduction des attaques. — Il est difficile, pour le traitement après l'accès, de faire un bon choix parmi les nombreux moyens proposés. Dans le cas où une émission sanguine serait indiquée chez une femme peu robuste comme celle-ci, je donnerai la préférence aux sangsues répétées en petit nombre aux apophyses mastoïdes.

SUR UN PROCÉDÉ DE CONSERVATION

pour la viande de bœuf employé dans la République de l'Uruguay,

Lettre de M. Vavasseur à M. le Secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences.

L'intérêt qui s'attache à la question de l'alimentation à bon marché des masses m'engage à vous prier de vouloir bien mettre sous les yeux de l'Académie, pour être soumis à son examen, un échantillon de viande conservée, dont l'importation en France pourrait se faire très-facilement, en quantités aussi grandes que les besoins l'exigeraient et à des prix extraordinairement bas.

La production de la viande en France, malgré tous les efforts des économistes et de l'administration la plus éclairée, est loin de suffire aux besoins de la population; aussi le prix de cet objet de première nécessité pour la bonne alimentation des masses est-il depuis longtemps très-élevé et tend-il à s'élever encore, en raison de l'épidémie qui ravage en ce moment plusieurs pays voisins, et qui a fait interdire l'introduction en France du bétail étranger.

Le produit alimentaire que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie pourra-t-il remédier à ce fâcheux état de choses?

Cette viande provient des innombrables troupeaux de gros bétail qui vivent en pleine liberté dans les immenses et riches pâturages naturels qu'arrosent le Rio de la Plata, l'Uruguay et le Parana, pays que j'ai habité pendant seize ans. Ces animaux, descendants de quelques individus importés d'Europe par les conquérants espagnols, se comptent aujourd'hui par millions, et forment la richesse principale de ces contrées. Les cuirs, les graisses, les crins, etc., s'importent depuis longtemps en Europe en quantités considérables; mais la chair de ces animaux dépassant de beaucoup les besoins de la population, était jusqu'ici à peu près perdue, à l'exception d'une assez minime quantité que l'on préparait et que, sous le nom de *tasajo*, on exportait au Brésil et à la Havane pour la nourriture des esclaves noirs.

La perte de si grandes quantités d'une si précieuse substance a attiré, depuis une douzaine d'années, l'attention des bons esprits de ces pays, et de nombreuses tentatives ont été faites pour la conserver dans des conditions qui puissent la rendre propre à l'alimentation des peuples civilisés. Divers modes de conservation ont été essayés: procédé d'Appert, conservation à l'aide de préparations chimiques restées plus ou moins secrètes, salaison par les méthodes ordinaires, etc.; rien jusqu'ici n'avait pu réussir, et les produits présentés sur les marchés d'Europe avaient été repoussés avec juste raison.

Tout récemment, MM. Cybils et Jackson, riches propriétaires, citoyens de la République de l'Uruguay, sont parvenus, après de longues et dispendieuses expériences, à résoudre le problème et à fabriquer un produit jouissant de presque toutes les qualités de la viande fraîche, et susceptible d'une conservation presque indéfinie sans précautions particulières aucunes. C'est un échantillon de ce produit, préparé depuis environ dix-huit mois et ayant fait la traversée de 2500 lieues de Montevideo en Angleterre, que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie.

La méthode de préparation employée par MM. Cybils et Jackson est des plus simples. Voici en quoi elle consiste:

L'animal amené à l'établissement, *saladéro*, est abattu, saigné avec le plus grand soin, condition indispensable à la bonne conservation de la viande dans ces climats chauds, dépouillé en un instant de sa peau, sans recourir au soufflage, comme nous le faisons en Europe, et coupé en quartiers, *descuartizado*. La chair, toute palpitante encore, est enlevée rapidement en tranches de 5 à 6 centimètres d'épaisseur et aussi grandes que possible, *mantas*. Sur un plancher de sapin de quelques mètres carrés de superficie est étendue une couche mince de sel de Cadix en petits cristaux (cette espèce de sel, presque aussi blanche et aussi pure que nos sels raffinés de table, est indispensable à la bonne réussite). Les tranches, *mantas*, de viande sont placées les unes à côté des autres sur cette couche de sel et saupoudrées à leur tour d'une nouvelle quantité de sel, puis recouvertes d'une nouvelle couche de viande, et ainsi de suite, jusqu'à arriver à une certaine hauteur. La pile, abandonnée à elle-même pendant environ vingt heures, est défaite alors et reconstruite sur un autre plancher dans l'ordre inverse, de manière que les parties qui étaient dessus se trouvent en dessous. Après un nouveau séjour de douze à quinze heures, la pile est de nouveau défaite et les viandes sont empilées dans un coin de l'abattoir, à l'air libre, et seulement recouvertes d'une toile goudronnée pour les préserver de la pluie, du soleil et de la poussière. Elles restent dans cet état pendant plusieurs mois et jusqu'au moment de la vente.

Jusque-là, c'est la préparation ordinaire du *tasajo* à laquelle seulement on a apporté plus de soins pour la propreté et le choix des morceaux. C'est au moment de la livraison qu'on applique la modification due à MM. Cybils et Jackson, qui consiste tout simplement à soumettre la viande salée à la pression la plus forte possible; pression qui, outre l'avantage de diminuer considérablement le volume, contribue puissamment à la bonne conservation. Des expériences nombreuses ne laissent aucun doute à cet égard.

On forme ainsi, au moyen de la presse, des ballots de 60 centimètres de long sur 30 de largeur et 30 d'épaisseur, et du poids de 100 livres espagnoles (46k,638), qu'on enveloppe d'une toile d'emballage forte et serrée, cousue et ficelée avec soin.

Ces viandes ne peuvent être que très-saines et d'excellente qualité. En effet, les animaux qui les fournissent ne sont abattus que dans les meilleures conditions d'âge (de quatre à cinq ans), de santé (les épizooties sont à peu près inconnues dans ces contrées) et d'embonpoint, lequel n'arrive jamais à l'obésité artificielle que l'on cherche à donner à nos bêtes de boucherie en Europe. Enfin, il n'entre, comme on l'a vu, dans la préparation aucune autre substance que le sel le plus pur et en quantité assez petites.

La manière de faire usage de cette viande est des plus simples. Un séjour d'une douzaine d'heures dans l'eau fraîche suffit pour enlever l'excès de sel, pour la ramollir et lui rendre, à peu de chose près, l'aspect de la viande fraîche. Cuite dans *le pot au feu*, elle donne d'excellent bouillon et un bouilli certainement préférable aux viandes de porc et même de bœuf salées en usage dans la marine. Accommodée en ragoût, surtout avec des légumes, elle fournit un très-bon aliment. Divers essais faits chez moi et chez plusieurs personnes de mes amis ne laissent aucun doute à cet égard.

Tout me fait donc espérer que ce produit pourra entrer avec avantage dans la consommation générale de la France, en raison de ses bonnes qualités et surtout du prix auquel il pourrait être livré aux consommateurs; savoir: 60 centimes le kilogramme (qui représente, après dessalement, environ 1k,500) au port de débarquement, et 75 centimes dans Paris.

Déjà des essais ont été tentés en Angleterre, et plusieurs milliers de ballots ont été vendus très-avantageusement à Liverpool et à Londres.

DES ALLIANCES CONSANGUINES

Par M. Ramboson.

Dans l'important problème des alliances consanguines, on a négligé quelques éléments importants que je vais exposer en peu de mots, après avoir rappelé très-succinctement l'état actuel de la question.

Des études consciencieuses, des statistiques comprenant une longue série d'années et dépouillées avec soin par des savants de diverses contrées, sont venues donner leur appui aux conséquences suivantes que l'on attribue aux mariages consanguins:

L'absence de conception, le retard de la conception, la conception imparfaite ou fausse couche, des produits incomplets ou monstruosités, des produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux; et par ordre de fréquence, l'épilepsie, l'imbécillité ou idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des maladies cérébrales diverses, des produits lymphatiques et prédisposés aux maladies scrofulo-tuberculeuses, des produits qui meurent en bas âge et dans des proportions plus fortes que les enfants nés dans d'autres conditions, des produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort.

J'ai pu remarquer que les colonies présentent un champ fertile pour ce genre d'observations, car les mariages s'y font presque tous entre parents; les résultats en sont quelquefois effrayants: les maladies nerveuses de tout genre y sont portées à un degré étrange.

Des hommes non moins compétents ont étudié la question sous un point de vue opposé. Ils ont observé que des faits défavorables à la consanguinité avaient été exagérés, et qu'au contraire on avait atténué ou même passé sous silence ceux qui indiqueraient un résultat heureux.

Les relevés statistiques, pour lesquels on ne saurait avoir une trop sévère exactitude, présentent jusqu'à ce jour, suivant eux, peu de renseignements satisfaisants; ils sont obscurs et incomplets et peuvent être invoqués aussi bien par ceux qui combattent les mariages consanguins sous le rapport hygiénique, que par ceux qui les regardent comme indifférents ou qui les patronnent. Comme des causes puissantes autres que celles des alliances consanguines, peuvent influer dans l'acte de la conception et par conséquent sur ses produits, ils craignent que l'on n'attribue à ces alliances les effets dus aux dispositions individuelles permanentes et quelquefois instantanées à l'heure du rapprochement des sexes, à l'état de jeûne, de sobriété, d'ivresse, de fatigue physique ou morale, etc.

Voyant que l'influence de la consanguinité était bien difficile, sinon impossible à étudier chez l'homme d'une manière exacte, ils ont eu recours, pour résoudre le problème, à l'histoire naturelle des animaux, où tous les éléments de la question sont d'une plus facile observation. Il est d'ailleurs permis d'appliquer à la physiologie humaine des faits rigoureusement précis empruntés à celle des animaux.

L'étude des animaux nous apprend que, pour conserver des races de choix et les faire se multiplier avantageusement, il ne faut pas recourir au croisement tant que la famille n'est pas viciée par une maladie; qu'on ne saurait condamner la consanguinité saine, mode de reproduction auquel on doit nos plus belles races. De nombreux exemples sont cités à l'appui.

Il résulterait des études des premiers, que les individus provenant de mariages consanguins seraient, par ce seul fait, voués à une dégénérescence presque inévitable, que l'union d'individus appartenant au même sang peut avoir les plus funestes conséquences et conduire à l'extinction et à l'abâtardissement de la famille.

D'après les seconds, les unions consanguines seraient moins à craindre: dans un grand nombre de cas, elles n'entraîneraient avec elles aucune détérioration dans leurs produits; au contraire, elles conserveraient et amélioreraient les races.

D'autres savants, ayant réuni les importantes observations faites dans les deux camps opposés, se sont élevés à quelques lois bien précieuses et qui peuvent être regardées comme le fondement de ces études. Ils ont remarqué:

1° Que la consanguinité n'influe que sur l'hérédité; elle jouit par elle-même d'une parfaite innocuité, c'est-à-dire que de deux parents parfaitement sains il ne se produira pas spontanément, par le fait de leur union, de maladies dans leurs produits, pas plus que si les individus étaient étrangers l'un à l'autre.

2° Que la consanguinité chez l'homme aussi bien que chez les animaux, élève l'hérédité des défauts comme celle des qualités à sa plus haute puissance; par conséquent, dès qu'une viciation quelconque existe dans une famille, si on en marie les membres entre eux, au lieu de se reproduire au même degré, cette viciation se multiplie et augmente son intensité d'une manière effrayante. Les germes morbifiques fermentent et font explosion dans un terrain propice à l'infection; ils se décuplent alors rapidement en intensité. Ces unions ont une influence analogue sur les qualités.

3° L'aptitude développée, soit en bien, soit en mal, par le régime ou par toute autre cause chez les individus, peut être multipliée et fixée dans la famille d'abord, puis dans la race, par les alliances consanguines. Ce qui n'est qu'une tendance dans les individus devient ainsi une réalité dans le produit de leur union.

Ceux qui professent la première opinion sont naturellement et complétement opposés aux mariages consanguins. Ceux qui professent la deuxième en sont au contraire les partisans. Les derniers se tiennent en général sur une prudente réserve; s'ils ne sont pas tout à fait contraires à ces unions, ils n'en sont pas non plus de chaleureux partisans, et penchent plutôt pour l'abstention.

Après une étude sérieuse, tel est le résumé impartial de tout ce qui a été dit et fait jusqu'à ce jour sur ce sujet.

Mais il y a un élément du problème dont on n'a pas tenu compte, sur lequel je crois utile d'attirer l'attention et que l'on doit spécialement prendre en considération, lorsque l'on veut faire l'application des principes de la zootechnie à l'homme.

L'homme compte à lui seul plus de maladies que tous les autres êtres de la création pris ensemble. Ses passions, ses vices, ses malheurs, ses travaux, toutes les causes morales en un mot, viennent s'ajouter aux mille causes physiques qui tendent à abréger ses jours; en sorte que l'on peut dire que, généralement, même les plus sains ont toujours quelques principes d'une maladie ou quelques tendances à une affection.

Et lors même que l'homme se guérit d'une maladie, il peut

conserver des tendances à cette maladie, et tout concourt alors à les transmettre à sa progéniture et à les y développer. Car, dans la famille, on respire le même air, on fait usage de la même nourriture, on prend les mêmes habitudes, etc., etc., et souvent la maladie n'est que la conséquence de ces conditions journalières qui donnent aux individus qui y sont soumis un air de famille, quelque chose de commun, soit au physique, soit au moral.

Il s'ensuit qu'il est bien rare que les membres d'une même famille et des plus proches parents ne soient pas portés à avoir des affections communes ; or, il a été reconnu que les tendances mêmes deviennent des réalités dans les produits des consanguins. Cette seule considération démontrerait que l'homme a infiniment plus de chance d'avoir des produits funestes dans ce genre d'union que les animaux.

Une autre considération non moins importante est celle-ci : les animaux ont un instinct qui les guide plus sûrement qu'une intelligence perspicace aux aliments, au régime qui leur convient, soit pour se conserver en santé, soit pour se guérir lorsqu'ils sont malades. Ils peuvent donc faire disparaître de leur organisation des germes de maladies qui demeurent quelquefois dans l'homme à l'état latent pendant plusieurs générations, et qui n'attendent qu'une circonstance favorable pour se développer avec plus de violence, circonstance que leur présentent parfaitement les alliances consanguines.

En résumé, le grand nombre de maladies, soit physiques, soit morales, qui assiégent l'homme, la facilité plus grande que les germes de ces maladies ont de rester dans son organisation, laissent bien peu de chances favorables aux unions consanguines dans l'espèce humaine, et les faits viennent à l'appui de cette observation.

Ce n'est donc qu'avec une extrême circonspection que l'on doit faire à l'homme l'application des principes de la zootechnie. Il est sujet à bien des causes secondaires étrangères aux animaux et qui, en théorie, peuvent paraître de peu d'importance, mais qui ont, dans l'application, les conséquences les plus dignes de considération.

NOTE SUR UN INSTRUMENT NOUVEAU

Appelé spéculum laryngien,

Par M. de Labordette.

Faciliter l'exploration du larynx, rendre pratique la laryngoscopie, tel est le but que je me suis proposé en imaginant l'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie.

L'usage fréquent du spéculum laryngien, dans mon service à l'hôpital de Lisieux et dans ma clientèle, les applications qui en ont été faites par plusieurs de mes confrères, me mettent à même de signaler aujourd'hui les faits suivants :

1° Le spéculum laryngien est un instrument de laryngoscopie très-pratique, car il peut être employé par tout chirurgien ou médecin, sans étude préalable, chez tous les sujets;

2° Il est supporté sans nausées par le plus grand nombre des sujets bien portants ou atteints d'angine auxquels on l'applique;

3° Il ne nécessite, pour voir le larynx, l'emploi d'aucune lumière artificielle, c'est-à-dire qu'avec la lumière du jour, et la nuit avec une lumière ordinaire, il permet l'examen du larynx, qui se reflète dans le miroir dont est munie la valve postérieure de l'instrument à son extrémité interne ;

4° On aperçoit très-distinctement la partie postérieure de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, le ventricule du larynx, les cordes vocales inférieures, et une partie de la trachée lorsque les cordes vocales ne sont pas contractées.

Le spéculum laryngien ne peut aucunement blesser l'arrière-gorge ; je l'ai fait introduire et je l'ai introduit moi-même plus de vingt fois dans une matinée, chez le même sujet, sans qu'il en conservât le plus petit mal de gorge. Les malades chez lesquels on l'introduit respirent facilement à travers l'instrument, que l'on peut laisser longtemps en place. On comprend aisément de quel avantage il peut être pour un opérateur, qui peut à son aise, sans provoquer de nausées et sans toucher les parois de la bouche et de l'arrière-gorge, porter directement dans le larynx et dans l'œsophage tel instrument qu'il jugera convenable.

J'ai désigné le spéculum laryngien comme dilatateur de l'orifice buccal et pharyngien dans les cas d'asphyxie par accident ou par submersion. Je crois qu'il peut être utilement employé pour vaincre le spasme de la gorge chez les malades qui respirent le chloroforme; dans l'asphyxie des nouveau-nés son usage me paraît aussi indiqué.

Enfin, quand l'instrument est introduit dans l'arrière-gorge, il y est maintenu ouvert avec la main gauche, et l'opérateur peut, avec sa main droite, porter à travers le spéculum les instruments dont il voudra se servir, tels que : porte-caustique, scarificateur, sonde œsophagienne, sonde à insuffler de l'air, pince œsophagienne, instrument pour enlever les polypes, etc., et il peut user de ces instruments pendant tout le temps qui lui est nécessaire.

CONFÉRENCES HISTORIQUES (1),

Par les agrégés à l'École de médecine.

Depuis longtemps il est question de créer à la Faculté de médecine un cours d'histoire de la médecine. Ce cours est-il nécessaire? aurait-il une influence réelle sur la valeur professionnelle des individus? le surcroît de travail qu'il imposerait aux élèves, déjà passablement chargés d'études accessoires, ne viendrait-il pas jeter de la confusion dans leurs travaux vraiment essentiels? Ce sont là des questions qui ne sont pas résolues définitivement. Rien de ce qui peut étendre le savoir de l'homme ne saurait être nuisible à un médecin. Soit; toutefois il faut se poser des limites.

(1) Leçons réunies en un volume. Paris, G.-Baillière, éditeur, 1866.

L'érudition qui convient aux médecins a trouvé son véritable mode d'enseignement dans ces conférences que les agrégés, sur l'initiative de M. Verneuil, ont entreprises à la Faculté, vers la fin de 1865. Là ce n'était plus des cours, mais des causeries tout intimes; les professeurs n'étaient plus ces personnages redoutables qui vous retrouvent aux jours d'examen, mais des hommes du monde qui n'attiraient les auditeurs que par le plaisir qu'on pouvait avoir à les entendre. Le résultat a singulièrement dépassé ce que l'on aurait attendu : la foule se pressait aux portes d'entrée. Ces conférences ont été recueillies et elles forment un volume. S'il s'y trouve quelques *desiderata*, au point de vue historique pur, je laisse à d'autres à les relever. L'utilité ne roulait, je crois, que sur la comparaison des faits, sur leur marche générale, et non sur leur date exacte. Je ne cherche ici qu'à donner un court exposé de ce livre.

I. — C'est M. Verneuil qui a eu l'idée des conférences, il les a inaugurées, il a parlé des chirurgiens érudits et de J. L. Petit. Très-érudit lui-même, on peut dire que pour prêcher l'érudition, il avait commencé par prêcher d'exemple. Ici, il fait un peu comme ces libres penseurs du moyen âge qui ne s'inquiétaient guère de faire lever les oreilles à leurs auditeurs, pourvu qu'ils leur portassent la vérité au cœur. Il apostrophe, avec une verve fortement gauloise, les élèves qui ne voient dans la médecine qu'un métier, et il leur reproche leur peu d'amour de la science réelle : « Vous honorez vos maîtres, dit-il, vous leur dédiez ces thèses que vous faites en quatre ou cinq jours, en copiant les thèses de ceux qui vous ont précédés, elles ne valaient rien, les vôtres valent encore moins, mais les maîtres de vos maîtres, que savez-vous d'eux? Il y a cent ans, si vos goûts vous avaient portés vers la chirurgie, vous auriez victorieusement accroché à votre boutique trois beaux bassins de cuivre bien fourbis ! » Puis il se met, comme en passant, à faire une magnifique revue des érudits de la chirurgie, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, et il s'arrête longuement, comme avec bonheur, sur J. L. Petit. M. Verneuil se donne comme praticien ; nous savons qu'il l'est et ce qu'il vaut comme tel, mais à l'enthousiasme avec lequel il parle des livres, on voit assez quel culte il leur a voué; il raconte comment Hippocrate s'est emparé frauduleusement des tables des Asclépiades, il reconnaît que ce procédé du père de la médecine n'est pas excessivement délicat, mais il termine en se demandant si après tout il n'en aurait pas fait autant...

II. — M. Lasègue procède différemment; il n'énumère pas une longue série de documents; on voit que le fait historique, considéré en lui-même, isolément, ne l'attire pas. Bien moins archéologue que philosophe, ce qu'il voit dans une époque, c'est l'idée, et s'il lui plaît de faire connaître le personnage qui sert de cariatide à cette idée, en deux ou trois traits il trace un profil qui ne s'oublie plus. Sa conférence avait pour titre : l'École de Halle, Frédéric Hoffman et Stahl. « Hoffman, dit-il, a la physionomie ouverte et souriante, il a l'expression facile, il est éloquent et disert, sa latinité est claire et limpide, » et Stahl : « Maigre sous sa grande perruque dont les boucles descendent sur ses épaules, il a l'air froid et mécontent d'un individu qui demande peu au monde extérieur, et ne se met pas en quête *de sympathie.* » Que dire de plus pour caractériser les deux individus les plus dissemblables ?

M. Lasègue raconte en quelques mots comment Frédéric de Brandebourg, ayant un jour la fantaisie de fonder une Faculté qui éclipsât toutes les autres, appelle à lui Hoffman, lequel à son tour appelle Stahl, et comment celui-ci accepte fièrement en disant : « J'avais des élèves à Iéna, je saurai bien en trouver à Halle. » Là est toute la donnée historique du sujet. Il n'est plus question que de l'examen des doctrines de ces deux maîtres, mais chacun prévoit ce que peut être cet examen par M. Lasègue. Le professeur a insisté surtout sur la doctrine de Stahl. « Pour qui veut entendre, dit-il, le vitalisme à la façon de Stahl, l'organe, instrument d'une fonction, doit la remplir. S'il la remplit, tout est bien; s'il y manque, il a mal agi. La notion de l'utile et du nuisible n'est pas une concession faite au caprice du malade, elle s'impose au médecin comme elle commande à l'ingénieur. Constater le fait sans tenir compte du but; noter les mouvements; analyser les rouages sans se demander s'ils conviennent à leur destination, c'est oublier la vie, méconnaître l'idée fondamentale de l'organisme, et nier du même coup la mécanique et la médecine. »

III. — M. Chauffard. Étude sur Laënnec; analyse de ses travaux sur l'anatomie pathologique, sur le tubercule, sur les diverses évolutions de ce produit; coup d'œil sur l'antagonisme de Laënnec et de Broussais. M. Chauffard résume en quelques pages pleines de feu les immenses travaux de Laënnec. A chaque page on se voit transporté d'admiration, s'écrier écoutez ! écoutez ! et chaque passage de son auteur devient l'objet d'un commentaire enthousiaste. « Laënnec va droit aux réalités, dit-il, il puise ses distinctions dans l'observation directe de l'organisme malade ; n'obéissant à aucune idée systématique, il ne cherche pas à atteindre aux causes prochaines, et il ne défie pas les conceptions nosologiques sur le mécanisme et l'action de ces causes; il constate et il décrit. S'il excelle dans l'étude des maladies accompagnées de lésions de structure, il ne repousse pas celles qui offrent des altérations humorales, ni celles qui reconnaissent pour principe les altérations de ce qui imprime le mouvement. C'est ainsi qu'il procède à l'étude des maladies de la poitrine.

A propos des luttes de Laënnec et de Broussais, on devine bien pour qui il va prendre part. Les passages de Broussais que cite M. Chauffard, nous reportent bien à cette époque où les médecins, empruntant de leur manière aux mœurs militantes de l'épopée impériale, appelaient trop souvent la violence à l'appui de leurs raisons, où les maîtres se passionnaient pour leurs doctrines, où les élèves soutenaient au besoin, les armes à la main, les passions et les doctrines de leurs maîtres, époque passée, Dieu merci !

IV. — M. Léon Le Fort. Riolan. Un grave défaut dans un homme de science, rendit stériles toutes les qualités que possédait Riolan : partisan absolu du principe d'autorité, il devait croire à une erreur de sa part chaque fois qu'il constatait quelque fait en contradiction avec les idées et les préceptes professés avant lui. Ainsi, dix ans encore après la publication des travaux de Harvey, il disait que le sang « attiré dans la cavité droite du cœur, passe au travers du septum medium, dans la cavité gauche, où en un moment il se change en sang artériel beaucoup plus chaud et plus spirituel que le sang veineux, car il est subtilisé et épuré dans les ventricules du cœur, comme l'or mêlé se raffine dans le dernier fourneau de la coupelle. » De même, à propos de la découverte du réservoir lymphatique, où aboutissent les vaisseaux chylifères de l'intestin, Riolan déclare que Pecquet avait fait une chose abominable parce qu'elle allait faire changer toute la thérapeutique. Peu s'en fallut que Riolan n'invoquât l'intervention du gouvernement contre un pareil révolutionnaire. Et pourtant il s'en fallait de beaucoup que ce fût un homme sans mérite; il rendit à l'anatomie l'immense service de donner des descriptions faites presque toujours sur nature, d'après ses propres dissections, d'une clarté et d'une exactitude qui manquent dans les ouvrages publiés avant lui. Il ne faut pas oublier que, plein de zèle pour l'enseignement, il fut un des premiers qui, surmontant les répugnances des docteurs en médecine pour la pratique de l'anatomie, osèrent faire leurs démonstrations le scalpel à la main. Il fut au reste dans la nécessité de s'en justifier. « Qu'on dise maintenant tant qu'on voudra que j'exerce une publique escorcherie, que je fais le chirurgien, que je fais tort à ma profession... » Dans son enthousiasme pour l'anatomie, il va jusqu'à se demander si l'on peut disséquer des hommes vivants, heureusement, il se résout pour la négative.

Cette conférence est remplie de documents curieux; M. Le Fort la termine par cette déclaration, que, selon lui, il n'y a dans le domaine de la science qu'une manière de progresser, c'est dans l'application de ces deux principes : « La libre concurrence et à chacun selon ses œuvres. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juin 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur Faton (de Vendôme). (Commission des épidémies.)

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Euzet (Gard), par M. le docteur Treuille, de Monétier (Hautes-Alpes), par M. le docteur Chabrand ; de Néris (Allier), par M. le docteur de Laurès. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. L. Peisse, qui se présente comme candidat pour la place vacante d'associé libre ;

2° Une lettre de M. le docteur Barbier, médecin aux eaux de Vichy, accompagnant l'envoi de deux brochures sur les plages de la Provence;

3° Une note sur le choléra, par M. le docteur Martinencq (de Grasse) ;

4° Trois rapports de M. le docteur Demoncheux, sur les épidémies qui ont régné en 1865, dans l'arrondissement de Saint-Quentin. (Commission des épidémies.)

— M. Larrey présente :

1° Un volume intitulé : *Clinique ophthalmologique*, par A. de Graeffe, édition française publiée avec le concours de l'auteur, par M. le docteur Ed. Mayer;

2° Divers opuscules de M. le docteur Mourlon, intitulés : *Essai sur les hernies musculaires ; blessure complexe de la face par armes à feu; de l'uréthroscope; oblitération des conduits lacrymaux.*

— M. Poggiale dépose sur le bureau une note de M. le docteur Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, sur la constitution chimique et physique des eaux de Vichy.

Voici le contenu de cette note : Plusieurs brochures et quelques journaux de médecine ont récemment publié ou enregistré quelques erreurs relatives à la constitution chimique et aux propriétés physiques des eaux de Vichy. Ils ont, en outre, présenté ces eaux comme ayant une infériorité thérapeutique marquée, relativement à certaines autres eaux bicarbonatées sodiques de France. Il n'y a pas lieu de relever cette dernière assertion, attendu qu'on ne l'a appuyée sur aucune comparaison clinique. Mais il importe, pour le moins, de relever les erreurs chimiques et physiques à l'aide desquelles on a voulu, faute de faits cliniques, justifier cette prétendue infériorité.

En premier lieu, il a été dit que les eaux de Vichy ne renfermaient

pas assez de fer pour prévenir la cachexie alcaline : or, en consultant les analyses les plus récentes des eaux du bassin de Vichy, celles de M. Bouquet, il est facile de s'apercevoir que, de toutes les eaux bicarbonatées sodiques fortes de France, ce sont celles du bassin de Vichy qui, dans leur ensemble, contiennent le plus de fer.

Il s'y présente, il est vrai, quelques sources qui n'offrent que 4 milligrammes de bicarbonate de fer par litre, et qui dans ces conditions, que nous dirons heureuses, peuvent s'approprier au traitement de maladies qui n'ont pas besoin d'une médication ferrugineuse ou auxquelles cette médication serait défavorable ; ce sont les eaux de la Grande-Grille, de l'Hôpital, du puits Chomel, et de l'une des sources des Célestins. Mais il en est d'autres, telles que celles d'Hauterive, de Mesdames, du puits Lardy, d'une autre source des Célestins et de Cusset, qui offrent 17, 26, 28, 44 et 53 milligrammes de bicarbonate de fer, et qui sont, par conséquent, d'une valeur irrécusable au point de vue de la médication tonique.

Notons que le maximum ferrique des autres eaux bicarbonatées sodiques fortes de France (qui est présenté par la Magdeleine de Vals), n'est que de 29 milligrammes de bicarbonate de fer.

Vichy peut donc par lui-même, et mieux que toute autre station analogue connue, prévenir la cachexie alcaline, et il la prévient sûrement quand le traitement s'y fait avec méthode et n'est pas laissé à la discrétion des malades. Pour notre compte particulier, pendant une observation de trois ans, nous n'avons pas vu se manifester un seul cas de cette cachexie, et cependant, parmi nos malades, 2,700 militaires ont eu à subir un traitement de 35 à 38 jours. C'est que ce traitement s'est complété, ou même s'est fait en entier, quand il l'a fallu, par l'usage des eaux ferrugineuses citées.

Le reproche que M. le professeur Trousseau a adressé il y a quelques années aux eaux de Vichy, à l'égard de la cachexie alcaline, a été sans doute fondé. Mais il a eu trait à des faits observés à une époque qui n'est plus. A cette époque, les eaux de la source Mesdames n'arrivaient pas encore à Vichy, la source ferrugineuse des Célestins n'était pas encore découverte, le puits Lardy, récemment foré, était à peine connu, et les moyens de communication entre Vichy et Cusset étaient très-restreints. Or il n'en est plus ainsi, et aujourd'hui les sources alcalines ferrugineuses abondent dans Vichy même.

En second lieu, ce qui a été dit par les adversaires de Vichy à l'égard du fer a été dit aussi à l'égard de l'arsenic ; car l'on a présenté les eaux de cette station comme dépourvues de ce précieux agent, de ce restaurateur des actes nutritifs. Ce reproche est-il plus fondé ?... d'après les analyses de M. Bouquet, les eaux en question offrent de 1 à 2 milligrammes d'acide arsenique, et cette quantité paraît supérieure à celles des autres eaux bicarbonatées sodiques de France, qui toutes sont signalées comme n'offrant que des indices ou des traces d'arsenic.

L'eau de la source Dominique de Vals, que l'on a opposée sous ce rapport aux eaux de Vichy, en contient davantage, en l'accompagnant de sulfate de cuivre. Mais elle n'est pas bicarbonatée sodique ; loin de là, elle est acide, acidifiée par l'acide sulfurique ; elle est donc contraire au traitement de la généralité des maladies qui réclament l'emploi des eaux alcalines, et par ce fait, ne peut pas généralement venir en aide par son arsenic à l'action des autres eaux de cette station.

En troisième lieu, l'on a reproché aux diverses eaux de Vichy d'être trop uniformes dans leur richesse en bicarbonate de soude. Cela est vrai : mais elles sont fortes, et par ce fait, quand il le faut, elles peuvent le moins, et avec de faibles additions d'elles-mêmes, le plus. Leur normale est du reste très-satisfaisante, comme le prouve l'expérience, et n'a rien à envier à des eaux plus fortes, car ainsi que le font pressentir certains incidents du traitement, elle présenterait incontestablement des dangers si elle était plus élevée.

Enfin, l'on a présenté les eaux de Vichy comme ayant un goût repoussant urineux. Il n'en est rien : les eaux froides y sont agreables à boire et les eaux chaudes n'y sont qu'un peu fades. Mais celles-ci sont chaudes, à l'inverse de toutes les autres eaux bicarbonatées sodiques fortes ; elles sont donc essentiellement médicales, essentiellement de premier ordre, et par ce très-grand avantage, elles rachètent le très-faible inconvénient d'être un peu fades.

RAPPORTS.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. ROGER, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

M. le rapporteur termine sa lecture par l'allocution suivante : « En finissant cette série de rapports, et ce sont les derniers (mes fonctions de rapporteur expirant), qu'il me soit permis de remercier les membres de la commission des remèdes secrets qui m'ont éclairé de leurs savants conseils ; qu'il me soit permis de remercier l'Académie qui, par sa bienveillance continue, m'a soutenu dans l'accomplissement d'une tâche quelquefois ingrate, alors que le rapporteur est obligé d'exercer en votre nom des rigueurs salutaires. Je conserverai toujours le souvenir de cette bienveillance, et je serais heureux si mes collègues conservaient un peu celui de mes efforts pour la mériter. »

L'Académie accueille cette allocution par des applaudissements.

— **M. LARREY**, après avoir félicité le rapporteur sur la manière dont il a rempli sa mission, fait la proposition que les rapports de la commission des remèdes secrets et nouveaux soient désormais insérés dans le Bulletin de l'Académie, afin que le public ait connaissance des appréciations qui y sont faites de cette foule de prétendus remèdes, et puisse être mis à même d'en juger les inconvénients.

Cette proposition est combattue par M. le secrétaire perpétuel. Mais plusieurs membres l'ayant appuyée, elle est renvoyée au conseil, qui appréciera.

A trois heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour la discussion de la proposition relative au changement de nom de l'une de ses sections.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

237. Études sur la narcéine et son emploi thérapeutique, par M. Ch. Liné.

238. Recherches sur les résines, par M. P. Hautefeuille.

239. Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent, par M. X. Galezowski.

240. Kystes des os maxillaires, par M. A. Glénéreau.

241. De la dégénérescence graisseuse du cœur, par M. S. Piotrowski.

242. De l'action de quelques maladies aiguës sur la tuberculisation, par M. Revilliod.

243. Considérations sur les symptômes et le diagnostic de la coxalgie, par M. A. Cochet.

244. Des tumeurs enkystées des bourses, par M. P. Noir.

245. De l'érythème noueux, par M. E. Marès.

246. De l'œil commo élément symptomatique dans les maladies internes, par M. G. Reignier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— L'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie vient de donner lieu à un arrêt important de la cour de cassation. Elle a statué que l'exercice illégal de la médecine, avec usurpation de titre, est un délit et non une contravention. En conséquence, par application des articles 59 et 69 du code pénal, un docteur en médecine peut être déclaré complice du délit d'exercice illégal de la médecine commis par un individu auquel il a prêté assistance.

Le débit de drogues médicamenteuses par un individu non muni du diplôme de pharmacien, l'annonce de remèdes secrets et la vente desdits remèdes constituent trois contraventions distinctes, qui, quoique poursuivies simultanément, doivent donner lieu à trois amendes distinctes.

Erratum. On a pu s'apercevoir du désaccord complet existant entre le titre et le texte de la note de M. Gustave Lagneau, dans le numéro 65 de la *Gazette des hôpitaux*, du 5 juin 1866. Le titre de cette note devait être : *De la syphilis vaccinale et du vaccin animal,* et non de l'inoculation du cow-pox, ainsi qu'il a été imprimé par erreur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie,* par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et ARMAND DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. 1re et 2e parties avec 464 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 23 fr. Paris, 1866, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Essais de physiologie philosophique, par M. J.-P. DURAND (de Gros). Un vol. in-8° de 620 pages. Prix : 8 fr. (L'auteur avait écrit jusqu'ici sous le pseudonysme de J.-P. Philips.) — Paris, 1866, Germer Baillière.

Traité élémentaire de pathologie interne, par le professeur MONNERET. La neuvième livraison vient de paraître. Prix de chaque livraison : 3 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Essai sur l'avortement, considéré au point de vue du droit criminel, de la médecine légale et de la responsabilité médicale lorsqu'il est provoqué par le médecin pour le salut de la mère, par DE VÉSINE LARUE, docteur en médecine, licencié en droit. In-8° de 84 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOUED.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 67. — SAMEDI 9 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 9 JUIN 1866. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois . 8 fr. 50 c. Six mois . 16 » Un an . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Congrès médical international de Paris.

Paris, le 1er juin 1866.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Un Congrès médical international doit se réunir à Paris, en 1867, à l'occasion de l'Exposition universelle. Le moment est donc venu de faire connaître à nos confrères, et le projet lui-même, et ce qui a été fait déjà pour en assurer la réussite. En cette circonstance, nous ne saurions mieux faire que de recourir à la publicité de votre estimable journal, et nous venons demander à votre bienveillance l'insertion de la note que nous avons l'honneur de vous adresser.

Dès le mois de novembre dernier, un comité central se formait à Paris, dans le but de préparer l'organisation du Congrès de 1867, et de répondre ainsi au vœu émis par le Congrès de Bordeaux.

Les membres de ce comité sont :

MM. E. Barthez, Béclard, Béhier, Bouchardat, Bouillaud, Broca, Dechambre, Denonvilliers, Follin, Gavarret, Gosselin, Jaccoud, Lasègue, Longet, C. Robin, Tardieu, Verneuil, E. Vidal, Wurtz.

La Commission s'est définitivement constituée le 7 décembre, pour la nomination de son bureau, qui a été ainsi composé :

Président : M. Bouillaud ;

Vice-Présidents : MM. Denonvilliers, Gavarret, Tardieu ;

Secrétaire général : M. Jaccoud ;

Secrétaire trésorier : M. E. Vidal.

Cela fait, nous devions, avant tout, solliciter de M. le ministre de l'intérieur l'autorisation de réaliser le projet formé ; cette autorisation nous est arrivée le 20 mars. Le bureau du comité s'est aussitôt mis en rapport avec M. le ministre de l'instruction publique, qui, non content de donner son entière approbation à cette œuvre exclusivement scientifique, a bien voulu nous permettre de la placer sous son haut patronage. M. le ministre de l'agriculture et du commerce n'a pas accueilli avec moins de faveur la communication que nous avons eu l'honneur de lui faire : enfin, M. le ministre des affaires étrangères a daigné nous accorder son appui et nous promettre de signaler et de recommander le Congrès aux représentants de la France à l'étranger.

Voilà, monsieur le rédacteur, où en sont les choses, et nous sommes certains que ces conditions, éminemment favorables, sont déjà par elles-mêmes de puissantes garanties de succès. Mais d'ailleurs, le congrès tire de son caractère spécial une importance exceptionnelle qui ne peut être méconnue. Dépassant en effet les limites de nationalité entre lesquelles se sont confinées jusqu'ici les assemblées médicales, le Congrès international de Paris ne sera pas une simple réunion de médecins; ce sera l'affirmation du mouvement scientifique de notre époque et le premier acte visible de cette alliance intellectuelle qui unit les travailleurs de tous les pays.

Nous connaissons le dévouement et le zèle de la *Presse médicale* pour les véritables intérêts de la science, nous sommes assurés par là qu'en cette grave circonstance son précieux concours ne nous fera point défaut.

Dans ses prochaines réunions, le comité s'occupera de l'élaboration des statuts et du programme du Congrès; dès qu'ils seront arrêtés, nous aurons l'honneur de vous les communiquer.

Veuillez, monsieur le rédacteur, agréer nos remercîments et l'assurance de notre considération distinguée.

Au nom du comité :

Le secrétaire-général, JACCOUD. *Le président,* BOUILLAUD.

Toutes les communications doivent être adressées à M. le docteur Jaccoud, secrétaire du comité, 4, rue Drouot.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Immunité acquise par les ouvriers en cuivre par rapport au choléra.

(ENQUÊTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE PARIS DE 1865.)

Pénétré de l'utilité de provoquer un examen sérieux du fait annoncé dès 1832 par M. Burq, et étudié depuis par lui avec tant de persévérance, et, il faut bien dire le mot, tant de dévouement, nous avons cru devoir exposer les résultats principaux qui sont ressortis des enquêtes faites en Italie et dans quelques villes du midi de la France, pendant la dernière épidémie, dans le but de démontrer l'influence préservatrice du cuivre par rapport au choléra. Nous continuons aujourd'hui cette exposition en mettant sous les yeux de nos lecteurs un résumé de l'enquête beaucoup plus vaste que M. Burq vient de faire à Paris même, à la suite de la dernière épidémie, et qui porte parallèlement sur deux catégories d'ouvriers, sur les ouvriers en cuivre et sur ceux qui travaillent dans des industries similaires sur fer, zinc, plomb, bois, etc.

Avant d'exposer ces résultats, il importe de bien préciser les termes de la question et de bien établir les conditions auxquelles, suivant M. Burq, a lieu l'immunité.

La seule qualification d'ouvrier en cuivre, ou le fait seul d'être attaché à un atelier ou à une usine où on travaille ce métal, ne suffisent pas pour constituer quand même cette immunité. Il est clair, par exemple, que les individus qui ne remplissent dans ces établissements que les fonctions d'homme de peine, et qui restent étrangers aux diverses manipulations du cuivre, sont en dehors des conditions d'immunité. Il en est de même pour certaines catégories d'ouvriers comme ceux qui ne font que découper le cuivre, par exemple. Les ouvriers en cuivre qui, d'après M. Burq, jouissent généralement du bénéfice de l'immunité ou de la préservation cholérique, sauf de rares exceptions, sont ceux qui, par la nature de leur travail, se trouvent soumis à une absorption permanente du cuivre réduit en poussière très-ténue.

Il classe, sous ce rapport, en première ligne : toutes les industries qui dégagent dans l'atmosphère des poussières d'oxydes ou de sels solubles, ou tout au moins susceptibles de le devenir une fois en présence de l'organisme, la fabrication du verdet ou vert-de-gris, l'exploitation des mines de cuivre, la chaudronnerie au marteau, la fabrique des casques pour l'armée, de l'orfèvrerie en plaqué et généralement de tous les articles qui, pour leur emboutissage ou estampage, nécessitent de fréquentes recuites du métal.

En deuxième ligne, toutes les industries qui donnent lieu à un simple dégagement de poussières métalliques, assez ténues pour être attaquables et transformables par les liquides de l'organisme, en oxyde ou sels solubles, seule condition où le métal puisse produire un effet quelconque ; d'abord l'optique, comprenant aussi les instruments de précision, la facture des instruments de musique en cuivre, la balancerie, les bronzes, les appareils à gaz, la grande orfèvrerie et bijouterie fausse; puis, environ au milieu de l'échelle, la fonderie, et plus bas encore, toute la grosse mécanique.

Dans ces diverses industries sont plus particulièrement préservés, dans l'ordre qui suit : 1° les ouvriers qui traitent les plaques de cuivre pour en enlever les sels de verdet; 2° les mineurs bocardeurs, surtout quand le minerai contient oxydes ou sels solubles; 3° les emboutisseurs, chaudronniers, les tourneurs, repousseurs, puis les estampeurs; 4° tous les ouvriers qui font un grand usage de la lime fine et du papier de verre, les limeurs, les monteurs et les polisseurs à sec, appelés aussi passeurs; 5° les tourneurs au pied, et loin derrière eux les tourneurs au chariot qui, comme les rabotteurs, ne détachent du métal que des copeaux et font très-peu de poussière ; 6° les ciseleurs figuristes et ornemanistes; 7° les ébarbeurs dans les fonderies, puis les mouleurs et les fondeurs fondants; 8° enfin les taraudeurs, tourneurs, un peu les graveurs, et tout au bas de l'échelle, les polisseurs au gras ou à l'humide.

L'expérience de ces derniers temps a encore appris à M. Burq qu'il fallait à cette liste ajouter toute une grande classe d'individus, celle des musiciens qui jouent les instruments de cuivre, à commencer par les essayeurs dans les factures.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'il faut tenir compte, dans l'appréciation du fait de préservation, de toutes les circonstances accessoires indépendantes de l'exercice même de la profession, qui peuvent en atténuer ou en accroître les effets, telles que les constitutions individuelles, les habitudes et manières de vivre, les conditions d'aération ou de concentration de l'atelier ou de la chambre de travail, etc., etc.

Une circonstance enfin veut être signalée aussi, c'est l'espèce d'antagonisme constaté entre le fer et le cuivre, et duquel il résulte que la simultanéité ou l'alternance du travail portant sur ces deux métaux peut neutraliser l'action et les propriétés de l'un ou de l'autre.

Ces préliminaires établis, voici quels sont, en bloc, les résultats de l'enquête de M. Burq. Nous ne donnons ici que les résultats bruts, les chiffres en gros. Nous renverrons ceux qui désireront voir les détails, au travail original de M. Burq, qui sera probablement publié plus tard, et que nous ne faisons que résumer ici.

1° Mortalité cholérique chez les ouvriers en cuivre.

On sait que dans l'épidémie de 1865, sur la population intra-muros de Paris s'élevant à 1,691,000, le choléra a fait 5,751 victimes; moyenne, 3 p. 1,000. Sur cette population, le nombre des ouvriers en cuivre de toutes sortes, peut être évalué à environ 30,000. Sur ces 30,000 ouvriers, sont morts du choléra :

Un apprenti opticien, âgé de quatorze ans.

Un tourneur dans les instruments de musique (quarante ans), vivant fort mal, pris dans la nuit, après une journée de pêche en plein soleil, pendant laquelle il avait bu abondamment de l'eau de la rivière, très-basse en ce moment et très-infecte en cet endroit (sur le quai de Javel).

Un tourneur dans les appareils à gaz, qui travaillait près d'une fenêtre toujours ouverte.

Un tourneur pour articles de bâtiments, ivrogne dont il a été parlé à l'occasion de la statistique de l'hôpital Saint-Antoine.

Un ciseleur dans les bronzes d'église, vingt-neuf ans, dans de bonnes conditions.

Un ciseleur figuriste, souffrant depuis quelque temps, et qui s'était purgé cinq ou six fois dans la quinzaine qui a précédé l'invasion du choléra.

Un ciseleur aux pièces dans les bronzes du commerce, travaillant peu de son métier auquel il ajoutait l'emploi de figurant dans un théâtre.

Un apprenti ciseleur ornemaniste, de quatorze ans.

Un mouleur fondeur, de mauvaise santé habituelle, ayant déjà passé près de cinq semaines dans un hôpital d'où il venait de sortir au moment de l'invasion.

Un fondeur fondant; ivrognerie et misère.

Un polisseur au gras, ivrogne, pris après une semaine d'excès.

Un polisseur au gras dans les couverts en composition, travaillant en chambre.

Un apprenti bijoutier en faux, de quinze ans, ne travaillant que quelques heures par jour dans un très-petit atelier à la fabrication des boucles de ceintures.

Une bijoutière en faux, chaîniste, travaillant seule, en chambre, et n'employant que le fil de laiton.

Un chaudronnier riveur en fer et en cuivre, dans les ateliers du chemin de fer de Lyon.

Un tourneur fabricant de vis en cuivre, travaillant pêle-mêle avec d'autres ouvriers tourneurs de vis en fer.

Quatre ciseleurs qui avaient arrêté leur travail, l'un faute d'ouvrage, un autre pour cause d'âge et d'infirmité, un troisième par vocation pour une autre profession, le quatrième par inconduite, sans domicile, ramassé avec d'autres vagabonds dans les fours à plâtre de la Villette.

Trois tourneurs, dont l'un simple homme de peine, tourneur de roue, signalé dans la statistique de Saint-Antoine, le second réfractaire ayant fui l'atelier, le troisième vieillard impotent.

Neuf fondeurs, dont trois hommes de peine, les deux dont il a été déjà parlé à l'occasion de la statistique de Saint-Antoine, et un troisième tombé ivre mort et rapporté chez lui le lendemain après toute une nuit passée à la belle étoile, un apprenti de quatorze ans qui ne faisait que les courses, trois individus ayant renoncé à leur profession, un *fondeur de suif*.

Sept bijoutiers, trois à qui l'âge ou des infirmités ne permettaient plus de travailler, un commissionnaire pour la vente, un autre occupé à faire la place et qui ne travaillait à l'atelier qu'à ses moments perdus, un lampiste et un autre qui faisait exclusivement les boîtes en zinc.

Un planeur qui avait troqué sa profession contre celle de laveur de devantures de boutiques.

Deux polisseuses, de nom seulement, l'une concierge, l'autre *rentière*.

Un graveur patron, en boutique.

Un quincaillier, ne s'occupant que de taillanderies.

Enfin, un musicien trombone dans la ligne, mais retenu depuis près de cinq ans en prison.

Cette énumération nous donne un total de 45 ouvriers en cuivre, à s'en rapporter à l'indication purement nominale, sauf les erreurs complètes d'indications, chiffre qui ne représenterait encore qu'une proportion de 1 1/2 p. 1000, tandis que la population entière, toutes professions comprises, donne la proportion de mortalité cholérique, pour toute la durée de

l'épidémie, de 3 sur 1,000. Mais compte fait des erreurs matérielles d'indications, des fausses affectations de la qualification d'ouvrier en cuivre, enfin des circonstances spéciales qui détruisaient complétement chez les uns, qui neutralisaient ou affaiblissaient chez les autres la saturation par les émanations cupriques, c'est-à-dire les conditions mêmes de l'immunité ou de la préservation cholérique, suivant M. Burq, ce chiffre de 46 se trouve en réalité réduit à une dizaine environ où se sont rencontrées effectivement ces conditions. Ce ne sait plus alors la proportion de 1 1/2 sur 1,000, mais celle de 1 sur 3,000 qui représenterait la mortalité cholérique des ouvriers en cuivre.

Passons maintenant au rapprochement de cette proportion avec celle qu'ont donnée les diverses professions plus ou moins similaires avec celles dont il vient d'être question. Dans les divers entretiens que nous avons eus avec M. Burq sur ce sujet, nous lui avions demandé plusieurs fois : ma connaissez-vous la proportion de mortalité que donnent les autres professions ? Cette question était trop naturelle pour que M. Burq ne cherchât pas à la résoudre sans qu'il fût nécessaire de la lui indiquer. C'est ce qu'il a fait.

Voici les résultats de l'enquête qu'il a faite sur la mortalité cholérique dans les diverses industries du fer, de l'acier, de l'étain, du zinc, du plomb, du mercure, du verre, du bois et de l'ivoire, comparativement à celle qu'a donnée l'industrie du cuivre.

Les industries sur métaux autres que le cuivre telles que la chaudronnerie en fer ou en étain, les construction mécaniques, la forgerie, la serrurerie, la ferblanterie, la zinguerie, la plomberie, la fonderie en fer, la fonderie en caractère, la bijouterie fine et la dorure, présentent ensemble un chiffre qui peut s'élever à 35,000. Eh bien, tandis que environ 3,000 ouvriers en cuivre fournissent un contingent d'environ 20 décès pendant l'épidémie de 1865, les ouvriers des différentes industries qui viennent d'être énumérées lui ont payé un tribut de 428 décès. Mortalité, dans le premier cas, de 1 sur 3,000, et dans le deuxième de 4 sur 1,000.

Voici quelle est la proportion par ordre de professions similaires :

1,000 chaudronniers emboutisseurs en cuivre ont donné 0 décès.

1,500 chaudronniers emboutisseurs en fer ont donné 7 décès.

300 chaudronniers emboutisseurs en étain ont donné 7 décès.

1,000 à 1,200 forgerons ont donné 17 décès.

Environ 1,300 à 1,500 ouvriers en cuivre, estampeurs, emboutisseurs et repousseurs à la recuite, autres que les chaudronniers, ont donné 0 décès.

350 au plus, repousseurs dans le zinc, en ont donné 3.

Environ 2,500 opticiens et constructeurs d'instruments de précision en cuivre, ont donné 1 décès (apparent).

1,000 opticiens dans le verre en ont donné 5.

3,000 à 4,000 ouvriers monteurs en cuivre et en bronze de toute sorte, ont donné 0 décès.

10,000 à 11,000 ouvriers serruriers ont eu 32 décès.

Un même nombre à peu près de mécaniciens ou ajusteurs ont eu 33 décès.

11,000 orfèvres et bijoutiers en faux, facteurs d'instruments de musique, lampistes, balanciers, fabricants de tubes et devantures de boutique en cuivre, ont eu 1 décès.

2,000 ferblantiers en ont eu 9.

1,000 plombiers en ont eu 6.

1,000 zingueurs en ont eu 6.

500 miroitiers en ont eu 4.

3,500 doreurs en ont eu 10.

Les polisseurs en cuivre (il est impossible d'en donner le chiffre, même approximatif), ont donné 1 décès.

500 ouvriers dans l'acier poli, ont eu 5 décès.

200 à 300 polisseurs et polisseuses de marbre ont eu 5 décès.

3,000 tourneurs en cuivre ont eu 3 décès.

1,000 tourneurs sur bois, os, ivoire, verre et jais, ont eu 10 décès.

2,500 fondeurs en cuivre et en bronze ont eu 1 décès.

1,500 à 1,800 fondeurs en fer en ont eu 7.

700 à 800 fondeurs de caractères en ont eu 2.

800 à 1,000 graveurs sur cuivre ont eu 1 décès.

150 graveurs sur matrices d'acier en ont eu 1.

50 graveurs sur cristaux en ont eu 1.

Enfin, musiciens à instruments de cuivre, 0.

Musiciens jouant des autres instruments, 9.

Nous bornerons là les faits empruntés à l'enquête de M. Burq. Elle renferme d'autres renseignements qui ont aussi leur part d'intérêt; mais pour ne pas compliquer la question, nous les négligeons avec intention. Ces résultats tels quels, et en supposant même qu'on en change un peu les rapports en appliquant aux diverses industries de la deuxième catégorie un système d'élimination semblable à celui qui a été fait pour les ouvriers en cuivre, sont encore assez frappants par le contraste qu'ils révèlent pour provoquer une sérieuse attention. Que l'on contrôle les faits groupés dans les recherches de M. Burq, qu'on répète son enquête, toujours est-il qu'il y a là un fait important à éclaircir. Nous n'avons entendu parler jusqu'à présent que du fait de l'immunité ou de la préservation par le cuivre. La question du traitement par les préparations cupriques, bien que s'y rattachant assez naturellement, en reste à nos yeux pour le moment complétement indépendante et tout entière réservée.

LE CATARRHE DE VESSIE ÉTUDIÉ A CONTREXÉVILLE.

Par M. le Dr Legrand du Saulle

Médecin-consultant, à Contrexéville.

On ne saurait trop déplorer les préjugés qui règnent parmi les malades, au sujet du catarrhe de vessie. Je n'essayerai pas de reproduire les opinions excentriques que j'entends chaque jour, à Contrexéville ! Il semble, en vérité, que chacun prenne à tâche d'obscurcir la situation, en faisant de cet état morbide un exposé inexact ou absolument invraisemblable. En présence d'un pareil état de choses, c'est faire une œuvre utile que de ramener les esprits aux notions pratiques du plus sévère positivisme.

Essayons de simplifier la question. De deux choses l'une : ou la cystite chronique est occasionnée et entretenue par un rétrécissement organique de l'urèthre, par une hypertrophie de la prostate, par des maladies antécédentes des organes génitaux, par des calculs, ou simplement par le défaut de contractilité des parois vésicales; ou le catarrhe de vessie est spontané, essentiel, et s'est développé en dehors de toute lésion des voies urinaires. Dans le premier cas, l'intervention chirurgicale doit précéder la médication hydrologique; dans le second le traitement par les eaux de Contrexéville est seul nécessaire et suffit pour amener promptement la guérison.

La place si importante qu'a prise l'eau de la source du *Pavillon* dans la thérapeutique du catarrhe vésical est certainement due aux circonstances que voici : après quelques jours de boisson, les urines, qui étaient troubles, épaisses, filantes et fétides, s'éclaircissent et exhalent une odeur de moins en moins nauséabonde; le dépôt muqueux diminue; les envies d'uriner, qui réveillaient les malades sept ou huit fois par nuit, n'interrompent plus le sommeil qu'à deux ou trois reprises; le sentiment de pesanteur abdominale se dissipe; la miction devient facile et les malades sont surpris de voir avec quelle force ils expulsent l'urine. Cette amélioration fait chaque jour de nouveaux progrès, et finit par se transformer en une guérison complète après une ou deux saisons. Dans les cas invétérés, on seconde les effets de l'eau minérale prise à l'intérieur, à l'aide de bains généraux, de bains de siége, de douches au périnée, etc., etc.

Ainsi que l'a si bien décrit M. le docteur Coïon (de Suippes), dans sa dissertation inaugurale, l'eau minérale qui traverse la vessie balaye devant elle le mucus altéré, dont la présence entretenait l'irritation morbide, et, en vertu des qualités en quelque sorte spécifiques qu'elle possède, elle stimule, tonifie la muqueuse et en modifie la vitalité. Il n'est pas enfin jusqu'aux propriétés purgatives de l'eau de Contrexéville qui, en produisant une dérivation et une spoliation répétées, ne puissent expliquer la rapide diminution et la complète disparition de la sécrétion pathologique.

L'un des phénomènes qui frappent le plus les malades, c'est la diminution progressive, sous l'influence de la cure, des besoins d'uriner. J'ai soigné en 1859, un ouvrier de la campagne, âgé de trente-deux ans, qui, à son arrivée aux eaux, urinait pendant le jour quatre fois par heure et pendant la nuit deux fois par heure, ce qui représentait à peu près quatre-vingts mictions dans les vingt-quatre heures! Il a passé un mois à Contrexéville, et a présenté chaque jour une amélioration des plus caractéristiques. A ma sollicitation, il voulut bien, avant de retourner chez lui, rester deux jours de plus sous ma direction, *sans suivre de traitement*. Il urinait alors onze fois par vingt-quatre heures. Ce même malade revint en 1860, par excès de prudence, et j'ai appris depuis qu'il ne se ressentait nullement de son ancienne maladie.

Parmi les faits de cystite chronique qui se déclarent en dehors de toute lésion des voies urinaires, je peux citer encore les exemples suivants :

1° Un individu bien portant, âgé de quarante-cinq ans, passe l'hiver dans une villa sur les bords d'un lac; il devient catarrheux, part pour Nice et l'Italie et rentre amélioré chez lui. L'année suivante, après une nouvelle installation dans la même villa, la cystite chronique reparaît avec plus d'intensité; il se rend à Contrexéville, au mois de juin suivant, et guérit. Sur mon conseil, le malade passe maintenant ses hivers à Paris, et il ne se ressent absolument de rien;

2° Un conducteur de diligence est fortement mouillé pendant une nuit très-pluvieuse; le lendemain, il a une cystite aiguë; six semaines après, il a une cystite chonique. Il a guéri à Contrexéville;

3° Un individu, âgé de cinquante-cinq ans, est à la chasse; il est surpris par un orage, rentre chez lui tout mouillé, est pris de rétention d'urine et consécutivement de catarrhe vésical, il va aux eaux de Contrexéville et guérit.

Si l'influence du froid et de l'humidité est si peu contestable, je dirai que l'action des causes directes, des violences extérieures, doit également être admise. Je me souviens d'un maréchal-ferrant, âgé de trente-cinq ans, qui, après avoir reçu un coup violent dans la région hypogastrique, devint catarrheux au premier chef. Il a guéri.

J'ai vu l'abus des diurétiques amener l'inflammation de la vessie et j'ai vu aussi des cystites chroniques provenir de métastases. Je mentionnerai, par exemple, le cas suivant : un ancien négociant de Paris, âgé de soixante ans, atteint de bronchorrhée depuis dix-huit ans, rendait tous les matins des flots de mucus. Un jour, il cessa d'expectorer, mais il s'aperçut bientôt que des troubles sérieux étaient survenus chez lui dans la sécrétion urinaire. Il vint à Contrexéville et guérit de son catarrhe vésical.

Ma conclusion est celle-ci : le catarrhe de vessie est souvent un symptôme, mais il est aussi une maladie essentielle. Dans le premier cas, la cure hydro-minérale est indispensable pour achever l'œuvre du chirurgien; dans le second, l'intervention de l'eau de Contrexéville suffit pleinement.

SUR LA NATURE DE LA VARICELLE ET DE LA VARIOLE.

Comme la question de savoir si la varicelle et la variole tirent leur origine d'un même principe contagieux, ou doivent être considérées comme deux maladies distinctes et indépendantes l'une de l'autre, est encore loin d'être résolue, comme d'un autre côté on ne sait pas d'une manière plus positive si la varicelle empêche l'influence de la vaccine et le développement de la variole ou de la varioloïde, ou leur imprime quelque modification, pas plus qu'on ne sait si une variole antérieure ou la vaccination préservent de la varicelle, le docteur Vetter a institué à ce sujet une série d'expériences qui l'ont conduit aux résultats suivants :

1° L'inoculation de la lymphe fournie par la varicelle, reste sans résultat chez les personnes qui n'ont pas été vaccinées, tandis que la vaccination opérée peu de temps après, ou simultanément sur l'autre bras de ces mêmes personnes, réussit et prouve une réceptivité complète pour la variole;

2° Les personnes qui ont eu la varicelle, ne sont pas à l'abri de la vaccine, ni préservées de la variole et de la varioloïde, et le cours de ces affections n'en subit pas la moindre modification;

3° La variole ni la vaccination, pratiquées avec succès, ne préviennent la varicelle; d'où il résulte que la varicelle est une maladie distincte, ayant son caractère à elle, et à laquelle on ne peut reconnaître aucun rapport intime avec la variole;

4° La varicelle et la varioloïde présentent quelquefois dans leur cours de très-grandes ressemblances;

5° Les enfants qui n'ont pas été vaccinés et qui ont été atteints de varicelle, doivent indépendamment être soumis à la vaccination, parce que la varicelle ne présente aucune vertu préservatrice. Dans quelques cas de maladies difficiles à reconnaître, ou offrant quelque ressemblance avec la variole, on ne doit pas se contenter, lorsqu'on a affaire à des enfants non vaccinés, de considérer ces maladies comme des varioles légères ou varicelles, mais il faut, aussitôt que les enfants sont guéris et que l'état de leur santé le permet, les vacciner par mesure de précaution.

Lorsque, dans une famille, un enfant est atteint d'une varicelle non douteuse, et qu'il y a d'autres enfants bien portants ou non vaccinés, il est inutile d'éloigner ces enfants, parce que la varicelle ne présente aucun danger, même pour les non vaccinés.

(*Journ. de méd. de Bruxelles*).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mai 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Tumeur de la vulve. — Gangrène de la jambe.

M. Prestat (membre correspondant à Pontoise). Je demande à la Société l'autorisation de l'entretenir de deux cas d'opération chirurgicale qui se sont présentés dans ma pratique.

Le premier a rapport à une tumeur située à l'orifice du méat urinaire chez une femme. En voici l'observation.

Au commencement d'avril 1866, je fus consulté par une femme âgée de soixante-dix ans, pour une tumeur qu'elle portait depuis trois ans dans la vulve et dont elle ne s'était jusqu'alors occupée en aucune façon; mais de petites hémorrhagies, qui se répétaient presque chaque jour depuis une quinzaine, l'avaient inquiétée, et elle désirait savoir ce qu'il fallait faire pour être débarrassée. Cette femme, âgée de soixante-dix ans, est usée au moins autant par les fatigues que par l'âge. Elle a eu de nombreuses grossesses et a allaité plusieurs enfants. La tumeur, située entre les grandes lèvres, est percée à son centre par le méat urinaire. Elle a environ 10 centimètres 1/2 de haut en bas, sur 10 centimètres de large, et, depuis quelques semaines, elle a presque doublé de volume. Elle est molle et saigne au moindre contact. Je pensai qu'il fallait enlever cette tumeur, et ma proposition fut acceptée. L'opération fut facile; la tumeur, saisie avec un serre-nœud, fut étranglée et enlevée de deux coups de ciseaux. Un léger écoulement de sang céda à des lotions froides.

Les suites de l'opération furent simples; le seul incident désagréable fut une rétention d'urine qui, pendant plusieurs jours, nécessita l'emploi de la sonde. L'examen de cette tumeur, que je mets sous les yeux de la Société, m'a fait penser qu'il s'agissait d'une tumeur carcinomateuse.

La malade est en ce moment guérie. Y aura-t-il une récidive?

Le second fait, dont je veux entretenir la Société, est une gangrène de la jambe, par suite de l'oblitération de l'artère crurale, oblitération déterminée par un appareil de fracture de cuisse.

Au commencement d'août 1865, je fus demandé pour donner mon avis à un jeune homme de seize ans, qui avait été blessé cinq semaines auparavant.

Le sieur B..., âgé de seize ans, aide dans un moulin situé à 10 kilomètres de Pontoise, avait été saisi par ses vêtements et entraîné autour d'un arbre de couche. Lorsqu'on eut arrêté le moulin, B... avait une fracture du bras droit, une fracture de la cuisse droite et une contusion très-grave des deux talons. Le talon droit était moins gravement blessé que le gauche. La fracture de cuisse fut placée sur un appareil à suspension, et la cuisse seule serrée dans un appareil qui ne s'étendait que jusqu'au genou. Au bout de quelques jours le

sphacèle s'empara du tiers inférieur de la jambe et du pied. Au moment de ma visite, cinq semaines après l'accident, la séparation des parties molles gangrenées était très-avancée, et les deux os de la jambe apparaissaient complétement découverts; le jeune B... était très-affaibli, presque anémique, en proie à une fièvre ardente, sans appétit. La partie gangrenée répandait dans toute la maison une odeur insupportable. Le médecin qui soignait B... n'aurait voulu procéder à l'amputation que plus tard, pour ne pas entraver le travail de consolidation de la fracture du fémur. J'insistai vivement pour que cette amputation se fît le plus tôt possible.

Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque le 14 août, le père de B... vint me dire que le médecin traitant s'était refusé à faire l'opération, que son fils était bien plus faible qu'au moment de ma visite, et me prier de l'admettre à l'Hôtel-Dieu de Pontoise pour pratiquer l'amputation.

Le 15, le petit blessé fut apporté dans un bateau avec la moindre fatigue possible, et cependant il était tellement faible, qu'au moment de son arrivée je dus me contenter de séparer d'un trait de scie les os de la jambe, au niveau de la partie vivante, pour débarrasser le blessé de cette horrible puanteur et n'en point infecter la salle.

Le lendemain, en examinant B... je constatai que la fracture n'avait pas été réduite, qu'il y avait un chevauchement considérable des fragments, et qu'il n'y avait pas de consolidation, même commençante. Je dus dès lors songer à l'amputation de la cuisse, qui fut pratiquée le 17. Après l'amputation faite, nous reconnûmes que l'artère fémorale était oblitérée par un caillot adhérent aux parois vasculaires. Comme j'ignorais si je n'étais pas très-près de la limite supérieure du caillot, je plaçai une ligature sur l'artère crurale. De nombreuses branches artérielles supplémentaires versèrent du sang. Elles furent liées, sauf deux, qui, situées dans un infundibulum, ne pouvaient être saisies et nécessitèrent l'emploi d'un tampon imbibé de perchlorure de fer.

L'autopsie du membre montra que le caillot s'étendait jusqu'à la partie inférieure de l'anneau aponévrotique des muscles adducteurs.

La guérison fut obtenue sans complications; l'appétit se rétablit promptement et les forces du malade revinrent rapidement, et au bout de deux mois il quitta l'Hôtel-Dieu.

Il résulte évidemment des détails ci-dessus énoncés, que l'oblitération de l'artère crurale a été occasionnée par la compression exercée entre l'attelle interne de l'appareil et les deux fragments du fémur, croisés dans une étendue de 6 à 7 centimètres. En effet, le talon droit était bien moins maltraité au moment de l'accident que le talon gauche, et ce n'est que vers le quinzième jour après l'accident que la gangrène se déclara.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TRÉLAT présente, au nom des membres de la Société qui ont pris part à la discussion, des conclusions rédigées par MM. Le Fort, Tarnier et Trélat. Elles résument les faits principaux de la discussion. M. Danyau ne pouvant assister à la séance, envoie par écrit, son adhésion pleine et entière aux conclusions formulées par ses collègues.

— M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion sur l'hygiène des Maternités.

Les conclusions adoptées par la Société sont ainsi conçues :

CONCLUSIONS.

I. — La statistique démontre aujourd'hui cette vérité incontestable, que les maladies puerpérales sont beaucoup plus fréquentes, et la mortalité beaucoup plus élevée dans les Maternités et les services spéciaux d'accouchement que partout ailleurs.

La constance ou la reproduction des mêmes faits dans tous les établissements et dans tous les pays, prouve l'intervention d'une influence partout identique : l'hôpital.

Il est donc opportun de développer et d'étendre autant que possible le service gratuit des accouchements à domicile, pour pouvoir restreindre d'abord et supprimer par la suite le service des Maternités.

II. — A l'hôpital, le surcroît de la mortalité qui présente quelquefois une intensité exceptionnelle, désignée habituellement sous le nom d'épidémie, est dû à l'influence presque exclusive de deux éléments: l'imprégnation ou infection hospitalière et la contagiosité des maladies puerpérales.

Ces manifestations de l'influence hospitalière expliquent pourquoi des Maternités d'ailleurs bien situées et bien disposées, peuvent néanmoins être le théâtre de mortalités élevées et parfois extrêmes.

III. — Outre les conditions générales d'hygiène, applicables à tous les hôpitaux, et résumées dans les conclusions adoptées par la Société impériale de chirurgie (séance du 14 décembre 1864), la prophylaxie des maladies puerpérales et de la mortalité qui en résulte dans les Maternités, doit reposer sur les mesures à prendre contre l'infection et la contagion.

IV. — Pour combattre l'infection, une constante et sévère propreté est indispensable. Après que chacun des lits d'une salle aura été occupé par une accouchée, cette salle sera soumise au repos, à une large aération et à une purification complète de tout le matériel, meubles et immeubles, purification dont le lavage fera la base.

V. — Pour lutter contre la contagion toujours possible et toujours imminente dans les hôpitaux, il faut sinon des chambres séparées pour chaque accouchée saine, au moins des salles bien disposées pour l'aération, sans communication directe les unes avec les autres, et contenant quatre lits au plus.

VI. — Toute accouchée malade devra être immédiatement séparée des accouchées saines, et transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment isolé. Cette infirmerie, composée de chambres séparées, destinées à une seule malade, sera desservie par un personnel distinct de celui de la Maternité.

VII. — Si, malgré les précautions prises, l'infection hospitalière et la contagion menacent d'étendre leurs ravages sur une Maternité, il faut l'évacuer au plus vite, et soumettre tout l'établissement à un assainissement général. Les menaces d'invasion ne pouvant être appréciées que par les médecins, et l'évacuation devant être opérée à court délai pour être efficace (c'est-à-dire pour limiter le nombre des décès), il serait à désirer que l'application de cette mesure rentrât dans les attributions médicales.

VIII. — Dans les villes où les Maternités ne peuvent pas encore être supprimées, celles-ci doivent, pour réaliser toutes les conditions d'aménagement et d'organisation indiquées, être de petits établissements; exposées d'ailleurs à des évacuations plus ou moins fréquentes, elles doivent être suffisamment nombreuses pour assurer le service des secours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

Séance du 23 mai 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. Clot-Bey, membre correspondant national, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal :

Fièvre puerpérale. — Contagion et épidémies.

M. DEPAUL. Je n'assistais pas à la dernière séance; la Société a voté des conclusions dont je désire ne pas prendre la responsabilité. Je crois tout d'abord que cela n'était pas nécessaire et j'aurais demandé que la Société ne fit pas de conclusions; mais je tiens surtout à dire mon opinion sur deux points : la contagion et les épidémies dans les fièvres puerpérales.

Que chacun ait son opinion à ce sujet et la soutienne, rien de plus légitime, c'est ce qui a été fait pendant la discussion ; mais demander à une Société de se prononcer sur un point de science aussi discuté que celui de la contagion de la fièvre puerpérale, c'est, à mon avis, l'engager d'une manière fâcheuse. Cette doctrine, que vous affirmez aujourd'hui, pourrait bien être démentie plus tard. La Société n'ignore pas combien mon attention a toujours été éveillée sur ce sujet. Eh bien, je déclare que, présent à la séance, je n'aurais pas voté sur la contagion de la fièvre puerpérale.

Je tiens aussi à dire, bien que la Société ne se soit pas engagée sur ce point, que je ne saurais partager l'opinion de ceux de nos collègues qui ont nié les épidémies de fièvre puerpérale. Plus j'avance dans ma carrière, plus j'observe, et plus je suis convaincu du rôle important que joue l'influence épidémique dans le développement de la fièvre puerpérale.

VOTE POUR LA NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE.

La Société est appelée à voter sur la demande faite dans la dernière séance, par M. Danyau, membre fondateur.

Vingt et un membres sont présents. A l'unanimité, M. Danyau est nommé membre honoraire.

COMMUNICATIONS.

Ligature des artères avec les fils métalliques.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du mémoire adressé sous ce titre, par M. Holmes, membre correspondant étranger.

Le mémoire de M. Holmes est renvoyé au comité de publication.

Accidents occasionnés par le chloroforme chez les enfants.

M. BOUVIER communique les observations suivantes, la première est extraite du *Journal clinique hebdomadaire de Berlin*, numéro du 4 décembre 1855 :

Charles B..., âgé de quatre ans et trois mois, fut amené à la consultation publique de M. Hüter, à Berlin, le 18 novembre 1865. Il venait d'être affecté d'une anasarque scarlatineuse, dont il ne restait plus que des traces au bas des jambes.

Depuis quelques jours, l'excrétion de l'urine était rare, et l'on assurait même que l'enfant n'avait pas uriné depuis deux jours. Il était pâle et avait un air maladif. On le mit sur une chaise, afin de s'assurer de l'état de la vessie. Il fut constaté par la percussion que cet organe était distendu ; mais cet enfant s'agita tellement pendant l'exploration, quoiqu'elle ne fût pas douloureuse, qu'il fut impossible de le percuter exactement. M. Hüter pensa qu'à plus forte raison, le cathétérisme, qui paraissait nécessaire, provoquerait des mouvements désordonnés qui le rendraient impraticable ou dangereux. Il résolut donc, suivant la pratique usitée en pareil cas, de chloroformer le petit malade. Le chloroforme fut administré, suivant les règles et avec la prudence accoutumées, par le secrétaire de la clinique, exercé depuis des mois à son emploi. L'enfant cria beaucoup, comme cela arrive presque toujours à cet âge, pendant qu'on lui présentait le linge imbibé d'une petite quantité de chloroforme, et la narcose se montra assez promptement, effet ordinaire des grandes inspirations qui succèdent aux cris. M. Hüter prit alors l'enfant et le plaça sur la table d'opérations. Il y eut encore de l'agitation, et l'on dut tenir encore quelques instants au-devant de la face la compresse, qui ne contenait plus que des traces de chloroforme et qui n'en reçut pas de nouveau. Aussitôt que les mouvements cessèrent, on éloigna la compresse et on ne s'en servit plus à partir de ce moment. La quantité de chloroforme employée fut moindre, dit l'auteur, qu'il n'en faut généralement pour les enfants de cet âge, et elle n'était point comparable à celles qu'on emploie usuellement dans les opérations chirurgicales.

M. Hüter percuta l'abdomen avec le doigt, puis avec le plessimètre, reconnut que la vessie s'étendait jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; il examina le pénis, trouva un phymosis et aperçut une gouttelette de pus dans l'ouverture étroite du prépuce. Tout en appelant l'attention des assistants sur ces circonstances, causes probables de la rétention d'urine, il se fit donner une sonde d'argent et l'introduisit lentement et sans trop de difficulté jusque dans la vessie. Il se passa tout au plus deux à trois minutes entre les dernières inhalations de chloroforme et le moment où la sonde fut introduite; et dans cet intervalle, pendant lequel le petit malade ne respirait que de l'air pur, la respiration et le pouls, qu'on surveillait attentivement, restèrent dans un état parfaitement normal. Mais, au moment où la sonde vient de pénétrer dans la vessie, l'aide chargé de veiller aux effets de l'anesthésie, avertit le chirurgien que l'enfant respire mal. M. H... voit les lèvres bleuir, les jugulaires se gonfler, la respiration se suspendre. Soulevant la tête d'une main, il enfonce le doigt indicateur de l'autre main jusqu'à travers l'isthme du gosier, tant pour prévenir le refoulement de la langue sur l'épiglotte que pour provoquer énergiquement l'inspiration en touchant la muqueuse du larynx.

Le pharynx reste immobile; le contact du doigt avec la face postérieure de l'épiglotte est suivi d'une profonde inspiration. Déjà le pouls ne battait plus, et plusieurs des assistants, s'en étant aperçus, s'étaient empressés d'appliquer sur la peau des éponges mouillées et d'arroser la face d'eau froide. Ne voyant pas une seconde inspiration succéder à la première, n'obtenant aucun effet de l'élévation des côtes alternant avec la pression du ventre, l'auteur se décide à pratiquer la trachéotomie.

L'incision de la peau met à nu une veine que l'on ouvre avec intention, afin de dégorger le système veineux. Cette incision est suivie d'une nouvelle inspiration profonde. Après l'écoulement d'une à deux onces de sang, on ferme la veine avec une pince à coulisse et l'on découvre rapidement la trachée-artère et le cartilage cricoïde.

Une troisième inspiration a lieu pendant cette dissection ; mais la poitrine restant de nouveau immobile, M. Hüter ouvre le conduit aérien à la hauteur du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée. Il y introduit aussitôt une sonde de gomme élastique, aspire le peu de sang qui s'y est épanché, et se met en devoir de pratiquer la respiration artificielle. Il insufflait lui-même l'air par la sonde et l'expulsait par la compression de l'abdomen, en suivant le rhythme de la respiration ordinaire. L'air insufflé, ressortant en partie par la bouche à cause de la paralysie de la glotte, le chirurgien comprime avec les doigts l'intervalle de l'os hyoïde et du cartilage cricoïde, et, dès ce moment, la poitrine se dilate distinctement à chaque insufflation. On continuait toujours les lotions froides, et on avait monté promptement un appareil électrique d'induction. A la respiration artificielle fut alors associée l'électrisation du diaphragme, que l'on pratiqua en plaçant un des électrodes sur les scalènes, dans la région du nerf phrénique, et l'autre au-dessous du rebord des côtes. Mais déjà l'auteur avait acquis la conviction que la paralysie du cœur ne jouait pas un rôle moins important que celle des muscles inspirateurs, et que la respiration artificielle ne pouvait réussir tant que la circulation resterait suspendue. Il confia donc la sonde à l'un des assistants, qui se chargea de continuer la respiration artificielle, et s'occupa lui-même de réveiller l'action du cœur. Les électrodes, appliqués sur la région du cœur, n'eurent, comme il s'y attendait, aucun effet. L'auscultation fit reconnaître la cessation des contractions cardiaques. M. Hüter se hâta de recourir au dernier moyen qui fût à sa disposition, à l'électro-puncture du cœur, quoiqu'il ne connût pas d'exemple de son emploi dans un cas semblable. Il enfonça une première aiguille, à la profondeur d'environ vingt-cinq millimètres, dans le quatrième espace intercostal, contre le bord gauche du sternum, et introduisit une seconde plus près du mamelon et un peu plus bas que la première. Il pense, d'après de nombreuses expériences qu'il avait faites précédemment, avoir réussi à implanter l'une de ces aiguilles dans les parois du ventricule droit, et l'autre, soit dans le gauche, soit très-près de la cloison interventriculaire. Les deux électrodes furent mis en contact, un court instant, avec les aiguilles, et l'électrisation fut ainsi répétée à des intervalles imitant le temps de repos du cœur. Un soulèvement régulier, assez étendu, de la tête des aiguilles montra que l'on obtenait des contractions ventriculaires ; mais la circulation ne se rétablit pas. L'auteur renonça dès lors à l'espoir de ranimer la vie, et fit cesser la respiration artificielle.

M. Hüter rend hommage à l'empressement et aux lumières de tous ceux qui l'ont assisté dans cette scène émouvante. Malgré l'insuccès de ses efforts, il ne croit pas qu'il procéderait autrement dans un cas semblable, si ce n'est qu'il aurait peut-être recours un peu plus tôt à l'électrisation directe du cœur, dont il ne se dissimule pas néanmoins les dangers ni l'effet incertain. Il se demande si de pareils malheurs doivent faire restreindre davantage l'emploi du chloroforme. Il ne le pense pas, malgré l'impression profonde qu'une catastrophe de ce genre laisse dans l'âme des assistants et surtout du chirurgien lui-même. Des faits isolés, si déplorables qu'ils soient, ne sauraient, suivant lui, modifier les grands principes de la science, appuyés sur des bases beaucoup plus larges. Il fait appel, à ce sujet, à la statistique et cite le relevé consigné par Sansom dans le *Medical Times*, pour 1863, et d'après lequel, sur deux millions de cas d'emploi du chloroforme, il y aurait cent cinquante cas connus de mort produite par cet agent, soit un mort sur quatorze mille chloroformisations. Aucun des cas malheureux ne se rapporte à un enfant de moins de cinq ans. Si ce relevé est complet, le fait de M. Hüter serait le premier qui appartiendrait à un âge aussi tendre.

M. Hüter distingue d'ailleurs, comme tout le monde, les cas où le chloroforme n'a pas causé la mort survenue pendant son action, ou ne l'a causée qu'indirectement, par exemple par l'écoulement du sang dans la glotte anesthésiée, et ceux où cette substance a été mortelle par elle-même. Il n'hésite pas à ranger dans cette dernière catégorie le fait qu'il rapporte, malgré la petite quantité de chloroforme inhalée. Il ajoute que ce chloroforme a été examiné, après l'événement, par des hommes très-compétents, qui l'ont trouvé parfaitement pur.

La nécropsie n'est pas jointe à cette observation, parce qu'elle a été faite judiciairement, et que l'auteur n'en connaissait pas encore les détails. (*Berliner, Klinische Wochenschr.*, 4 décembre 1865.)

M. H. Friedberg, de Berlin, a publié dans les archives de Virchow (t. XVI), l'observation ci-après, ayant pour titre: *Asphyxie par le chloroforme; respiration artificielle par la faradisation du diaphragme et la compression méthodique de l'abdomen; vie sauve.*

Otto Krause, de Berlin, âgé de quatre ans, fut reçu à la clinique de M. Friedberg, le 7 mai 1858, pour une petite tumeur enkystée de la paupière inférieure gauche. Cette affection n'ayant pas cédé à l'emploi des topiques résolutifs, on se décida à enlever la tumeur le 15 mai. L'enfant fut chloroformé au moyen d'une compresse portant une éponge, sur laquelle on avait versé au plus une drachme (quatre grammes) de chloroforme. Pendant l'inhalation, l'auteur se tourna un moment du côté du chirurgien chargé de faire l'opération, pour lui donner encore quelques instructions. Deux minutes à peine s'étaient écoulées, lorsqu'en se retournant M. Friedberg vit tout à coup la face changer d'expression. Le pouls devint en même temps très-petit, et après une seule inspiration courte et bruyante, la respiration fut suspendue. La face était livide, l'œil immobile, la pointe de la langue appliquée contre les arcades dentaires; les dents étaient serrées, les membres dans le relâchement. On souleva l'enfant, on ouvrit les croisées, on arrosa d'eau froide la face et la poitrine, on plaça de l'ammoniaque sous les narines. M. Friedberg porta une petite éponge jusque sur le larynx, afin d'enlever les mucosités, mais surtout dans l'intention d'exciter la muqueuse et de provoquer la toux. En même temps on s'efforçait de déterminer des mouvements d'inspiration en frictionnant la poitrine, en la frappant avec une compresse mouillée. Mais, au bout de deux ou trois minutes, un nouveau changement s'opère. Le pouls disparaît entièrement, la face pâlit, les traits sont ceux d'un cadavre, la mâchoire inférieure est pendante.

En écartant les paupières, on voit la pupille dilatée; les paupières estent entr'ouvertes. L'auteur a recours à la compression méthodique du ventre, comme moyen de respiration artificielle. Pendant qu'un aide appuie à plat les deux mains sur le bas-ventre, au-dessous de l'ombilic, pour empêcher les viscères de se porter en bas, M. Friedberg presse fortement avec ses deux mains sur le haut de l'abdomen, de manière à refouler le diaphragme subitement et avec force, et à le faire remonter le plus haut possible. La pression est ensuite suspendue, puis on la recommence et l'on continue cette manœuvre, suivant le rhythme de la respiration naturelle, pendant environ trois minutes. On n'en obtient aucun effet. Le diaphragme reste inerte. On prend le parti de faradiser ce muscle. Un des excitateurs est appliqué sur le nerf phrénique, au cou, l'autre vis-à-vis du septième espace intercostal, tantôt à droite, tantôt à gauche. Chaque électrisation avait la durée d'une profonde inspiration. Le courant avait été interrompu et refermé dix fois, lorsque l'on vit la région épigastrique se soulever, d'abord seulement du côté qu'on électrisait, puis toute cette région obéit à la contraction du diaphragme, qui s'accompagnait d'un léger boquet. On cessa la faradisation, et une faible inspiration eut lieu, bientôt suivie d'une seconde et d'une troisième. A celle-ci succédèrent une coloration subite et passagère de la face et le retour du pouls. Puis la respiration et les contractions du cœur s'affaiblirent de nouveau et menaçaient de se suspendre une seconde fois. On reprit les pressions méthodiques de l'abdomen, qui suffirent alors pour entretenir la respiration. Leur interruption, au bout de dix minutes, fut suivie d'un nouvel affaiblissement des mouvements respiratoires et du pouls. Il fallut y revenir et on les continua, ainsi que les frictions sur les membres, les lotions froides à la face et sur la poitrine, les inspirations du gaz ammoniac, jusqu'à ce que la respiration et le pouls fussent tout à fait revenus à l'état normal, ce qui n'arriva que vingt minutes après le début des symptômes d'asphyxie. La sensibilité, la connaissance se rétablirent en partie au même moment, et l'on put procéder à l'extirpation du kyste, sans que cet accident ait eu d'autre suite.

DISCUSSION.

M. BOINET. Je remarque que dans les cas analysés par M. Bouvier, on n'a pas employé, pour remédier aux accidents causés par le chloroforme, les moyens qui donnent le plus souvent de bons résultats. Dans un cas de ma pratique, il y eut mort apparente pendant sept ou huit minutes, et l'insufflation bouche à bouche donna les meilleurs résultats. Chez l'un des enfants cités par M. Bouvier, on aurait dû faire l'insufflation bouche à bouche au lieu de pratiquer la trachéotomie.

M. PERRIN. Je ne veux pas prendre la parole sur les moyens propres à remédier en général aux accidents du chloroforme, mais je tiens à dire que, chez les enfants, l'emploi du chloroforme entraîne moins de danger qu'aux autres âges; aussi les deux cas cités par M. Bouvier ne doivent pas trop jeter la terreur dans les esprits.

M. DEMARQUAY. Le mot asphyxie revient souvent dans la communication de M. Bouvier; eh bien, pour mon compte, je ne crois pas que dans ce genre de mort on ait affaire à une asphyxie, il s'agit bien plutôt d'une espèce de sidération du système nerveux; aussi je ne comprends pas l'emploi de la trachéotomie ni celui de l'électricité. Je pense qu'il faut faire la respiration artificielle de bouche à bouche, et favoriser la sortie de l'acide carbonique qui est accumulé en trop grande quantité.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Bouvier pourrait jeter de la défaveur sur la chloroformisation chez les enfants, et ce serait là une chose regrettable; aussi devons-nous rechercher avec soin les conditions au milieu desquelles la mort est survenue. Or le premier enfant venait d'avoir une scarlatine, il existait chez lui de l'œdème; ce sont là évidemment des conditions anomales. Dans le même cas, l'enfant était d'abord assis, puis on l'a couché, pourquoi cette substitution d'une position à une autre, pendant la durée de la chloroformisation, pourquoi l'emploi de la première position, qui est très-mauvaise?

Les accidents survenus, pour y remédier on a soulevé la tête d'une main, afin d'introduire le doigt dans le pharynx. C'est là une pratique fâcheuse; il eût été préférable d'abaisser la tête et l'on eût pu introduire le doigt tout aussi bien dans le pharynx.

Dans le second fait, on a noté que pendant quelques instants, une minute environ, l'attention de celui qui donnait le chloroforme avait été distraite. Eh bien, une demi-minute d'inattention suffit pour laisser se développer les accidents les plus graves.

M. Chassaignac n'aime pas l'insufflation bouche à bouche, parce que, dans cette manœuvre, on introduit une certaine quantité d'air dans l'estomac et l'on distend ce viscère.

M. Chassaignac n'ajoute pas foi aux bons résultats que l'on attribue à l'emploi de l'électricité.

M. BOUVIER. Je n'ai pas présenté l'analyse de ces faits pour jeter de la défaveur sur l'emploi du chloroforme chez les enfants; j'ai voulu seulement faire connaître des faits heureusement rares et intéressants pour la pratique.

M. PERRIN. Je pense qu'il n'y a que la respiration artificielle qui puisse permettre de sauver un malade en danger de mort, à la suite de la chloroformisation.

La faradisation des nerfs phréniques entretient facilement les mouvements respiratoires chez un animal en état de mort apparente; mais pour obtenir ce résultat, il faut employer des courants intermittents et non pas des courants continus, comme le faisait M. Jobert.

L'insufflation bouche à bouche est un mauvais procédé, quoi qu'en dise M. Boinet. On pourrait insuffler avec un soufflet, mais, comme l'a dit M. Chassaignac, on distend l'estomac et les intestins. Tout cela est facile à constater expérimentalement sur les animaux. L'insufflation avec la canule laryngienne, que le spéculum de M. Labordette peut aider à introduire, est bien préférable.

Je n'ai jamais vu un seul inconvénient résulter de l'insufflation laryngienne, et je pense que tout opérateur donnant le chloroforme, devrait toujours avoir sous la main un tube propre à permettre de pratiquer l'insufflation laryngienne.

Pour moi, voici comment je comprends le traitement le plus rapide et le plus rationnel des accidents graves du chloroforme: 1° placer la tête dans une position déclive; 2° faire exercer des pressions rhythmiques sur la base de la poitrine, pendant que l'on introduit le tube laryngien; 3° si quelque obstacle invincible s'oppose à son introduction par les voies naturelles, pratiquer la trachéotomie.

M. DEMARQUAY. J'ajoute peu de foi aux résultats donnés par l'électricité, et je crois que celle-ci ne peut pas agir, parce qu'il n'existe plus de sensibilité chez les malades. Je me rangerais volontiers à l'opinion de M. Perrin; malheureusement nous n'avons pas toujours à notre disposition tout ce qu'il faudrait pour agir.

M. PERRIN. L'électricité employée comme excitant général, ne donne certainement pas de résultats; mais ce n'est pas ainsi qu'on l'emploie, mais bien comme un mode de respiration artificielle.

M. GIRALDÈS partage l'opinion de M. Perrin. M. Demarquay avait dit qu'avant de mourir, les malades atteints par les accidents du chloroforme, présentaient un stertor très-prononcé; M. Giraldès nie ce fait.

M. LÉON LABBÉ. J'accepte l'opinion, qui veut accorder la plus grande importance à la respiration artificielle, et sans vouloir diminuer la valeur de l'insufflation laryngienne, je pense que l'on peut obtenir les meilleurs résultats par l'emploi des pressions alternatives et rhythmiques sur la base de la poitrine. Dans de nombreuses expériences, j'ai vu M. Gosselin rappeler à la vie, par ce moyen, des animaux qui étaient dans l'état de mort apparente le plus complet. J'ai réussi moi-même à rappeler à la vie, deux malades dont la mort paraissait évidente. Je pense qu'il est bon de combiner l'élévation forcée des bras, moyen indiqué déjà depuis longtemps, avec les pressions rhythmiques sur les parois de la poitrine.

M. DEMARQUAY. Quoi qu'en dise M. Giraldès, la respiration stertoreuse est très-marquée chez les animaux, avant la mort par le chloroforme.

M. PERRIN. Nous sommes tous d'accord sur l'utilité de la respiration artificielle, mais il ne faut pas comparer les résultats obtenus par les pressions thoraciques avec la quantité d'air que l'on introduit dans l'insufflation laryngienne.

M. LE FORT est très-partisan de l'électricité, et il place ce moyen au-dessus de l'insufflation pulmonaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels:

M. le docteur Sabatier est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiologiques).

— M. le docteur Nivert est nommé professeur suppléant pour les chaires de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Lonjon, démissionnaire.

— Le concours d'agrégation près la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et d'accouchements), vient de se terminer par les nominations suivantes:

Chirurgie: MM. Tillaux, Duplay, Cruveilhier, Desprès.

Accouchements: M. Bailly.

On comprendra que nous ne pouvons nous borner à mentionner la nomination de notre cher collaborateur, M. Desprès, sans dire combien nous sommes heureux de ce nouveau succès. Chargé du délicat et si laborieux travail de la révision des articles de chirurgie que nous publions, M. Desprès a su, dans un court espace de temps, conquérir les titres de chirurgien des hôpitaux et de professeur agrégé. Nos lecteurs s'associeront aux sentiments que nous exprimons.

— Le prix Esquirol (concours de 1865) vient d'être décerné à M. Edmond Dupouy, interne de l'asile des aliénés d'Alençon (Orne).

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 68. — MARDI 12 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 12 JUIN 1866. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant M. JOBERT (de Lamballe).

Tumeurs de l'abdomen. — Ascite symptomatique d'une péritonite chronique.

(Leçon recueillie par M. Victor PEULEVÉ, interne du service).

Dans une des leçons où je vous entretenais des tumeurs de l'abdomen, je vous disais que, lorsqu'il existe une grande quantité de liquide dans le ventre, il faut beaucoup de circonspection pour porter son diagnostic, afin de ne pas avoir à tenter des opérations nuisibles aussi bien au malade qu'au chirurgien. C'est d'un cas de ce genre que je veux vous entretenir, afin de vous mettre en garde contre des erreurs qui ont été commises en pareil cas et par des hommes expérimentés. J'ai entendu autour de moi plusieurs personnes, porter sur la malade dont je vais vous parler le diagnostic kyste de l'ovaire. Jugez, messieurs, de leur déception, si leur traitement était institué logiquement sur cette fausse base, et surtout si leur main était entreprenante, car il ne s'agit pas d'un kyste de l'ovaire. Encore une fois, c'est pour vous mettre en garde contre de telles erreurs que je veux analyser avec vous le cas qui se présente, persuadé que vous en retirerez d'utiles enseignements pour l'avenir.

Notre malade est une femme de cinquante-cinq ans. Sa constitution est bonne. Sa santé a toujours été excellente, sinon depuis une année, époque à laquelle elle a commencé à éprouver quelques douleurs de ventre. Elle a été mariée, a un enfant de vingt-cinq ans. Enfin, pour achever ces antécédents, ses règles ont disparu depuis cinq ans, époque de sa ménopause.

Vers le mois de février 1865, elle éprouva dans le bas-ventre quelques douleurs peu intenses qui s'irradiaient dans les fosses iliaques, et en même temps remarqua une constipation assez tenace. Le malaise qui accompagnait ces deux manifestations, l'engagea à consulter un médecin qui se borna aux cataplasmes. Au mois d'août son ventre avait augmenté, les douleurs, sans être continuelles, revenaient sourdes quoique supportables, à des intervalles variables, et la constipation ne s'était pas démentie. Elle s'appliqua quelques vésicatoires qui amenèrent une amélioration peu durable; enfin en 1866, voyant son ventre s'obstiner à grossir, elle entra dans nos salles.

Quoiqu'elle fut entrée pour demander des soins contre ses douleurs abdominales, notre attention fut attirée du côté de la poitrine par une dyspnée assez grande et un point de côté à gauche; elle avait en effet une pleurésie qui céda assez facilement aux vésicatoires.

Guérie de cette constipation elle quitta nos salles, mais pour y rentrer au commencement du mois d'avril 1866, se plaignant toujours du développement de son ventre et des douleurs dont il était le siége. Il était augmenté notablement de volume, depuis le départ de la malade, et il s'était ajouté un cortége de symptômes dont voici l'examen :

Comme état général, la malade a un aspect rassurant; son facies est bon, elle a le teint coloré, elle a bonne mine, pour employer l'expression ordinaire. Cependant il ne faut avoir qu'une médiocre confiance dans cette apparence, car elle mange peu; il lui est impossible d'ingérer la quantité d'aliments habituelle, et elle éprouve après cette ingestion, au moment de la digestion, une gêne épigastrique qui la fait hésiter pour prendre ses repas de temps à autre; il lui arrive même de les vomir.

En examinant le ventre, on le trouve très-saillant, et cela presque uniformément depuis le pubis jusqu'à l'épigastre et d'un flanc à l'autre. Ce n'est qu'avec une scrupuleuse attention qu'on reconnaît que la partie antéro-latérale gauche prédomine en saillie sur le reste de l'abdomen. Les téguments n'offrent pas leur blancheur habituelle; ils sont colorés, sillonnés de deux ou trois veines plus volumineuses qu'à l'état normal; enfin le doigt laisse sur eux une tache colorée qui est très-lente à disparaître. Il se passe là ce que l'on remarque dans tous les cas où la peau de l'abdomen est distendue; la circulation en retour est gênée, la stagnation du sang dans les capillaires se fait avec la plus grande facilité.

La palpation nous montre que le ventre, quoique distendu dans une assez grande proportion, est néanmoins dépressible, et il est facile de sentir qu'il n'y a pas là une de ces distensions résistantes et une accumulation de liquide fortement bridée par son enveloppe trop étroite pour le contenir. On ne sent pas cette élasticité, qui empêche dans certains cas de déprimer la paroi abdominale, ne fût-ce que de quelques centimètres. Ce signe a une grande importance, car, à un degré plus ou moins élevé, on le rencontre toujours dans les kystes de l'ovaire; et comme il manque chez notre malade, il doit nous mettre en garde.

Si l'on applique les deux mains sur le ventre et qu'on cherche à percevoir la fluctuation, on n'y arrive pas; mais si, appliquant une main sur la partie latérale on frappe légèrement du côté opposé, on perçoit une ondulation suivie d'un petit choc, ce n'est autre chose que le flot liquide. Il présente ici un caractère spécial, c'est qu'il est très-superficiel, il n'est séparé de la main que par la paroi abdominale amincie par la distension, et même en examinant celle-ci avec attention, on peut voir sa surface suivre les mouvements ondulatoires du liquide. Je ne puis m'empêcher de comparer ce phénomène avec ce qui se passe dans les cas de kystes de l'ovaire. Ceux-ci, comme vous le savez, ont toujours une certaine épaisseur: et quand on détermine dans leur masse la production du flot liquide, on sent d'ordinaire celui-ci se propager rapidement, ce qui tient à la réplétion exagérée de l'enveloppe; d'autre part, on sent qu'il n'est pas directement sous la main, mais qu'il en est séparé par quelque chose de plus épais que la paroi abdominale. Enfin il est bien rare que celle-ci suive ses ondulations; il faudrait que la membrane kystique fut bien mince ou la capacité du kyste bien loin de son maximum de réplétion. Du reste rien de très-absolu à cet égard; mais comme en clinique, et d'une façon générale, il ne faut pas s'éloigner de la règle ordinaire, je devais vous dire ce que l'on observe le plus habituellement.

Quant à la percussion, elle nous donne ici des renseignements de la plus haute importance et d'une précision telle, qu'à elle seule elle pourrait presque vider la question du diagnostic différentiel, comme vous le verrez dans un instant; aussi, en pareil cas devrez-vous la mettre au rang des premiers signes concluants. En partant de l'appendice xyphoïde du sternum et descendant sur la ligne blanche jusqu'au pubis, on trouve une matité sans mélange, une matité absolue. Peut-être à la région épigastrique, en déprimant fortement et percutant de même, on trouve ou plutôt on sent une sonorité profonde, sans doute celle de l'estomac; mais comme je vous le dis, elle est profonde, et à coup sûr l'estomac n'est pas derrière la paroi abdominale; il en est séparé par une couche de matité. Donc, sans tenir compte de cette petite particularité, on peut dire que du sternum au pubis l'abdomen est mat sur la ligne médiane.

Sur la partie latérale gauche, même matité absolue; toutefois au voisinage du flanc elle est moins prononcée, et au niveau de cette région, depuis la crête iliaque jusqu'aux côtes, c'est une sonorité très-pure que l'on observe. Sur la partie latérale droite, jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt à partir de la ligne blanche, on a encore de la matité; mais là commence la sonorité qui s'étend jusqu'au flanc droit, y compris cette région toute entière. Cependant elle n'est pas la même dans tous ces points, et elle est divisée en deux surfaces sonores, l'une antérieure moins étendue, l'autre postérieure plus large, séparées par un petit espace où l'on trouve de la matité. Inutile de vous dire que pendant cet examen la malade est dans le décubitus dorsal. Si on l'incline sur le côté gauche et que l'on cherche les changements que cette position peut amener dans la percussion, on voit que rien n'est changé; matité et sonorité restent exactement dans le même état de tonalité et d'étendue, j'entends du côté gauche, car il n'en est plus de même à droite si l'on fait prendre à la malade le décubitus latéral droit. La matité, qui ne s'étendait pas au-delà de quatre travers de doigt à partir de la ligne blanche, va maintenant jusqu'à six ou sept travers de doigt, et remplace ainsi la sonorité antérieure jusqu'au point mat dont nous avons parlé. Pourtant elle respecte presque entièrement le flanc droit, qui reste d'une sonorité absolue. Voilà qui est embarrassant, comme vous allez le voir, car il est temps de réunir les phénomènes que nous venons d'étudier, de les grouper et de conclure: il y a du liquide dans l'abdomen, ceci est hors de doute, il y en a même une grande quantité; toute la question actuelle est de savoir quel est le siége intime de cet épanchement. Se trouve-t-il dans le péritoine ou bien faut-il le placer dans un kyste? Tel est le problème à résoudre, et c'est ici, messieurs, que vous allez juger de l'exactitude de cette vérité banale à force d'être répétée, à savoir: qu'il ne faut jamais diagnostiquer d'après l'existence d'un seul signe, mais bien d'après l'ensemble et la combinaison de tous ceux que l'on a découverts.

En faveur d'un kyste, nous trouvons quelques bons arguments: cette saillie plus grande de l'abdomen du côté gauche, et pour ainsi dire cette inclinaison latérale gauche de la tumeur serait une raison, mais à elle seule elle est insignifiante, et c'est surtout sur la sonorité des flancs qu'il faut attirer votre attention.

Vous savez tous que M. Rostan, s'occupant spécialement de cette question, a fait judicieusement remarquer que lorsqu'un kyste se développe dans la cavité abdominale, et surtout dans les ovaires, il prend peu à peu la place des intestins, repoussant ceux-ci à droite et à gauche, de façon à les confiner dans les flancs et à saillir lui-même plus ou moins près de la ligne médiane; d'où il suit que, lorsqu'il a acquis un volume considérable, on trouve de la matité tout le long de la ligne blanche et de la sonorité dans les flancs. Quelle que soit alors la position que l'on donne à la malade, qu'on la mette dans un décubitus latéral, droit ou gauche, la matité et la sonorité persistent dans leur intégrité, aux points respectifs où l'examen les a trahies; et cela est tout logique, car le liquide étant enfermé dans une coque résistante se trouve retenu et dans l'impossibilité de gagner les parties les plus inférieures. De telle sorte que (paradoxe apparent) les parties les plus denses représentées par le liquide surnagent avec les parties les moins denses, représentées par les intestins et leur contenu gazeux. Dans l'ascite, au contraire, toutes les conditions sont changées, le liquide se trouvant en pleine liberté dans la cavité péritonéale, voyage à son aise dans les intestins et obéit alors aux lois naturelles, qui imposent aux parties les plus denses de gagner les parties les plus déclives; aussi voit-on toujours l'intestin surnager au liquide. C'est pourquoi, dans ces cas, si, ayant trouvé la matité dans les flancs, on fait coucher la malade sur le côté opposé, le son mat se déplace et est remplacé par de la sonorité.

Eh bien, messieurs, si, sans aller plus loin, nous faisions au cas actuel l'application de cette loi générale, nous ferions fausse route. Trouvant de la sonorité dans les flancs, sonorité persistante avec les diverses positions, nous serions conduit à diagnostiquer un kyste, et cependant nous ferions une erreur; car il n'y a pas de kyste. Nous allons le voir en approfondissant les signes précédents. En percutant la malade couchée sur le dos, nous avons trouvé de la matité du côté droit, jusqu'à quatre travers de doigt à partir de la ligne blanche, puis faisant coucher la patiente sur le côté droit, cette matité est arrivée à six ou sept travers de doigt de cette même ligne blanche. Le liquide abdominal s'est donc déplacé, or pour cela il faut qu'il soit dans le péritoine. Dira-t-on qu'un kyste peut se déplacer en masse, et par suite produire le changement de son que nous avons observé? Messieurs, un kyste du volume de notre tumeur, qui irait du diaphragme au pubis, est parfaitement fixe dans le ventre, il ne bouge pas. Ajoutez enfin que, dans le cas actuel, le flot liquide est très-superficiel, que l'élasticité de la tumeur est faible, et vous aurez tous les éléments du diagnostic ascite.

Il est vrai qu'il ne s'agit pas d'une de ces ascites types qui surviennent par exemple dans les maladies du foie ou du cœur, dans les compressions de la veine porte; une de ces ascites où le liquide, variant dans sa quantité, voyage et circule librement au milieu des anses intestinales. Non, il y a quelque chose qui s'oppose ici à sa migration; je n'en veux pour raison que cette sonorité embarrassante que nous avons trouvée dans les flancs et qui persiste dans son intégrité, malgré les décubitus variés que nous avons fait prendre à la malade. Mais tout s'explique, et le point obscur s'éclaircit, si nous songeons qu'il peut bien exister dans le péritoine des adhérences qui unissent entre elles certaines anses intestinales, qui les solidarisent dans les flancs, et s'opposent énergiquement à leur changement de position; l'ascite est gênée dans sa marche, et le liquide ne peut gagner la partie déclive des flancs. Ceci ne sera plus une hypothèse, si vous voulez bien consulter les antécédents de la malade. Depuis une année, elle a éprouvé, à des intervalles variables et dans le ventre, des douleurs sourdes, profondes, accompagnées d'un peu de réaction; douleurs qui, sans lui faire suspendre ses occupations, l'ont forcée cependant à prendre quelques soins, et même l'ont amenée dans nos salles, au mois de janvier.

Eh bien, messieurs, il faut voir dans ces douleurs et dans l'augmentation du volume du ventre qui les accompagnent, des poussées inflammatoires successives, portant sur le péritoine, déposant à sa surface leur plasma et amenant entre les

anses intestinales des adhérences trop résistantes pour permettre au liquide de pénétrer dans les flancs.

Vous voyez aujourd'hui le résultat de ces adhérences. Elles s'opposent au développement physiologique de tout le tube digestif, au moment de l'accomplissement de ses fonctions; l'estomac ne peut se distendre à son aise, aussi cette malheureuse ne peut-elle ingérer qu'une faible quantité d'aliments, et encore éprouve-t-elle alors une gêne épigastrique, poussée assez loin pour amener des vomissements rapides, et rendre son alimentation inutile. Enfin comme conséquence encore de la gêne intestinale, existe une constipation des plus opiniâtres. Je vous le demande, messieurs, sont-ce là les caractères d'un kyste? La réponse ne saurait être douteuse, et après cette analyse des signes, il nous faut conclure à une ascite, et même nous sommes autorisé à aller plus loin et à dire qu'il s'agit d'une ascite symptomatique d'une péritonite chronique, dernière conclusion qui nous rend suffisamment compte des infractions aux lois de l'épanchement ascitique ordinaire, que nous avons remarquées dans le cas actuel.

Il y a donc une péritonite chronique; or, à son tour cette péritonite doit être symptomatique, car, en tant que maladie essentielle, elle n'existe pas, du moins c'est très-discutable; de sorte que nous sommes conduits à chercher la cause, à trouver l'origine de cette phlegmasie. Il n'y a pas de maladies de foie, il n'y en a jamais eu, on n'en trouve aucun signe physique ni fonctionnel, il faut en dire autant du cœur; d'un autre côté, les reins sont indemnes de toute lésion; les urines sont normales; il faut donc chercher ailleurs et découvrir une cause étrangère à ces organes. Cette cause, nous la trouvons vers la région hypogastrique. En effet, si l'on vient à exercer sur cette région une patiente et assez forte pression avec l'extrémité des doigts, on parvient, non sans difficulté, à déplacer le liquide abdominal, et l'on sent, à une petite profondeur, une résistance, un corps dur qu'il est impossible de limiter, vu la distension du ventre. Cette tumeur qu'on trouve sur la ligne médiane et qui se prolonge à sa gauche, présente une surface un peu bosselée; on peut la déplacer; ses autres caractères échappent complétement à l'investigation. Un peu sur la droite de la ligne médiane, on sent encore un autre corps dur qui paraît isolé du premier, mais sur lequel il est impossible d'en dire plus long, parce qu'on ne l'atteint qu'avec une grande difficulté. En présence de signes aussi certains de l'existence de tumeurs, mais aussi en face de caractères aussi indécis sur leur nature, nous devions recourir à un autre mode d'exploration, nous voulons parler du toucher vaginal. Nous avons donc introduit le doigt dans le vagin, et voici les résultats de cet examen.

Le col de l'utérus, arrondi et fermé est situé tout à fait en arrière, au contraire le corps est avant, sa face est presque horizontale; en un mot, il y a une antéversion des plus manifestes. L'organe paraît un peu dévié de la ligne médiane et rejeté du côté gauche. Les culs-de-sac ont perdu leur souplesse, enfin l'utérus est fixe, et si on cherche à le mobiliser, on n'y parvient qu'en ébranlant solidairement le contenu du petit bassin. Pour interpréter de suite cette particularité, disons que la péritonite a existé aussi dans le petit bassin et qu'elle a déterminé des adhérences entre les organes qu'il recèle.

A droite de l'utérus on sent un corps dur, résistant, que l'on perd presque aussitôt en pressentant qu'il s'élève dans l'abdomen, d'ailleurs il semble indépendant de la matrice. Quant au palper abdominal réuni au toucher vaginal, il ne donne ici rien qui éclaire ou modifie les signes précédents.

Il y a donc, messieurs, des tumeurs dans l'abdomen; il y en a au moins deux, peut-être davantage; et quoique leur examen complet soit au-dessus de nos moyens d'exploration, je ne voudrais cependant pas quitter cette partie du sujet, sans avoir cherché à résoudre avec vous deux questions relatives à la nature et au siége de la lésion.

Vous savez qu'il n'est pas rare de voir, chez les femmes d'un certain âge, se développer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal des tumeurs plus ou moins nombreuses. Le plus souvent elles sont de nature fibreuse; d'autres fois elles sont formées de tissu fibro-plastique, c'est-à-dire de cancer. Quel choix ferons-nous pour le cas actuel? D'un côté, notre malade a un embonpoint ordinaire, et malgré ses mauvaises digestions, elle est colorée; son facies éloigne l'idée de cachexie; mais d'autre part, cette péritonite qui a débuté il y a près d'une année, qui a eu des périodes de rémittence, est d'un mauvais augure et plaiderait plutôt la cause d'une diathèse. Entre les deux alternatives, nous ne saurions nous résigner à prendre une décision irrévocable; il faut forcément laisser là un point de doute qui ne peut être éclairci que par la marche de la maladie.

Quant au siége de ces tumeurs, l'une d'elles se trouve au voisinage de l'utérus, probablement dans le ligament large du côté droit; quant à l'autre, la plus volumineuse, faut-il la placer dans le ligament large du côté gauche, faut-il au contraire lui assigner l'épiploon ou un annexe de l'utérus? Nous ne trancherons pas non plus cette question vu l'obscurité des signes observés.

En résumé, et pour être aussi logique qu'il est possible en ce cas, concluons que le point de départ de la maladie que nous avons sous les yeux réside dans les tumeurs abdominales dont la nature est peut-être fibreuse, peut être cancéreuse, dont le siége est dans les annexes de l'utérus et dans les épiploons.

Maintenant, il vous est facile de saisir le lien de parenté qui existe entre ces tumeurs et l'ascite. La maladie a débuté il y a un an; c'est sans aucun doute à cette époque que les productions abdominales ont dû naître et signaler leur présence par des douleurs. Elles ont agi alors sur le péritoine comme agirait un corps étranger. Elles ont amené une sub-inflammation qui s'est à son tour trahie par des douleurs et une sécrétion plus abondante de sérosité; puis enfin, leur nombre, leur volume augmentant, les poussées inflammatoires se sont succédées, la sécrétion a été surexcitée, les adhérences se sont formées faibles d'abord, puis enfin résistantes, de façon à immobiliser certaines parties des intestins, à emprisonner l'estomac, à solidariser les organes du petit bassin, et amener ainsi dans la suite cette gêne d'ingestion alimentaire, cette difficulté de digestion, ces vomissements, cette constipation dont vous verrez bientôt les funestes effets. Telle est, messieurs, l'interprétation qu'il faut donner aux symptômes que nous avons énumérés, tel est le rapport qu'il faut établir entre l'ascite et les tumeurs de notre malade.

C'est une chose grave comme vous pouvez le pressentir qu'une affection de ce genre, qui en est arrivée au degré où nous la voyons. Il n'est pas rare de voir chez les femmes des corps fibreux de volume médiocre exister sans altérer la santé, et ne guère compromettre la vie, lorsque leur présence n'est pas pour le péritoine une cause d'irritation. Mais ici, combien loin nous sommes de ces conditions désirables! Ces tumeurs ont amené des troubles de voisinage persistants, troubles qui se traduisent par de l'ascite, par des adhérences intestinales et comme conséquence par des gênes tellement prononcées dans les fonctions digestives, qu'à elles seules ces dernières manifestations nous donnent une grande inquiétude et qu'elles menacent à courte échéance la vie de la malade. Quelle aggravation encore dans ce pronostic fâcheux, quand nous voyons derrière tout ce cortége poindre un doute légitime sur la nature du produit morbide, et quand, pour le dire ouvertement, nous sommes fondés à soupçonner l'existence d'un cancer.

Et, messieurs, il faut tout interpréter dans ce cas; si cette hypothèse devenait pour nous une certitude, ce qui peut arriver d'un jour à l'autre, d'après la marche de l'affection, oh! alors, le pronostic serait fatal et d'une façon irrévocable, car les tumeurs sont multiples, et de cette circonstance spéciale il faudrait tirer cette conséquence, qu'elles ont une tendance à la pullulation, que la diathèse existe, et que d'un moment à l'autre nous sommes exposés à trouver dans d'autres organes des signes de sa terrible manifestation.

Ces quelques mots suffisent pour vous faire entrevoir toute notre inquiétude et toute la gravité dont le pronostic est entaché.

A l'heure qu'il est cependant, il faut faire quelques réserves et craindre sans désespérer. Aussi faut-il se raidir et lutter contre la maladie, et j'en arrive à discuter avec vous les moyens à employer pour tenter une médication.

En examinant les choses à un point de vue abstrait, il faudrait pour guérir notre malade soustraire la cause des accidents: *ablata causa, tollitur effectus*, et encore resterions-nous en face des résultats acquis, et ils sont graves par eux-mêmes. Mais, messieurs, nous sommes arrêtés au seuil, et nous nous heurtons là contre une difficulté impossible à franchir. Il n'est pas de chirurgien dans l'esprit duquel une pareille entreprise trouverait crédit, et si je vous en ai parlé c'est pour la rejeter sans plus de discussion. Vous voyez déjà comme le champ de notre intervention se rétrécit, c'est qu'en effet nous en sommes réduits à employer un seul ordre de moyens, ce sont les moyens palliatifs.

Ce qui doit attirer notre attention tout d'abord, ce sont les organes de la digestion, c'est l'abdomen tout entier; cette femme vomit et mange peu, elle est constipée; de plus elle a une ascite.

Qu'allons-nous faire de cette ascite? La ponctionnerons-nous? Il est bien certain que son volume gêne quelque peu la liberté du ventre, qu'elle comprime les organes splanchniques, le diaphragme, qu'elle gêne la respiration; mais ce qui est certain aussi, c'est qu'elle n'est pas la seule cause de ces troubles, et qu'elle est aidée en cela et même dépassée par les adhérences inflammatoires contre lesquelles nous sommes impuissants. Or, je suppose que nous fassions la ponction, en raison de ce que je vous ai dit, il est bien à craindre qu'elle n'aurait qu'un faible résultat d'amélioration; et d'un autre côté jugez de ce qu'elle peut amener d'accidents: le péritoine est enflammé chroniquement, il est bien à redouter qu'il ne survienne une péritonite aiguë, et dans les mauvaises conditions où nous nous trouvons, la malade succomberait à coup sûr. Et puis, ce n'est jamais sans affaiblir d'une façon plus ou moins notable les forces d'un individu en mauvaise santé, qu'on soustrait à son économie plusieurs litres de liquide. Or, messieurs, c'est ce qu'il faut surtout craindre ici, c'est d'affaiblir la malade. Elle a encore une grande résistance vitale, il faut conserver précieusement ses forces, ne pas les morceler sans une indication précise, peut-être en aurons-nous besoin avant peu. D'ailleurs, il n'y a pas d'urgence, la malade respire encore facilement. Il faut attendre! si demain, dans huit jours, dans un mois l'indication se posait nette, si la respiration s'embarrassait par le fait du diaphragme, alors nous agirions, mais jusque là il faut différer.

N'y a-t-il donc pas autre chose à faire? si, messieurs, il y a urgence d'un autre côté; il faut lutter contre les accidents intestinaux; la digestion se fait mal, la constipation est opiniâtre, et comme choc en retour la circulation est gênée. Il est clair que nous n'arriverons jamais à rétablir ces fonctions dans leur intégrité; il faudrait pour cela détruire ces adhérences qui sont causes de leurs troubles, en même temps qu'effet de la péritonite; mais ce que nous pouvons faire, ce qui nous est nettement indiqué par les circonstances, c'est d'alimenter à petites doses, et de déblayer le canal de l'intestin. De temps à autre nous donnerons donc quelques laxatifs, et chaque jour un lavement soit simple, soit même purgatif.

Enfin pour tout prévoir et retarder autant que possible l'affaiblissement des forces, nous donnerons des toniques et de préférence le vin de quinquina.

Si dans quelques jours la malade venait à suffoquer, alors nous ponctionnerions pour répondre à une indication urgente.

Telles sont, messieurs, les conclusions auxquelles nous nous arrêtons; nous verrons si, dans le cours des faits, si, dans la marche de la maladie, nous avons quelques modifications à apporter dans notre manière de voir; car, ne l'oubliez pas, nous devons rester en observation, et chercher à approfondir les quelques points douteux que je vous ai signalés et que la suite des choses est seule puissante à éclaircir.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

LES EAUX SULFUREUSES D'ENGHIEN

Appliquées au traitement des maladies de la peau,

Par M. le Dr A. MIRBEL.

Les affections cutanées s'observent en grand nombre aux eaux d'Enghien et elles s'y présentent sous les formes les plus variées. On sait, en effet, qu'il n'est pas de maladie qui soit plus facilement influencée par les eaux sulfureuses que les maladies de la peau, puisqu'il suffit souvent d'un ou de plusieurs bains pour déterminer de notables modifications. Plus la sulfuration d'une eau minérale est prononcée, et plus l'action thérapeutique est active; aussi peut-on, d'après la rapidité des effets produits, doser en quelque sorte la richesse sulfureuse: la peau est un sulfhydromètre physiologique que l'on a sous la main.

Les eaux d'Enghien produisent sur la peau les effets suivants: elles augmentent d'abord la transpiration habituelle; la peau est-elle ordinairement sèche, l'exhalation cutanée s'opère avec quelque lenteur; la peau est-elle fine et délicate, la transpiration est très-accentuée. Selon les cas, la cure thermale se borne soit à la réapparition partielle d'une transpiration autrefois supprimée, soit à une augmentation de la sécrétion habituelle. Cette modification dans la sécrétion cutanée peut exister seule où s'accompagner sur le corps de diverses éruptions.

Notons tout d'abord une éruption de sudamina qui se montre sur la poitrine, sur le ventre, et qui bientôt disparaît sans qu'il soit nécessaire d'interrompre les bains. Il en est de même de petites pustules d'acné qui occupent le plus souvent le visage, le dos et la région lombaire, et qui persistent quelquefois pendant toute la durée du traitement. Outre ces éruptions si simples, il en est d'autres qui, sans être plus graves, affectent la peau d'une manière plus prononcée. C'est souvent un érythème qui occupe la poitrine, le dos et les membres, qui se montre particulièrement chez les individus à peau blanche et lisse après quelques bains, quelquefois au milieu ou vers la fin du traitement. Cette affection érythémateuse est fugace et elle ne dure souvent que pendant l'intervalle d'un bain à un autre, puis elle reparaît avec la cause qui lui a donné naissance, et, lorsque la peau s'est habituée à l'action stimulante des eaux, tout disparaît pour ne plus revenir. Dans quelques cas très-rares, les eaux déterminent chez certains malades une éruption furonculeuse légère.

Si les eaux d'Enghien produisent d'une manière à peu près constante une stimulation à la peau, qui se traduit par les diverses éruptions qui viennent d'être énumérées, il est fort rare qu'elles s'accompagnent d'un mouvement fébrile. Chez les individus qui sont sous l'influence d'une diathèse herpétique, les eaux provoquent la réapparition d'anciennes affections de la peau ou donnent aux maladies récentes une intensité nouvelle. C'est ainsi que les plaies pâles et blafardes, jusqu'alors rebelles aux excitants ordinaires, se ravivent et qu'elles prennent une couleur vermeille qui fait augurer une guérison prochaine.

Ainsi que le recommande le savant médecin-inspecteur du grand établissement thermal d'Enghien, M. le docteur de Pulsaye, il est parfois nécessaire de commencer le traitement par des bains mitigés, afin de modérer l'excitation qui très-souvent se produit dès le premier bain. Ce procédé a d'ailleurs l'avantage de déterminer la chute des croûtes.

Chez les malades qui souffrent d'une démangeaison insupportable, on peut dans l'intervalle des bains les soulager par des applications d'eau sulfureuse froide. Les bains peuvent être employés seuls ou concurremment avec les douches ou remplacés par elles, suivant les divers effets que l'on désire obtenir. Chez plusieurs malades affectés d'eczéma chronique, on a constaté qu'outre l'action excitante de la douche, il y avait encore une action détersive. La douche, en effet, fait disparaître assez promptement cette tuméfaction et cette rudesse de la peau que l'on remarque dans les eczémas chroniques de la face et du cou, par exemple. S'il est nécessaire de provoquer une énergique stimulation, on y parvient soit en élevant la température et en augmentant la durée du bain, soit en employant des bains ou des douches de vapeur. S'il s'agit, au contraire, de modérer cette excitation cutanée, on abaisse la température du bain, ou l'on en diminue la durée.

Dans leur ouvrage si remarquable et si complet sur les eaux d'Enghien, MM. les docteurs de Puisaye et Leconte ont rapporté des observations cliniques de dartre squameuse humide, de dartre squameuse sèche, d'eczéma impetiginoïdes, d'acné disseminata, d'acné rosacea ou couperose, de prurigo formicans, de lichen, de pityriasis simplex, versicolor ou inveterata, et nous ne pouvons qu'engager nos confrères à recourir à ces documents si précis et si consciencieusement recueillis et exposés. Les cas dont il s'agit ont été suivis ou de guérison ou seulement d'amélioration, mais il reste avéré qu'en général les eaux d'Enghien ont sur les dermatoses une action très-efficace et que les cas rebelles constituent l'exception.

Il est une remarque que l'on doit soumettre à l'appréciation des dermatologistes et que les médecins des établissements thermaux ont faite quelquefois, c'est que certains individus ont été atteints d'affections cutanées, sans que l'hérédité ni aucune autre cause constitutionnelle en ait justifié l'existence, alors que la cause occasionnelle pouvait être attribuée à une cohabitation prolongée avec un individu depuis longtemps malade. Ce fait se rencontre, par exemple, entre mari et femme. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence? Des recherches nouvelles pourront éclairer cette intéressante question.

Dans l'une de nos précédentes études hydrologiques, nous avons démontré combien l'action des eaux sulfureuses d'Enghien était puissante dans la diathèse syphilitique et dans certains états pathologiques dus à l'influence de cette même diathèse; nous avons dit que ces eaux convenaient également aux individus qui ont des signes apparents de syphilis constitutionnelle et à ceux dont la santé a été altérée par l'usage des mercuriaux ou qui y sont restés réfractaires, et nous ne voulons pas revenir sur les faits si concluants que nous avons cités. Mais les détails dans lesquels nous venons d'entrer aujourd'hui, relativement au traitement spécial des maladies de la peau, nous conduisent aux conclusions suivantes :

1° Les eaux du grand établissement thermal d'Enghien jouissent, dans la thérapeutique des affections cutanées, d'une efficacité notoire et incontestée ;

2° Les formes vésiculeuse et pustuleuse sont influencées beaucoup plus rapidement par la cure thermale que la forme squameuse ;

3° Les eaux d'Enghien, dans les affections herpétiques, sont employées avec d'autant plus d'avantage qu'elles sont administrées aussitôt après la période aiguë, mais elles combattent néanmoins, avec quelque succès, les maladies de la peau les plus anciennes et les plus réfractaires.

RECHERCHES SUR LA DISTRIBUTION DE L'ALCOOL

Dans l'organisme animal.

Le numéro de février 1866 *Archiv für Heilkunde*, renferme des recherches intéressantes de M. Schulinus, sur la distribution de l'alcool dans l'organisme. Les expériences entreprises avec un très-grand soin par l'auteur, au laboratoire pharmacologique de Dorpat, s'écartent notablement des résultats annoncés, dans ces derniers temps, par divers expérimentateurs et spécialement par Ludger, Lallement, MM. Perrin et Duroy. M. Schulinus a trouvé, en effet, que l'alcool absorbé est disséminé uniformément dans tout l'organisme, à cette exception près que le sang en renferme toujours une quantité plus considérable que les autres organes. Il conclut encore de ses expériences : 1° que l'alcool est décomposé, en grande partie, dans l'économie animale; 2° que la quantité d'alcool qui est éliminée en nature par les reins, les poumons et la peau, est infiniment petite, comparée à la quantité absorbée. Relativement à ce dernier point, l'auteur rapporte deux expériences fort remarquables qui semblent mettre hors de doute l'oxydation de l'alcool par le sang qui vient d'être extrait des vaisseaux. (*Gazette hebdomadaire*, n° 13, 1866.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mai 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos de la correspondance :

Lipôme sous-aponévrotique de la paume de la main.

M. BOINET. Vous vous rappelez sans doute la malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter à notre dernière séance; elle est âgée de cinquante-trois ans, et portait dans la paume de la main droite une tumeur à plusieurs lobes, dont le plus gros, du volume d'un œuf de poule, était placé entre le pouce et l'indicateur de la main droite, et les autres, au nombre de cinq, correspondaient l'une à l'éminence hypothénar et les autres à chaque articulation métacarpo-phalangienne. Son début remontait à sept ou huit ans. Toutes ces tumeurs semblaient si bien correspondre entre elles que, lorsqu'on appuyait sur l'une d'elles, les autres devenaient plus saillantes et plus tendues, et elles offraient de tels caractères qu'à la palpation tous ceux qui ont examiné la malade ont déclaré qu'il y avait une fluctuation très-évidente et ont conclu que la maladie était un kyste synovial crépitant. Ce qui entraînait encore vers ce diagnostic, c'est que l'un des lobes, le plus petit, celui qui siégeait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, laissait entendre sous la pression une crépitation très-sensible et très-nette, la crépitation qu'on rencontre ordinairement dans les tumeurs synoviales qui renferment de petits corps hydatiformes. J'ai opéré ce prétendu kyste synovial et j'ai trouvé le lipôme que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. Par une incision faite sur le lobe le plus volumineux, j'ai pu extraire la partie la plus volumineuse de ce lipôme et tous les autres lobes qui en dépendaient et qui s'étalaient dans la paume de la main, dans tous les points que j'ai indiqués.

Cette tumeur était tellement molle, tellement élastique et facile à déprimer, que la pression sur l'un des lobes tendait et rendait plus saillants tous les autres lobes, de telle sorte qu'on croyait au déplacement d'un liquide; aussi la fluctuation n'a paru douteuse pour personne; de plus la crépitation si nette, si évidente que l'on constatait dans l'un des lobes était encore une raison pour contribuer à l'erreur de diagnostic qui a été faite. Ce fait doit donc servir à démontrer une fois de plus qu'il est facile de croire à une fluctuation qui n'existe pas, et que la crépitation qui appartient habituellement à certains kystes synoviaux peut aussi se rencontrer dans certains lipômes.

MM. CHASSAIGNAC et LARREY rappellent que les exemples de semblables erreurs ne sont pas rares, et que les bulletins de la Société en ont enregistré plusieurs, entre autres ceux qu'a fournis Marjolin père.

M. TRÉLAT. Ce qu'il y a de remarquable dans le cas actuel, c'est l'unanimité de l'erreur. Tous les membres de la Société qui ont examiné la malade dans la dernière séance, n'ont pas douté qu'il ne s'agît d'une hydropisie des gaînes des tendons.

A propos du procès-verbal :

Chloroformisation chez les enfants.

M. MARJOLIN. Les statistiques d'accidents occasionnés par le chloroforme sont très-inexactes, parce que chacun n'a pas eu le courage d'avouer ses malheurs. Quoi qu'il en soit, la possibilité des accidents étant établie chez les enfants, je crois qu'il faut, avant tout, que l'emploi des anesthésiques soit bien justifié, lorsque nous nous en servons chez nos petits malades. Je trouve, pour ma part, que l'on a tendance à en abuser pour favoriser des manœuvres qu'un peu de patience rendrait praticables, ou pour faire de petites opérations fort peu douloureuses.

Dans le fait dont nous a entretenus M. Bouvier, il s'agissait de souder un enfant qui présentait une ouverture étroite du prépuce. Sans doute c'est une petite difficulté, mais elle se présente chez un bien grand nombre d'enfants. Faut-il donc soumettre au chloroforme les enfants auxquels on veut pratiquer le cathétérisme? Je ne saurais accepter une semblable pratique. Alors même qu'une infiltration vient allonger le prépuce, rendre son ouverture plus étroite, l'éloigner du méat urinaire, on arrive à faire l'opération en y mettant le temps et la patience nécessaires. Il n'y a rien de douloureux dans ces manœuvres; aussi je ne crois pas qu'elles nécessitent l'emploi des anesthésiques.

MM. LE FORT et PERRIN demandent la parole sur la question du chloroforme.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que, si des discussions importantes peuvent ainsi s'engager à propos du procès-verbal, l'ordre du jour des séances ne pourra plus être suivi.

Après des observations présentées par MM. Le Fort, Perrin, Legouest et Larrey, la Société décide, sur la proposition de M. Larrey, qu'une discussion sur les *accidents du chloroforme* sera inscrite à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

Si l'on applique cette mesure à propos de tous les faits qui éveillent l'attention de quelques membres de la Société, dit M. Larrey, on tiendra toujours en réserve des questions importantes. La Société les discutera à tour de rôle, et avec d'autant plus de profit que chacun aura été averti.

COMMUNICATION.

Recherches nouvelles sur l'étiologie des luxations congénitales de la hanche.

M. VERNEUIL. Je viens porter devant vous une question qui, après avoir jadis excité de vifs débats et provoqué d'importants travaux, semble aujourd'hui presque abandonnée; je veux parler des *luxations dites congénitales du fémur*. Mon intention n'est pas de reprendre leur histoire entière; il y a là des chapitres qui sont faits et bien faits, et des notions définitivement acquises que j'utiliserai sans chercher à les démontrer de nouveau. Je concentrerai mes efforts sur une partie qui me paraît obscure encore, c'est-à-dire sur l'étiologie. Après la localisation d'un mal, la connaissance exacte de la cause est à coup sûr l'élément le plus indispensable pour atteindre le but que nous avons tous en vue, la guérison. Or j'espère démontrer que l'infériorité de la thérapeutique, sur ce point, tient en grande partie aux idées erronées qui ont régné et règnent encore sur l'origine et le mécanisme de ce genre de déplacement. Si je remplis mon programme, j'aurai par le fait modifié le pronostic et ouvert au traitement une voie nouvelle et plus féconde.

Il faut bien le reconnaître, nous nous déchargeons du soin de ces malades sur les orthopédistes et les mécaniciens, sans y regarder attentivement. Si, appliquée à toute la compagnie, cette assertion paraissait irrespectueuse ou inexacte, je me contenterai de l'appliquer à ma propre personne. Quoique diverses présentations vous aient été faites à de longs intervalles, les luxations congénitales du fémur n'ont jamais été à l'ordre du jour de vos travaux. Si j'en excepte notre éminent collègue M. Bouvier, aucun de nous, à ma connaissance, n'a creusé le sujet, ni publié des recherches particulières. S'il en résulte quelques inconvénients, en revanche nous aurons l'avantage de ne point nous heurter contre des opinions préconçues et des théories inflexibles, exclusives et prétentieuses, voulant tout expliquer par des *a priori* transcendants, et ne daignant pas descendre à la modeste observation des faits.

Si les opinions que je vais vous soumettre recevaient votre assentiment, et si nous parvenions ensemble à découvrir les causes réelles de l'affection qui nous occupe, nous aurions, si je ne me trompe, ajouté un fleuron à la couronne déjà si riche de nos utiles travaux.

Je commencerai par exposer les faits qui ont attiré mon attention. Depuis quelque temps, j'ai vu beaucoup d'affections de la hanche; la plupart se rapportaient à la coxalgie, d'autres à l'arthrite sèche, quelques-unes à la sacro-coxalgie, à des altérations de l'os iliaque et même du rachis. Deux fois j'ai observé la contracture isolée des adducteurs, affection bizarre, peu connue, et dont je vous entretiendrai quelque jour. J'ai insisté après Brown, Robert et d'autres sur ces contractures péri-articulaires auxquelles pour la brièveté du langage j'ai laissé le titre très-contesté de coxalgie hystérique. Enfin, dans le cours de l'année 1864, j'ai vu un cas nouveau pour moi, et que je vais relater brièvement.

Un petit garçon du département des Ardennes, âgé de huit ans, maigre, de chétive constitution, était affecté depuis deux ou trois ans, au dire des parents, d'une claudication du membre gauche. L'enfant boitait faiblement, il se dandinait plutôt et oscillait de droite à gauche; cela ne l'empêchait point d'être très-leste, très-agile et très-enclin aux jeux de son âge; seulement, de temps à autre, le membre gauche fléchissait soudainement et l'enfant tombait sur le côté. Depuis quelques mois, ces chutes devenaient de plus en plus fréquentes, et quoiqu'elles n'aient encore causé aucun accident et ne soient accompagnées d'aucune douleur, elles inquiétaient les parents. L'examen fut fait avec le plus grand soin avec le concours de M. le docteur Duval, dans l'établissement duquel le petit malade avait été placé.

Dans la station debout, comme dans le décubitus dorsal, les membres avaient exactement la même longueur, et ne présentaient aucune déviation notable. Tous les mouvements passifs s'exécutaient dans les limites les plus étendues, sans provoquer ni douleur ni contracture. Toute idée de coxalgie ou de lésion inflammatoire aiguë ou chronique de la hanche fut donc rejetée.

Les seules particularités notables, surtout dans la station verticale, étaient un aplatissement, un amaigrissement considérable des parties molles de la hanche gauche, et conséquemment une saillie prononcée du grand trochanter, saillie qu'exagérait encore un léger degré d'adduction et de rotation en dedans.

L'attention concentrée de ce côté fit aisément reconnaître une atrophie manifeste des muscles fessiers, qui étaient mous, aplatis et singulièrement amincis; interrogés par l'électricité, ils répondaient lentement et faiblement à l'excitation, tandis qu'à droite ils réagissaient vivement et par leur contraction donnaient à la fesse la proéminence accoutumée. Je posai donc le diagnostic suivant : *atrophie des muscles fessiers, ayant pour conséquence la faiblesse du membre, le défaut de solidité de l'articulation et les chutes fréquentes.* Pour appuyer cette manière de voir, j'instituai quelques expériences qui la confirmèrent encore. Les mouvements volontaires d'extension et d'abduction de la cuisse sur le bassin préalablement fixés étaient faibles du côté gauche. L'enfant avait quelque peine à se maintenir en équilibre sur ce seul membre et à se relever verticalement quand la cuisse et la jambe étaient fléchis.

Je constatai de plus le relâchement de la capsule articulaire. En effet, lorsque, le sujet étant couché sur la hanche saine, je portais la cuisse malade dans la flexion forcée, avec adduction et rotation en dedans, et qu'en même temps je la poussais en arrière, il était facile de faire saillir le grand trochanter et, derrière lui, la tête fémorale qu'on sentait sans difficulté à travers la peau et la couche amincie des muscles fessiers. Avec ce diagnostic les indications paraissaient formelles. Nous instituâmes donc le traitement suivant : 1° électrisation quotidienne des muscles fessiers; 2° affusions froides générales et douches en jet vigoureux sur le bassin, et spécialement sur la fesse gauche; 3° traitement tonique.

L'exercice modéré était permis; l'enfant toutefois devait marcher avec précaution; ne point courir pour éviter les chutes; une ceinture, gênant la flexion et immobilisant jusqu'à un certain point la cuisse sur le bassin devait être portée par précaution, mais on n'en fit point usage. Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration fut manifeste: au bout de deux mois, la marche avait repris de l'assurance et la claudication à gauche avait disparu; les chutes, devenant de jour en jour moins fréquentes, avaient fini par cesser.

La région fessière du côté malade, sans avoir recupéré complétement sa forme et son volume, avait cependant plus de fermeté et de saillie. Les parents, très-satisfaits du résultat, remmenèrent l'enfant, dont je n'ai plus entendu parler.

En résumé, dans ce premier cas, deux choses surtout m'avaient frappé : la claudication d'une part, et de l'autre l'affaiblissement, l'atrophie des muscles fessiers; en attaquant directement la lésion, j'avais remédié aux symptômes. Je pris note de ce fait comme d'une curiosité, la paralysie isolée des fessiers n'ayant pas eu encore les honneurs de la description.

Quelques semaines à peine s'écoulèrent, et j'eus à retrouver des lésions identiques, mais à un degré bien plus prononcé.

Je vis aux environs de Paris, avec mon ami M. le docteur Recullez une enfant de cinq ans, d'une faible constitution et qu'on avait élevée à grand peine; elle avait marché tard et toujours mal; elle boitait du côté gauche et tombait très-souvent. Un premier médecin consulté n'avait rien trouvé d'anomal, un second avait soupçonné une coxalgie.

Voici ce que je trouvai à mon tour : d'abord nulle trace de coxalgie, tous les mouvements entièrement libres et très-étendus, aucune douleur dans la hanche, tout le membre est atrophié à un degré notable; il est plus court et ne touche le sol que grâce à l'abaissement du bassin de son côté, l'amaigrissement porte surtout sur la région de la hanche et sur la fesse; je retrouve ici la saillie du grand trochanter, qui proémine en raison de la disparition des masses musculaires qui l'entourent. En couchant l'enfant sur la hanche saine et en portant la cuisse gauche dans la flexion avec adduction et rotation en dedans, je fais saillir la tête sous les parties molles amincies et si, dans cette attitude, je pousse le fémur en arrière, en pressant sur le genou, la tête sort évidemment de la cavité cotyloïde; en ramenant la cuisse à la rectitude, la déformation disparaît, et la réduction se fait en s'accompagnant d'un léger bruit, ou tout au moins d'une sensation de ressaut nettement perceptible. Cette manœuvre n'étant point douloureuse, je la répète plusieurs fois de suite et la fais répéter à M. Recullez, à qui j'expose la théorie et le mécanisme de l'affection que nous avons sous les yeux, affection qui nous rend si bien compte de la claudication, de la débilité du membre et des chutes réitérées, et qui, sauf la gravité plus grande, offre la reproduction fidèle des symptômes observés chez le petit garçon des Ardennes.

Ici toutefois, les désordres étaient plus étendus : tout le membre était intéressé, car l'atrophie portait à la fois sur les parties molles et sur les os; mais aussi le mal était beaucoup plus ancien.

Influencé sans doute par la lecture récente de l'excellent travail de M. le docteur Laborde sur la paralysie de l'enfance (Paris, 1864), je n'hésitai point à reconnaître, dans le dernier fait, un exemple de cette affection. Je portai donc le diagnostic suivant : *Paralysie incomplète du membre inférieur gauche, avec atrophie de toutes ses parties constituantes; affaiblissement musculaire portant surtout sur le groupe pelvi-trochantérien; relâchement consécutif des moyens d'union de l'articulation coxo-fémorale.*

En conséquence, je prescrivis un traitement local, consistant en douches froides, frictions et massage, électrisation des muscles affaiblis; de plus, la tête sortant dans certaines attitudes et se réduisant dans l'attitude opposée, je conseillai un appareil empêchant absolu-

ment la flexion de la hanche et qui, par le fait, devait prévenir les chutes et atténuer la claudication.

Le docteur Recullez, qui avait admis ma manière de voir, se chargea de diriger l'emploi de ces moyens. Mais, sur ces entrefaites, une parente sceptique sans doute et mal convaincue par mes arguments, voulut faire voir l'enfant à un prince de la chirurgie parisienne, lequel prince, sans doute, ne vit pas les mêmes choses que moi, de même que j'avais vu différemment que mes prédécesseurs. Il n'adopta pas mes conseils, et ordonna simplement un traitement tonique qui déjà depuis bien longtemps était en usage.

M. Recullez, qui n'avait point été mis au courant de cette nouvelle intervention, en fut justement blessé et laissa faire, sans s'en mêler davantage. Il m'a appris seulement que l'enfant était toujours dans l'état où nous l'avions trouvé.

Jusqu'ici, je dois l'avouer, je n'avais point encore songé à la luxation congénitale, ni à ses relations avec les symptômes précédemment observés et décrits. Dans le premier cas, la tête du fémur était appréciable sous la peau ; dans le second, elle s'écartait du cotyle, mais enfin il n'y avait pas de luxation véritable, dans le sens que du moins on accorde à ce mot, c'est-à-dire qu'il n'y avait point *déplacement permanent* du fémur. Un nouveau fait vint m'ouvrir les yeux et me faire saisir le rapport jusque-là méconnu.

Un jeune garçon de onze ans, venu de Hollande, me fut conduit par ses parents. Né sain et bien conformé, il était arrivé jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans sans accidents notables ; à cet âge il avait été, paraît-il, pris de maladie aiguë avec convulsions. Après la guérison s'étaient montrés, en plusieurs régions du corps, des symptômes de paralysie musculaire, dont les traces sont aujourd'hui bien manifestes encore.

Les membres supérieurs ne sont point tout à fait indemnes, mais c'est aux inférieurs qu'existent les atteintes les plus nombreuses et les plus graves. Il y a d'abord un double varus-équin, puis à droite une atrophie du triceps crural, enfin à gauche une déformation plus complexe.

La cuisse abandonnée à elle-même dans le décubitus dorsal, ou lorsqu'on suspend l'enfant par les aisselles, se fléchit sur le bassin et se porte dans l'adduction et la rotation en dedans, le grand trochanter devient saillant, le pli inguinal plus profond ; la fesse est extrêmement aplatie et presque vide de parties molles ; le reste de la cuisse ne présente rien de particulier, sauf, à la partie interne, une saillie notable formée par les adducteurs. Cette attitude, au reste, n'est ni permanente ni volontaire ; elle semble résulter de l'action spontanée des adducteurs et du psoas auxquels les fessiers ne font plus équilibre, mais elle n'est maintenue par aucune contracture : rien ne s'oppose, en effet, à ce qu'on porte le membre dans toutes les positions même les plus extrêmes. Aussi, eus-je l'occasion de constater encore une fois l'effet de l'atrophie des fessiers sur la solidité de l'articulation coxo-fémorale, comme dans l'observation précédente. La flexion forcée, combinée à l'adduction et à la rotation en dedans, faisait saillir fortement la tête fémorale qui semblait alors flotter entre l'os iliaque et la peau.

En revanche, les mouvements volontaires étaient ou nuls ou extrêmement faibles. Tous ces désordres, réunis dans l'appareil musculaire des membres inférieurs, les rendaient tout à fait impropres à la station et à la marche. Aussi ces fonctions ne s'exécutaient que très-imparfaitement et à l'aide de béquilles d'abord, puis d'un double appareil mécanique entourant le bassin en haut, et maintenant en bas les deux pieds varus-équin.

M. Ferdinand Martin, qui depuis longtemps donnait ses soins à l'enfant, avait construit cet appareil. Comme plusieurs pièces étaient usées, on venait pour le renouveler, et chemin faisant on prenait mon avis pour savoir s'il n'y avait rien de mieux à faire.

J'offris de me trouver avec M. Martin pour lui soumettre quelques remarques sur la construction de l'appareil et sur l'ensemble du traitement. Ceci étant agréé, je me rendis chez M. Martin qui était déjà très-souffrant, et nous passâmes en revue tous les désordres indiqués plus haut. Arrivé à la hanche gauche, M. Martin me dit devant les parents qu'il existait de ce côté une luxation spontanée du fémur, qui ne faisait que s'accroître et pour laquelle il se proposait : 1° de soumettre l'enfant au repos dans le décubitus dorsal ; 2° de faire l'extension graduelle et prolongée pour distendre les muscles contracturés et raccourcis ; 3° de tenter ensuite la réduction quand les parties seraient préparées. Ce plan thérapeutique me causa beaucoup d'étonnement, et quand nous fûmes retirés pour conférer ensemble, je m'efforçai de faire comprendre à mon confrère : 1° qu'il n'y avait pas de luxation permanente ; 2° que la tête était dans la cavité cotyloïde lorsque le membre était dans l'extension ; 3° qu'il n'y avait donc pas lieu d'étendre, ni de réduire par la force ; 4° que nous avions sous les yeux un remarquable exemple de paralysie atrophique à localisation multiple ; 5° enfin qu'au point où en étaient les choses, on n'avait rien à espérer que de la prothèse pure et simple maintenant presque fixés les uns sur les autres les divers segments des membres inférieurs, et les remplaçant par des tiges articulées peu flexibles.

M. Martin, comme s'en souviennent peut-être ceux qui ont été en rapport avec lui, était un mécanicien fort habile, mais se montrait en général peu bienveillant pour les médecins qui chassaient sur ses terres. Il nous refusait toute compétence dans les questions orthopédiques et acceptait difficilement la contradiction sur ces questions. Il n'accepta point mes vues et s'étonnait surtout de me voir nier une luxation qu'il produisait si aisément dans la manœuvre indiquée. A quoi je répondais précisément que le déplacement était de son fait et n'existait pas dans le membre au repos, etc. La discussion s'anima et elle eût fini par devenir aigre si j'avais oublié qu'en somme mon confrère était âgé, malade et dans son propre domicile.

Revenu auprès des parents et prenant la parole, j'éludai de mon mieux les questions indiscrètes, après quoi je me retirai et ne consentis point à de nouvelles réunions, qui étaient frappées d'avance de stérilité.

Cependant cette controverse ne fut pas inutile ; la luxation avait été admise par M. Martin qui la croyait évidente. Je ne la constatais pas plus que dans les cas précédents, et je reconnaissais pourtant qu'elle était possible ; il y avait donc lieu d'ajouter une variété aux déplacements déjà décrits du fémur. En d'autres termes à la suite des luxations *permanentes* traumatiques, coxalgiques et congénitales, il fallait placer une lésion particulière, dans laquelle, suivant l'attitude donnée au membre, on pouvait à volonté déplacer et replacer, luxer et réduire, sans force et sans douleur, la tête fémorale. C'était, moins l'intervention de la volonté et de la contraction musculaire, quelque chose d'analogue à ce que font certains saltimbanques qui déboîtent et remboîtent la hanche à volonté.

Enfin, il était à noter que cette variété, qui suppose un relâchement très-étendu des moyens d'union, coïncidait avec l'amaigrissement extrême de la fesse et la paralysie plus ou moins complète des muscles fessiers. (*A suivre.*)

DISCUSSION.

Plusieurs membres de la Société désirant prendre la parole sur ce sujet, une discussion *sur les luxations congénitales* sera ouverte ; elle prendra rang après la discussion sur le chloroforme.

LECTURE.

Hypertrophie sénile de la prostate.

M. DEVALZ, médecin aux Eaux-Bonnes, ancien interne des hôpitaux de Paris, fait une lecture sur ce sujet et demande à être compris au nombre des candidats aux places de correspondants nationaux.

Commissaires : MM. Guyon, Broca et Tillaux.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 29 mai 1866, la gratuité des droits qui lui restent à acquitter au profit du Trésor à partir du 1er janvier 1866, pour l'achèvement de ses études (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude et diplôme), est accordé à l'étudiant ci-après dénommé, qui a été signalé pour son dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

M. Vidal, étudiant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, pour services rendus à Cassis (Bouches-du-Rhône).

— Le ministre de la guerre, sur l'avis du conseil de santé des armées, vient de décider qu'un exemplaire du dernier ouvrage de M. le docteur Scoutetten, intitulé : *Étude sur les trichines*, serait envoyé à chacun des principaux établissements hospitaliers de France.

— M. le docteur Adde Margras (de Nancy) vient d'être nommé membre de la Société royale de vaccine de Palerme.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, a recommencé, le lundi 4 juin à quatre heures, son cours préparatoire au deuxième de doctorat (troisième de fin d'année). Leçons pour le quatrième de doctorat. — 56, rue des Écoles.

Essai de pathologie et clinique médicales, contenant des recherches spéciales sur la forme pernicieuse de la maladie des marais, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la pneumonie, la thoracentèse chez les enfants, le carreau, etc., avec de nombreuses observations par M. H. GUINIER, professeur agrégé et ancien chef de clinique médicale à la faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8° de 570 pages. Prix : 8 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Traité de plessimétrisme et d'organographisme. Anatomie des organes sains et malades établie pendant la vie au moyen de la percussion médiate et du dessin, par M. P. A. PIORRY, professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Paris, etc. Un très-fort vol. in-8°, avec près de 100 planches dans le texte. Prix : 15 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 69. — JEUDI 14 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 14 JUIN 1866. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JUIN 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Une lecture de M. J. Guérin, une communication de M. Woillez, des présentations d'ouvrages ont rempli une partie de la séance qu'un comité secret devait abréger.

M. J. Guérin veut faire triompher la méthode sous-cutanée de tous les doutes même légitimes que plusieurs de ses applications ont fait naître. Il revient avec persévérance à ce sujet favori. Le lecteur verra plus loin la nouvelle opinion qu'a émise l'honorable académicien.— Dr Armand Després.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De l'état fébrile chez les vieillards.

(Leçon recueillie par M. le docteur BALL.)

Messieurs,

Dans la dernière séance, je me suis efforcé de faire ressortir le cachet particulier que la vieillesse imprime à toutes les manifestations morbides. Je m'étais principalement appuyé sur les données physiologiques; aujourd'hui, nous allons poursuivre cette étude, en nous maintenant exclusivement sur le terrain de la clinique.

Non-seulement il existe pour le vieillard des immunités spéciales, et des prédispositions pathologiques inconnues à l'adulte; mais encore nous voyons chez lui cette réaction générale, que nous sommes habitués à rencontrer en présence de la maladie, subir une transformation complète. A cette époque de la vie, les organes semblent rester, en quelque sorte, indépendants les uns des autres; ils souffrent isolément, et les diverses lésions dont ils peuvent devenir le siége ne retentissent guère sur l'ensemble de l'économie. Aussi les désordres les plus graves se traduisent-ils par des symptômes peu accentués : ils peuvent même passer inaperçus, et c'est dans l'âge sénile qu'on observe le plus grand nombre de maladies latentes.

Messieurs, ce point de vue est assez important en pratique pour mériter d'être mis en relief; je vais donc vous en signaler quelques exemples appropriés.

Laissons de côté, pour le moment, l'étude des signes physiques, dont l'importance est d'ailleurs si grande à tous les égards; oublions les difficultés que présentent l'auscultation et la percussion chez les sujets âgés; nous aurons plus tard l'occasion d'y revenir. Occupons-nous seulement de ces phénomènes de réaction sympathique, dont l'absence souvent absolue est bien faite pour nous étonner.

Prenons d'abord pour exemple l'une des affections les plus fréquentes dans cet hospice; nous voulons parler de la gravelle biliaire, qui détermine habituellement chez l'adulte des phénomènes généraux d'une si grande intensité. Vous connaissez le tableau formidable de la colique hépatique qui se présente avec un cortége de symptômes effrayants qu'il est impossible d'oublier, lorsque une fois on en a été témoin. Eh bien ! vous apprendrez avec surprise que, chez le vieillard, il est souvent difficile de reconnaître ces symptômes amoindris; c'est tout au plus si nous trouvons un peu de pesanteur à la région du foie, quelques vomissements, un peu de jaunisse, parfois du délire, des symptômes cérébraux, plus aptes à nous induire en erreur, qu'à nous éclairer sur la nature de la maladie.

Si les conduits biliaires, distendus par le passage des calculs, se montrent si peu disposés à provoquer une réaction d'ensemble, il en est de même des conduits excréteurs des reins qui peuvent subir, presque sans douleur, le contact des graviers urinaires; aussi, les vives douleurs de la colique néphrétique sont-elles presque inconnues chez nos vieillards. Dans un autre ordre d'idées, nous voyons le diabète se présenter, chez les sujets d'un âge avancé, avec des symptômes fort différents de ceux qui le caractérisent chez l'adulte. Les urines, souvent peu abondantes, ne renferment de glucose que d'une manière intermittente (Benes Jones); et la soif, cet indice accusateur, qui nous met le plus souvent sur la voie du diagnostic, aux autres périodes de la vie, peut manquer complétement chez le vieillard.

Après avois constaté de pareils faits, vous apprendrez sans étonnement, que le cancer de l'estomac et du foie, ainsi que la tuberculisation pulmonaire, peuvent rester, à l'état latent pendant tout le cours de leur développement : ce sont là des surprises que l'autopsie nous réserve assez souvent.

Mais c'est surtout dans la pneumonie lobaire, si fréquente dans cet hospice, que nous rencontrons d'une manière frappante cette absence presque complète de signes généraux. Nous nous contenterons de citer à cet égard un passage extrait de l'important mémoire de MM. Hourmann et Dechambre (1).

« Les vieilles femmes, disent-ils, ne se plaignent même pas de malaise, personne dans leurs dortoirs, ni surveillants, ni filles de service, ni voisines, n'aperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent, font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis elles se sentent un peu fatiguées, se penchent sur leur lit, et expirent. C'est là une des *morts* dites *subites*, de vieillesse, à la Salpêtrière. On ouvre les cadavres et l'on trouve une grande partie du perenchyme pulmonaire en suppuration. »

Ces récits ne paraissent-ils pas bien étranges! Est-ce à dire cependant que les lois, qui régissent chez l'adulte le rapport des symptômes aux lésions, soient complétement interverties chez le vieillard? Non, sans doute; il y a lieu de faire remarquer, tout d'abord, que les faits de ce genre, s'ils ne peuvent être révoqués en doute, doivent être considérés toutefois comme exceptionnels. Ils ne sont pas d'ailleurs complétement étrangers à la pathologie ordinaire. La pneumonie reste parfois latente chez l'adulte, dans certaines conditions particulières de l'organisme, et plus spécialement chez les ivrognes. On peut rapprocher de ce type plusieurs autres affections graves; ne sait-on pas, par exemple, que la variole hémorrhagique peut revêtir au début, des apparences favorables, qui sont brusquement démenties par la terminaison fatale! Mais c'est surtout dans le groupe des fièvres pestilentielles qu'on peut constater des faits analogues. C'est ainsi que dans la *fièvre jaune épidémique*, dans la *peste* et dans le *typhus*, il est des cas où l'atteinte profonde de l'organisme ne se révèle par aucun symptôme qui puisse faire pressentir la gravité du mal. Ici, le pouls paraît naturel ou peu s'en faut, la langue est nette, la peau est fraîche ou légèrement chaude dans la région de l'estomac et du foie; l'esprit est libre, les forces sont conservées. Mais tout à coup apparaissent les vomissements noirs, et la mort survient inopinément. Un médecin américain, Caldwell, auquel on doit un bon traité de la fièvre jaune, a désigné sous le nom de *Walking cases* (cas ou l'on marche), expression pittoresque mais à peu près intraduisible dans notre langue, ces cas insidieux dans lesquels on voit des gens frappés à mort se croire à peine malades, et continuer à vaquer à leurs affaires jusqu'aux derniers moments de leur existence.

Ces formes insidieuses ne sont pas exclusivement propres à la pathologie sénile; mais si nous laissons de côté ces cas peu fréquents pour n'envisager que ceux de la clinique ordinaire, nous sommes amenés à reconnaître, qu'en règle générale, il existe chez le vieillard un défaut de corrélation entre la lésion locale et l'appareil des symptômes généraux. Pareille chose existe chez l'enfant, ainsi que l'a fait remarquer ingénieusement Gillette (2), mais c'est en sens inverse. A cet âge les réactions sont pour ainsi dire exagérées, tumultueuses, et le trouble violent des fonctions est loin de prouver un mal grave. Chez le vieillard au contraire, l'organisme reste pour ainsi dire impassible devant les altérations les plus graves. C'est donc par défaut que pèchent ici les réactions, et le médecin doit redoubler d'attention et tenir compte des moindres indices, s'il veut ne pas se laisser surprendre par des accidents complétement imprévus.

Mais il est temps de quitter le point de vue très-général auquel nous venons de nous placer, pour aborder enfin la question qui doit plus spécialement nous occuper aujourd'hui. Nous voulons étudier l'état fébrile chez le vieillard, comparé sous ce rapport à l'enfant et à l'adulte; et pour donner plus de précision aux idées que nous allons exposer, nous choisirons pous type la pneumonie lobaire, cette affection fébrile au plus haut degré, et commune à tous les âges de la vie. Son évolution nous permettra de constater les déviations qui peuvent être imprimées par la vieillesse, à l'un des principaux symptômes de la plupart des affections aiguës.

La fièvre, dit Gillette (p. 874) dans un passage où il s'est fait l'écho de l'opinion exprimée par tous les auteurs spéciaux qui l'ont précédé, la fièvre se caractérise chez les vieillards par l'accélération du pouls et la sécheresse de la peau, sans que l'augmentation de la température soit bien sensible. Il fait observer ensuite que le frisson initial s'accuse à peine ou fait complétement défaut ainsi que les sueurs. Les autres phénomènes accessoires de l'état fébrile sont tous, suivant le même auteur, plus ou moins profondément modifiés. En somme, la description qu'il en présente offre un contraste saisissant avec ce que nous savons de l'appareil fébrile envisagé aux autres âges de la vie. Ce tableau est-il exact, représente-t-il fidèlement la vérité? Nous devons convenir qu'il ne nous satisfait pas d'une manière absolue. Mais pour justifier nos restrictions, il devient nécessaire d'entrer dans une digression préalable.

Qu'est-ce que la fièvre? qu'entend-on par état fébrile?

Il est à peine nécessaire de vous prévenir, messieurs, que la définition que nous allons chercher sera toute descriptive, et que nous n'avons nullement la prétention de pénétrer la nature intime du phénomène que nous voulons caractériser.

Au temps d'Hippocrate, à l'époque où l'on ne pratiquait pas encore l'exploration du pouls, l'élévation de la température constituait le seul et unique élément de la fièvre. C'est ce dont témoigne suffisamment la définition de Galien *calor præter naturam* (1), telle est pour le grand médecin la caractéristique de l'état fébrile. La tradition, pendant une longue série de siècles, a respecté l'opinion de Galien; mais elle s'est altérée par la suite, et nous voyons Boerhaave, dominé par les idées iatromécaniques qui prévalaient de son temps, déclarer que « l'accélération du pouls est le seul symptôme qui, dans la fièvre, se retrouve toujours présent, du commencement à la fin, et qui seul suffit pour faire reconnaître au médecin la présence de la fièvre (2). » La question, depuis cette époque, a été reprise maintes fois, et résolue dans des sens bien divers; mais il faut reconnaître qu'aujourd'hui, le témoignage unanime des travaux modernes s'est prononcé en faveur de l'opinion acceptée par l'antiquité. Il a été reconnu et proclamé de toutes parts que l'exaltation de la chaleur animale est bien le fait fondamental de l'état fébrile. Parmi les autres phénomènes qui l'accompagnent le plus ordinairement, il n'en est aucun, pas même l'accélération du pouls, qui se montre d'une manière aussi constante, aussi obligatoire. La fièvre n'existe pas lorsque la température reste au taux normal, et la fréquence du pouls peut atteindre les dernières limites sans qu'il y ait aucun mouvement fébrile. Qu'il nous suffise de citer l'extrême surexcitation du système circulatoire, observée dans certains cas de palpitations artérielles et en particulier dans la cachexie exophthalmique et l'hystérie. Peut-on dire d'un autre côté qu'il y ait fièvre toutes les fois que la température s'élève? c'est là un point sur lequel il n'est guère possible de se prononcer aujourd'hui. Nous voyons en effet la chaleur du corps s'élever dans des cas étrangers à toute réaction pyrétique : dans le tétanos, dans la chorée et dans le choléra, surtout au moment de l'agonie; elle peut alors atteindre 42 ou 43 degrés. Il y a là, sans doute, un élément qui nous échappe; toujours est-il que l'accroissement de la chaleur animale domine ici tous les autres symptômes, et peut même servir, dans bien des cas, à mesurer l'intensité de la fièvre.

C'est l'emploi méthodique d'un moyen d'exploration inconnu aux anciens, qui a contribué pour la plus grande part à fixer définitivement nos idées à cet égard. Nous avons nommé la thermométrie clinique. Bien que les critiques ne lui aient pas été épargnées, ce moyen d'exploration a fait aujourd'hui son chemin, et l'on peut prévoir que le temps n'est pas loin où son emploi sera généralement répandu dans la clinique usuelle.

On dit que le célèbre Hollandais Swammerdam a eu le premier, au XVIIe siècle, l'idée d'apprécier avec le thermomètre la chaleur des malades (3). Depuis lors, plusieurs médecins se sont livrés à ce genre d'observations. En 1754, de Haen appelait l'attention de ses élèves sur la nécessité de substituer l'emploi du thermomètre à l'application de la main, dans l'appréciation de la température du corps; on lui doit la constatation d'un fait important et auquel nous ferons allusion bien des fois, parce qu'on l'observe très-fréquemment dans la clinique du vieillard; c'est qu'au moment même où la peau des fébricitants est pâle, violacée et refroidie, par suite de la contraction des vaisseaux capillaires superficiels, la température du sang s'élève de plusieurs degrés au-dessus du taux normal; et cela non plus d'une manière passagère, comme dans le frisson initial de la fièvre, mais d'une façon pour ainsi dire permanente et qui persiste pendant toute la durée de l'état fébrile.

(1) *Archives de médecine*, 1836, t. XII, p. 57.
(2) *Maladies de la vieillesse*, p. 873.

(1) *De Différent. febrium*.
(2) Aphorisme 570.
(3) Requin, t. I, p. 91.

John Hunter est, dans le siècle passé, à peu près le seul auteur qui ait répondu à cet appel. Mais, de nos jours, les travaux de Gavarret (1839), de Bouillaud, de Monneret et de quelques autres médecins français, ceux surtout de Roger (1844) ont fait pressentir toute la portée clinique de ce moyen d'investigation. Mais c'est en Allemagne, et dans ces dernières années seulement, que de véritables progrès ont été réalisés à cet égard. On peut dire sans exagération qu'entre les mains de Bærensprung, de Traube, de Michaël, de Wunderlich surtout, la thermométrie clinique a subi une transformation radicale. Il ne s'agissait plus, en effet, de constater que la température s'élève de plusieurs degrés dans la fièvre, ni d'en apprécier l'intensité suivant les espèces morbides, il fallait suivre le phénomène jour par jour, heure par heure pour ainsi dire, depuis son origine jusqu'à sa terminaison définitive, dans les diverses phases de son évolution et en consigner jusqu'aux oscillations les plus minimes; montrer que les tracés graphiques obtenus par cette exploration méthodique, fournissent pour chaque espèce de maladie des types constants, avec des variantes qui correspondent aux circonstances les plus importantes de ces maladies; car ainsi seulement on pouvait établir que ces tracés ont une réelle importance dans la clinique, qu'ils permettent, — mieux peut-être que tout autre procédé, — de suivre la marche du processus morbide et d'en reconnaître les diverses péripéties, qu'ils ne peuvent, par conséquent, manquer de fournir des indications précieuses tant pour le diagnostic que pour le pronostic. Il fallait montrer enfin que les courbes thermométriques se modifient d'après certaines règles, d'après certaines lois, suivant que la maladie a été abandonnée à elle-même, ou traitée par l'emploi méthodique de tel ou tel agent médicamenteux; car il était permis d'espérer que l'expérimentation thérapeutique trouverait, dans l'emploi de cette méthode, un *criterium* d'une précision presque mathématique.

Telle est la tâche complexe que se sont imposés les auteurs allemands que nous venons de citer, et s'ils n'ont pas toujours atteint le but, on serait profondément injuste de ne pas reconnaître au moins qu'ils ont semé de nombreuses vérités sur leur chemin.

On paraît l'avoir enfin compris tant en France qu'en Angleterre, et plusieurs médecins de ces deux pays ont déjà suivi nos confrères d'outre-Rhin, dans la voie qu'ils ont tracée.

Nous nous sommes appliqué, depuis près de trois ans, à reproduire, aussi souvent que cela nous a été possible, chez les vieillards placés sous notre direction dans cet hospice, les observations cliniques dont il s'agit; on s'était généralement borné jusqu'ici à pratiquer la thermométrie chez les enfants et les adultes. Les résultats que nous avons obtenus nous permettront de vous présenter quelques considérations sommaires sur les modifications que subit, dans l'âge sénile, la température pendant l'état fébrile aux différentes phases de son évolution, et de comparer, sous ce rapport, cet âge avec les autres périodes de la vie. Mais nous aurons surtout à cœur de vous montrer tout le parti qu'on peut tirer de la thermométrie dans la clinique des vieillards. Il est à peine nécessaire de rappeler ici que c'est sur la fièvre concomitante de la pneumonie lobaire que porteront surtout nos descriptions; nous ferons allusion cependant plusieurs fois aux autres formes de l'état fébrile.

SUR LES TUMEURS INTRA-OCULAIRES,

Par le Dr X. Galezowski.

(Leçon lue à l'École pratique de la Faculté de Paris.)

L'étude des tumeurs internes de l'œil a fait dans ces dernières années des progrès d'une haute importance. Grâce aux investigations ophthalmoscopiques, nous avons aujourd'hui la possibilité de les diagnostiquer dès leur naissance, de préciser leur siége et de définir exactement leur nature. Cette précision de diagnostic acquiert une importance capitale, surtout si on se rappelle les relations intimes qui existent entre le cerveau et la rétine, relations qui nous permettent souvent, d'après l'ordre et la nature de l'altération, d'augurer de l'affection cérébrale elle-même.

On remarque dans les membranes internes de l'œil trois sortes de tumeurs : les unes naissent dans la rétine et le nerf optique, les autres dans la choroïde, et les troisièmes sont celles qui, développées d'abord en dehors de la coque oculaire, la perforent ensuite pour envahir successivement la rétine et la choroïde. N'ayant pas à nous occuper actuellement des tumeurs de l'orbite, nous allons développer la pathogénie des néoplasmes qui apparaissent primitivement dans une des membranes profondes de l'œil.

Tumeurs de la rétine. — D'après M. Virchow (1) on rencontre le plus souvent dans la rétine deux sortes de tumeurs : les gliomes et les gliosarcômes. Le glioma est une néoplasie caractérisée par une hypertrophie du tissu cellulaire affectant la forme d'une tumeur et occupant primitivement les couches externes de la rétine. Le gliosarcôme, pour M. Virchow, ne diffère de glioma que par la grandeur et la forme des cellules. Ainsi dans le glioma les cellules morbides et leurs noyaux ne doivent pas dépasser les dimensions des éléments normaux de la couche granuleuse de la rétine; tout au contraire, les cellules constituant le gliosarcôme sont plus volumineuses, fusiformes, leurs noyaux sont fortement développés et quelquefois multiples. L'une et l'autre de ces tumeurs peuvent se ramollir, se vasculariser, remplir rapidement la coque oculaire, la perforer et présenter extérieurement tous les signes d'un fongus de l'œil. Comme on le voit, il serait difficile d'établir une différence entre les formes du glioma et du gliosarcôme au point de vue clinique: c'est pourquoi nous ne pouvons pour le moment les ranger que dans une seule et même classe morbide. Dans la seconde classe nous rangeons les encéphaloïdes de la rétine ou fongus hématode de Wardrop. Celles-ci sont, d'après Virchow, beaucoup plus rares, leur marche est plus insidieuse, et elles tendent à envahir et à détruire les parties voisines. L'encéphaloïde de la rétine ne s'étend pas seulement dans la membrane nerveuse où il a pris naissance, mais il gagne presque en même temps la choroïde et la sclérotique sous-jacentes, perfore cette dernière et se porte dans la cavité orbitaire quelquefois même bien avant qu'il ait rempli la coque oculaire. Il est ordinairement plus mou et plus sanieux que les autres tumeurs, il infecte par infiltration les membranes sous-jacentes et les détruit ensuite. C'est cette forme surtout de cancer qui agit profondément sur la nutrition non seulement de l'organe atteint, mais de l'organisme tout entier et développe une altération constitutionnelle que nous appelons cachexie cancéreuse. Pour ces tumeurs il n'y a pas de ressource, de l'œil elles se portent dans l'orbite, puis dans la cavité crânienne et tuent tôt ou tard l'individu. La récidive après l'opération est la règle.

Je me rappelle avoir assisté en 1864 à une opération d'extirpation d'un encéphaloïde de l'œil, pratiquée à la clinique de M. Nélaton par M. Houel son suppléant. L'œil n'était pas encore perforé en avant, il y avait une cataracte; mais la tumeur de la rétine avait détruit la sclérotique et envahi une partie du tissu cellulaire de l'orbite. Après l'opération l'œil se cicatrisa rapidement; mais trois mois après le malade revint de nouveau à la clinique de M. Nélaton, présentant une tumeur volumineuse de l'orbite accompagnée d'un engorgement des ganglions lymphatiques parotidiens. Le célèbre chirurgien de la Faculté avait diagnostiqué une tumeur encéphaloïde et prédit une issue funeste. Selon M. Nélaton il n'était plus temps de faire aucune opération. Le malade mourut bientôt.

Sur le nombre considérable d'observations des tumeurs malignes du globe de l'œil que possède la science, et surtout celles de Hunter (1), Wardrop (2), Robin et Sichel (3), Lebert (4), plusieurs étaient évidemment des tumeurs encéphaloïdes.

Les tumeurs de la rétine se développent le plus souvent dans l'hémisphère postérieur de l'œil; les gliomes et les gliosarcômes peuvent pourtant naître à une certaine distance de la papille, même à la région équatoriale de l'œil, ainsi qu'il nous a été donné de l'observer cette année chez une malade du service de M. Vigla. Quant aux tumeurs encéphaloïdes, c'est le plus souvent du nerf optique que le mal prend naissance, comme le remarque M. Mackenzie (5).

Symptômes. — Dans la période du début de la maladie, la forme extérieure de l'œil n'est point changée, et on peut facilement en examiner l'intérieur à l'ophthalmoscope. Les gliomes et les gliosarcômes se présentent sous forme de taches rougeâtres plus ou moins volumineuses, situées sur le trajet des branches principales des vaisseaux de la rétine. Ces taches sont arrondies et avec des contours bien circonscrits et bien tranchés, ce qui les distingue des taches rouges apoplectiques et ecchymotiques. Les vaisseaux, et surtout les branches de l'artère centrale de la rétine qui aboutissent à ces taches sont excessivement développés, flexueux et à parois épaissies. La papille est œdématiée ou simplement injectée. Lorsqu'il s'agit de tumeur encéphaloïde, on aperçoit dans le fond de l'œil un corps jaunâtre réfléchissant la lumière, et qui pousse constamment en avant et entraîne, dès le début, un décollement de la rétine partiel ou total. Consécutivement à ces désordres, il se déclare une dilatation et immobilité de la pupille. Dans d'autres cas l'iris s'enflamme, la pupille se couvre d'exsudations, le cristallin s'opacifie et on ne peut plus rien distinguer dans le fond de l'œil. On aura donc tantôt les signes externes de l'iridochoroïdite, tantôt l'aspect extérieur du glaucôme. Le malade accuse des douleurs lancinantes de plus en plus fréquentes, l'œil devient rouge, la chambre antérieure diminue, il y a de l'hyphéma, l'œil augmente de volume et la perforation a lieu.

Diagnostic différentiel. — La première forme des néoplasmes (gliomes et glisarcômes) peut être confondue à l'ophthalmoscope avec les taches apoplectiques ou les exsudations rétiniennes. Mais les apoplexies ont un autre aspect, elles présentent ordinairement des contours irréguliers et qui s'effacent indistinctement sur le fond rouge de l'œil, tandis que celles-là ont des contours franchement accusés. Les exsudations rétiniennes n'ont ni la couleur rougeâtre que présentent ces tumeurs, ni les contours limités. Mais ce qui constitue un signe distinctif et pathognomonique des tumeurs rétiniennes, c'est le développement monstrueux des artères qui aboutissent à ces taches. Aucune autre maladie ne peut présenter ce phénomène.

Nous croyons utile de rapporter ici le résumé d'une observation recueillie dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, en renvoyant nos lecteurs pour les détails de cette observation des plus intéressantes à la communication faite par M. Aimé, interne du service à la Société des médecins des hôpitaux.

Madame O..., âgée de vingt-huit ans, entra dans le service de M. Vigla, salle Sainte-Monique, n° 22, à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de maux de tête très-violents et de vomissements continuels. Elle est sourde surtout de l'oreille droite, présente une paralysie incomplète de la septième droite, accuse une sensibilité exagérée de la face gauche, et en même temps elle est complétement aveugle. L'œil gauche se perdit il y a trois ans. M. Duchenne, qui l'avait examinée à cette époque, déclare avoir vu au fond de l'œil des taches rouges sur la rétine. Actuellement il y a une cataracte adhérente. L'œil droit paraît être atteint depuis trois mois. La pupille est légèrement dilatée et immobile. L'examen ophthalmoscopique que nous avons fait en présence de M. Vigla et de M. le professeur Dolbeau, de l'interne et des externes de service, nous a permis de constater l'état de l'œil suivant: la papille était légèrement infiltrée et ses contours troubles; le nombre des vaisseaux de la papille n'était pas augmenté, mais deux branches principales de l'artère centrale se rendant en bas et une branche supérieure étaient excessivement développées; à mon ophthalmoscope elles apparaissaient de la grosseur d'une plume de pigeon. Ces trois branches étaient excessivement sinueuses et aboutissaient à des taches rouge mat, dont une avait les dimensions d'un gros pois, et les deux autres le volume double de la papille.

Ces taches avaient des contours franchement circonscrits et différaient complétement des taches apoplectiques. Elles n'avaient pas davantage le caractère d'exsudations, ni la couleur, ni la forme n'y ressemblaient; au contraire, le développement considérable des vaisseaux aboutissant à ces taches faisait supposer qu'il y avait une affection plus chronique de la nature d'une tumeur siégeant dans la rétine, d'autant plus qu'il y avait une légère saillie apparente à la surface. La papille n'était pas atrophiée, et son infiltration n'était non plus, que vers les derniers jours, sensiblement prononcée.

Prenant en considération les signes de la tumeur cérébrale, que nous avons rapportés d'après les signes de l'affection de la septième et huitième paire aux pédoncules cérébelleux, comparant les faits observés par M. Duchenne, dans l'œil gauche, à l'origine de l'affection, nous avons cru rapporter la nature de l'affection à la même cause constitutionnelle qui a produit, indépendamment, des altérations d'abord dans la rétine gauche, puis dans le cervelet, puis dans la rétine droite.

Il n'y a pas là de propagation progressive de l'altération de la tumeur cérébrale, puisque, comme je viens de le dire, le nerf optique n'était point atrophié, et il n'y avait pas non plus de névrite bien accusée si ce n'est vers les derniers jours. Il m'a semblé que la perte complète de la vue n'était pas due à l'affection rétinienne, puisque dans ce cas on aurait encore au moins une partie de la lumière conservée; mais l'amaurose était due à l'altération des tubercules quadrijumaux que nous avons très-bien constatée avec M. Hemey. L'observation m'a démontré, en effet, que, dans les altérations des tubercules optiques, la vue peut être abolie sans qu'il y ait de désordres appréciables à l'ophthalmoscope dans les papilles.

Dans la période plus avancée de la maladie, les tumeurs de la rétine pourraient être confondues avec un décollement étendu de la rétine, et la collection purulente dans le corps vitré. Rien n'est plus facile que d'établir le diagnostic entre ces différentes altérations. Un décollement de la rétine se déclare ordinairement d'une manière très-brusque et, à moins qu'il ne soit complet, il y a toujours possibilité de retrouver les autres signes de cette altération. La partie flottante de la rétine présente une teinte opaline et elle est à demi translucide, la tumeur au contraire ne peut être éclairée d'aucune façon. Les douleurs lancinantes, la dureté de l'œil, et ce reflet caractéristique du fond de l'œil visible à l'œil nu, signe sur lequel insiste avec tant de justesse M. Nélaton, sont propres aux encéphaloïdes de la rétine.

Une collection de pus entre la rétine et la membrane hyaloïde par suite de l'ophthalmie interne a été confondue avec l'encéphaloïde; mais comme le dit M. Desmarres père, il y a dans ces derniers cas une atrophie de l'œil, ce qui n'existe pas dans les tumeurs malignes.

Tumeurs de la choroïde. — Les tumeurs de la membrane vasculaire de l'œil diffèrent sensiblement de celles de la rétine. Ici on ne trouve point de simples gliomes ni d'encéphaloïdes primitivement développés, mais c'est surtout des tumeurs fibro-sarcômateuses et des cancers mélaniques ou mélanose de Laënnec. Les deux formes des tumeurs ont pour leur point de départ la région ciliaire, comme il nous a été possible de le constater avec l'ophthalmoscope. La science possède aujourd'hui quelques cas très-intéressants de tumeurs fibro-sarcômateuses du cercle ciliaire. L'une d'elles a été décrite par M. Dor, dans les *Archives für ophthalm.* de M. Graefe, t. IV, al. 2, p. 244. La tumeur était compliquée dès le début d'un décollement de la rétine, d'une opacification du cristallin, ce qui n'a pas permis de donner des signes ophthalmoscopiques positifs. Mais une fois l'œil énuclé, on a pu constater l'existence d'une tumeur fibro-sarcômateuse. Un autre cas de même genre fut rapporté par M. Graefe lui-même (1). Nous avons décrit un cas très-remarquable de tumeur fibro-plastique ou myéloplaste située dans la région ciliaire, qui avait envahi successivement tout le fond de l'œil, rendu le cristallin opaque et amené tous les signes de la compression interne quasi glaucômateuse (2). Des cas analogues se trouvent rapportés par Hulke (3), Jacobs (4) et Klebs (5). Ces faits et quelques autres observés récemment dans notre clientèle particulière, nous permettent de donner quelques indications pratiques relatives à leur mode d'évolution.

(1) *Die Krankhaften Geschwülste*, t. II, liv. I, p. 151, 1865.

(1) *Medical obs. and. Inquiries*, vol. III, p. 120. London, 1767.
(2) *Observations on Fongus haematodes*. Edinburgh, 1809.
(3) *Iconographie*, Sichel, pl. LXI, fig. 14.
(4) *Traité pratique des maladies cancéreuses*, 1851.
(5) *Traité pratique des maladies des yeux*, traduit par Testelin et Warlomont, t. II, p. 281.

(1) *Archiv. f. ophthalm.*, t. VII, a. 2, p. 41.
(2) *Moniteur des sciences*, 1860.
(3) *Ophthalmic hospit. reports*, n° 3, p. 279.
(4) *Klinische monatsblätter*, 1863.
(5) *Archiv. f. pathol. anat.*, Berlin, 1862, p. 387.

Signes ophthalmoscopiques. — C'est ordinairement dans la région ciliaire qu'apparaît la tumeur, elle forme une saillie globulaire derrière le cristallin. D'abord elle est peu prononcée et se trouve complétement derrière l'iris, mais bientôt elle approche du centre du cristallin et intercepte l'entrée des rayons lumineux. Il y a alors abolition de la vision centrale ainsi que disparition du champ visuel du côté opposé à celui où se trouve la tumeur. A l'éclairage oblique, on constate la présence d'un corps jaunâtre derrière le cristallin, à sa surface on aperçoit aussi des vaisseaux. L'éclairage direct avec le miroir fait voir le même corps tout à fait opaque et qui est délimité par une ligne circulaire bien franchement accusée. Le reste du fond de l'œil peut être quelquefois clair et net, mais le plus souvent il y a un décollement de la rétine. Bientôt cette tumeur remplit le fond de l'œil, repousse le cristallin et l'iris en avant, comprime les nerfs ciliaires et amène tous les signes du glaucôme. Souvent dans cette période il survient une injection très-prononcée de la sclérotique dans le point correspondant au point d'implantation de la tumeur, et il y a dans ce cas une adhérence de ce néoplasme avec la sclérotique, ou bien une dégénérescence commençante de cette dernière membrane.

Le *cancer mélanique* prend naissance aussi dans la région ciliaire, mais il apparaît très-souvent simultanément sur plusieurs points de la choroïde, ce qui rend sa marche plus insidieuse. Ces tumeurs ont une tendance à s'étendre en largeur et à ronger, pour ainsi dire, de proche en proche la choroïde, elles perforent la sclérotique et envahissent ensuite le tissu conjonctif.

La substance de ce cancer est remplie de cellules de pigment brun souvent hypertrophié, et qui s'interpose entre les cellules propres du stroma. La nature de ces tumeurs ne diffère en rien d'autres formes de tumeurs, elles sont, croyons-nous, tout aussi malignes que les autres. Et il nous semble difficile d'admettre avec MM. Sichel (1) et Lebert (2), que la mélanose simple n'est pas cancéreuse par elle-même, et qu'elle ne devient une tumeur maligne que lorsqu'elle est compliquée d'une tumeur cancéreuse. Cette affection est tout aussi maligne que les autres tumeurs cancéreuses, et les récidives sont, d'après MM. Stoeber (3) et Holmes Coote (4), presque la règle.

Il est vrai que cette affection paraît être très-fréquemment bénigne chez les chevaux ; mais nous pensons avec M. Demarquay que, même en supposant son existence, la mélanose oculaire non cancéreuse doit être rare chez l'homme (5). C'est pourquoi le pronostic doit être fait en rapport avec la gravité de l'affection elle-même. Enlever le plus tôt possible l'œil atteint de la tumeur, tel est le devoir du chirurgien et la seule conduite à tenir en face d'une affection aussi dangereuse que la tumeur interne de l'œil, de quelque nature qu'elle soit.

NOUVEAU CAS D'IMPERFORATION DE L'HYMEN,

Par le docteur Du Temps.

Puisque le docteur Perrin, dans le numéro 50 de la *Gazette des hôpitaux*, après avoir publié deux intéressantes observations d'imperforation de l'hymen, semble inviter ses confrères à lui faire connaître les nouveaux cas qu'ils auraient rencontrés dans leur pratique, je m'empresse de lui adresser l'observation suivante qui, si je ne me trompe, offre de l'intérêt au point de vue scientifique.

Le 18 janvier 1862, je fus appelé à Saint-Michel, près Fontenay (Vendée), pour donner mes soins à Marie V..., âgée de dix-neuf ans.

Cette jeune fille de la classe ouvrière, brune, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez forte, me raconte que, depuis deux ans, elle souffre, de temps à autre, de douleurs de reins dont l'intensité ne fait que s'accroître. Ses douleurs ne revenaient point, dans le principe, à des époques déterminées ; seulement, depuis un an, elles paraissent tous les mois à époque fixe. Dans l'intervalle de ces périodes de souffrance, la malade se plaint d'éprouver une pesanteur fort incommode du côté du bas-ventre. Ses règles n'ont jamais paru. Il y a des difficultés extrêmes d'uriner. La miction, au moment de ma visite, n'avait pas eu lieu depuis trente-six heures.

La malade est couchée sur le dos, les jambes écartées et dans une demi-flexion. L'abdomen présente le développement de celui d'une femme à son sixième mois de conception. On sent au palper, au niveau de l'ombilic, une tumeur globuleuse du volume d'une tête d'enfant à terme. La pression est douloureuse et détermine des efforts qui ressemblent à ceux d'une femme en travail. La sonde ne pénètre dans la vessie qu'avec difficulté, et en la dirigeant de bas en haut. La vulve n'est point distendue, seulement les grandes lèvres sont légèrement écartées, et les petites aux trois quarts effacées. A l'entrée vaginale, existe une tumeur luisante, qui fait saillie en segment de cercle et dont le diamètre peut être celui d'une forte noix ; les doigts constatent facilement de la fluctuation.

Il n'y avait pas à hésiter dans son diagnostic, j'avais affaire à un cas d'imperforation de l'hymen avec accumulation du sang menstruel dans le vagin et l'utérus. Je proposai à la famille d'opérer immédiatement ; la malade s'y opposa avec une force de volonté, dont aucun raisonnement ne put triompher.

Six mois après cette première visite, c'est-à-dire le 12 juillet, dans la nuit, on vint me chercher en me disant que Marie V... allait succomber, que depuis quatre jours elle supportait des coliques atroces, et qu'enfin elle était disposée à se soumettre à quelque opération que ce fût.

La malade avait eu, tous les mois, des crises de douleurs, et les intervalles eux-mêmes avaient été traversés fort péniblement.

Je trouve, en effet, la fille V... se roulant sur sa couche, en proie à une crise des plus violentes ; son visage est inondé de sueur. L'abdomen me présente le développement de celui d'une femme au neuvième mois de sa grossesse. La vulve est distendue ; la membrane hymen fait saillie entre les grandes lèvres, sa proéminence est égale au moins, pour le volume et pour la forme, à la moitié d'un œuf de poule pris dans le sens de sa longueur.

Nous fîmes sur la tumeur une incision suivant le diamètre antéro-postérieur, n'intéressant d'abord que les couches les plus superficielles des tissus. Nous pûmes constater que l'hymen avait l'épaisseur d'une cuiller d'étain. Un flot de sang liquide, inodore, de couleur lie de vin, nous annonça que nous avions réussi. Il ne nous paraîtrait pas exagéré d'en évaluer la quantité à 7 ou 8 litres. Ce fut notre appréciation et celle des personnes qui étaient présentes.

Cet écoulement arrêté, nous pûmes avec des ciseaux mousses, conduits sur le doigt indicateur, prolonger en haut et en bas notre incision, de manière à compléter notre opération. Des mèches introduites, soir et matin, dans le conduit vaginal, terminèrent la guérison.

Nous avons revu bien souvent depuis cette jeune fille, et nous avons été heureux de constater que les règles revenaient d'une façon toute normale.

SUR LE BRUIT DE FROTTEMENT PÉRITONÉAL.

M. Seidel vient de publier, dans le nº 51 du *Deutsche Clinik* 1865, un assez grand nombre d'observations originales de bruit de frottement péritonéal. La comparaison de ces observations avec les faits antérieurement connus depuis D. Després, donne les résultats suivants :

Les bruits de frottement péritonéal peuvent se produire au niveau de tous les organes que renferme la cavité abdominale, ainsi qu'au niveau des productions nouvelles accidentellement développées. Ils indiquent, dans la majorité des cas, un épaississement chronique du péritoine ou un dépôt morbide formé à sa surface ; dans d'autres cas plus rares, ils sont le résultat d'une phlegmasie aiguë et ont la valeur séméiotique des frottements pleurétiques ou péricardiques. Ainsi M. Seidel constata un bruit de frottement au niveau du foie, peu de jours avant l'ouverture de noyaux cancéreux dans la cavité péritonéale.

Les observations de M. Seidel démontrent que le frottement péritonéal est assujetti, bien plus qu'on ne le pensait autrefois, au rhythme des mouvements respiratoires. C'est là un fait qu'il importe de connaître, si l'on ne veut pas commettre les erreurs de diagnostic les plus singulières. En effet, qu'un bruit de frottement péritonéal ait lieu au niveau du foie et de la rate, l'esprit a tout naturellement plus de tendance à rapporter ce bruit à une affection de la plèvre qu'à une affection du péritoine. En outre, dans ce cas, le bruit de frottement ainsi produit peut très-bien ne pas être perçu par le palper. Voici un mode d'exploration qui, suivant l'auteur, fournit un signe différentiel important. Il consiste à faire faire au malade une inspiration énergique, la glotte étant préalablement fermée. Dans ce cas, le foie se déplace de bas en haut, ainsi qu'il est facile de le reconnaître lorsqu'il existe un rétrécissement du larynx et de la trachée-artère, tandis qu'il ne peut se produire alors de frottement pleurétique, la plèvre pulmonaire ne glissant pas sur la pariétale.

Ces bruits de frottements péritonéaux ont une certaine valeur relativement au diagnostic du début de l'hépatite et de la périhépatite syphilitiques. De plus, si leur existence a été bien constatée à une certaine époque, le chirurgien a beaucoup plus de sécurité quand il se propose de pratiquer certaines opérations sur le foie.

L'influence des mouvements respiratoires s'étend encore aux frottements qui se passent au niveau de l'estomac et de l'intestin. Il n'en est plus de même pour l'utérus, la vessie et les tumeurs abdominales non mobiles.

M. Seidel fait remarquer qu'il n'a jamais pu constater l'existence d'un bruit de frottement spontané non rhythmique. Les mouvements péristaltiques, qui pourraient seuls produire un pareil bruit dans le cas d'exsudat épanché entre les anses intestinales, sont peu énergiques et se trouvent souvent très-affaiblis par la péritonite d'une part, et d'autre part par la médication généralement employée, à savoir l'opium qui abolit presque complétement tout mouvement péristaltique.

RÈGLES POUR PRÉVENIR LES DANGERS

Des injections sous-cutanées.

A propos des dangers des *injections sous-cutanées*, le professeur docteur Nussbaum (de Munich) a envoyé à un journal médical de cette ville les lignes suivantes : « ... Les injections sous-cutanées se comptent par milliers, et moi-même j'ai déjà pratiqué quelques mille injections de morphine. Rien qu'à moi-même, sujet depuis des années à une céphalalgie rebelle, j'ai fait plus de 2,000 injections de morphine, souvent 3 et 5 grains par jour. Mais, il y a quelques mois, je fis une terrible expérience, et cela trois fois sur moi-même, trois fois chez mes malades. Il arriva que la pointe de la seringue à injection pénétra dans l'*intérieur d'une veine sous-cutanée*, et qu'ainsi la solution de morphine entra *directement* dans le sang. La première fois, c'était sur moi-même. La solution composée de 2 grains d'acétate de morphine pour 1 gramme d'eau, pénétra dans une veine sous-cutanée des parois abdominales : en moins de quelques minutes, je me crus mort. Une forte piqûre et brûlure traversa en quelques secondes toute la peau, comme un éclair, depuis la tête jusqu'à la plante des pieds ; je sentis sur la langue un goût de vinaigre très-prononcé ; la face devint d'un rouge foncé, presque de la coloration naturelle des lèvres ; puis, environ quatre secondes après l'injection, j'eus des bourdonnements dans les oreilles, des étincelles devant les yeux, et j'éprouvai de violentes douleurs dans toute l'étendue du cuir chevelu ; alors brûlure, démangeaisons et goût de vinaigre avaient diminué. Mais de tous les symptômes, celui qui me fut le plus pénible, ce furent des battements de cœur extraordinairement violents et précipités. Chez aucun malade je n'ai jamais senti un pouls pareil : il battait 160 à 180 fois. Les carotides n'avaient pas le temps de se contracter, elles étaient là des deux côtés du cou comme deux cordons épais, durs et tremblotants. Avec cela je ressentais si fort les contractions du cœur, que j'avais l'impression comme si la cage thoracique allait se fendre, le tympan éclater, les globes oculaires être chassés de leur orbite à chaque pulsation. Avec des parois un peu cassantes, certainement des vaisseaux se seraient rompus. Cet état d'angoisse épouvantable, pendant lequel la respiration fut également gênée, dura chez moi pour la première fois environ huit minutes. Puis survint une pâleur cadavéreuse de la face, qui dura une heure, tandis que la violente céphalalgie avait déjà bien diminué au bout de quinze minutes. La connaissance resta pleine et entière ; je pus aussi, quoique avec peine, me tenir debout et parler. Le froid, sous forme de lavages, irrigations et lotions, se montra chez moi très-efficace. De toute la scène il ne resta plus la moindre trace après deux heures. Les deux autres accidents qui survinrent chez moi plus tard furent en tout semblables, mais bien moins intenses, parce que la quantité de solution injectée fut aussi bien moindre. Averti par cette expérience, je pratiquai depuis les injections avec beaucoup de lenteur, et comme les symptômes arrivent avec une rapidité foudroyante, je puis de suite cesser et même pomper en arrière et retirer une partie du liquide avec le sang ; j'ai pu depuis me convaincre de l'efficacité de cette manipulation. Dans trois cas où j'avais fait de ces injections à des malades, les accidents furent même encore plus sérieux ; car ils perdirent en partie connaissance et eurent des convulsions. Mais je n'ai, chez aucun, pu constater d'effet fâcheux consécutif. Je conclus donc en donnant comme règle : *d'injecter avec beaucoup de lenteur, et dès l'apparition de quelque symptôme, de pomper immédiatement en arrière.* Cette expérience prouve une fois de plus quelle énorme différence existe au point de vue de l'action d'une même substance, suivant qu'elle arrive d'abord dans les mailles du tissu cellulaire ou qu'elle pénètre dans le sang directement. » (*Medicin. Neuigk.*, 1865, nº 39.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juin 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

Des rapports d'épidémie, par M. le docteur Calvy, médecin à Toulon, et par M. Brossard médecin à Epone. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1º Un mémoire de M. le docteur Zagiel, sur le climat de l'Égypte et son influence sur le traitement de la phthisie pulmonaire. (Commissaires : MM. Louis, Barth et Roger) ;

2º Une lettre du même médecin, qui sollicite le titre de membre correspondant.

— **M. Roger** fait hommage à l'Académie :

1º Au nom de M. le docteur Decori, d'une thèse sur l'épidémie de choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine ;

2º Plusieurs travaux de M. Bineau, de Lille, à l'appui de la candidature de ce médecin au titre d'associé national. En autres travaux, l'auteur rapporte un cas de rupture de l'utérus vingt jours avant l'accouchement.

— **M. Michel Lévy** présente à l'Académie :

1º Une thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de Strasbourg, ayant pour objet : *Du tissu connectif,* par M. Bouchard ;

2º Un rapport sur l'épidémie de choléra dans la province d'Alger, par M. Perier, médecin-major.

— **M. Velpeau** présente, au nom des auteurs, la première moitié de la seconde partie du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale,* par MM. Bouchut et Després. L'ardeur bien connue des auteurs, dit le présentateur, explique la rapidité de la marche de cet important ouvrage. C'est un travail destiné aux praticiens et qui doit les mettre au fait de tout ce qui est reconnu bon, utile et pratique.

— **M. Cerise** offre à l'Académie, au nom de l'auteur, un *Essai de physiologie philosophique,* par M. Durand (de Gros).

— **M. Vernois** fait hommage à l'Académie d'une communication de M. Piétra Santa, sur le choléra. Il résulte des relevés statistiques de ce travail, que la mortalité a diminué dans les épidémies successives. Il y en a eu 1832. Ainsi, une mortalité de 1 pour 40 ; en 1849 1 sur 51, en 1854 1 sur 112, en 1866 1 sur 170.

— **M. Larrey** offre en hommage à l'Académie, au nom des auteurs, plusieurs brochures.

M. le Président met au voix une déclaration de vacance pour une place d'académicien dans la section d'accouchement. Adopté.

LECTURE.

Sur le mode de cicatrisation des plaies sous-cutanées. — M. J. Guérin fait une lecture sur ce sujet.

Voici les conclusions principales de ce travail :

Je viens donc résumer aujourd'hui, d'une manière définitive, les faits et les considérations qui sont propres à établir :

1º Que le travail physiologique que l'on désigne sous le nom d'organisation immédiate des plaies sous-cutanées est un travail essen-

(1) *Annales d'oculist.*, t XXVI, p. 155.
(2) *Traité pratique des maladies cancéreuses*, p. 158.
(3) *Annales d'oculistique*, t. XXIX, p. 264.
(4) *Mackensie*, t. II, p. 300.
(5) Demarquay, *Traité des tumeurs de l'orbite*. Paris, 1860, p. 457.

tiellement différent du travail de cicatrisation des plaies exposées à l'air ;

2° Que ce travail, considéré à tort comme le travail de l'inflammation adhésive ou de l'agglutination des surfaces mises en contact, est, depuis son phénomène initial jusqu'à son dernier terme, l'analyse du travail de formation primitive des organes ;

3° Que l'organisation immédiate des plaies soustraites au contact de l'air est bien le résultat de l'absence de ce contact, comme le travail d'inflammation suppurative qui précède fatalement la cicatrisation des plaies exposées est bien l'effet et le résultat du contact de l'air;

4° Finalement que les méthodes chirurgicales qui ont le privilége de produire l'organisation immédiate des plaies, le doivent à la propriété qu'elles ont de soustraire les plaies au contact de l'air, et que par conséquent leur caractère essentiel, leur originalité et leur efficacité dérivent bien moins des dispositions matérielles de leur manuel opératoire, que de la connaissance parfaite du principe qui leur sert de base et de l'appropriation des procédés opératoires parfaitement agencés et calculés pour réaliser ce principe et en assurer les bénéfices.

— M. VOILLEZ lit un mémoire sur la *congestion pulmonaire considérée comme maladie spéciale*. D'après l'auteur, la mensuration de la poitrine ne serait pas inutile pour reconnaître la maladie, et la médication vomitive serait le meilleur agent thérapeutique.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture d'un rapport sur les correspondants nationaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un nouveau concours pour deux places de médecin au bureau central vient de s'ouvrir.

Trente-six candidats ont pris part à la question écrite, ainsi formulée: *Des diverses formes de la phthisie*.

Le jury est constitué de la manière suivante :

MM. Bergeron, Hardy, Labric, Tardieu et Jarjavay, *juges titulaires*.

MM. Bucquoy et Verneuil, juges suppléants.

— Des lettres d'Alexandrie, dit le *Moniteur*, signalent l'existence à Djeddah, du 22 au 28 mai, de quelques cas de choléra.

La maladie serait également déclarée à la Mecque parmi la caravane des pèlerins revenant de la Mecque à Médine.

En conséquence, deux navires, partis de Djeddah, le 28 mai, avec patente brute, la frégate égyptienne *Ibrahimieh* et le vapeur *Sedney* portant des passagers militaires et des pèlerins, ont été soumis, à Suez, à une quarantaine de quinze jours, à dater de leur arrivée. Les passagers ont été débarqués et installés aux Sources de Moïse, et les mesures les plus efficaces ont été prises pour leur isolement.

Si d'autres navires avec patente brute arrivaient, ils seraient dirigées sur Tor-el-Akaba pour y purger leur quarantaine.

On veut éviter par là les dangers de l'encombrement et obtenir un isolement plus complet.

Il a été décidé, en outre, qu'une quarantaine également de quinze jours serait imposée à la caravane de la Mecque, à son arrivée à El-Ouiseb, et on a envoyé d'Alexandrie plusieurs médecins à Jambo pour préparer tout ce qui est nécessaire à l'exécution de cette mesure.

La frégate *Ibrahimieh*, en arrivant à Djeddah, venait de Massaouah, et de Souakim, où elle avait embarqué des troupes. Le commandant déclare que le choléra n'existe point dans ces deux villes, mais que la mortalité un peu plus forte que de coutume qui y a été signalée est produite par la fièvre typhoïde, qui sévit dans les régiments nègres nouvellement formés.

Un cas de choléra sporadique a été signalé, le 31 mai, à Alexandrie. La coïncidence des faits rapportés ci-dessus avait produit dans la ville une certaine inquiétude, quoique la santé publique ait continué d'y être très-satisfaisante.

— Le maréchal ministre de la guerre a décidé, le 11 mai, que conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aurait lieu, en 1856, dans l'intérieur et en Algérie.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre ont été divisées en huit arrondissemonts, composés et répartis ainsi qu'il suit :

1er Arrondissement. — M. Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Le 3e corps d'armée, moins la 7e division militaire (5e et 6e divisions territoriales).

2e Arrondissement. — M. Maillot, président du conseil de santé. — Le 1er corps d'armée (1re et 2e divisions territoriales).

3e Arrondissement. — M. le baron Larrey, membre du conseil de santé. — Le 6e corps d'armée (11e, 12e, 13e et 14e divisions territoriales).

4e Arrondissement. — M. Hutin, membre du conseil de santé. — Le 2e corps d'armée (3e et 4e divisions territoriales) (1).

5e Arrondissement. — M. Ceccaldi, médecin inspecteur. — Le 7e corps d'armée (Algérie) et la 17e division militaire.

6e Arrondissement. — M. Sédillot, médecin inspecteur, directeur de l'école du service de santé militaire. — Les 7e et 22e divisions territoriales.

7e Arrondissement. — M. Cazalas, membre du conseil de santé. — Le 4e corps d'armée, moins les 17e et 22e divisions militaires (8e, 9e, 10e et 20e divisions territoriales).

8e Arrondissement. — M. Laveran, médecin principal de 1re classe faisant fonctions de médecin inspecteur. — Le 5e corps d'armée (15e, 16e, 18e, 19e et 21e divisions territoriales).

L'inspection médicale, en 1866, aura surtout pour but l'examen du personnel militaire, et continuera à être faite conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle, en date du 22 mai 1857, insérée au *Journal militaire* et au *Bulletin de la médecine militaire* (tome II, p. 339).

MM. les inspecteurs généraux, intendants généraux et intendants militaires auront à compléter, chacun en ce qui le concerne, les propositions qui leur seront transmises par MM. les inspecteurs médicaux, quand bien même ils les recevraient postérieurement à la clôture de leurs opérations.

MM. les officiers de santé qui, par suite de congé ou de tout autre motif ne résultant pas d'un ordre de service, ne se trouveront pas à leur poste au moment de l'inspection médicale, ne seront pas reçus à réclamer, en matière de notes ou de propositions, contre les conséquences de leur absence.

— Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie de Paris, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 7 décembre 1866; — à Montpellier, le 15 du même mois; — et à Paris, le 21 du même mois, à moins que le petit nombre de candidats ne motive leur concentration à Paris.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élève-médecin à l'École du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira :

A Paris, le 4 septembre 1866; — à Strasbourg, le 15 du même mois; — à Lyon, le 26 du même mois; — à Montpellier, le 29 du même mois; — à Toulouse, le 2 octobre; — à Bordeaux, le 6 du même mois.

Seront admis à ce concours : les élèves pourvus du diplôme de bachelier ès lettres et du diplôme de bachelier ès sciences restreint ou complet.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élève-pharmacien à l'École du service de santé militaire de Strasbourg, s'ouvrira :

A Paris, le 10 septembre 1866; — à Bordeaux, le 15 du même mois; — à Toulouse, le 18 du même mois; — à Montpellier, le 21 du même mois; — à Lyon, le 24 du même mois: — à Strasbourg, le 27 du même mois.

Toutefois l'administration de la guerre se réserve de réunir les candidats à Paris, dans le cas où le chiffre de ceux qui se seraient fait inscrire dans les localités indiquées ci-dessus ne serait pas assez considérable pour motiver le déplacement du jury d'examen.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa procbaine séance à l'Hôtel de ville, le 15 juin, à trois heures et demie.

Ordre du jour: Vote sur la candidature de M. Fraigniaud, au titulariat :

1° Communication sur certains abus de la strychnine, par M. Leroy d'Etiolles ;

2° Lecture sur les effets physiologiques du curare chez l'homme, par M. A. Voisin ;

3° Suite de la discussion sur l'antagonisme entre l'opium et la belladone.

— La prochaine séance de la Société médicale d'Observation aura lieu le 15 juin.

L'ordre du jour comprend : 1° Un rapport de M. Gouguenheim, sur la candidature de M. Frarier ; — 2° Un rapport de M. Duguet, sur la candidature de M. Fontan ; — 3° Discussion relative au jour des séances de la Société.

(1) Et conséquemment le camp de Châlons (troupes et hôpital).

Compte rendu des faits de diphthérie, observés dans le service de M. le professeur Trousseau, pendant le premier semestre de l'année 1859, par le docteur E. MOYNIER. In-8°. Prix : 1 fr. — Paris, 1859, A. Coccoz.

Des accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine, par le docteur MOYNIER. In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1860, A. Coccoz.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne, par le docteur DEZEIMERIS. Sept vol. in-8°. Prix: 7 fr. au lieu de 42 fr. net. — Paris, 1828-1835, A. Coccoz.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. les docteurs L. BELHOMME et Aimé MARTIN. Un très-fort vol. in-12. Prix : 6 fr. 50. — Paris, 1864, A. Coccoz.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 70. — SAMEDI 16 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 16 JUIN 1866. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherches sur la pneumonie des vieillards. — Des altérations séniles de la prostate.

Les maladies chez les vieillards doivent aux conditions de vie toute spéciale de ces derniers, aux modifications fonctionnelles survenues dans leurs organes, par le seul fait des progrès de l'âge, certaines particularités qui, si elles ne changent rien à l'ensemble même de la maladie, donnent à quelques-unes de ses manifestations une forme différente et qui peut les caractériser.

La pneumonie chez le vieillard, c'est la pneumonie de l'adulte, modifiée par la vieillesse. Il convient donc de rechercher en quoi consistent ces modifications amenées par les progrès de l'âge, dans la marche et la constitution même de la maladie.

On ne sait comment s'expliquer que la pneumonie catarrhale, chez le vieillard, ait été considérée, par la plupart des observateurs, comme étant de beaucoup la forme la plus fréquente de pneumonies. Si l'on s'en rapporte aux renseignements fournis, à ce sujet, par les médecins qui actuellement exercent dans les hôpitaux de vieillards, on voit que la pneumonie qu'ils observent est le plus souvent ce qu'elle est chez l'adulte : lobaire aiguë. C'est à l'étude de cette pneumonie lobaire aiguë chez le vieillard, qu'un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Georges Bergeron, vient de consacrer un assez long travail entièrement basé sur des faits recueillis dans le service de M. Charcot, et libéralement donnés à l'auteur du travail précité, par le très-éminent médecin de la Salpêtrière.

Dans ce mémoire, la pneumonie lobaire aiguë est surtout étudiée au point de vue des températures. Avant de revenir sur cette partie toute spéciale et très-intéressante, au point de vue clinique, ainsi que nous le verrons plus tard, nous dirons quelques mots des particularités que présentent, au point de vue anatomique et pathologique, la pneumonie lobaire aiguë chez le vieillard.

I. — Förster a résumé avec une exactitude et une concision à laquelle les écrivains d'outre-Rhin ne nous ont pas toujours habitués, l'état actuel de la science sur l'anatomie pathologique de la pneumonie. La nature de l'exsudat, l'apparition des cellules de pus dans la période d'hépatisation rouge, la dissociation granuleuse de l'exsudat fibrineux qui les englobe, donnant naissance à du pus concret (hépatisation grise), sont des faits classiques, en Allemagne. Un ancien interne des hôpitaux, micrographe distingué, M. Cornil, a eu le mérite de résumer dans un mémoire lu à la Société médicale d'observation, et publié dans ce journal, ce que l'on sait de précis sur l'évolution anatomo-pathologique de la pneumonie. Son travail, qui rappelle, quant au fond même du sujet, le chapitre consacré par Förster aux pneumonies, est, dans la forme, une œuvre remarquable par la précision, la clarté et l'élégante simplicité avec laquelle les faits sont présentés.

Comme particularité relative aux vieillards, nous rappellerons, d'après l'auteur de la thèse que nous avons sous les yeux, l'augmentation de poids énorme que peut acquérir le poumon (excédant de 700 à 800 grammes), l'existence de granulations plus saillantes dans des vésicules qui, par le fait de la vieillesse, sont raréfiées et distendues, et enfin l'existence d'une forme rare de *pneumonie graisseuse* : nous trouvons, en effet (page 17), noté que le poumon gris jaunâtre, au lieu d'être granuleux était comme velouté, à la coupe ; on en faisait suinter un liquide épais, crémeux, d'un brun roussâtre.

A l'autopsie, on trouva l'exsudat des alvéoles devenu tout entier graisseux, et non-seulement des granulations, mais de véritables gouttelettes huileuses, remplissant les alvéoles et les petites bronches. Notons encore comme particularité intéressante, qu'à poids égal, un fragment de poumon hépatisé au même degré est trois à quatre fois plus graisseux chez le vieillard que chez l'adulte.

Enfin, au point de vue de la quantité en poids de chlorure alcalin que renferme un poumon hépatisé, il résulte de nombreuses analyses que la quantité de chlorure de sodium enlevée au sang serait, pour un excédant du poids de 700 grammes, de 0g,50 à 1g,40, tout au plus.

II. — Nous trouvons, dans la symptomatologie de la pneumonie, une forme intéressante de pneumonie larvée, masquée par une hémiplégie. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici un fait connu de nos lecteurs, à savoir : les accidents comateux, apoplectiques auxquels succombent tout d'un coup, sans qu'on les eût crus malades jusque-là de pauvres vieillards qui avaient, depuis plusieurs jours, une pneumonie déjà parvenue au troisième degré. Nous ne voulons parler ici que des cas beaucoup plus rares et qui se présentent sous cette forme : les malades tombent sans connaissance dans un état de complète résolution, les yeux à demi ouverts, la peau froide ; quand ils reviennent à eux, on les trouve hémiplégiques. Plus tard, à l'autopsie, on trouve une pneumonie en suppuration, et l'on ne voit rien ni dans les méninges, ni dans le cerveau.

Quant à l'influence du sexe, sur le nombre et la gravité des pneumonies, il résulte des statistiques de l'administration des hôpitaux, que la pneumonie s'observe plus fréquemment dans les hôpitaux de vieilles femmes ; mais d'autre part, la proportion des malades morts aux malades guéris est la même. La pneumonie du vieillard est aussi grave pour l'un que pour l'autre sexe.

Il est facile de se rendre compte de la fréquence très-grande de la pneumonie chez le vieillard.

La température du sang est, chez le vieillard, à peu près la même que chez l'adulte ; mais l'hématose est moins parfaite dans les poumons dont les vésicules se raréfient et s'agrandissent en perdant une partie de leur réseau capillaire. La vie organique s'exerce moins activement chez les vieillards, les fonctions de la peau se ralentissent, la circulation périphérique qui porte jusqu'aux extrémités et sur toute l'étendue de la surface du corps, la chaleur du foyer où se brûle la plus grande partie des matériaux de désassimilation, cette circulation moins active ne peut combattre, aussi activement que chez l'adulte, les causes extérieures de refroidissement.

Si la transition de température est brusque et soudaine, comme cela arrive aux vieillards de nos hospices, lorsque sortant de leurs dortoirs, ils traversent les couloirs et les cours de service, il leur faut, pour lutter contre cette cause puissante et soudaine de refroidissement, un effort proportionnellement énergique pour raviver la source intérieure de chaleur ; et comme c'est le poumon qui doit, en pareil cas, faire un suprême effort, on comprend que son organisation puisse en subir une grave atteinte.

III. La disparition des chlorures dans l'urine pendant la période d'état de la maladie, et leur réapparition à la période de déclin ou de l'effervescence n'est pas un fait constant ; il perd ainsi une grande partie de sa valeur, surtout si l'on se rappelle que cette disparition des chlorures n'est point un fait exclusif à la pneumonie. Il a été noté dans la fièvre intermittente (Moss et Rauke), dans le typhus abdominal (Vogel, Brattler), dans le rhumatisme articulaire aigu (Wachsmuth).

Relativement à la température dans la pneumonie, température prise matin et soir dans le rectum, voici ce que l'on observe :

Au début, le thermomètre s'élève brusquement (39° 2/5 — 40°... 41°), si l'on suit, à partir de ce moment, la marche des températures, on les voit descendre à 39° 3/5 — 39° — 38° 2/5 jusque vers 37°, température normale. La périole de l'effervescence succède de très-près à la période d'état ; et le plus souvent l'échelle thermographique redescend assez brusquement après avoir atteint son maximum d'oscillation. A partir de 37° 1/5 ou 2/5, on voit la température se relever de 1/2 à 10, et se maintenir ainsi pendant plusieurs jours. C'est à ce moment que commence réellement la convalescence ; les épistaxis, les sueurs critiques, les évacuations alvines, n'apparaissent souvent que deux ou trois jours après le moment où le thermomètre, descendu à 37° 1 ou 2/5, se maintient dans une série d'oscillations souvent régulières, entre 37° et 38°.

Lorsque la pneumonie doit avoir une issue funeste, on voit dès le second ou le troisième jour, la température arrivée à 45° 2 ou 3/5 descendre et remonter, sans s'abaisser au-dessous de 39°, et dans les quelques heures qui précèdent la mort remonter à 40° et 41°.

Dans la pneumonie catarrhale, la température qui s'élève rarement au-dessus de 39° 2/5 oscille entre 38° et 39°, par une série d'ascensions et d'abaissements assez régulière. On trouve, dans certains cas, un tracé qui est comme la résultante des oscillations à grandes lignes de la pneumonie franche et les oscillations ondulatoires et régulières de la pneumonie catarrhale.

Il est très-curieux d'observer l'écart des températures du matin et du soir ; le plus souvent (et c'est d'un pronostic favorable), la température du soir est plus élevée de 2 à 3/5 de degré que la température du matin ; quelquefois même, la différence de température peut dépasser un degré.

Plus rarement (et cela se voit surtout dans les pneumonies graves), la température est la même le matin et le soir, ou bien elle est plus élevée de quelques fractions de degré ou même d'un degré que la température du soir.

Quant à l'influence du traitement sur les oscillations de température, il n'y a rien qui puisse faire admettre, d'une façon absolue, que le traitement par la digitale, le kermès, le tartre stibié, l'alcool à hautes doses, eût modifié ces oscillations avec assez de netteté et de constance dans les résultats obtenus, pour qu'on puisse mettre un écart en plus ou en moins, de deux ou trois dixièmes de degré, sur le compte de la médication suivie.

Tels sont en résumé, les faits principaux relatifs aux températures observées dans le cours de la pneumonie aiguë chez le vieillard. Le travail, auquel nous empruntons ces résultats, est suivi d'une planche où sont dessinés très-exactement les tracés graphiques de température, dans quinze observations.

Ces tracés graphiques nous semblent devoir être préférés aux tableaux de température. La vue saisit facilement les brusques écarts ou les oscillations régulières d'une ligne brisée ; et comme, dans un même tableau, sur une même page, un grand nombre de courbes peuvent être rapprochées, il suffit de quelques instants pour en embrasser l'ensemble, et de quelques minutes pour se rendre bien compte des détails de chacune d'elles.

De l'altération sénile de la prostate. — Nous venons de rappeler un travail consacré à l'étude d'une des maladies les plus fréquentes chez le vieillard ; la thèse, dont nous allons donner maintenant un court résumé à trait, non pas à une maladie du vieillard, mais à une altération organique due aux progrès de l'âge, conséquence pour ainsi dire nécessaire de la vieillesse, et qui, ayant pour siége la prostate, mérite par cela même toute l'attention des chirurgiens.

Cette thèse est due à un observateur consciencieux, ancien interne des hôpitaux, le docteur Timoléon Dodeuil. Il admet, dans les premières pages de son ouvrage, que l'altération sénile, d'où procèdent les *opercules* ou *valvules prostatiques* peut se présenter sous les formes suivantes : 1° sans augmentation de volume ; 2° avec augmentation de volume uniforme ; 3° avec augmentation de volume d'un seul côté ; 4° augmentation de volume par points isolés, on comprend que ces accroissements de volume en masse ou partiels amènent dans l'urèthre des déviations, des bosselures saillantes, quelquefois pédiculées (opercules) ; elles peuvent avoir pour effet de rendre le canal irrégulier, de changer sa direction normale et de le maintenir béant puisqu'elles empêchent le rapprochement des lobes latéraux ; elles peuvent, par le même mécanisme, empêcher l'occlusion du col ; alors c'est l'incontinence d'urine qui résulte de cette disposition.

Mais si la saillie pédiculisée s'implante sur le col, elle peut, s'appliquant contre lui, rendre inutile les efforts de miction et produire la rétention d'urine.

Ce qui constitue essentiellement l'altération sénile de la prostate, ainsi qu'il résulte des recherches du docteur Dodeuil, ce ne sont pas la production de noyaux (Förster), ni le développement exagéré des calculs, mais bien une véritable *sclérose*, une hypergenèse de tissu fibreux qui comprime et détruit les éléments sécréteurs, vasculaires, épithéliaux ; dans cette trame fibreuse de nouvelle formation peuvent se former des dépôts salins, des concrétions phosphatiques.

La saillie de la tumeur, le siége, la forme, le développement de la valvule ont une grande influence sur le pronostic, qui dépend toujours des difficultés apportées à l'émission de l'urine.

Quant au traitement, il convient le plus souvent de se borner à des soins palliatifs : quand on se décide à agir, l'*incision* de la valvule qui fait obstacle à l'urine est l'indication la plus rationnelle ; l'instrument de Mercier, qui sectionne la valvule de son bord libre à sa base, est le plus employé : il a le nom d'*inciseur à lame courante*.

Primiparité précoce et primiparité tardive.

A l'hôpital des Cliniques sont accouchées, le même jour, 29 mai 1866, deux primipares à terme placées aux deux extrêmes de la période où la reproduction est ordinaire aux femmes. Les deux enfants se présentaient également en première position du sommet.

La première femme, née dans le département de l'Allier, est âgé de quinze ans six mois douze jours. Elle a été réglée

depuis l'âge de douze ans. Chez cette jeune fille, le travail de la parturition a été de six heures et demie.

La seconde femme, née dans le Duché de Luxembourg, est âgée de quarante-trois ans. Elle a été réglée à dix-huit ans. Chez cette dernière femme, la durée du travail a été de vingt-trois heures et demie.

Voici quelques détails sur ces deux accouchements, que nous communique M. le docteur de Soyre et que cet honorable confrère rapproche pour en mieux marquer les différences.

La jeune femme a ressenti les premières douleurs de l'enfantement le 29 mai à cinq heures du matin, mais les vraies douleurs ne se sont manifestées qu'à huit heures du matin. A onze heures et demie du matin, la dilatation étant complète, on rompit les membranes et un quart d'heure après l'accouchement était terminé. Il eut pour résultat la naissance d'une petite fille chétive. (Poids : 2430 grammes ; longueur, 45 centimètres ; diamètres de la tête : occipito-frontal 10 centimètres, occipito-mentonnier 12 centimètres, bi-pariétal 9 centimètres, sous-occipito-bregmatique 9 c. 1/2.)

Cette jeune fille n'a presque pas souffert pendant son accouchement. La petitesse de l'enfant et la souplesse des parties de la mère ont épargné des lésions au périnée.

Le sentiment maternel n'était nullement développé chez cette gentille jeune fille qui était assez enfant encore pour jouer à la poupée.

Les suites de couches n'ont rien offert de particulier, et cette jeune fille a quitté la clinique, le 9 juin, en parfaite santé.

La femme de quarante-trois ans a ressenti les premières douleurs à dix heures du soir, le 28 mai 1866. Le 29 mai, la rupture des membranes se fait spontanément à une heure un quart du soir. A deux heures du soir, le cordon ombilical fait procidence. On tente vainement de le réduire après avoir chloroformisé la malade. On cesse ces tentatives après qu'on eût reconnu l'absence complète de pulsations du cordon. A trois heures du soir, la dilatation était complète et l'accouchement, après des contractions utérines très-douloureuses, se termine à trois heures et demie du soir, le 29 mai. L'enfant, garçon, est mort et non macéré. Il pèse 3000 grammes. Sa longueur est de 51 centimètres. Les diamètres de la tête sont les suivants : occipito-frontal, 11 c. 1/2 ; occipito-mentonnier, 13 centimètres ; bi-pariétal, 8 c. 1/2 ; sous-occipito-bregmatique, 9 c. 1/2.

Cette femme, après avoir présenté quelques symptômes inquiétants, est en voie de guérison.

Bien que ces deux femmes offrent des exemples de primiparité précoce et tardive, on a observé, à la Clinique, des accouchements plus précoces et des primiparités plus tardives encore. (Voir *Gazette des hôpitaux* du 22 septembre 1863, primiparité à terme.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sirop au suc de cresson concentré.

Parmi les médicaments dont nous nous servons, il en est dont l'emploi présente souvent des dangers, et d'autres dont l'influence reste toujours bienfaisante. Ces derniers, par le fait même de leur innocuité, ne jouissent pas, selon nous, de toute la réputation qu'ils méritent.

Il nous vient en mémoire les pages intéressantes où Roques décrit le cresson. Ce confrère si fin et si spirituel savait toujours, à côté de considérations d'un ordre un peu trop épicurien, faire ressortir toutes les vertus de la plante qu'il étudiait.

Tous les médecins, disait-il, sont d'accord sur la vertu antiscorbutique du cresson. Il agit avec plus de douceur que le cochléaria et le raifort sauvage ; il tempère et modifie leur action lorsqu'il leur est associé.

Dans les maladies cutanées, les dartres opiniâtres, le cresson vient encore mêler son action salutaire à celle de quelques autres plantes *dépuratives*, comme on les appelait autrefois. Je ne peux dire, ajoutait Roques, si c'est en dépurant le sang qu'elles guérissent, mais leurs bons effets sont incontestables. Il m'est arrivé de réduire des dartreux, qui s'étaient baignés sans aucun avantage dans les eaux d'Enghien ou de Baréges, à un régime purement végétal où dominait le cresson. Le succès a toujours couronné ce mode de traitement.

On comprend que devant des effets obtenus d'une manière si simple, le malade ait préféré les médicaments plus rares et moins à sa portée. Cependant, sous forme de sirop, le cresson rend des services réels, grâce à l'iode qu'il renferme. M. Lejeune, un de nos honorables pharmaciens de Paris, vient de nous en présenter un qui nous semble dans d'excellentes conditions. Concentré, il représente sous un petit volume, la plus grande partie possible du principe actif de la plante.

Deux à trois cuillerées à bouche chaque jour pour les grandes personnes, une seule pour les enfants, et cela une demi-heure avant le repas. Tel est le mode si simple de son administration.

Mais encore un coup, il est bon que le médecin encourage un retour à des idées qui nous semblent saines. Nous négligeons beaucoup trop notre flore de France, et nous sommes complétement de l'avis de ceux qui pensent qu'il y a à revenir sur le délaissement des plantes que nous foulons chaque jour à nos pieds. C'est là une question de critique digne de nos études.

De l'amputation de l'utérus.

La chirurgie a fait depuis quelques années des progrès tels, sous le rapport de la hardiesse, qu'on pratique journellement aujourd'hui des opérations qu'on eût jugées autrefois impraticables. C'est ainsi que nous avons vu naître l'ovariotomie et l'extirpation de l'utérus par l'ouverture de l'abdomen.

L'amputation de l'utérus, faite pour la première fois par Clay, en 1847, a été répétée depuis par plusieurs chirurgiens étrangers et, en France, par M. Kœberlé. La dernière opération a été pratiquée en septembre 1865 par M. Storer, de Boston, sur une femme âgée de quarante-sept ans, qui portait une énorme tumeur utérine, fluctuante sur certains points, résistante et solide sur d'autres, et qu'on supposait être une tumeur fibro-cystique. La vie de la malade était mise en danger par l'accroissement de la tumeur. M. Storer, après beaucoup d'hésitation, se décida à l'extirper en même temps que l'utérus. L'opération fut laborieuse et pleine de difficultés. Il fallut détruire, par le décollement et par l'incision, des adhérences nombreuses ; une hémorrhagie en nappe força à laisser la plaie abdominale ouverte pendant trois heures ; plus d'un kilogramme de chloroforme fut employé pour maintenir le sommeil anesthésique. La malade surmonta tous les dangers de l'opération et de ses suites ; elle survécut à l'extirpation au travers de la paroi incisée, d'une tumeur pesant 37 livres et put sortir de son lit vingt-huit jours après l'opération. La guérison fut complète au bout de deux mois.

La science possède aujourd'hui 24 opérations d'extirpation de l'utérus et des deux ovaires. Des 17 premières il y eut 2 guérisons seulement. Les 7 suivantes donnèrent 4 guérisons et 3 morts. (*American med.*, *Times*, janv. 1866 et *Gaz hebd.*, nº 11 de la même année.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mai 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Recherches nouvelles sur l'étiologie des luxations congénitales de la hanche.

(Fin de la communication de M. VERNEUIL).

Jusqu'à ce moment j'étais resté sur le terrain de l'observation pure. Je me mis en devoir de relire ce qui avait été écrit sur les luxations congénitales du fémur, c'est-à-dire Dupuytren, Sédillot, Parize, J. Guérin, la discussion académique de 1839 et surtout le grand travail de Pravaz, sans compter d'autres menus travaux. Une première chose me frappa. Les auteurs ont étudié avec beaucoup de soin la luxation susdite alors que la tête est logée et fixée dans la fosse iliaque ; ils ont décrit minutieusement la déformation et ses conséquences immédiates et ultérieures, ils ont vivement débattu la possibilité ou l'impossibilité de la réduction, tous les caractères en un mot qui s'appliquent aux déplacements confirmés, permanents, anciens, invétérés si je puis ainsi dire ; en revanche, rien ou presque rien sur les premières phases du mal, sur son évolution progressive depuis le moment où l'articulation commence à s'altérer jusqu'à celui où la tête sort du cotyle pour n'y plus rentrer.

Cette lacune s'explique jusqu'à un certain point par cette supposition erronée que la luxation s'opère toujours pendant la vie intra-utérine, c'est-à-dire à une époque où l'observation directe est impossible. Mais elle est fâcheuse, car l'étude ne porte alors que sur la terminaison définitive d'une affection dont les premiers degrés restent inconnus. C'est comme si on se contentait de décrire la luxation spontanée du fémur, qui a lieu dans la période ultime de la coxalgie, sans tenir compte de la coxalgie elle-même. De tous les documents que nous possédons on pourrait conclure que la luxation est toujours réalisée à l'époque de la naissance, ce qui est inexact puisque plusieurs observations démontrent que la claudication peut n'apparaître et le déplacement ne s'effectuer que dans l'enfance ou la jeunesse, après plusieurs années d'intégrité absolue de la forme et des fonctions de l'articulation coxo-fémorale. Dans ces cas indubitables on a certainement méconnu ou passé sous silence les premiers symptômes et les prodromes de la luxation.

Dès lors je me demandai si les faits que je viens de relater ne répondraient pas précisément à cette période initiale laissée dans l'ombre, ou en d'autres termes si la luxation dite congénitale du fémur ne serait pas la dernière étape, la conséquence extrême de la paralysie atrophique de l'enfance, paralysie partielle portant sur le groupe des muscles pelvi-trochantériens et s'y traduisant par des caractères distincts, par des déformations spéciales, comme elle engendre le pied-bot et certaines difformités de l'épaule ou du rachis, quand elle sévit sur quelques groupes musculaires de la jambe, de l'épaule ou de l'épine.

Pour confirmer ou infirmer mon hypothèse, j'avais à revoir les diverses causes invoquées pour expliquer le déplacement dit congénital des fémurs et à rechercher si elles étaient réellement satisfaisantes et suffisantes. Elles sont nombreuses, comme on sait, et peuvent se ranger sous six chefs principaux :

1º Altération primitive des germes, aberration du *nisus formativus ;*

2º Arrêt de développement des os, cotyle ou tête fémorale ;

3º Violences extérieures, exercées sur le fœtus pendant la gestation ou l'accouchement ;

4º Affections articulaires intra-utérines, coxalgie fœtale ;

5º Relâchement primitif des ligaments ;

6º Rétraction musculaire active.

Ces théories reposent toutes sur un certain nombre de faits incontestables et sont par conséquent acceptables dans certaines limites. Mais elles ne sauraient être généralisées, et déjà chaque auteur, en proposant la sienne, a pris soin de critiquer les autres à l'aide d'arguments victorieux.

Toutes supposent que la luxation existe au moment de la naissance, ce qui reste précisément à démontrer, de sorte qu'elles seraient impuissantes à expliquer un déplacement tardif survenu dans l'enfance.

Et d'ailleurs l'existence du déplacement serait-elle constatée dès le premier jour de la vie, il ne s'ensuivrait pas pour cela qu'il soit toujours dû au même mécanisme. Ainsi, le fait même de la congénitalité ne permettrait pas de confondre une luxation produite par une manœuvre obstétricale, avec une luxation par hydropisie, par coxalgie ou par absence complète de la tête du fémur. Si l'on tenait absolument à prendre pour base principale de la classification la congénitalité, c'est-à-dire l'époque d'apparition du mal, il faudrait au moins admettre plusieurs genres de luxations congénitales du fémur, savoir : luxations par malformations osseuses, luxations par maladie articulaire, luxations traumatiques, luxations par action musculaire.

Alors l'épithète de *congénitale* perdrait le sens qu'on lui attribue généralement, car elle caractérise, dans l'état actuel de la science, une variété dans laquelle, primitivement du moins, et pendant longtemps, on ne constate aucune malformation osseuse, aucune lésion organique, aucune déchirure de la capsule, aucune contracture musculaire capable d'entraîner la tête hors de sa cavité.

Il faudrait donc admettre deux sens au mot congénital, et le prendre, ou comme synonyme de luxation intra-utérine, ou comme représentant un tableau symptomatologique spécial.

Si on optait pour la première signification, on s'exposerait à confondre les affections les plus disparates qu'on prend tant de soin à distinguer lorsqu'elles surviennent pendant le reste de la vie. Si, au contraire, on s'en référé plutôt aux caractères cliniques, on réservera le nom de luxations congénitales du fémur à celles qui ne sont ni traumatiques, ni coxalgiques, ni causées par l'action musculaire, ni dépendantes d'une malformation osseuse. Je pense qu'il faut s'arrêter à ce dernier parti. Mais comme il serait absurde d'appeler congénital un déplacement survenu à dix ans, comme d'autre part aucune des causes précitées ne peuvent expliquer ce dernier fait, il est donc nécessaire : 1º de trouver un nom nouveau, 2º de tirer ce nom de la nature étiologique du mal.

Considérant qu'en dehors de toutes les variétés connues de luxation du fémur, il en est une qui paraît reconnaître pour cause la paralysie et l'atrophie des muscles pelvi-trochantériens, je propose de l'appeler luxation paralytique du fémur. J'admets d'ailleurs, sans en avoir la preuve, qu'elle peut se produire avant la naissance, qu'elle peut donc être congénitale, comme cela arrive pour la luxation coxalgique fœtale qui, pour cela, n'en reste pas moins liée d'une manière étroite à la luxation coxalgique de l'enfant et de l'adulte.

Après avoir critiqué l'étiologie proposée par mes devanciers et cherché à rectifier le langage et la classification, je devais chercher si mon hypothèse n'était point en contradiction avec l'observation clinique, si, en un mot, elle rendait compte de l'évolution, de la terminaison, de la variété de déplacement qui nous occupe. Or, si je ne me trompe, l'admission d'une paralysie des muscles pelvi-trochantériens précédant le déplacement explique d'une manière très-satisfaisante la marche et les phases de ce dernier. C'est ce que je développerai, au besoin, si la discussion s'engage.

Si l'étiologie que je propose est l'expression de la vérité, elle exercera sans nul doute une influence salutaire sur la thérapeutique. Il est clair que la cure d'une affection est d'autant plus aisée que ses causes sont mieux connues, et qu'on l'attaque plus près de son début. Au lieu d'attendre que la luxation soit ancienne et permanente, il serait plus avantageux de la prévenir ou de la combattre dès sa production. Je n'ai qu'un bien petit nombre de faits cliniques à l'appui de mes idées sur ce point, cependant l'observation de l'enfant des Ardennes est déjà encourageante. J'y joindrai l'indication d'un autre cas qui m'a été rapporté par mon excellent ami le docteur Dechambre. Il fut consulté il y a quelques années pour une petite fille qui, depuis quelques mois était affectée de claudication double. M. Dechambre reconnut les déformations caractéristiques de la luxation congénitale double à son début ; il conseilla aux parents de faire fabriquer par un mécanicien une machine appropriée, non pas qu'il espérât la guérison mais dans le but au moins d'entraver les progrès du mal. On ne suivit pas le conseil, et l'on se contenta d'envoyer l'enfant dans une propriété du Dauphiné où les conditions hygiéniques étaient excellentes. Quelques mois plus tard l'enfant revint complétement guérie, et resta telle depuis ce moment.

Ce fait étonna singulièrement M. Dechambre ; il serait inexplicable avec les anciennes théories, car l'air, si pur qu'il soit, n'a jamais eu la propriété de réduire la luxation. Avec mon hypothèse, le fait n'a rien de surprenant. L'articulation n'était pas encore disloquée, mais la paralysie musculaire avait amené déjà les déformations qui préparent le déplacement. Cette paralysie guérissant par les forces de la nature, tout était rentré dans l'ordre, l'affection avait été arrêté à son origine, et les hanches avaient repris leur forme et leur solidité accoutumées.

Tel est, messieurs, l'exposition sommaire que je désirais vous soumettre ; je regrette qu'elle ne soit pas plus complète et qu'elle prête encore le flanc à la controverse. Mais j'espère que vos objections et vos critiques lui donneront ce qui lui manque en la corrigeant dans ce qu'elle peut avoir de défectueux.

Séance du 6 juin 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE Dr MOUGEOT (de l'Aube), adresse une note sur un nouveau moyen de ranimer les sujets sous le coup d'une syncope mortelle par le chloroforme ou autre cause, moyen consistant dans des douches d'eau froide sur les yeux.

M. LARREY présente, au nom de l'auteur, M. Mourlon, médecin aide-major de 1re classe, plusieurs brochures : *Essai sur les hernies musculaires. — Blessure complexe de la face par arme à feu. — Oblitération des conduits lacrymaux, traitée par le cathétérisme forcé. — De l'uréthroscopie.*

COMMUNICATION.

Nouveau procédé opératoire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. OLLIER (de Lyon), membre correspondant. La question des polypes naso-pharyngiens a été si souvent traitée devant la Société que je ne rentrerai pas dans la discussion générale. Je me bornerai seulement à exposer un nouveau procédé qui me donne depuis deux ans les meilleurs résultats, et dont j'apprécie de plus en plus les avantages à mesure que mon expérience s'étend.

Ce procédé se rattache à la voie nasale. Il part du même principe qu'un certain nombre d'opérations appelées improprement ostéoplastiques, et qui consistent à écarter les os de la face pour aller à la recherche du polype. Je désigne mon procédé sous le nom d'*ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez.* L'opération consiste en une

incision cutanée en forme de fer à cheval, partant du point le plus reculé du contour supérieur de l'aile du nez, remontant en haut vers le point le plus élevé de la racine, et descendant par une voie analogue jusqu'au même point de l'aile du nez du côté opposé. On prend ensuite une scie fine (scie de Butcher, scie de Matthieu), on coupe de haut en bas les os du nez dans la direction de l'incision extérieure; on abaisse alors le nez en rendant, si c'est nécessaire, l'abaissement plus facile par quelques coups de ciseaux portant sur la partie cartilagineuse de la cloison et sur l'aile du nez. Cette opération préliminaire est faite avec une grande rapidité, elle fournit très-peu de sang. Elle ne compromet nullement la vitalité du nez puisque ses principales artères sont conservées dans les piliers inférieurs, et elle permet d'aborder le polype par le point le plus élevé des fosses nasales.

Avec la vue et le toucher, on détermine exactement les limites de son implantation, et lorsqu'on procède à l'arrachement et à la rugination de l'apophyse basilaire, on agit en sachant ce qu'on fait.

Pour se donner plus d'espace, il faut mobiliser la cloison, la déjeter latéralement avec le doigt seulement, si elle est usée et amincie par le polype, ou bien au moyen d'une incision antéro-postérieure, si elle résiste.

Tous les nez ne sont pas également favorables; mais par la mobilisation de la cloison, on a assez de jour pour opérer avec précision et sûreté.

Je mets sous les yeux de la Société des fragments d'un polype qui, réunis, pèsent 205 grammes; c'est le plus gros que j'aie enlevé, et je n'ai pas trouvé d'exemple pareil parmi les observations que j'ai pu analyser.

Une fois le polype extrait, on relève le nez, on le réuni par des points de suture métallique capillaire très-rapprochés. La soudure se fait très-promptement. Un de mes malades a pu se moucher au bout de quatre jours.

J'ai pratiqué huit fois cette opération, six fois pour des polypes fibreux naso-pharyngiens, deux fois pour des polypes glandulaires développés dans la partie supérieure des fosses nasales.

Dans un des six premiers cas, j'ai perdu un malade d'accidents cérébraux; le polype pénétrait par un prolongement dans la substance cérébrale; à l'autopsie seulement cette complication fut reconnue. Sur le vivant, rien n'avait pu me la faire prévoir.

Le cas dont vous avez les pièces sous les yeux, m'avait fait longtemps hésiter à cause de la gravité des désordres et des déformations de la face. Il y avait un double exorbitis et une cécité complète à droite, presque complète à gauche, due à la compression des nerfs optiques. Je passai outre et malgré la multiplicité des prolongements que j'eus beaucoup de peine à extraire. Le malade se rétablit sans présenter aucun symptôme inquiétant du côté du cerveau. Il y a treize mois aujourd'hui que j'ai fait l'opération, à la date des dernières nouvelles (il y a trois mois) rien n'indiquait la récidive. La vision ne s'est pas rétablie, le nerf optique atrophié n'a pu se régénérer; ce qui ne doit pas nous surprendre, car les nerfs de sensibilité spéciale ne se régénèrent pas.

En résumé, l'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez, constitue une opération préliminaire qui réunit les conditions les plus avantageuses. Rapidité, simplicité, efficacité, et innocuité par elle-même: tels sont les avantages qu'elle me paraît présenter. Elle ne compromet aucune fonction comme les opérations qui se rattachent à la voie buccale; elle ne laisse qu'une cicatrice linéaire qui devient de moins en moins apparente.

On a proposé, dans ces derniers temps, un grand nombre de procédés pour atteindre le polype par la voie nasale; le temps me manque pour les mettre en parallèle avec le mien; je rappellerai seulement qu'ils se trouvent tous décrits ou énumérés dans la thèse d'un élève de M. Nélaton, M. Robin Massé.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Le procédé de M. Ollier présente beaucoup d'analogie avec celui que j'ai imaginé et mis en usage. J'ai été frappé de voir notre distingué collègue constater les mêmes avantages qui m'ont engagé à le préconiser. Il est, en effet, très-facile d'explorer avec l'œil et le doigt lorsque le nez a été détaché et déplacé. L'opération peut être facilement exécutée et complétement faite, le nez remis en place reprend rapidement. J'ai fait connaître un procédé qui consiste seulement à déplacer la portion cartilagineuse. Mais j'ai déplacé dans d'autres circonstances le squelette du nez. M. Ollier abaisse le nez en le détachant de haut en bas, je le déplace en le renversant latéralement: ces deux manières de faire ont donc de grandes analogies. Je crois avoir eu le premier l'idée de déplacer les os du nez pour créer une voie qui permette d'arriver au polype naso-pharyngien; j'ai cru devoir le rappeler à propos de la communication de M. Ollier qui donne à cette méthode une nouvelle et importante consécration.

M. OLLIER. Le procédé de M. Chassaignac m'est parfaitement connu, et je n'aurais pas manqué d'en parler si j'avais fait l'histoire de la méthode opératoire à laquelle il a attaché son nom. Je n'ai eu d'autre but que de faire connaître un procédé nouveau auquel je crois certains avantages. C'est à tort que l'on a donné à ces procédés la dénomination d'ostéoplastique. On fait, en employant ces procédés, le déplacement des os et non de l'ostéoplastie. Aussi j'ai désigné mon procédé sous le nom d'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez.

M. VERNEUIL. Je répéterai ce que déjà j'ai eu l'occasion d'affirmer ici. Les procédés de déplacement des os appartiennent incontestablement à la Société de chirurgie de Paris, dans la personne de MM. Chassaignac et Huguier. Langenbeck et les Allemands en ont revendiqué l'invention, mais c'est tout à fait à tort. Leur prétention à ce sujet ne peut être justifiée.

Résections sous-périostées articulaires.

M. OLLIER. La seconde communication que je désire faire devant vous est plus importante parce qu'elle touche à des questions nombreuses, soulevées dans ces derniers temps, et qui ont été l'occasion des opinions les plus divergentes. Il s'agit de la reproduction des os après les résections articulaires et de la reconstitution des articulations elles-mêmes.

J'ai déjà, dans diverses circonstances, traité quelques points de cette question devant la Société, mais je n'ai pas encore exposé mes résultats cliniques. Dès 1858, j'avais cherché à démontrer la reproduction des articulations et à établir les conditions dans lesquelles elle s'opère. Mais aujourd'hui c'est avec de nouvelles expériences que j'aborde la question, et par les nombreuses pièces que je mets sous vos yeux, vous pourrez vous convaincre de la réalité des faits que j'ai déjà énoncés sur cette importante question.

Il y a trois points à déterminer dans la reconstitution des articulations:

1° La reproduction des extrémités articulaires,

2° La reconstitution des moyens d'union;

3° Les rapports des muscles qui entourent l'articulation et qui doivent la faire mouvoir.

En expérimentant sur des animaux aussi rapprochés de l'homme que possible, sur le chien par exemple, j'ai vu qu'après l'ablation de la totalité des extrémités osseuses qui composent une articulation, on peut obtenir *une articulation de même type que l'articulation enlevée*. Les gynglimes eux-mêmes peuvent se reconstituer avec leurs formes et leurs mouvements essentiels, contrairement à ce qu'on avait déduit des résultats des expérimentateurs qui m'ont précédé.

Pour arriver à ce résultat, il faut n'enlever que la portion osseuse et cartilagineuse de l'articulation; il faut conserver toutes les parties fibreuses, ligaments, capsules, insertions tendineuses; il faut laisser toutes ces parties se continuer avec les gaines périostiques; il faut, en un mot, ménager *un canal périostéo-capsulaire*, périostique à ses deux extrémités, capsulaire à son centre. Il faut pénétrer dans l'articulation par une incision unique dans le sens de l'axe du membre; détacher avec la sonde-rugine toutes les parties fibreuses, de manière à conserver intacte la loge ostéo-périosto-capsulaire. De cette manière les muscles gardent leurs rapports réciproques, et leur action physiologique se rétablit. Je me suis assuré aussi de la nécessité de maintenir écartées les surfaces osseuses réséquées.

Sur ces pièces qui se rapportent aux articulations du coude, du genou, du pied et de l'épaule chez le chien, vous pouvez constater la reconstitution d'une articulation de même type que l'articulation enlevée. J'ai mis les portions osseuses enlevées à côté des portions osseuses reproduites.

D'autre part, voici des pièces dans lesquelles j'ai pratiqué des résections par la méthode ordinaire, et vous pouvez voir combien la différence est grande, lorsqu'on a enlevé non-seulement la surface articulaire, mais la totalité des têtes osseuses.

Lorsque j'ai enlevé les portions osseuses en conservant l'intégrité et la continuité des tissus fibreux, j'ai retrouvé tous les muscles à leur place et capables de fonctionner; lorsqu'au contraire j'ai pénétré dans l'articulation par de larges incisions, en coupant de nombreuses attaches musculaires, j'ai trouvé ces muscles réunis entre eux et aux os voisins d'une manière irrégulière, leur action était annihilée et pervertie.

Chez l'homme, j'ai eu des résultats semblables; à mesure que ces résections se sont multipliées, j'ai pu me convaincre de plus en plus de la concordance entre les résultats cliniques et les résultats expérimentaux.

On m'a reproché quelquefois de préconiser des opérations difficiles, longues et laborieuses; j'avoue que si nous n'avions pas l'anesthésie, je pourrais faire quelques concessions sur ce point; mais quand le malade ne souffre pas, je ne crains pas d'allonger une opération de dix à quinze minutes et plus, s'il le faut, pour pratiquer une résection d'après la méthode que je viens d'exposer.

Parmi les faits cliniques que je puis citer en faveur de cette méthode, je rappellerai la reproduction de la moitié supérieure de l'humérus, dont j'ai publié l'observation il y a un an environ. Ce fait, à lui seul, suffirait à ma démonstration. Voici la portion enlevée qui mesure 12 centimètres, c'était juste la moitié de l'humérus. Or aujourd'hui, le membre a la longueur qu'il avait au moment de l'opération. Il y a eu 11 centimètres de reproduits, je n'en compterai même que 10 à la rigueur pour éviter toute cause d'erreur; ce chiffre est suffisant pour ma démonstration. Le membre est cependant plus court de 5 centimètres que celui du côté sain, parce que ce dernier s'est accru pendant que le membre opéré restait stationnaire.

Voici l'os enlevé; il est complétement dépouillé de son périoste; le cartilage de la tête est érodé, et partout profondément altéré, la surface de l'os est inégale, son tissu est dur. C'était dans tous les cas un os parfaitement vivant; je n'ai pas besoin d'insister sur ce point pour démontrer qu'il ne s'agit pas, dans cette opération, d'une ablation de nécrose.

Non-seulement l'os s'est reproduit, mais l'articulation s'est reconstituée; tous les mouvements, même les mouvements de rotation existent. Bien qu'on ne puisse pas apprécier la forme de la tête reproduite (les surfaces cartilagineuses ne se reproduisent jamais), la tête est solidement unie contre la cavité glénoïde; le deltoïde se contracte et écarte le coude du tronc.

Relativement aux résections du coude, ce que je dois signaler, c'est une grande solidité latérale de l'articulation. Je ne coupe pas le triceps pour éviter qu'il n'aille se souder à l'humérus, comme on peut le voir sur une des pièces que j'ai sous les yeux.

J'ai hésité longtemps à pratiquer sur l'homme ces résections sous-capsulo-périostées, je craignais que ces capsules, ces ligaments altérés, ne pussent être conservés sans dangers, mais l'expérience m'a appris que mes craintes n'étaient pas fondées, en modifiant les parties fongueuses altérées. Par du nitrate d'argent et de légères applications de fer rouge on change leur vitalité et on les rend aptes à se cicatriser.

Relativement à l'accroissement des membres réséqués, il est des faits que l'expérimentation démontre et que la clinique confirme parfaitement: c'est l'importance inégale des diverses extrémités osseuses au point de vue de l'accroissement des os longs. Les extrémités qui contribuent à former le coude, sont les moins importantes au point de vue de l'accroissement du membre supérieur, celles qui contribuent à former le genou sont les plus importantes au point de vue de l'accroissement du membre inférieur. De là une opposition entre le coude et le genou que je ne saurais trop faire ressortir. La résection du coude chez les enfants, n'arrête que très-faiblement l'accroissement du membre; la résection du genou, au contraire, est très-grave sous ce rapport.

J'ai étudié expérimentalement l'accroissement des os réséqués, mais j'ai pu constater chez l'homme, dans plusieurs cas de résection du coude, une concordance parfaite entre les faits expérimentaux et les faits cliniques. Plusieurs de ces faits ont été publiés dans la thèse de M. le docteur Bonesseur, l'un de mes élèves. Je publierai prochainement les autres dans un traité spécial que je prépare en ce moment.

C'est à l'Hôtel-Dieu que j'ai pratiqué toutes les résections articulaires que je viens de rappeler; mes opérés ont eu souvent la guérison retardée par les influences mauvaises du milieu: érysipèles, suppurations prolongées. Aussi les ai-je envoyés à la campagne toutes les fois que la chose m'a été possible. Je les ai revus ensuite en les retenant le plus longtemps possible à l'Hôtel-Dieu, pour suivre la marche de la guérison et apprécier les résultats définitifs.

C'est chez les jeunes sujets, pendant la période de croissance, qu'on obtient des résultats complétement satisfaisants au point de vue de la régénération des extrémité articulaires et du rétablissement de l'articulation. Chez l'adulte, la reproduction des os ne s'opère pas, ou ne s'opère qu'incomplétement, mais on a toujours le rétablissement de l'articulation et le retour des mouvements. J'ai réséqué la tête de l'humérus sur un homme de cinquante-six ans, et l'articulation s'est reconstituée.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. M. Ollier vient de nous dire qu'il maintenait les surfaces osseuses écartées après les avoir réséquées. Il a pour but, en agissant ainsi, de préparer et de conserver à l'os qui va se former, une gaine protectrice. Je me demande si cette idée séduisante, en théorie, sera toujours justifiée en pratique. La suppuration ne sera-t-elle pas retenue dans ce manchon ostéo-fibreux? On sait qu'elle est toujours abondante et de longue durée après les résections.

M. BROCA. Ce que fait M. Ollier est absolument différent de ce que les expérimentateurs et les chirurgiens ont fait avant lui. Grâce à l'écartement des extrémités osseuses, à la conservation de la gaîne ou manchon ostéo-fibreux, la sécrétion du nouvel os trouve un terrain, un moule tout préparé. Je crois donc que l'écartement des extrémités osseuses joue un rôle capital. C'est par lui que peut être expliquée, sans doute, la différence des résultats obtenus par les allemands et en particulier par Albrecht Wagner, dont j'ai traduit autrefois le travail dans les *Archives de médecine*. Les pièces que M. Ollier nous présente ne ressemblent en rien à celles que nous connaissions, leur physionomie est toute particulière.

Il y a deux ans, j'ai pratiqué la résection partielle du maxillaire inférieur chez un enfant âgé de deux ans. J'étais aidé par M. Follin, et nous arrivâmes à conserver complétement le périoste. Malheureusement, on le sait, il est fort difficile de maintenir écartées les extrémités réséquées du maxillaire. Aussi malgré les bonnes conditions d'âge et d'opération, je n'obtins pas de reproduction osseuse. M. Ollier nous a surtout parlé de résections du coude: il est un point relatif au manuel opératoire qui me préoccupe, et sur lequel je lui demanderai de nouvelles explications. Il me paraît, en effet, fort difficile d'arriver à pratiquer cette opération selon la méthode de M. Ollier, en faisant une seule incision au périoste et à la capsule.

M. VERNEUIL. J'ai pratiqué la résection sous-périostée du coude, et je n'ai fait qu'une seule incision. Cette opération est facile dans les cas où l'on opère pour une lésion organique. Je crois avoir le premier pratiqué cette opération sur le coude, j'enlevai 0m,11 de l'humérus, après guérison quatre centimètres avaient été reproduits. Avant-hier encore, je pratiquais cette opération; le grattoir ordinaire, l'extrémité des ciseaux courbes, l'ongle sont les instruments que je préfère.

J'ai vu avec grand plaisir M. Ollier reprendre les résections tibio-tarsiennes trop abandonnées depuis Moreau. Je crois cette opération très-utile, Langenbeck donne dans un mémoire récent sept observations très-favorables. Il a pu enlever plusieurs centimètres du tibia et du péroné en conservant le périoste.

M. OLLIER. Je crois, en effet, à l'utilité, à la nécessité de l'écartement des surfaces osseuses. Je me suis demandé, pour le coude, s'il ne serait pas préférable de laisser le membre allongé, c'est une question que je ne puis encore résoudre. Je n'ai pas vu se produire dans la pratique les accidents que craint M. Demarquay. Je crois donc pouvoir recommander le précepte sur lequel mes collègues ont bien voulu arrêter leur attention.

C'est à travers une seule incision que j'opère, même pour réséquer le coude. J'ai modifié l'incision postérieure, à laquelle je donne la préférence. Je commence un peu en dehors, au niveau du bord externe de la longue portion du triceps, puis je conduis mon incision en dedans, de manière à venir tomber sur l'olécrâne. Avec la sonde rugine, j'écarte le triceps en dedans, je détache ensuite le ligament latéral externe. Je luxe alors les os en dehors, je procède avec une grande douceur, décollant successivement le périoste sur l'humérus et prenant bien garde qu'un mouvement brusque ne provoque un décollement trop étendu. L'humérus est réséqué et je procède alors de la même manière pour le cubitus et le radius. Je termine ordinairement par cet os; je ferai remarquer que je ne puis compter sur la reproduction de lacupule radiale, toute entière revêtue de cartilage; pour cette extrémité osseuse, la résection ne devient sous-périostée que lorsqu'on dépasse la cupule.

Je n'ai fait qu'une seule fois la résection sous-périostée du coude pour un cas traumatique. Il s'agissait d'un enfant de quinze ans; l'extrémité inférieure de l'humérus était brisée en trois fragments. Je réussis cependant, quoique avec peine. Je pense que chez l'adulte cette opération ne serait pas praticable dans semblables circonstances. J'eus le regret de perdre mon opéré, il fut atteint d'infection purulente.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Fracture du péroné avec fracture intra-articulaire du tibia.

M. LABORIE. J'ai l'honneur de présenter à la Société une fracture du péroné que j'ai recueillie dans mon service à l'Asile impérial de Vincennes. Le malade qui était atteint de cette lésion avait fait une chute, le 16 mars 1866, dans les conditions suivantes:

Étant sur le bord d'un trottoir, il fut heurté par un passant, et tandis que le pied gauche restait sur le trottoir le pied droit portait à faux sur le sol de la rue. Une douleur vive se fit immédiatement sentir, et la marche devint impossible. On transporta le blessé à l'hôpital Beaujon. On constata qu'il existait une fracture de la partie inférieure du péroné, sans déplacement. Un simple bandage dextriné fut appliqué, et quarante-quatre jours après le malade nous était envoyé. Dès son arrivée, suivant l'habitude, un interne prit l'observation, et on put reconnaître le bon état du membre, le peu de douleur, l'absence de déformation et enfin la facilité de la marche qui pouvait s'effectuer avec l'aide d'une canne seulement.

Dans les derniers temps de son séjour à l'Asile, au moment presque

de sa sortie, ce malade fut pris d'accidents typhoïdes à forme méningée, qui se terminèrent rapidement par la mort. Il succombait le 11 mai 1866, c'est-à-dire cinquante-huit jours après s'être fracturé la jambe. A l'autopsie nous avons trouvé les lésions suivantes :

1° Une fracture du péroné, oblique de dedans en dehors et de haut en bas. Le point le plus bas du trait est à 5 cent. 1/2 de l'extrémité malléolaire, le point le plus élevé à 5 centimètres.

La fracture parfaitement affrontée est solidement réunie, mais sans trace de cal osseux. Un trait de scie pratiqué suivant la longueur de l'os montre un tissu serré, fibreux, régnant dans toute l'étendue de la solution de continuité, qui permet de légers mouvements entre les fragments.

2° A la partie inférieure et la plus externe de la surface articulaire du tibia, nous trouvons une fracture complète, présentant la forme d'une pyramide à base inférieure. Cette base, répondant à la surface articulaire qui se trouve divisée, ainsi que le cartilage articulaire, à environ un centimètre dans le sens antéro-postérieur et 1 cent. 1/2 transversalement. La hauteur de cette pyramide est de 2 centim.

Cette fracture, ou pour mieux dire cet arrachement s'est effectué par le tiraillement exercé pendant l'effort fracturant sur la partie d'implantation du ligament péronéo-tibial antérieur. On voit, en effet, que le ligament, parfaitement sain, conserve ses deux attaches et que la partie du tibia fracturée est précisément la partie sur laquelle il se fixe.

Pas plus que pour le péroné nous ne trouvons de cal osseux, mais, néanmoins, la réunion du fragment est aussi solidement maintenue par un tissu fibreux semblable.

En résumé:

Nous trouvons une fracture par divulsion de l'extrémité inférieure du péroné, sans consolidation osseuse au cinquante-huitième jour. Une fracture du tibia, fracture intra-articulaire, qui n'a produit aucun accident inflammatoire. Et comme pour le péroné pas de réunion osseuse.

Rien, pendant la vie du malade, n'a permis de soupçonner cette complication qui pouvait devenir la cause d'accidents des plus graves.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Nouveau brise-pierre.

M. DEMARQUAY présente, au nom de M. le docteur Colson, membre correspondant à Noyon, l'instrument de lithotritie dont voici la description :

Il n'y a pas un seul chirurgien qui, ayant eu à pratiquer l'opération de la lithotritie avec le brise-pierre le plus ordinairement employé, comme celui que j'ai figuré aux n°s 1 et 2 de la planche qui accompagne cette notice, n'ait été frappé de ses défauts de construction. En effet, cet instrument, dont le bec est court et méplat horizontalement, la courbure brusque et presque à angle droit, est quelquefois d'une introduction difficile et peut être même impossible chez quelques calculeux. Ainsi je l'ai vu, et cela m'est arrivé à moi-même il y a dix-huit mois chez un homme, dans la vessie duquel non-seulement je n'ai pas pu faire pénétrer le lithotriteur que je viens de décrire, mais dans le canal de l'urèthre duquel je n'avais pas abouti à pratiquer autre chose qu'une fausse route après cinq ou six tentatives infructueuses d'introduction faites à sept ou huit jours d'intervalle. Jusqu'à cette époque j'avais pourtant toujours réussi, et j'étais arrivé assez facilement dans la vessie avec le lithotriteur ordinaire, chez le petit nombre de malades, hommes et femmes auxquels j'ai pratiqué la lithotritie depuis environ trente ans. Mais ici j'avais affaire à un calculeux dont le canal de l'urèthre très-sensible, très-irritable, se contractait spasmodiquement sous l'influence du cathétérisme pratiqué avec le plus de lenteur, le plus de ménagement, malgré enfin toutes les précautions possibles, et comme j'arrivais toujours alors néanmoins à faire pénétrer dans la vessie des sondes exploratrices de gros calibre, des sondes lourdes et volumineuses comme la sonde en étain n° 3 de Mayor, ainsi que la grosse sonde évacuatrice des boîtes de lithotritie, je pris de suite la résolution de faire construire un lithotriteur dont la courbure et la forme se rapprocheraient de celles de ces grosses sondes métalliques. Et comme j'avais remarqué dans presque toutes les opérations de lithotritie que j'ai faites avec le lithotriteur ordinaire, que je pinçais souvent la membrane muqueuse de la vessie et que j'en ramenais de petits lambeaux pris entre les mors de l'instrument en le retirant de la vessie, je résolus de faire donner aux mors de mon lithotriteur une longueur différente en faisant proéminer l'un d'environ 1 centimètre au-dessus de l'autre. J'ai fait porter l'excès de longueur sur l'extrémité de la branche femelle du lithotriteur, de manière que l'instrument étant ouvert et en action dans la vessie, la membrane muqueuse de cet organe fût soutenue et se tendît sur l'extrémité du mors le plus long, au lieu de se fourrer entre ces mors et de s'y laisser pincer.

Je n'ai pas observé d'accidents graves chez les malades auxquels j'ai ainsi pincé autrefois la vessie avec l'ancien brise-pierre dans une opération de lithotritie, sans doute parce que je n'avais pas pincé fortement la vessie, mais je sais que d'autres chirurgiens n'ont pas été aussi heureux, et je pourrais citer des exemples de mort arrivée à la suite de cet accident.

Je donnai alors le modèle d'un nouveau lithotriteur aux habiles successeurs actuels de M. Charrière, MM. Robert et Colin, qui comprirent parfaitement mes idées et me construisirent l'instrument que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société de chirurgie.

Cet instrument ressemble au lithotriteur usuel, jusqu'à l'endroit où commence sa courbure, c'est pourquoi je me suis contenté de faire dessiner son extrémité vésicale, car c'est par là seulement que mon lithotriteur diffère des autres. Les n°s 3 et 4 de la planche, qui représentent l'instrument fermé et ouvert, en donneront une idée bien plus exacte que la meilleure description.

J'ai fait avec cet instrument six opérations de lithotritie l'année dernière sur un malade qui avait plusieurs calculs vésicaux, dont l'un ne mesurait pas moins de 38 millimètres dans le diamètre où je l'ai saisi; il m'a fallu employer beaucoup de force pour faire éclater ce calcul, tellement qu'il m'est venu des ampoules dans la paume de la main droite à la suite de cette opération. Le broiement des autres calculs, qui étaient moins volumineux, a été moins difficile. Mais, j'ai remarqué que pour avoir plus de force et éviter de se blesser en broyant des calculs durs et volumineux, il fallait coiffer la manivelle du lithotriteur avec une compresse ou même un pan de redingote, comme cela m'est arrivé; alors la main de l'opérateur est protégée et ne glisse pas. Ceci est un petit détail, mais qui pourtant a son importance dans la pratique.

Je dois faire observer encore ici que mon lithotriteur n'agit pas comme le lithotriteur usuel; en effet, avec ce dernier on ne peut pas broyer de gros calculs, à moins qu'ils ne soient friables, et l'on ne peut en réalité broyer que les petits quand ils sont durs, tandis qu'avec mon instrument on peut broyer les plus durs et les plus gros, c'est-à-dire ceux qui ont près de 40 millimètres de diamètre. Le mode d'action des deux instruments est en effet différent, et cela tient à leur différence de construction. Quand on a saisi par le milieu un gros calcul dur d'acide urique par exemple avec mon lithotriteur, en y mettant le temps et en employant une force suffisante, on doit toujours le faire éclater; mais il n'en est pas de même avec le lithotriteur ordinaire, car alors on est obligé de le lâcher et de l'égrener en l'attaquant par un point quelconque de sa circonférence au lieu de l'attaquer par le centre, là où l'on perdrait son temps.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
pendant l'année 1865.

247. Étude sur les ganglions nerveux périphériques, par M. J. Poillon.
248. Du pneumatocèle du crâne, par M. A. Thomas.
249. Étude sur la scarlatine, ses complications, son traitement, par M. Frédéric Izard.
250. De la médication alcaline, par M. E. Forestier.
252. De la douleur provoquée chez les choréiques, par M. L. Rousse.
253. Du diagnostic de la rétention d'urine, par M. R. Bettremieux.
254. Des fièvres larvées, par M. S. Rudelle.
255. De quelques obstacles à l'allaitement, par M. Chauvel.

Les juges du concours pour deux places de médecin du bureau central sont: MM. Tardieu, Hardy, Bergeron, Labric et Jarjavay, *juges titulaires*. MM. Buquoy et Verneuil, *juges suppléants*.

— A la suite du concours pour deux places de chirurgien du bureau central ont été nommés : MM. M. Sée et Ed. Cruveilhier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux, faites au muséum d'histoire naturelle par A. Vulpian, chargé comme suppléant du cours de physiologie comparée au muséum d'histoire naturelle, agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, etc., etc. ; rédigées par M. Ernest Brémond ; revues par le professeur. Un vol. in-8° de 920 pages. Prix : 10 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Manuel d'histoire naturelle médicale, par H. Bocquillon, docteur ès-sciences, professeur d'histoire naturelle au lycée Napoléon. Première partie, zoologie, avec 132 figures intercalées dans le texte. Un vol. in-12 de 432 pages. Prix : 12 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Des courants continus et de leur action sur l'organisme, par le docteur L. Wintrebert. In-8° de 68 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 71. — MARDI 19 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 19 JUIN 1866. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. BLONDEAU.

Syphilis congénitale. — Transmission.

Le fait que je viens soumettre à l'appréciation des honorables membres de la Société de médecine de Paris, est un exemple de *syphilis congénitale transmise par un nourrisson à sa nourrice*, à une époque où, les premières manifestations extérieures de la maladie ayant complétement disparu depuis un assez long temps déjà, le danger de la contagion semblait ne plus être à redouter.

Le 2 mai 1865, je fus appelé auprès d'un petit garçon de un mois, qui, depuis quelques jours, me disait-on, dépérissait d'une façon inquiétante et était affecté de muguet.

La paroi interne des joues, la membrane muqueuse des lèvres, la surface de la langue étaient, en effet, couverte d'exsudations blanches, crémeuses, caractéristiques de cette affection parasitaire; le plus grand nombre, disséminées, offrait cet aspect que l'on a comparé à celui de grains de millet, quelques-unes, confluentes, formaient des plaques sinon très-étendues, du moins assez épaisses. Dès leur apparition, on avait cherché à les détruire en barbouillant, plusieurs fois par jour, l'intérieur de la bouche avec un collutoire boraté à doses élevées, porté à l'aide d'un pinceau ou linge un peu rude; mais à peine en avait-on enlevé quelques-unes, qu'elles se reproduisaient à la même place, tandis qu'il s'en développait d'autres en d'autres points.

A première vue, j'avais été frappé de la mauvaise mine du petit malade dont l'état général ne me paraissait rien moins que satisfaisant. L'amaigrissement que l'on me signalait, ses chairs flasques, son teint blafard dénotaient la cachexie dans laquelle il était tombé, et à laquelle le développement du muguet pouvait se rattacher. J'avais été frappé de la coloration toute spéciale de son visage, coloration jaunâtre, bistre, plus prononcée surtout sur le front, aux ailes du nez, au pourtour de la bouche et du menton, où elles formaient des plaques rappelant le *masque des femmes enceintes*. De plus, j'apercevais aux commissures des lèvres, de petites exulcérations reposant sur une base légèrement saillante, comme œdémateuse, exulcérations grisâtres, fendillées dans leur milieu et laissant suinter un liquide sanieux. Enfin, des orifices inférieurs des fosses nasales sourdait une sérosité jaunâtre, symptôme d'un coryza qui s'annonçait déjà par de l'enchifrènement.

A cette seule inspection de la face, l'idée de syphilis se présenta de suite à mon esprit. Ma conviction fut entière à cet égard lorsque j'eus fait mettre à nu le petit malade.

Sur la surface du corps je constatai l'existence d'une éruption de petites taches disséminées. Les unes, les plus nombreuses, d'un rose pâle, offraient tous les caractères de la roséole; les autres, plus rares, plus saillantes que les premières, constituaient de petites papules plates, d'un rouge cuivré, au niveau desquelles l'épiderme se détachait par écailles minces. Ces papules se montraient principalement à la paume des mains et plus encore à la plante des pieds, dont la peau, dépouillée de son épiderme, ou pour mieux dire recouverte d'un épiderme de nouvelle formation aussi mince qu'une pelure d'oignon, était luisante et d'un rouge livide. Les fesses et le scrotum étaient également le siége de plaques érythémateuses de même couleur.

Enfin, le ventre était sensiblement plus développé qu'il ne devait l'être normalement, et en palpant la région de l'hypochondre droit, je trouvai le foie dur, considérablement augmenté de volume, descendant jusqu'au niveau de la crête de l'os des iles.

Le diagnostic était pour moi aussi net que possible. Les symptômes que j'observais et que je viens d'énumérer, étaient bien ceux de la vérole constitutionnelle, et, dans l'espèce, cette vérole était congénitale.

D'une part en effet, comme, suivant une règle générale comportant de trop rares exceptions pour l'infirmer, les accidents secondaires ne surviennent guère, au degré surtout où ils étaient prononcés ici, avant la sixième semaine à partir de l'apparition de l'accident primitif, leur développement, chez un enfant d'à peine un mois, impliquait nécessairement déjà l'idée que l'infection avait eu lieu dans le sein maternel. D'autre part, je ne trouvais aucune trace d'un accident primitif quelconque, car ce qui existait aux commissures des lèvres n'était rien autre chose que de petites plaques muqueuses exulcérées, et qui s'étaient produites là, sans doute, sous l'influence du frottement exercé sur le mamelon pendant l'allaitement. La nourrice était d'ailleurs parfaitement saine et ne présentait, sur les seins en particulier, rien qui pût donner l'idée d'une affection quelconque.

Il s'agissait donc, je le répète, d'une syphilis héréditaire.

Relativement à l'origine de cette syphilis, la question était très-délicate à traiter, bien autrement encore difficile à résoudre d'une manière catégorique.

L'enfant était né, en dehors du mariage, d'une femme vivant depuis plusieurs années avec un homme marié légitimement d'un autre côté. En admettant que celui-ci fût le père, ce dont lui, tout en en ayant cependant la conviction, ne pouvait pas plus que personne répondre, je devais le mettre hors de cause dans la solution du problème qui se posait devant moi. Il m'affirmait, il me jurait que jamais il n'avait rien eu qui ressemblât à un accident vénérien, et il ajoutait, comme preuve de sa non-responsabilité dans le cas présent, que les enfants de sa femme légitime étaient nés aussi bien portants qu'il pouvait le désirer, et n'avaient eu aucune espèce de maladie qui pût rappeler, suivant son expression, un sang vicié.

Quant à la mère, il était permis de la soupçonner d'être la cause du mal, mais on ne pouvait avoir à cet égard que des présomptions plus ou moins fondées. Demeurant avec des parents d'une moralité plus que suspecte, car non-seulement ils acceptaient la position équivoque de leur fille, mais encore ils l'avaient livrée dès l'âge de seize ans, elle avait eu plusieurs amants, un entre autres des plus débauchés, avant celui qui lui faisait dans le présent l'existence luxueuse qu'elle menait. A la tête d'un grand train de maison, elle affectait aussi de grandes manières et, prévenant mes questions sur le sujet qui nous occupait, elle repoussait par avance les idées que je pouvais concevoir de la maladie de son enfant, et incriminait celui qu'elle en disait le père. J'apprenais cependant qu'elle avait, l'année précédente, consulté un médecin pour une affection du rectum assez sérieuse, affection qui, loin d'être guérie, donnait encore lieu à une abondante suppuration fétide. Là se bornaient les renseignements très-vagues qui m'étaient fournis par la garde qui l'assistait dans ses couches, et quelque vagues qu'ils fussent, je ne pouvais en obtenir davantage. Plus tard, toutefois, un fait qui me parut d'une certaine signification, me fortifiait dans mes conjectures. Vers le milieu de septembre, cette femme m'annonça qu'elle était de nouveau enceinte depuis environ deux mois, et comme je l'engageais à se soumettre à un traitement qui aurait pour but d'empêcher l'enfant qu'elle portait dans son sein d'arriver au monde avec la maladie de son frère, elle se rendit sans hésitation, sans la plus petite observation, à ce conseil que je lui donnais, et maintenant encore elle prend avec une extrême régularité la préparation mercurielle et la solution d'iodure de potassium que je lui ai prescrites.

Je suis entré dans ces longs détails pour faire comprendre les difficultés de l'enquête à laquelle je m'étais livré, difficultés qui, en pareille matière, se rencontrent trop fréquemment dans la pratique.

Quoi qu'il en fût, et pour revenir au point d'un intérêt plus immédiat, la nature de la maladie était trop évidente pour que j'hésitasse un instant à instituer un traitement antisyphilitique.

Je devais toutefois prendre d'abord une grande mesure de prudence par rapport à la nourrice, qui courait de grands risques d'être infectée à son tour par son nourrisson. En conséquence, quelque regret que j'éprouvasse de priver celui-ci de l'alimentation qui lui était assurément la plus convenable à son âge et plus encore dans l'état de santé où il se trouvait, je fis interrompre l'allaitement pour y substituer la nourriture par le biberon. Je prescrivis alors de donner à l'enfant, dans la quantité de lait qu'il boirait chaque jour, un gramme de liqueur de Van Swieten, et de lui faire prendre, chaque matin, un grand bain tiède, de dix minutes à un quart d'heure de durée, dans lequel on ajouterait la solution de quatre grammes de bichlorure hydrargyrique. Je conseillai de plus de le tenir constamment enfermé dans une chambre dont l'atmosphère serait toujours maintenue à une haute température, sachant toute l'importance qu'il faut attacher à cette influence d'une température élevée, dans le traitement des malades atteints de syphilis.

Ces prescriptions furent exécutées de point en point avec la plus scrupuleuse exactitude, ainsi que je pus m'en assurer en allant visiter chaque jour le petit malade.

La médication fut parfaitement supportée; les choses marchaient à souhait sans qu'il survînt rien de notable qu'une ulcération sur le milieu de la langue. Cette ulcération, grisâtre, superficielle, avait, à la vérité, pris rapidement un développement assez considérable, d'environ un centimètre de longueur, sur trois ou quatre millimètres en largeur; elle me parut avoir été occasionnée par la succion exercée sur l'embout du biberon, nécessairement plus dur que le mamelon auquel l'enfant avait été jusque-là accoutumé, et finit, du reste, par disparaître sous l'influence du traitement mercuriel, aussi bien que les autres accidents que je cherchais à combattre.

Graduellement, les taches exanthématiques et l'éruption papuleuse s'éteignirent complétement sur la peau; les petites plaques muqueuses des commissures des lèvres s'effacèrent sans laisser de traces; le muguet ne se développa plus; la teinte bistre, caractéristique de la peau, céda la place à une coloration plus naturelle, bien que l'enfant restât encore très-pâle. Toutes les fonctions s'accomplissaient avec une entière régularité; l'état général, enfin, qui, dès les dernières semaines de mai, m'avait paru s'améliorer d'une manière sensible, était aussi satisfaisant que possible dans les premiers jours du mois de juillet.

A cette époque, les parents parlèrent d'emmener le petit malade à la campagne, à une quinzaine de lieues de Paris, se réservant de m'appeler au cas où se produirait quelque incident nouveau.

Bien que je fusse loin de considérer la guérison comme obtenue, et tout en insistant sur la nécessité de continuer le traitement spécifique que je modifiai en prescrivant de donner concurremment avec la liqueur de Van Swieten une solution d'iodure de potassium, les manifestations extérieures de la syphilis étaient si complétement éteintes que je crus pouvoir, sans inconvénient pour la nourrice qui en serait chargée, faire reprendre l'allaitement. Je jugeais opportun d'en agir ainsi pour l'enfant qui allait vraisemblablement commencer le travail de la dentition au moment des plus fortes chaleurs, à un moment par conséquent où il serait plus sujet qu'à tout autre à prendre des affections gastro-intestinales, qui, toutes choses égales, sont beaucoup moins fréquentes et beaucoup moins sérieuses chez les individus nourris au sein que chez les autres. Quant à la femme à qui cette nourriture serait confiée, je ne prévoyais, je le répète, aucun danger de contagion pour elle; on en choisit donc une qui présentait les meilleures conditions de santé, et paraissait avoir un lait abondant, et à peine lui eut-elle offert le sein, que l'enfant le prit avidement comme s'il l'avait toujours fait jusque-là. Deux ou trois jours après eut lieu le départ pour la campagne, et je n'entendis plus parler de mon petit malade jusqu'au mois de septembre.

On me le ramena alors un jour chez moi, mais pour me faire voir qu'il était en très-bon état. Je lui trouvai en effet une mine excellente, et je m'en tins à ce que l'on me disait, que depuis le mois de juillet il n'avait pas eu la plus légère indisposition.

Au mois de novembre, il était réinstallé à Paris, et j'eus à lui donner des soins pour une diarrhée légère provoquée par la dentition, et qui céda promptement, presque d'elle-même. Dans cette circonstance, ni la famille, ni la nourrice, qui y était cependant très-directement intéressée, ne me firent part d'un accident survenu chez celle-ci quelque temps auparavant et auquel on n'attachait alors aucune importance, quoique en réalité il en eût une considérable, ainsi que l'événement allait bientôt le démontrer.

En effet, le 12 janvier suivant, je fus consulté pour la nourrice qui, depuis deux semaines, avait une éruption généralisée sur toute une grande surface de son corps. Dans cette éruption, qui s'était développée sans qu'il y eût eu dans la santé générale aucun trouble notable, si ce n'est un peu d'amaigrissement, je reconnus une roséole syphilitique. Recherchant le point de départ de cette infection vénérienne, je découvris sur le sein gauche, en dedans du mamelon, une tache cicatricielle d'un rouge cuivreux, occupant en étendue le diamètre environ d'une pièce de 20 centimes. Cette tache marquait la place d'une ulcération fermée déjà depuis assez longtemps, à en juger par ce fait que je ne retrouvais plus dans le creux de l'aisselle, du côté correspondant, les engorgements ganglionnaires qui y avaient probablement existé. C'est alors qu'on m'apprit que, dans le courant du mois d'août, il était apparu en ce point un petit bouton que l'enfant s'amusait à gratter et à écorcher avec ses doigts pendant qu'il tétait; mais, ni la nourrice, ni la famille qui s'en étaient cependant aperçues, ne s'en étaient inquiétées. Elles y avaient fait d'autant moins d'attention qu'il s'était guéri assez rapidement tout seul. Je ne faisais pas de doute, toutefois, que ce bouton n'eût été le point d'inoculation de la vérole à cette heure en plein développement; j'en étais d'autant plus convaincu qu'en m'enquérant de ce qui avait pu arriver à l'enfant, j'apprenais qu'à l'époque où l'ulcération s'était produite sur le sein de sa nourrice, il avait eu de nouveau à la bouche ce que l'on me disait être des boutons analogues à ceux dont j'avais constaté l'existence à la commissure des lèvres, dans les premiers temps de sa maladie. D'un autre côté, la nourrice m'affirmait, en réponse aux questions que je lui adressais à ce sujet, qu'elle n'avait jamais rien éprouvé, qu'elle n'avait actuellement encore aucun accident du côté des parties génitales. Cette affirmation méritait assurément d'être contrôlée par un examen direct, mais il était, on le comprend, difficile de le demander sans éveiller les inquiétudes d'une femme qu'il importait de ménager en semblables conjonctures. Je me vis donc forcé, à mon grand regret, de m'en abstenir et de me priver ainsi d'un élément important de jugement pour la solution de la question. Il me semblait néanmoins, que la présence sur le sein gauche de ce qui avait été l'accident primitif, pouvait me dispenser d'insister, comme je l'aurais fait en toute autre circonstance, sur cet examen plus complet. Je restai convaincu, ainsi que je viens de le dire, que l'inoculation avait eu lieu là.

Je mis de suite la malade à un traitement antisyphilitique mixte, consistant à prendre : le matin, une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten; le soir, une cuillerée à café d'une solution contenant 10 grammes d'iodure de potassium pour 200 grammes d'eau; de plus, deux fois la semaine, un grand bain d'une demi-heure de durée et additionnée de 15 grammes de bichlorure hydrargyrique. Aux yeux de la nourrice, ce traitement fut coloré du nom de traitement tonique et la mère de l'enfant se chargea d'en surveiller l'exécution.

Le 21 janvier, cette famille quitta Paris pour aller passer l'hiver dans le Midi, et depuis cette époque, je n'en ai plus eu que très-indirectement des nouvelles.

C'est là un nouvel exemple à ajouter à ceux qui, maintenant en grand nombre, sont en formelle contradiction avec la doctrine de Hunter, suivant laquelle la non-contagion des accidents secondaires de la syphilis était érigée en loi, les propriétés contagieuses restant dévolues à l'accident primitif, au chancre seul. Longtemps soutenue avec la plus grande vivacité par des syphiliographes d'un grand talent, non moins vivement attaquée par des médecins d'un mérite également incontestable, cette doctrine ne devait point résister à l'observation attentive et sans idée préconçue des faits cliniques; aussi aujourd'hui ne trouverait-elle pas un sérieux défenseur.

Les accidents secondaires sont donc susceptibles de communiquer la vérole d'un individu à un autre, et ils conservent leurs qualités virulentes pendant une période de temps impossible

à déterminer, mais toujours longue, alors même que le malade, ayant été soumis à un traitement régulièrement continué, on pourrait espérer que la diathèse dont ces accidents relèvent a été modifiée et suffisamment affaiblie dans son essence pour que les chances de contagion soient tout au moins très-diminuées. Qu'il en soit ainsi, que la diathèse s'affaiblissant sous l'influence du traitement, ses manifestations extérieures inoculables perdent de leur virulence, ce qui d'ailleurs est ici entre la bouche du nourrisson... ce qui d'ailleurs est fort contestable, le médecin n'en est pas moins tenu aux plus grandes réserves, alors surtout qu'il s'agit de l'allaitement d'un enfant syphilitique. L'allaitement, en effet, offre les conditions de toutes les plus favorables à la contagion de la vérole. En aucune autre circonstance, le contact infectant n'est jamais aussi fréquemment répété, aussi longuement prolongé qu'il l'est ici entre la bouche du nourrisson, affectée d'accidents susceptibles de s'inoculer et le mamelon de sa nourrice, que l'état d'éréthisme dans lequel il entre par le fait de la succion exercée par lui, rend éminemment apte à l'absorption des humeurs virulentes.

Dans le cas que je viens de rapporter, j'ai donc à me reprocher d'avoir manqué de cet excès de prudence dont un médecin ne doit jamais se départir, et d'avoir ainsi été la cause indirecte d'accidents qui auraient pu être évités si j'avais eu constamment présent devant les yeux ce fait capital, que la vérole est une maladie essentiellement chronique, guérissant par conséquent très-lentement, sans qu'il soit possible de lui assigner une limite certaine; qu'alors même que, sous l'influence d'un traitement régulièrement et longtemps suivi, on en a fait taire les manifestations appréciables, ces manifestations peuvent réapparaître à un moment donné sans qu'aucune cause occasionnelle saisissable puisse en expliquer le retour.

Les cas dans lesquels les accidents syphilitiques se sont ainsi reproduits, après un long silence de la maladie, sont tellement connus qu'il est à peine nécessaire de les rappeler.

M. Blondeau relate ensuite deux observations, dont l'une se trouve consignée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 octobre 1864; voici la seconde observation :

Au commencement du mois de février 1861, je fus consulté par un de mes amis pour des accidents d'une certaine gravité, en apparence du moins, qu'il venait d'éprouver, et dont la marche, la nature, la cause à laquelle ils m'ont paru devoir être rattachés, donnent à leur histoire un véritable intérêt.

Alors âgé de trente-six ans, amputé quinze ans auparavant de la cuisse gauche qu'il avait eue fracassée par un boulet de canon, mon ami, ancien officier de marine, avait quitté le service actif, après une dernière et rude navigation, pour se fixer dans un de nos ports de mer où il occupait, et où il occupe encore aujourd'hui, une position qui l'oblige à une vie assez sédentaire. Bien que vieilli avant l'âge par les fatigues de l'existence qu'il avait menée comme marin, et que son infirmité rendait plus pénible pour lui que pour tout autre, il était de bonne santé, tout en se plaignant parfois de douleurs gastralgiques, auxquelles il était resté sujet depuis un accès de fièvre jaune très-court et très-léger d'ailleurs, qu'il avait eu en 1856, pendant son séjour à la Havane.

Marié en 1857, il avait eu, l'année suivante, un premier enfant qui, peu de jours après sa naissance, mourut avec une gangrène du scrotum. Ce fut là du moins ce qui me fut rapporté par son père qui ne put me donner à ce sujet aucun autre renseignement plus explicite.

Vers la fin de 1859, il avait eu une petite fille, arrivée à terme parfaitement bien portante, et qui aujourd'hui, âgée de six ans, n'a jamais eu d'autre maladie qu'un eczéma impétigineux ayant couvert, à l'époque de la première dentition, une partie du visage, persistant avec cette opiniâtreté qui lui est habituelle chez les jeunes enfants, mais qui disparut enfin sans laisser sur la peau traces de son passage.

Ces détails pourront, peut-être, être jugés superflus. Leur importance se déduira de la suite de cette histoire.

Mon ami jouissait donc des apparences d'une bonne santé, lorsque, le 10 février 1861, il fut pris des accidents au sujet desquels il me consultait et dont il me rendait ainsi compte.

Le matin même, au moment où il allait gagner le chemin de fer qui devait l'amener à Paris, il avait eu ce qu'il appelait une *attaque*. S'expliquant sur ce qu'il entendait par là, il me dit que tout à coup il avait été pris d'une faiblesse telle que, perdant presque complètement connaissance, il serait tombé s'il n'avait trouvé à sa portée un point d'appui pour se retenir. Ce phénomène fut si rapide et si passager que, tout aussitôt remis, le malade put continuer sa route, monter en wagon et arriver sans encombre à destination.

Descendu chez moi, où il comptait demeurer pendant son séjour à Paris, il s'empressa de me raconter ce qu'il venait d'éprouver quelques heures auparavant, ajoutant que, depuis quelque temps déjà, il avait moins d'appétit, qu'après ses repas, principalement après le repas du soir, il se sentait lourd et s'endormait malgré lui dans son fauteuil, ce qui ne lui arrivait pas d'ordinaire, qu'enfin il était sujet à des maux de tête peu violents, à la vérité, mais parfois assez fatigants pour lui enlever toute aptitude au travail, parfois aussi accompagnés de fourmillements dans les membres.

A son premier abord, je l'avais trouvé plus pâle que d'habitude; j'avais été frappé de l'expression de sa physionomie, dont les traits tirés semblaient indiquer une grande fatigue. Mais lorsqu'il m'eut mis au courant de ce qui lui était arrivé, j'attribuai cette pâleur, cette expression de la physionomie à l'émotion qu'il avait eue le matin, et qu'il gardait encore tout entière. Son âge me paraissait devoir exclure l'idée d'une apoplexie, ou d'un ramollissement cérébral bien peu commun, il faut en convenir, à la période de la vie où il était entré. Ce qu'il me disait des accidents qu'il avait éprouvés semblait, en outre, caractériser bien moins ces genres d'affections que des phénomènes analogues aux vertiges, et ce que je savais des troubles gastriques dont il se plaignait quelquefois me fit penser qu'en réalité, ce qui l'avait si vivement impressionné n'était rien autre chose que des vertiges dépendant de sa dyspepsie cardialgique.

J'allais du reste être en mesure de l'observer, pendant son séjour chez moi, et d'étudier ces accidents s'ils se reproduisaient.

Le lendemain matin, comme j'entrais dans sa chambre pour m'enquérir de ses nouvelles et, comme il se levait, se réjouissant de la bonne nuit qu'il avait passée, il fut repris sous mes yeux des mêmes troubles nerveux que la veille. Tout à coup, il s'interrompit dans notre conversation en me disant qu'il se sentait *s'en aller*. Ce disant, il s'appuyait contre son lit pour ne pas tomber : je le voyais pâlir, mais il ne perdit pas complètement connaissance. Cet état demi-syncopal dura à peine quelques secondes. Presque aussitôt revenu tout à fait à lui, le malade se mettait à sa toilette, accusant encore, il est vrai, du mal de tête; puis quelques heures après, il déjeunait d'assez bon appétit et me quittait, vers midi, pour aller faire une visite à quelques lieues de Paris où il devait être de retour dans la journée.

Sur les cinq heures du soir, la personne qu'il avait été voir, accourait chez moi tout effarée me raconter qu'elle avait été témoin d'une nouvelle attaque, et que, jugeant imprudent de laisser notre ami revenir seul, elle l'avait ramené et conduit directement dans la maison où je devais aller le rejoindre à l'heure du dîner.

Quand je l'y rejoignis, en effet, je le trouvai plus que jamais inquiet de son état, et cet état me causait maintenant à moi-même certaines appréhensions. Je le voyais bien, ayant conservé toute la lucidité de son esprit, causer et rire avec ceux qui l'entouraient, mais sa parole était manifestement embarrassée; il se tenait debout et marchait aussi facilement que d'habitude, mais il se plaignait d'éprouver de la faiblesse dans le bras droit et même dans la jambe du côté correspondant. En le faisant me serrer la main dans la sienne, je constatai une diminution réelle de la force dans cette main droite, diminution qui n'existait point pour la gauche. Cependant il se mit à table avec tout le monde, mangea d'aussi bon appétit qu'il l'avait fait le matin, et après la soirée, qui ne se termina pas avant onze heures, il revint chez moi où il se mit au lit, sans se plaindre d'autre chose que d'un peu de fatigue et de mal de tête.

A son réveil, le lendemain, la situation était singulièrement aggravée. Outre que l'embarras de la parole était bien autrement prononcé qu'il ne l'était la veille au soir, la faiblesse du côté droit était portée jusqu'à une demi-paralysie, à ce point que non-seulement le malade ne pouvait plus se tenir debout, sa seule jambe étant incapable de le porter, mais qu'encore il ne pouvait que difficilement la soulever, ni soulever même le bras droit. Cette hémiplégie, qui ne frappait que la motilité, la sensibilité n'étant pas sensiblement modifiée, s'étendait au côté correspondant de la face, dont les traits étaient notablement altérés; la commissure des lèvres, relevée du côté gauche, était abaissée du côté droit où la joue était moins tendue, plus flasque que l'autre.

L'intelligence restait parfaitement nette; le malade n'accusait, d'ailleurs, aucune douleur et était absolument sans fièvre; son pouls était seulement plus faible, moins fréquent qu'il ne devait l'être dans son état normal, et cette faiblesse, ce ralentissement coïncidaient avec une extrême pâleur du visage.

Évidemment, ces phénomènes de paralysie ne pouvaient être rattachés qu'à une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau, lésion qui, maintenant, me donnait la raison d'être des troubles vertigineux éprouvés les jours précédents par le malade. Mais, à en juger par la nature même des accidents, par leur marche, par leur peu d'intensité relative, cette lésion dont ils dépendaient devait être elle-même assez légère, tout au moins assez superficielle.

Quoi qu'il en fût, une intervention médicale très-active, très-énergique, ne me semblait pas urgente. En tout cas, ici moins que jamais, eu égard à la faiblesse du malade, à cet état anémique dans lequel il était, et qu'indiquaient la faiblesse du pouls et la pâleur des téguments, il n'y avait pas lieu à recourir aux émissions sanguines; ne saisissant pas davantage la nécessité d'une purgation violente et rapide, je me contentai de prescrire le calomel à doses fractionnées (5 centigrammes mélangés à 2 grammes de sucre pulvérisé et divisés en vingt-quatre paquets à prendre d'heure en heure), à l'effet de provoquer une révulsion du côté du tube digestif, moins pour combattre les accidents du présent que pour prévenir et pour atténuer la réaction phlegmasique que l'on pouvait craindre de voir survenir du côté de l'encéphale. Ne voulant pas, au reste, prendre entièrement sur moi la responsabilité dans ce cas, je priai mon très-honorable maître M. le professeur Trousseau de m'assister de ses conseils. M. Trousseau me confirma dans mon diagnostic et approuva le traitement institué, insistant encore, ainsi que je l'avais fait, sur la nécessité de retenir et de soutenir les forces du malade par une alimentation, modérée, bien entendu. Quarante paquets de calomel, soit deux grains (10 centigrammes), furent administrés dans l'espace des trois premiers jours, puis comme le médicament provoquait de la diarrhée en même temps que de la tendance à la salivation, l'emploi en fut suspendu sous la réserve d'y revenir s'il y avait nouvelle indication.

En attendant, l'état général se maintenant satisfaisant, aucun trouble cérébral ne survenant, nous fîmes lever le malade, qui désormais passa ses journées assis dans son fauteuil. Peu à peu, il récupéra assez de forces dans sa jambe frappée de paralysie pour pouvoir se tenir debout, marcher en s'appuyant plus que jamais, il est vrai, sur la canne dont il se servait habituellement. Enfin, vers le milieu du mois de mars, il se trouvait en état de me quitter pour aller s'installer à Saint-Germain, où il devait rester quelques semaines.

J'ai dit que les forces revenaient sensiblement, quoique peu à peu, dans la jambe paralysée; ce retour de la puissance motrice s'effectuait beaucoup plus lentement dans le membre supérieur, plus particulièrement dans la main dont les doigts étaient loin de récupérer leur agilité première. Toutefois, le malade s'essayait à écrire, et m'envoyait, de la campagne, des bulletins de sa santé dans des billets très-courts, à la vérité, et d'une écriture dont l'irrégularité contrastait singulièrement avec sa netteté et sa finesse d'autrefois.

Au commencement de mai, se sentant capable de reprendre ses occupations assez peu fatigantes d'ailleurs, le malade regagna son poste, me promettant de me tenir exactement au courant de ses progrès, ce qu'il fit en effet, deux ou trois fois, chaque mois, avec une grande régularité. Chaque courrier m'annonçait une amélioration graduelle et marquée dans la situation; la marche devenait de plus en plus facile, la main reprenait plus d'agilité, ce dont il m'était aisé de m'apercevoir à l'écriture, qui avait fini par présenter presque son caractère habituel.

Les choses en étaient encore là le 16 décembre, quand deux jours après avoir reçu une dernière lettre de la main de mon ami, il m'en arrivait une autre de sa femme, alarmée par de nouveaux accidents que son mari avait éprouvés la veille au soir. Je ne saurais mieux faire que de reproduire textuellement ici les détails que l'on me donnait, et dont on comprendra toute l'importance.

« Comme il vous l'écrivait, me disait-on, X... se sentait très-bien; « nous devions aller hier à une soirée de whist, et nous étions en « train de nous habiller tout en causant très-gaîment. X... était déjà « presque prêt, lorsque tout d'un coup, après je ne sais plus quoi que « je venais de lui dire, il se mit à prononcer un « et » comme une « personne qui bégaye; puis ce n'avait aucun rapport avec notre con« versation. Étonnée, je me retourne vers lui, en lui demandant ce qu'il « me dit; il répète encore ce malheureux « et », fait un pas vers moi. « J'étais déjà tout effrayée, d'autant plus qu'il me regardait avec un re« gard tout fixe. Je tâche tout doucement de le questionner sur ce qu'il « veut dire, et lui ôte sa brosse des mains. Il répète encore deux ou « trois fois, à petits intervalles, le mot « et », puis je le vois pâlir, « pousser une espèce de cri étouffé; sa figure se contracte, et, si je « n'avais été là, il serait tombé tout à fait. Un fauteuil était tout près, « j'essayai de l'y faire asseoir, mais voyant qu'il ne s'y soutenait pas, « je l'étendis par terre, j'allai ouvrir la fenêtre pour lui donner de « l'air et j'appelai la domestique à mon secours. Il me sembla « qu'une fois X... étendu à terre, sa figure n'était plus contractée, « mais il respirait très-fort et sa parole était embarrassée. Il ne savait « trop, au reste, ce qu'il voulait dire, car, au bout d'un moment, « quand tout cela fut calmé, il avait l'air, et nous dit avoir eu la sen« sation d'une personne qui s'éveille. Il était tout étonné, demandait « ce qu'il y avait, quel jour nous étions, disant qu'il se sentait bien « et qu'il allait aller à sa soirée; mais il disait tout cela sans suite, « cherchant à se rendre compte de ce qu'il avait fait dans la journée, « de l'heure actuelle, etc. Il ne voulut se mettre au lit qu'après l'ar« rivée du médecin que j'avais envoyé chercher. Celui-ci prescrivit « des sinapismes à la jambe, du thé de fleurs d'oranger, et le repos « au lit jusqu'au moins sa visite du lendemain matin.

« Cependant, dès hier soir X... n'avait plus la parole embarrassée, « il ne s'était pas plaint de fourmillements comme il en avait éprouvé « lors de ses accidents du mois de février; seulement il n'avait au« cune conscience de ce qui lui était arrivé. Sa nuit a été bonne, et « il dit être aussi bien ce matin qu'à son ordinaire. Il vient de se « rendormir un peu dans ce moment. » On ajoutait « j'ai oublié de « vous dire qu'au moment où je l'ai empêché de tomber, il faisait « comme des mouvements nerveux avec son bras. »

Au reçu de cette lettre, il me parut évident, comme il paraîtra à tout le monde, que ces accidents dont on me rendait un compte si fidèle, étaient des accidents épileptiformes. Dès lors, je me trouvais en mesure de compléter mon diagnostic sur la nature de l'affection cérébrale dont, huit mois auparavant, j'avais été à même d'observer les premières manifestations. Je me rappelais maintenant, qu'en 1854, sept ans par conséquent auparavant, le malade avait eu la vérole constitutionnelle. Il m'avait consulté à cette époque, étant affecté d'une roséole apparue six semaines environ après le développement d'un chancre induré du prépuce. Je l'avais soumis à un traitement spécifique, et pendant toute une année il avait pris, durant six mois d'abord la liqueur de Van Swieten, durant les six autres mois 1 gram. d'iodure de potassium. On pouvait espérer après cela que les accidents ultérieurs étaient aussi conjurés que possible, on pouvait d'autant plus l'espérer que, depuis sa roséole, le malade n'avait eu aucune nouvelle manifestation de sa diathèse.

Je n'hésitai cependant pas à mettre sur le compte de celle-ci les accidents cérébraux dont le malade avait été affecté au mois de février, et ceux qu'il venait d'éprouver nouvellement, accidents qui présentaient tous les caractères de l'épilepsie. J'hésitai d'autant moins que, dans les antécédents de la famille que je connaissais parfaitement, il n'y avait rien qui ressemblât, je ne dis pas seulement au mal comitial, mais encore à toute autre espèce d'affection nerveuse.

Le traitement que j'instituai devait d'ailleurs me permettre de juger complétement la question. Je m'empressai d'écrire au malade qu'il eût à reprendre la médication mercurielle combinée avec l'iodure de potassium, soit chaque jour, le matin, une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, et le soir la valeur de 1 gramme d'iodure en solution.

Le 20 janvier suivant, il m'écrivait que la veille au soir il avait eu encore un accès analogue à celui du 16 décembre, mais cette fois beaucoup moins fort et beaucoup moins long. Je lui répondis en insistant plus que jamais sur la nécessité de suivre régulièrement le traitement spécifique que je lui avais prescrit.

A partir de cette époque, les nouvelles que je reçus furent tout à fait satisfaisantes. Les forces reprenaient graduellement, aucun accident ne se reproduisait, et quelques mois plus tard lorsque je revoyais mon malade il pouvait se considérer comme guéri si bien, qu'à la fin de cette même année 1862, il devenait, pour la troisième fois, père d'un enfant parfaitement constitué, aujourd'hui entré dans sa quatrième année. Toutefois, maintenant encore, et d'après mon conseil, le malade prend de temps en temps, tous les deux mois pendant une vingtaine de jours, un gramme d'iodure de potassium.

La dyspepsie dont était affecté le malade sujet de cette observation permettrait peut-être de soulever la question des rapports entre les accidents cérébraux et les troubles de l'estomac. On sait, en effet, que ceux-ci sont susceptibles d'avoir sur le système nerveux, et plus particulièrement du côté de l'encéphale, un retentissement se traduisant, non-seulement par les vertiges, qui en sont l'expression la plus habituelle, mais encore, bien que beaucoup plus rarement, par de véritables paralysies, ainsi que cela ressort d'un travail publié dans ces derniers temps par M. le docteur Piban-Dufeillay. Cette question toutefois ne saurait ici faire l'objet d'une longue discussion. Les antécédents du malade, où l'on retrouvait une première atteinte de la syphilis constitutionnelle nettement caractérisée, la succession des symptômes récents, cette hémiplégie survenant brusquement, après avoir été annoncée par les maux de tête et les vertiges, enfin, et surtout, les accès épileptiformes qui, en raison de leur fréquence relative dans la vérole invétérée, m'ont mis sur la voie du diagnostic, suffisent pour établir, sans qu'il soit besoin de chercher ail-

leurs, la véritable cause de la maladie dont le traitement a péremptoirement démontré la nature.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

Dans une revue de ce genre, et avec le peu d'espace dont nous disposons, la difficulté est de bien choisir parmi les articles les plus intéressants contenus dans les nombreux journaux que nous recevons. Ce choix, il faut l'avouer, est très-arbitraire. Pour notre part, nous nous en tiendrons aux faits qui intéressent directement la pratique et qui nous donneront l'occasion de faire connaître et de répandre les idées médicales et thérapeutiques ayant cours chez nos voisins. Deux considérations cependant limitent notre cercle. Les Anglais publient certainement plus d'observations et de statistiques que nous; mais la plupart de leurs observations, écourtées et incomplètes, laissent fort à désirer et sont par conséquent inutiles à reproduire. D'autre part ils sont polypharmaques, leurs ordonnances sont complexes, ils mènent de front plusieurs médications, en sorte qu'on ne sait à quel agent rapporter le résultat.

En général, nous ne donnerons que la substance de l'observation et des considérations qui l'accompagnent, laissant au lecteur le soin de consulter, s'il le désire, le texte complet.

Du seigle ergoté dans les paralysies.

Ce n'est pas en Angleterre mais bien chez nous que ce médicament fut employé pour la première fois contre les paralysies. Barbier, d'Amiens, lui attribuait les mêmes propriétés qu'à la strychnine. Payan, d'Aix, conclut à son efficacité dans les paraplégies toutes les fois que la moelle n'est pas désorganisée. Paul Guersant y eut recours pour réveiller la contractilité du rectum et de la vessie et aider à l'expulsion des calculs après la lithotritie.

Mais l'emploi de l'ergot dans ces conditions s'était peu répandu lorsque M. Brown-Séquart posa en fait, à la suite d'expériences sur des chiens, que ce médicament, de même que la belladone, agissait sur la moelle et ses enveloppes, en diminuait la congestion et le pouvoir réflexe, c'est-à-dire dans un sens opposé à la strychnine. Le seigle ergoté et la strychnine seraient donc indiqués toutes les fois qu'il y a hyperhémie sthénique vers la moelle, tandis que la strychnine devrait être adoptée lorsque la phlegmasie ou la congestion sont passées.

Depuis lors, l'ergot est fréquemment usité en Angleterre dans les maladies de la moelle, et plusieurs succès en ont été enregistrés.

Le numéro de février 1866 du *Dublin quarterly Journ. of. med. sc.* contient une communication de E. R. Townsend, à la Société médicale chirurgicale de Cork, dans laquelle il est question de quatre nouveaux cas favorables. Voici l'analyse de l'un de ces cas. Il s'agit d'une de ces méningites spinales occasionnées par le froid, sur lesquelles M. Auguste Voisin a publié un savant travail en 1865 dans la *Gazette des hôpitaux*. Le cas était fort grave, la guérison fut complète en un mois. Est-ce bien au seigle ergoté principalement qu'il faut rapporter le résultat ou à l'association de ce médicament, de l'iodure de potassium et des saignées locales? Quelle que soit l'opinion adoptée, le fait mérite l'attention du praticien et met en relief la façon, que je signalais tout à l'heure, dont les Anglais procèdent en thérapeutique.

J. V..., âgé de quarante et un ans, matelot, fut plusieurs fois mouillé pendant de gros temps; un soir notamment, il se coucha et s'endormit, ses habits trempés. Le lendemain il tomba tout à coup sur le pont, atteint d'une paraplégie incomplète qui s'accrut rapidement et devint complète.

A son entrée à l'hôpital du Sud de Cork, on note les symptômes suivants :

Le mouvement est absolument perdu aux extrémités inférieures jusqu'à la ceinture. Les jambes et les muscles abdominaux sont rigides. Les téguments des membres inférieurs sont frappés d'hyperesthésie dans toute leur étendue. Il pousse des cris et grince des dents dès qu'on le touche; les spasmes que détermine le contact des doigts rappellent ceux du tétanos; la pression même des draps est insupportable. La physionomie exprime l'anxiété et la souffrance. Le corps est baigné de sueur. Le pouls est calme, à 80; les fonctions vésicales et rectales sont normales. L'urine est acide. Il se plaint vivement d'un priapisme répété et d'une douleur en ceinture à la hauteur des seins.

Traitement le 14 mai : 25 centigrammes d'iodure de potassium, chaque quatre heures.

Le 15, même état. Traitement : 16 sangsues aux lombes, suivies d'une application de ventouses sèches sur les morsures; 15 centigrammes de seigle ergoté répétés trois fois dans la journée; iodure de potassium *ut supra.*

Le 16, même état. Traitement : 12 sangsues au niveau des vertèbres lombaires, et ventouses; 15 centigrammes d'ergot de seigle chaque six heures; iodure de potassium, même dose chaque trois heures; thé de bœuf; pain à discrétion.

Le 17, il souffre moins, quoique l'hyperesthésie cutanée persiste, et il peut remuer le gros orteil; 12 sangsues et ventouses sur le point douloureux du rachis; 4 grammes de teinture de jusquiame (pharmacopée anglaise), à prendre le soir (1); le reste comme ci-dessus.

Le 18, la douleur en ceinture a disparu. Pas de sangsues aujourd'hui; 6 grammes de teinture de jusquiame contre l'insomnie; le reste comme ci-dessus.

Le 19, il a pris une seconde dose de teinture de jusquiame quatre heures après la première, sans qu'elle ait amené le moindre sommeil. Traitement : une pilule de 15 centigrammes d'extrait de jusquiame; 12 sangsues et ventouses sur le rachis; iodure de potassium et seigle ergoté comme ci-dessus.

Les 20 et 21, il a un peu dormi. Même traitement, moins les sangsues et ventouses.

Le 22, amélioration. Ventouses sèches le long du rachis, etc.

Le 25, l'amélioration continue; la rigidité des membres inférieurs diminue; la physionomie est calme.

Le 26, il se plaint de quelques douleurs dans les jambes. Ventouses scarifiées sur le rachis.

Le 29, il parvient à fléchir les genoux. Ventouses sèches sur le rachis. Le reste du traitement *ut supra.*

Le 31, emplâtre de belladone de 6 pouces de longueur sur le rachis. L'urine est alcaline pour la première fois.

A partir du 1er juin, on le transporte chaque jour dans un fauteuil.

Le 6, il réussit à se tenir debout avec l'aide d'un infirmier.

Le 8, il se lève seul, sans aucun secours. L'hyperesthésie cutanée est très-modérée.

Le 11, il va et vient très-bien, monte et descend les escaliers. On supprime le seigle ergoté et l'iodure de potassium.

Le 14, il marche comme précédemment, court et réussit même à grimper à un arbre.

Le 23, il quitte l'hôpital et retourne à son navire aussi agile et vigoureux qu'auparavant.

(1) La teinture de jusquiame anglaise est moitié moins forte que la nôtre; ces quatre grammes répondent donc pour nous à 2 grammes.

Maladie du cœur consécutive à la maladie de Bright.

L'idée suivante, ayant cours en Angleterre, a trouvé jusqu'ici peu d'écho en France : c'est que l'hydropisie d'origine rénale est assez souvent suivie de maladie du cœur. Bright, le premier, émit cette opinion. Sur 100 cas de la maladie à laquelle nous avons donné son nom, 23 fois il trouva le cœur hypertrophié et dilaté, sans que rien du côté des valvules ou des vaisseaux voisins en explique l'origine. Le *Dublin quarterly Journal of med. sc.*, février 1866, emprunte au *Clinical Reports* de *Whitworth and Hardwicke hospital*, la relation d'un fait de ce genre qui nous paraît concluant. Il est de S. Gordon.

Un homme de quarante ans entre à l'hôpital pour une hydropisie d'origine rénale. Outre l'anasarque et la congestion pulmonaire, on constate les symptômes suivants : souffle au premier temps à la pointe du cœur, timbre clair des bruits cardiaques, impulsion exagérée du ventricule droit et défaut de proportion entre l'intensité du pouls radial et cette impulsion. On diagnostique une insuffisance mitrale. Quelque temps après le malade quitte l'hôpital amélioré, mais pour y rentrer bientôt avec un épanchement dans le péricarde et la plèvre gauche. L'impulsion exagérée du cœur a disparu. La péricardite diminue, l'impulsion reparaît. Le sujet succombe. A l'autopsie on trouve, outre les lésions prévues des reins, de la plèvre et de l'endocarde, une hypertrophie du cœur portant principalement sur le ventricule gauche, et une insuffisance de l'orifice mitral. La surface de l'endocarde et de ses valvules et l'aorte étaient parfaitement saines; rien du côté du cœur ne rendait compte de l'hypertrophie.

L'auteur en conclut, par exclusion, que cette hypertrophie et l'insuffisance mitrale qui l'accompagnait sont le résultat de la maladie de Bright. Il l'attribue à l'embarras de la circulation dépendant de l'altération du sang, et rapproche ce fait de l'hypertrophie du cœur secondaire à la chloro-anémie.

Nous terminerons aujourd'hui par quelques statistiques extraites du *Richmond medical Journal*, janvier 1866.

Mortalité des fièvres éruptives traitées dans les hôpitaux généraux de Virginie, du 1er octobre 1862 au 21 janvier 1864.

1,386 cas d'érysipèle ont donné 108 décès, c'est-à-dire 7,79 pour 100. 2,207 de rougeole, 46 décès, c'est-à-dire 2,09 pour 100. 58 de scarlatine, 5 décès, c'est-à-dire 8,62 pour 100. 2,513 de variole, 1,020 décès, c'est-à-dire 40,58 pour 100. 1,196 de varioloïde, 39 décès, c'est-à-dire 3,26 pour 100.

Mortalité dans les opérations d'amputation, de désarticulation, et de résection, pratiquées dans l'armée des États confédérés d'Amérique.

Amputations de cuisse 507 cas : primitives 345; guérisons 213, morts 132, c'est-à-dire 38 pour 100. Secondaires 162; guérisons 43, morts 119, c'est-à-dire 73 pour 100.

Amputations de jambe 464 cas : primitives 314; guérisons 219, morts 95, c'est-à-dire 30 pour 100. Secondaires 150; guérisons 76, morts 74, c'est-à-dire 49 pour 100.

Amputations du bras 434 : primitives 294; guérisons 252, morts 42, c'est-à-dire 14 pour 100. Secondaires 140; guérisons 87, morts 53, c'est-à-dire 37 pour 100.

Amputations de l'avant-bras 114 : primitives 69; guérisons 61, morts 8, c'est-à-dire 12 pour 100. Secondaires 45; guérisons 35, morts 10, c'est-à-dire 22 pour 100.

Désarticulations 135 : primitives de l'épaule 79; guérisons 54, morts 25, c'est-à-dire 31 pour 100. Primitives du coude 4; guérisons 3, mort 1. Primitives de l'articulation radio-carpienne 7; guérisons 5, morts 2. Primitives de la hanche 3; guérison 1, morts 2. Primitives du genou 5; guérisons 2, morts 3. Secondaires de l'épaule 28; guérisons 8, morts 20, c'est-à-dire 71 pour 100. Secondaires du coude 3; guérisons 2, mort 1. Secondaires du genou 6; morts 6.

Résections 130. Primitives de l'épaule 41; guérisons 28, morts 13, c'est-à-dire 27 pour 100. Primitives du coude 25; guérisons 22, morts 3. Primitives de l'articulation radio-carpienne 2, guérisons 2. Primitives du genou 2; morts 2. Secondaires de l'épaule 26; guérisons 19, morts 7, c'est-à-dire 21 pour 100. Secondaires du coude 29; guérisons 23, morts 6. Secondaire de l'articulation radio-carpienne 1; guérison 1. Secondaires de la hanche 2; guérison 1, mort 1.

Amputations du pied : primitives, procédé de Chopart 16; guérisons 13, morts 3. Procédé de Syme 2; guérisons 2. Procédé de Pirogoff 4; guérisons 2, morts 2. Secondaires, procédé de Chopart 8; guérisons 7, mort 1. Procédé de Syme 4; guérisons 4 (l'une ayant nécessité une seconde amputation au-dessus).

En somme, les 1,814 grandes opérations ci-dessus ont donné 632 décès, c'est-à-dire une mortalité de 34 pour 100. Mais, nous dit le *Richmond medical Journal*, ces chiffres ne comprennent que les résultats certains; les cas douteux en ont été écartés. Cette restriction nous explique cette mortalité un peu plus faible pour les amputations que dans les armées de Crimée. Le doute en effet n'a pu porter que sur les guérisons et non sur les morts.

Dr Paul Topinard.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de la digitale dans le traitement de la pneumonie.

L'emploi de la digitale dans le traitement de la pneumonie n'est pas nouveau. Indiqué et préconisé par Rasori et Tommasini, il a été de nos jours recommandé de nouveau par MM. Duclos et Hirtz. Cependant peu de praticiens s'en servent aujourd'hui, et M. Grisolle a pu dire, dans la deuxième édition de son *Traité de la pneumonie*, que la digitale est un médicament dont l'utilité est loin d'être rigoureusement établie et que tout ce que l'on sait à cet égard se réduit à des conjectures.

M. Gallard, dans un récent travail, a cherché à préciser les indications de l'emploi thérapeutique de la digitale dans la pneumonie. Si, fait-il remarquer avec raison, on néglige de recourir à ce médicament, c'est qu'on l'avait conseillé indistinctement dans toutes les formes de la pneumonie aiguë; dès lors, il n'y avait aucune raison de le préférer aux autres agents thérapeutiques dont l'efficacité est mieux constatée.

Si l'on veut bien songer à l'action physiologique de la digitale, on reconnaîtra aisément que cette substance peut être d'un très-grand secours dans les cas où la réaction fébrile est très-intense, et partant semble commander l'emploi des antiphlogistiques, alors que la faiblesse du malade et surtout la dépression dans laquelle il est tombé semblent au contraire réclamer l'usage des stimulants et des toniques.

Ces cas, assez fréquents, correspondent à la forme de pneumonie désignée sous le nom de pneumonie typhoïde. C'est dans ce cas que M. Gallard a surtout essayé l'emploi de la digitale, et ce sont ceux dans lesquels ce médicament lui a donné les meilleurs résultats.

(*Bulletin de thérapeutique*, mars 1866.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 6 avril 1866. — Présidence de M. Guibout, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le Président fait part à la Société de l'honneur qu'elle vient de recevoir dans la personne de deux de ses membres titulaires, MM. Blachez et Peter, récemment nommés professeurs agrégés à la Faculté.

La Société adresse ses félicitations à MM. Blachez et Peter.

LECTURE.

M. Blondeau lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, le mémoire suivant : (Voir plus haut.)

Une commission, composée de MM. Simonot, Aimé Martin et Lagneau, rapporteur, est chargée de statuer sur les titres scientifiques et moraux du candidat.

RAPPORT.

La parole est à M. Charrier, pour la lecture de son rapport sur le mémoire manuscrit lu à la Société par M. Perrin, à l'appui de sa candidature au titulariat. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 28 avril : *Imperforation de l'hymen.*)

Nous extrayons du rapport de M. Charrier l'observation inédite suivante et les réflexions dont le rapporteur l'a fait suivre.

Une jeune fille de dix-huit ans, née de parents bien conformés, s'était présentée à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Bérard, pour une tuméfaction considérable du ventre. M. Bérard l'interroge, l'examine et trouve l'hymen imperforé; il incise la membrane qui faisait saillie entre les grandes lèvres, suivant le diamètre transverse du vagin. Par cette incision il ne s'écoula que du mucus blanchâtre, caséeux, semi-liquide et sans grumeaux sanguinolents.

Il toucha par le vagin, par le rectum. Par le vagin il trouva, à 2 centimètres plus haut que la membrane hymen, un diaphragme complet, très-épais, musculaire, rigide; par le rectum, l'utérus développé comme à six mois de grossesse.

Il ponctionna alors le diaphragme vaginal; mais, soit que la ponction n'eût pas été faite suivant l'axe du vagin, soit que la canule du trocart n'eût pas été poussée assez profondément, il ne s'écoula aucun liquide. Les symptômes s'aggravèrent et une métro-péritonite se déclara. Le chirurgien de la Pitié, croyant à une oblitération complète du vagin et peut-être à une oblitération de l'orifice de la matrice, fit la ponction par la voie sus-pubienne, après avoir préalablement vidé la vessie. Du sang noir, liquide, inodore, s'écoula par la canule du trocart. Les symptômes s'amendèrent et la malade se rétablit.

Mais plus tard, comme l'on devait s'y attendre puisque le traitement n'avait été que palliatif, les mêmes symptômes reparurent; alors cette jeune fille entra à l'hôpital Cochin. Voici ce que nous pûmes constater :

Le ventre est développé comme à six mois et demi ou sept mois de grossesse, douloureux au palper; l'utérus remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; les fosses iliaques sont douloureuses à la pression dans la région des trompes et des ovaires. Sensation de plénitude. Constipation. L'orifice de la membrane hymen s'est un peu rétréci, dit la malade, car l'introduction du doigt n'était pas douloureuse, elle l'est maintenant. A 1 centimètre 1/2 plus haut que l'hymen, on sent le diaphragme musculaire dur, comme du tissu fibreux, non extensible. Par le toucher rectal, on sent le diaphragme qui peut avoir 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. Au-dessus de lui, on perçoit

nettement, à travers la cloison recto-vaginale, une sensation de fluctuation et comme une tumeur qui fait saillie dans le rectum.

M. Maisonneuve alors, suivant l'axe du détroit supérieur, en déprimant la fourchette avec la canule du trocart, fit une ponction et pénétra dans l'arrière-cavité du vagin, sorte de chambre postérieure remplie et dilatée par le sang accumulé. Il retira le trocart et laissa à demeure une sonde de gros calibre qui laissa écouler une grande quantité de sang noir. On dilata la voie artificielle, pratiquée à travers le diaphragme musculaire par des embouts d'ivoire ramolli par les acides, qui ont la propriété de se gonfler beaucoup au contact des liquides.

Le traitement dilatateur dura plusieurs mois. Les règles revinrent, mais toujours irrégulières, et la malade guérit. Tous les matins des injections d'eau chlorurée, de vin aromatique ou d'alcool camphré mêlé à de l'eau ordinaire étaient soigneusement faites, et si l'on s'abstenait un jour seulement de ces soins de propreté, l'écoulement devenait sanieux et fétide.

Vous voyez donc, messieurs, par l'observation que je viens de vous lire, que tout n'est pas toujours aussi simple et aussi facile que dans les cas de M. Perrin.

Et quel a été le moyen d'investigation utile par excellence? Ce fut le toucher rectal. Par lui le chirurgien put constater la hauteur du diaphragme musculaire, la dilatation de la partie supérieure du vagin. C'est là une voie naturelle qui permet d'éclairer le diagnostic, et qu'il ne faut pas négliger.

Je regrette, mais ceci n'est pas un reproche, que M. Perrin n'ait pas pratiqué l'auscultation du ventre; il aurait peut-être pu entendre le bruit de souffle comme on l'a entendu quelquefois dans les utérus développés par des produits pathologiques autres que les produits de conception. Ce *desideratum* n'a pas été comblé non plus dans l'observation de M. Maisonneuve, et c'est à regretter, car c'est une question du plus haut intérêt dans la science obstétricale. Vous savez tous que les auteurs ne sont pas d'accord sur le siége de ce souffle. Est-il dans les vaisseaux de l'utérus, développés dans la grossesse, ou bien dans les vaisseaux du bassin comprimés par un utérus distendu outre mesure?

DISCUSSION.

M. RICHARD. Il est à regretter que M. le rapporteur n'ait pas insisté plus fortement sur les conséquences des ponctions et des incisions pratiquées dans les cas d'atrésie des parties génitales.

C'est là un point fort important dont les intéressantes observations, relatées dans le mémoire de M. Perrin, sollicitaient en quelque sorte la discussion. On pensait autrefois que de semblables opérations chirurgicales suffisaient pour donner écoulement au liquide menstruel, et qu'elles étaient dépourvues de danger; il est loin d'en être ainsi.

M. Verneuil et M. Bernutz ont rapporté, dans des travaux différents, des exemples d'accidents funestes, ayant eu pour origine l'imperforation de l'hymen.

Plus encore que le premier, M. Bernutz a insisté sur la gravité des conséquences que peut entraîner un vice de conformation de cette nature.

D'autre part, M. Perrin a signalé, dans son mémoire, la simplicité des suites présentées par des opérations pratiquées dans des cas analogues. Il y avait, outre les résultats inverses, un parallèle qui méritait d'être établi, et dont M. le rapporteur n'a pas paru frappé.

M. Charrier attribue, en outre, aux injections une innocuité que les faits cliniques semblent démentir. En de semblables circonstances, une injection dirigée sur le col utérin peut être plus dangereuse qu'une cautérisation même. Lorsque l'utérus est distendu par la putridité, les injections ne sauraient être pratiquées qu'avec une extrême réserve.

M. CHARRIER admet, avec M. Richard, que les injections peuvent entraîner des conséquences graves; mais il considère comme avantageux de débarrasser par des injections douces, lentes, progressives, le vagin des caillots qui peuvent y stagner.

M. LAGNEAU. Les vergetures abdominales, dont la mention aurait été omise par M. Perrin, ne se montrent guère que dans les cas extrêmes. On comprend que ces dernières doivent se montrer lorsque la rétention du sang menstruel distendant l'utérus existe depuis de nombreuses années, comme chez la femme de trente-cinq ans observée par M. Lane, chez laquelle l'incision de l'hymen amena l'évacuation de trois gallons, c'est-à-dire plus de 13 litres 1/2 de sang (1); mais dans la plupart des cas, les jeunes filles n'attendent pas jusqu'à cet âge pour consulter le médecin qui, ordinairement, croit devoir opérer, car il est extrêmement rare que la guérison de cette rétention arrive par la rupture spontanée de l'hymen comme dans le cas rapporté par M. Laffite (de Marimont) (2).

Si M. Perrin ne s'est pas occupé de rechercher si l'imperforation de l'hymen ne coexistait pas avec d'autres vices de conformation, tels que l'oblitération du col utérin, l'absence ou l'étroitesse extrême du vagin, etc., la raison m'en paraît avoir été la procidence de la membrane hymen distendue par le sang menstruel, procidence fluctuante qui témoignait que le sang n'était pas retenu dans l'utérus par des lésions du col ou du vagin.

D'ailleurs, on observe au moins aussi souvent l'imperforation de l'hymen que les autres anomalies multiples des organes génitaux de la femme.

Le fait suivant, malheureusement trop incomplétement étudié, semble être un de ces cas de vices de conformation multiples.

Une jeune fille de vingt et un ans me fut amenée le 5 mars 1856. Sa mère n'avait été réglée qu'à vingt ans. Sa sœur, quoique plus jeune, avait déjà deux enfants. Lors de la naissance du premier, on aurait constaté une étroitesse extrême du vagin, qui cependant, n'avait pas fait obstacle à l'accouchement. Quoique depuis cinq ans le développement des seins et l'apparition des poils à la région pubienne aient semblé annoncer la prochaine manifestation de la menstruation, cette jeune fille n'était nullement réglée, seulement depuis plusieurs années, principalement à des intervalles réguliers, elle éprouvait des douleurs dans les reins et le bas-ventre, de la céphalalgie, un malaise général, et une sensation prurigineuse dans les seins. Une ou deux fois son linge, souvent maculé par un suintement génital, aurait même présenté quelques taches de sang.

La vulve était normale quant aux grandes et aux petites lèvres, au clitoris, mais une membrane épaisse à surface anfractueuse, plutôt déprimée que procidente, s'étendait entre les petites lèvres, de la fourchette au méat urinaire qui, assez large, situé plus en arrière que d'ordinaire, presque au milieu de la concavité vulvaire, était extrêmement sensible au moindre contact et présentait un léger écoulement, symptômes d'irritation peut-être en partie attribuables à des tentatives de coït vainement réitérées. L'abdomen était volumineux, mais ne présentait aucune vergeture. Selon la malade, il se tuméfiait beaucoup plus à certaines époques. Le toucher rectal et le palper abdominal, pratiqués simultanément, ne faisaient pas reconnaître un globe utérin bien délimité; toutefois, on déterminait un peu de sensibilité, lorsque avec le doigt on exerçait une légère pression sur la paroi antérieure du rectum au niveau de la place normale de l'utérus.

(1) *Dublin Medical Press*, 1er semestre 1841. — *Gazette médicale de Paris*, rédigée par J. Guérin, 2e série, t. IX, p. 663, 1841.

(2) *Revue thérapeutique du Midi, Gazette médicale de Montpellier*, dirigée par L. Saurel, t. X (2e série, t. VII), p. 43, 1856.

La sensibilité extrême du méat urinaire ne permit pas d'introduire une sonde d'argent pour reconnaître, par le toucher rectal pratiqué simultanément, si le vagin existait entre la vessie et le rectum.

Je comptais revoir cette personne vers le 15 ou le 20 du mois, époque présumée de la prochaine recrudescence des symptômes; il n'en fut pas ainsi. Quelque temps, après j'appris indirectement qu'elle n'allait pas mieux et avait inutilement recours à diverses médications ferrugineuse, emménagogue, etc.

Une commission composée de MM. Simonot, Cavasse, Géry fils, rapporteur, est chargée de statuer sur les titres scientifiques et moraux de M. Perrin.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 10 juin, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. François, Suquet et Warion, médecins aide-majors de 1re classe.

— M. Hérard commencera, à l'hôpital Lariboisière, le jeudi 21 juin, à neuf heures, des leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire, et les continuera le jeudi de chaque semaine à la même heure.

— Nous avons reçu une observation de luxation du cubitus chez une pensionnaire des dames Sainte-Marie à Langogne. Le nom du médecin n'est pas sur l'observation. Nous prions l'auteur de l'observation de nous faire parvenir son nom.

Compte-rendu des faits de diphthérie, observés dans le service de M. le professeur Trousseau, pendant le premier semestre de l'année 1859, par le docteur E. MOYNIER. In-8°. Prix : 1 fr. — Paris, 1859, chez A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 30 juin sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement, nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 72. — JEUDI 21 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 21 JUIN 1866. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔTEL-DIEU. Observation de tumeur du cervelet. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Danger des collyres au sous-acétate de plomb. — Ponctions dans l'hydronéphrose congénitale. — Injections de morphine dans la chaudepisse cordée. — Injections dans la pratique ophthalmologique. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION. — Correspondance. — Bulletin du choléra. — Bibliographie.

PARIS, LE 20 JUIN 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Velpeau a mis en lumière tous les côtés attaquables de la méthode sous-cutanée, et toutes les incertitudes de plusieurs données philosophiques exposées par M. J. Guérin.

Certes, si l'on peut dire que M. J. Guérin a le mieux fait reconnaître, en son temps, les mérites de la méthode sous-cutanée, M. Velpeau reste un modérateur qui prévient les enthousiasmes et laisse librement ouverte à tous la carrière des recherches sur la guérison des plaies.

L'apologue qu'a faite M. Velpeau, à la fin de son argumentation, nous pousse à faire une comparaison ; prenant nos objets dans le barreau, nous dirions volontiers que M. J. Guérin a plaidé le merveilleux et que M. Velpeau a plaidé le bon sens.

On ne saurait nier, en effet, toute la valeur des faits qu'a invoqués M. Velpeau, les suppurations de tissus contus et déchirés sous une peau intacte, ainsi que cela se voit après des luxations ou des tentatives de réduction de luxations, et après des fractures. Ce n'est donc pas l'air seulement qui favorise la suppuration ; et si les plaies de ténotomie ne suppurent pas toutes, cela tient donc plus à la condition même de la plaie qu'à l'abri du contact de l'air.

Pour notre part, et nous avons émis ailleurs cette opinion, nous n'hésitons pas à penser que l'innocuité des plaies ordinaires et des opérations tient à la régularité de la section des tissus ; et nous sommes d'avis que toute plaie contuse, même sous-cutanée, suppurera fatalement s'il y a, par le fait même de l'irrégularité de la plaie, des lambeaux de tissus déchirés, mortifiés.

L'Académie s'est adjoint, comme correspondant national, M. Ch. Rouget, professeur de physiologie à l'école de médecine de Montpellier. Cette nomination fait honneur à la savante compagnie. M. Rouget a été un élève et un maître de l'école anatomique de Paris, dont il conserve les traditions au milieu des restes d'une école médicale trop métaphysique.

Dr Armand Desprès.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Observation de tumeur du cervelet.

(Recueillie par M. Lucien Hémey, interne des hôpitaux.)

La nommée A... Victorine, âgée de vingt-huit ans, domestique, entrait à l'Hôtel-Dieu, le 28 mars 1866 (service de M. Vigla).

La mère de cette femme avait de fréquentes névralgies ; un de ses frères a souffert aussi beaucoup dans la tête, si bien même, d'après le récit de la malade, qu'il avait par instants la bouche tournée. Elle même, il y a trois ans, perdit tout à coup l'usage de l'œil gauche. Elle était, d'après son récit, occupée à tenir en l'air une jatte de plâtre pour réparer un plafond, les yeux étaient fermés, dans la crainte d'y recevoir un corps étranger, et quand elle voulut les ouvrir, elle s'aperçut que la vision était complétement abolie dans l'œil du côté gauche. C'est là le récit de la malade, mais M. Duchenne, de Boulogne, avait eu occasion de la voir quelques mois auparavant, et comme elle avait accusé de légers troubles dans la vue de ce même côté gauche, l'examen à l'ophthalmoscope avait été fait, et l'on avait déjà noté une tache singulière et brillante sur le fond de l'œil. Sur cet œil, aujourd'hui, on constate une cataracte. Aucun antécédent ni syphilitique, ni tuberculeux, ni cancéreux. Lors de son mariage, au commencement de 1865, il y eut exagération des douleurs, qu'elle appelle névralgiques, dans la tête et surtout du côté droit. Bientôt elle fut enceinte, et ses douleurs persistèrent. Il y a six mois, ses jambes furent paralysées, paraîtrait-il, enfin elle accoucha il y a trois mois, et presque aussitôt la vue s'affaiblit rapidement dans l'œil droit jusqu'à la perte complète de la vision.

Lors de son entrée à l'hôpital, l'état de la malade est le suivant : la sensibilité générale paraît assez complétement conservée dans les bras ; c'est à peine si les sensations les plus délicates paraissent manquer du côté droit. Ainsi les sensations de chaud et de froid existent aussi bien à droite qu'à gauche ; les mouvements s'exécutent facilement sous l'influence de la volonté ; la main droite paraît être aussi forte que la gauche, mais en me servant d'une petite croûte de pain de la grosseur d'une tête d'épingle, je constate, en plaçant cet objet alternativement sur la paume de l'une ou l'autre main, que la malade le trouve facilement avec sa main gauche, et qu'il lui est impossible de le trouver en le cherchant avec sa main droite : la sensibilité tactile de la pulpe des doigts m'a donc semblé être notablement diminuée.

L'attitude de la malade est singulière ; la tête est portée en arrière par une contracture permanente des muscles postérieurs du cou, et les yeux, de cette façon, dirigés en haut. Cette attitude paraît exister depuis quelque temps déjà, mais il est impossible à la malade de préciser l'époque du début. La vue est complétement abolie, au point de ne plus distinguer même le jour de la nuit. L'œil gauche présente une cataracte qui empêche de constater l'état du fond de l'œil ; il y a aussi, de ce côté, adhérence de l'iris avec la capsule, et la belladone est impuissante à produire la moindre dilatation, si ce n'est en haut et en dedans, où une petite portion de l'iris échappe à l'adhérence. L'œil droit, dont la pupille est dilatée facilement par l'atropine, est examiné à l'ophthalmoscope. On y remarque des vaisseaux variqueux et fort larges, sur le parcours desquels apparaissent de petites tumeurs d'un rouge vif, éclairées cependant vers le centre et dont la nature ne nous semble pas encore bien déterminée. La pupille ellemême est peu régulière.

A ces symptômes locaux et physiques, on peut encore ajouter que la malade se plaint de douleurs vives, parfois intolérables dans la tête et surtout au front, du côté droit, douleurs accompagnées de vomissements le matin ; si l'on fait lever la malade, on constate que c'est avec peine qu'elle maintient son équilibre, même au repos, et la marche, sans soutien ni direction, paraît être impossible ; au bout de deux ou trois pas qu'elle exécute en chancelant, elle tombe à droite ou à gauche, et souvent même elle est prise d'un mouvement en arrière ou latéral vers la gauche, qui se terminerait sans doute par une chute, si l'on ne retenait le corps au moment où il perd l'équilibre. Les jambes ne paraissent pas être paralysées, même incomplétement ; elle a conscience de sensations assez délicates ; c'est ainsi que la malade distingue un pincement de la traction exercée sur les poils, et sans être bien fortes, puisque cette femme est très-affaiblie et maigre, la flexion et l'extension des membres inférieurs restent presque impossibles à obtenir sans la volonté de la malade. Du côté de la face, il semble y avoir une légère hyperesthésie à droite. Le goût est entièrement conservé : la malade distingue fort bien le goût du sel et du sucre, deux substances que j'employai pour m'assurer de l'état du goût. Le sens de l'ouïe paraît être au contraire tout à fait perdu du côté droit et fort émoussé du côté gauche. La malade, à chaque instant, répond à l'interrogation par un *plaît-il?* en portant l'oreille gauche en avant, et comme c'est seulement à l'aide de ce sens émoussé qu'elle se rend compte de la position et de l'individualité des personnes qui l'entourent, elle cherche à droite ce qui est à gauche, et prend une voix d'homme pour celle d'une femme, et réciproquement, alors même que la confusion semble être le plus impossible.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'au 5 avril, la malade n'a pas eu de grandes crises douloureuses, ni aucun vomissement ; son appétit est très-bon ; jamais elle n'a de fièvre. Le 10 avril cependant, nous la voyons, pour la première fois, se plaindre de douleurs très-vives dans la tête ; mais l'appétit est conservé, et la malade ne vomit pas.

Le 12, le 13 et le 14 avril, les douleurs deviennent extrêmement vives. La figure est enflée d'une façon assez uniforme, plus à droite cependant ; il y a là une sorte de fluxion comme à la suite de la carie dentaire, cause qui n'existe pas chez elle. (Injections de 0,02 de chlorhydrate de morphine.)

Le 15 avril, un peu d'amélioration jusqu'au 17. Du 17 au 20, les nuits sont plus mauvaises, le malaise augmente ainsi que les douleurs de tête ; elle a des vomissements bilieux.

Les 22, les membres de la malade présentent une éruption érythémateuse mal définie, qui cesse rapidement pour laisser des pustules de variole. Le pouls bat 164 pulsations par minute ; la malade ne répond plus ; la tête est plus que jamais renversée en arrière ; la pupille de l'œil droit, jusque-là très-dilatée, se contracte beaucoup ; quelques nouvelles pustules de variole apparaissent.

Le 23, matin, la malade présente une cyanose générale ; le pouls est incomptable, et la respiration est à 22 par minute ; la tête est fortement renversée en arrière, et les mouvements qu'on lui imprime paraissent douloureux ; la malade le manifeste par un froncement de sourcils, et quelquefois par un gémissement. Le corps est froid, et la face couverte d'une sueur visqueuse. La pupille, toujours étroite, reste en contraction modérée, malgré la belladone instillée dans son œil pour en voir une dernière fois la papille et le fond. Cette papille est assez rouge d'une façon générale ; les gros vaisseaux y sont très-dilatés, même à leur émergence, et les lésions du fond de l'œil sont plus marquées que jamais. L'éruption n'a, pour ainsi dire, fait aucun progrès. On voit les traces de l'éruption, mais les boutons sont plats et sans résistance.

Le 24, la malade n'a plus sa connaissance, le pouls est incomptable, toujours la respiration à 16 par minute ; la pupille droite toujours contractée, et la mort survient à trois heures.

L'autopsie fut faite le 26 avril. Encéphale. — Les méninges et la substance nerveuse elle-même sont le siége d'une congestion assez marquée. La grande scissure et celles de Sylvius présentent des adhérences anomales. En détachant le cerveau vers la base, au niveau de la selle turcique, on remarque un aspect fongueux, et la section de la tige du corps pituitaire ouvre le ventricule moyen, d'où il s'échappe une certaine quantité de liquide transparent. Le corps pituitaire lui-même présente à peu près trois fois son volume ordinaire, il est rouge et charnu. La partie osseuse sur laquelle il repose présente aussi un certain degré d'ostéite, dû probablement à la compression.

Sur la face inférieure du lobe droit du cervelet, vers la partie interne, près du bulbe, et placée sous une couche très-mince de

---

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE DANS L'EMPIRE ROMAIN.

INTRODUCTION.

Lorsqu'on ouvre un livre à notre époque, en général on veut d'abord savoir si l'on peut y trouver quelque enseignement pratique, quelque idée applicable au temps ou nous vivons. Sinon, le livre est bientôt fermé, à moins qu'il n'amuse.

La prétention d'être amusant, comme le serait un roman, n'est point celle de ce mémoire. J'espère qu'il intéressera ceux qui ne dédaignent pas les études historiques ; mais, en outre, à tous, je puis dire qu'il n'est pas sans actualité.

Sous le couvert de doctrines et de principes que nous ne devons pas même indiquer dans un journal non cautionné, un nombre assez considérable de guérisseurs non patentés, peut-être même quelques économistes sans intérêt dans la question, en sont venus à réclamer chez nous la suppression du diplôme médical.

Or une chose m'avait frappé, lors de mes doubles et (je puis le dire sans trop blesser la modestie) consciencieuses études de médecine et de droit romain : c'est que dans la Rome du temps de l'empire, comme du temps de la république, ce diplôme n'existait pas.

On y pratiquait la médecine comme on voulait, quand on voulait, sans être astreint à aucune condition d'études préalables ou d'examen. Nulle part, jamais, la liberté ne fut plus large ; en ce qui touche seulement, bien entendu, l'exercice de cette profession. C'était, du reste, une société qui ne manquait pas de règlements pour toute autre chose, et qui n'était pas sans analogies avec la nôtre, malgré d'importantes différences qui frappent au premier abord.

Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher quelles furent, à Rome, les conséquences de cette liberté d'exercice qui n'était limitée par rien ; car ceux qui se plaignent aujourd'hui du monopole des docteurs, peuvent apprendre par cet exemple ce qui nous arriverait bientôt si leur vœu se réalisait.

En effet, les grands jurisconsultes qui posèrent, dans l'ancien monde, les bases éternelles du droit, eurent surtout un art admirable pour plier aux mœurs du temps les institutions législatives, et ne tardaient pas à déduire toutes les conséquences pratiques d'une situation déterminée. La carrière de la médecine étant ouverte à tout le monde, ils s'appliquèrent à rendre un tel état de choses moins dangereux pour les malades. Leurs essais durèrent plusieurs siècles, et c'est un grand enseignement que de voir toutes ces tentatives faites par des hommes de génie, et les résultats qu'ils obtinrent.

En outre, par la force des choses, ce régime influa sur la composition et l'instruction du corps médical, sur le développement des études et leur direction ; de telle sorte que ce grand fait, l'absence de diplôme, explique et domine toute l'histoire de la profession. Séparés de lui, tous les autres, sans lien commun qui les unisse, et parfois presque incompréhensibles, ne sauraient former un ensemble ; quand on l'oublie, on se trouve en présence de contradictions apparentes que lui seul permet d'écarter.

Et cependant quelque curieux qu'il soit, à plus d'un titre, ce point de vue ne semble pas avoir jusqu'ici beaucoup attiré l'attention de ceux qui se sont occupés des médecins de Rome et de l'empire. Tous les efforts de leur érudition, toute la vigueur de leur polémique semblent surtout s'être concentrés sur certaines questions de détail, d'un intérêt très-secondaire, soit purement historique, soit plutôt de vanité professionnelle.

Ils avaient à cœur de savoir : si les médecins furent ou non primitivement exclus de Rome ; s'ils y furent esclaves, affranchis, ou de condition libre ; dans quelle estime on les y tenait ; si les honneurs qu'ils y reçurent furent plus ou moins considérables que ceux des avocats par exemple ; quels furent ceux d'entre eux qu'on nommait archiatres, et quels furent leurs priviléges. Telle est la liste à peu près complète des questions sérieusement traitées soit dans les ouvrages classiques de Leclerc, Friend, Black, Ackermann, Sprengel, Hecker, Isensée, etc., soit dans les innombrables monographies qui se sont succédées depuis quatre cents ans.

Et encore faut-il dire que, malgré le grand nombre de documents rassemblés dans ces traités spéciaux, l'imagination y joue parfois un si grand rôle que la somme d'erreurs, au lieu de diminuer semble s'accroître dans les plus modernes. Cela tient en grande partie à l'habitude qu'ont les auteurs de se répéter les uns les autres, en invoquant les nouveaux systèmes à côté des textes anciens, comme des autorités semblables. Les textes eux-mêmes y sont mal compris,

substance nerveuse, qui la laisse voir par transparence, se trouve une tumeur grosse comme une noix, de couleur rouge noirâtre, simulant beaucoup, sous ce rapport, l'aspect d'un caillot ancien ; sa consistance est molle à une pression modérée, mais la résistance se manifeste assez grande à une pression beaucoup plus forte ; cette tumeur est facile à énucléer, et la substance cérébelleuse qui lui sert de lit est légèrement ramollie ; par sa présence, il y a déviation du bulbe vers la gauche, aplatissement du pédoncule cérébelleux inférieur droit, ainsi que de l'olive et de la pyramide du même côté ; ces parties paraissent manifestement moins volumineuses que celles du côté opposé. Les septième et huitième paires droites sont aussi comprimées et amincies en forme de lames très-ténues. La coupe de la tumeur présente, à l'œil nu, la même couleur qu'extérieurement, mais on y voit de plus quelques vacuoles de différentes grandeurs, remplies d'un liquide séro-sanguin.

On trouve encore une dilatation très-notable du ventricule moyen, dont la paroi inférieure est extrêmement tendue et amincie ; c'est par elle que s'échappait le liquide après la section de la tige du corps pituitaire ; ce liquide est transparent. Le chiasma se trouve aussi comprimé. Il y a surtout atrophie remarquable du nerf optique du côté gauche ; tous deux sont néanmoins très-injectés. Les tubercules quadrijumeaux sont aussi atrophiés à droite ; ils présentent une teinte jaunâtre à la surface ; la coupe, du reste, présente aussi un aspect jaune et vasculaire ; ceux du côté opposé paraissent sains.

Œil gauche. — Le globe oculaire, ainsi que le nerf optique, est atrophié ; il y a une cataracte demi-molle ; les humeurs aqueuse et vitrée n'existent pour ainsi dire plus, et la cavité, bien restreinte, se trouve comblée par une petite tumeur en forme de champignon, dont le chapeau, comme un godet, a des bords relevés ; cette tumeur se détache de la choroïde, qui ne laisse sur elle que des cellules pigmentaires ; sa couleur est blanche et sa consistance pierreuse ; on l'isole facilement jusqu'à la papille du nerf optique qui semble lui former une tige. Dans l'intérieur de cette cupule, se trouve une matière molle et d'un gris jaunâtre.

Œil droit. — Les milieux de celui-ci sont transparents, et sur la rétine, très-injectée, on remarque des taches opaques rouge blanchâtre, dont la plus grande a 6 millimètres de long environ, sur 2 millimètres de largeur. Plusieurs autres petites sont disséminées sur le fond de l'œil.

Les autres viscères ne présentent aucune lésion.

L'examen au microscope démontre, au-dessus de la tumeur, des fibres nerveuses légèrement atrophiées par la compression ; la tumeur s'est donc développée dans l'épaisseur même de la substance cérébelleuse, et non pas dans les méninges, comme on aurait pu le supposer.

La tumeur elle-même paraît être composée, comme élément principal, de nombreuses cellules allongées plus ou moins, quelquefois ovoïdes ; on y voit aussi des globules sanguins en grand nombre, et quelques globules de graisse. Cette structure intime la rapproche donc beaucoup des tumeurs dites fibro-plastiques. Elle élimine aussi le cancer proprement dit et la tumeur de nature syphilitique. Le tissu conjonctif, abondant toujours, est cependant très-variable comme quantité, selon les préparations.

Le corps pituitaire présente surtout une hypertrophie simple des éléments, et un beaucoup plus grand nombre de globules de graisse ; ce qui distingue essentiellement sa lésion de celle de la tumeur dont nous parlions tout à l'heure, c'est l'absence, pour ainsi dire complète, de tissu fibreux, et l'abondance, relativement plus grande, des globules de graisse.

Les taches de l'œil droit sont surtout représentées par une grande quantité de globules de graisse ; quelques cellules pigmentaires, peut-être échappées à la choroïde, et quelques globules sanguins, forment les éléments accessoires de ces petites taches ou tumeurs.

L'œil gauche, qui avait une cataracte, et dont la description physique a été donnée précédemment, offre pour la partie dure, une ossification type ; on voit facilement, avec un grossissement moyen, les corpuscules osseux. Quant à la partie molle et grisâtre, contenue dans la précédente, elle est composée d'une immense quantité de cellules graisseuses enfermées dans un lacis de longues fibrilles transparentes.

Je ne ferai pas ici le résumé d'une observation déjà si courte, et qui n'offre d'intérêt qu'autant qu'on en considère les moindres détails. Elle me paraît fort importante au point de vue physiologique, mais seulement à la condition d'être comparée à plusieurs faits analogues ; aussi laisserai-je de côté cette partie de la question, pour m'occuper exclusivement de la lésion oculaire et de la relation qui peut exister entre cette lésion et la tumeur cérébelleuse dont j'ai donné la description.

Une seule et même cause générale préside-t-elle au développement de toutes les lésions décrites ? celles qui existent du côté des yeux, sont-elles simplement la conséquence de l'altération encéphalique ? ou bien enfin devons-nous admettre une simple coïncidence et repousser toute idée de parenté entre les lésions du cerveau et celles des yeux ? Je pencherais, pour ma part, assez volontiers vers cette manière de voir, et voici mes raisons : l'œil gauche, malade le premier, se perd progressivement jusqu'au jour où survient une cataracte ; celle-ci paraît, au contraire, s'être faite avec une grande rapidité ; depuis lors les lésions du fond de l'œil continuent à augmenter. Les symptômes morbides, du côté de l'œil droit, ne commencent que deux ans après, et que trouvons-nous à l'autopsie ? une atrophie très-notable du nerf optique du côté gauche, et aucune lésion appréciable sur celui du côté droit. Nous sommes donc, il me semble, presque en droit d'affirmer que la rétine a été atteinte primitivement, et que le nerf ne s'est atrophié que parce qu'il n'avait plus de fonction à remplir. Si nous admettions, en effet, que cette atrophie fût consécutive et sous la dépendance de la tumeur cérébelleuse, nous devrions aussi trouver une altération assez notable du nerf optique du côté droit, ce qui est tout à fait contraire à l'observation.

Un dernier point est encore discutable : devons-nous admettre qu'il y ait identité de lésion pour les yeux et pour les centres nerveux ? Le microscope lui-même n'est pas en faveur de cette supposition, car nous trouvons dans le cervelet les éléments de tumeurs fibro-plastiques, et dans les yeux, des cellules graisseuses qui n'ont rien de spécifique.

Je suis donc tenté d'admettre, comme je le disais plus haut, qu'il n'y a qu'une simple coïncidence entre les lésions des centres nerveux et celles des yeux ; mais j'espère que la Société voudra bien me donner son avis, et mettre en lumière, par la discussion des faits, certains points que je n'ai pu qu'indiquer ici.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Danger des collyres au sous-acétate de plomb.

Le sous-acétate de plomb est souvent encore prescrit en collyre dans les cas de conjonctivite, et cependant un pareil emploi de ce médicament n'est pas, comme on sait, sans inconvénient.

Après l'instillation d'un collyre au sous-acétate de plomb, il se forme à la surface de la cornée un précipité plombique qui parfois reste adhérent pendant assez longtemps, et lorsqu'il se détache, on trouve un ulcère de la cornée qui peut dans quelques cas compromettre la vision.

M. Huidier vient de rapporter trois nouvelles observations qui montrent les dangers auxquels on expose les malades en se servant des collyres au sous-acétate de plomb. Voici le résumé de l'une de ces observations.

Un enfant de quatre ans contracte une ophthalmie à la suite d'une fièvre éruptive. Le médecin prescrit un collyre à l'eau blanche. Quelque temps après l'enfant avait sur les trois quarts de la surface de la cornée, une couche blanchâtre de précipité plombique, qui mit presque trois mois à se détacher laissant à sa place un vaste ulcère.

(*Bulletin médical du nord de la France.*)

Des ponctions répétées dans l'hydronéphrose congénitale.

Le docteur Hillier rapportait récemment dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, 1865, une observation d'hydronéphrose congénitale traitée par les ponctions successives. Voici le résumé de cette observation. Il s'agissait d'un enfant de trois ans et sept mois, qui depuis sa naissance, avait l'abdomen très-volumineux. Il avait toujours eu un excellent appétit, et les excrétions alvines et urinaires n'avaient rien offert d'anomal. M. Hillier, consulté sur l'état de cet enfant, remarqua que la tuméfaction était plus considérable au-dessus de l'ombilic qu'au-dessous, et plus prononcée à droite qu'à gauche. Croyant à l'existence d'un kyste qui se rattachait au rein, le médecin anglais se décida à pratiquer la ponction, et retira 120 onces d'un liquide clair, jaunâtre, un peu acide, ne contenant pas d'albumine, et présentant tous les caractères d'une urine peu concentrée. Par l'analyse chimique on découvrit une notable proportion d'urée, de chlorures de sodium, une petite quantité d'acide urique, des phosphates et des sulfates.

La ponction n'amena aucun accident, mais la tumeur revint peu à peu. On s'assura à plusieurs reprises que le liquide du kyste et l'urine offraient les mêmes caractères. On essaya de produire un orifice fistuleux, en laissant une canule à demeure, mais l'orifice ne tarda pas à se cicatriser. La tuméfaction de l'abdomen persistant, on renonça à toute opération, et on envoya, dans une maison de convalescence, cet enfant dont la santé paraissait d'ailleurs excellente.

Injections sous-cutanées de morphine dans la chaude-pisse cordée.

M. Scarenzio avait à traiter une blennorrhagie cordée qui s'accompagnait de douleurs atroces pendant la nuit.

Après avoir essayé sans succès tous les calmants ordinairement employés, il eut l'idée de pratiquer au périnée une injection sous-cutanée avec une solution de chlorhydrate de morphine (10 centigrammes pour 10 grammes d'eau).

La nuit suivante le malade put dormir. Il est à remarquer que l'absence de douleur ne provenait pas d'un état de narcotisme général, puisqu'il se leva plusieurs fois pour uriner.

Le surlendemain, M. Scarenzio ne pratiqua pas d'injection pour voir si la douleur reparaîtrait. Elle reparut en effet, mais atténuée. Une nouvelle injection fut faite alors, et depuis ce moment le malade n'eut plus de souffrance pendant l'érection et ne tarda pas à guérir de sa blennorrhagie.

(*Giornale delle malattie veneree*).

Des injections sous-cutanées dans la pratique ophthalmologique.

Nous empruntons à l'un des derniers numéros des *Annales d'oculistique*, les résultats obtenus par M. de Graefe, au moyen des injections sous-cutanées dans la pratique ophthalmologique.

M. de Graefe a surtout expérimenté l'acétate de morphine et le lieu où il fait l'injection est la région temporale. La dose d'acétate de morphine injectée varie de un dixième à un demi-grain ; elle est en moyenne de un cinquième à un sixième de grain. On retire de réels avantages de semblables injections dans les affections traumatiques de l'œil, qui s'accompagnent de douleurs vives ; dans les cas de douleurs survenant à la suite d'opérations, dans les ophthalmies compliquées de névralgie ciliaire. Elles sont en outre un des moyens les plus rapides et les plus efficaces pour combattre l'empoisonnement par l'atropine. Elles ne sont pas moins utiles dans les névralgies et les hyperesthésies de la rétine, le blépharospasme, etc.

Quant aux injections sous-cutanées d'atropine, elles ne sont pas d'un grand secours en ophthalmiatrie ; mieux vaut, comme mydriatique, recourir à l'instillation d'une solution d'atropine dans le cul-de-sac conjonctival.

L'emploi de la morphine doit être préféré à celui de l'atropine dans les névralgies et les contractures spasmodiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juin 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par M. le docteur Manouvrier (de Valenciennes, Chevance (de Vassy), Serradel (de Prades), Denis Dumont (de Caen) ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Deux-Sèvres, en 1865. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Vidal sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Savoie). (Commission des eaux minérales.)

---

parce qu'ils ont perdu leur esprit par l'isolement qu'on leur a fait subir, soit qu'on les ait cités de confiance, soit même que d'un regard rapide on les ait vérifiés, mais seuls, au lieu que l'on trouvait indiqué dans l'auteur récent qu'on suivait. Aussi peut-être, parmi les modernes, ceux qu'on pourrait le plus utilement consulter pour l'histoire de la profession, seraient-ils encore ceux qui, comme M. Ménière, n'ont pas eu pour but de traiter directement un tel sujet ; mais se sont bornés à faire un recueil de textes plus ou moins médicaux épars soit dans les œuvres des poëtes latins, soit dans celles de Cicéron.

Pour éviter les dangers que j'indique, je me suis fait une loi de m'appuyer toujours sur les sources elles-mêmes, que j'ai longuement étudiées dans ce but. Je ne me suis servi des auteurs de seconde main que pour voir s'il ne m'était rien échappé qu'ils connussent, et pour vérifier mes propres idées en les comparant avec les leurs et en pesant leurs arguments. Lorsqu'une indication m'était fournie, je ne me suis jamais contenté de lire la phrase signalée, mais j'ai voulu voir tout ce qui l'entourait dans l'ouvrage primitif : parfois l'ouvrage entier, cherchant à m'éclairer ainsi sur la valeur qu'il fallait lui donner.

Cette méthode n'est point rapide ni brillante, bien qu'elle soit plus sûre. Souvent il faut de longues recherches pour reconnaître en définitive qu'une théorie fausse reposait sur quelques mots mal interprétés ; et du temps ainsi dépensé, à peine devra-t-il rester trace dans un mémoire comme celui-ci.

Si j'avais eu à composer un ouvrage de controverse, intéressant pour les seuls érudits, j'eusse alors pu faire ressortir tout ce que j'ai cru devoir laisser dans l'ombre, du moment où je préférais tracer une esquisse historique. Quant à combiner les deux choses, je ne crois pas qu'en général ce soit bon ; l'attention se fatigue vite lorsqu'il lui faut suivre non-seulement l'exposition des faits, mais celle de leurs interprétations erronées ; d'ailleurs la marche de l'histoire n'est pas la même que celle de la critique ; pour la première les faits sont importants, soit par eux-mêmes, soit par leurs résultats ; pour la seconde ils le deviennent, par les doutes dont ils sont l'objet ; l'une mettrait au premier plan ce que l'autre indiquerait à peine ; pour rétablir une certaine proportion, il faudrait un luxe de développements et de détails que les limites de ce mémoire ne me permettent pas actuellement. Je ne mettrai pas même en usage la plupart des textes anciens que j'avais d'abord rassemblés, car le cadre que je me suis tracé est trop étroit pour les admettre, mon but ayant été surtout d'esquisser un tableau d'ensemble.

Le sujet s'est trouvé divisé de lui-même en deux parties, car avant d'exposer la législation qui fut appliquée dans l'empire romain à ceux qui pratiquaient la médecine, il était bon de faire connaître quelles y étaient leurs diverses conditions sociales, et quel enseignement professionnel ils avaient pu y recevoir.

Cette première partie a été lue par moi, l'année dernière, à l'Académie des sciences morales et politiques, et la seconde aurait suivi de près sans la mission que je suis allé remplir pendant le choléra en Égypte, et sans l'affreuse dyssenterie que j'y ai contractée à force de fatigues.

Nous avons autant que possible évité le grec dans nos notes, suivant en cela l'exemple et les conseils de M. Amédée Thierry, notre maître et guide bien aimé dans les questions d'histoire. De nos jours, l'étude du grec est rarement poussée assez loin pour que beaucoup de lecteurs puissent prendre plaisir à le rencontrer sous leurs yeux. Il vaut donc mieux encore, à ce qu'il nous semble, pour rendre plus commodes les vérifications et les citations plus agréables, indiquer la plupart des textes dans quelqu'une de ces vieilles traductions latines, pour ainsi dire classiques, dont nos pères se servaient.

En reproduisant aujourd'hui dans la *Gazette des hôpitaux* ce travail déjà publié dans les comptes rendus de l'Académie des sciences morales et politiques, nous nous faisons fort de la bienveillance que cette Académie nous a témoignée pour nous recommander à celle de nos confrères.

Dr V. RÉVILLOUT.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de M. Barthez, Tarnier, Bernutz, et Joulin, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchement;

2° Une lettre de M. Goubeaux, professeur à l'école d'Alfort, sur la production expérimentale de la vaccine naturelle;

3° Une note de M. le docteur Garin (de Saint-Étienne), sur le traitement médical du croup. (Commissaires : MM. Trousseau, Blache et Roger.)

4° Une note de M. le docteur Louis Gaucher, de Saint-Cloud (Algérie), sur la fièvre puerpérale. (Commissaire : M. Danyau.)

5° Un travail de M. Clot-Bey, intitulé : *Réfutation des conclusions de la Commission sanitaire de Constantinople.* (Commissaire : M. Mélier.)

6° Une note de M. Scoutetten, sur l'absorption cutanée. (Commission des eaux minérales.)

7° Un mémoire de M. Bineaut (de Lille), sur la possibilité de remplacer la crâniotomie et la céphalotripsie sur un enfant vivant par une simple application de forceps. (Commissaires : MM. Danyau, Blot et Devilliers.)

8° Un rapport de M. le docteur Gupon (de Laon), sur les épidémies qui ont régné en 1865 dans cet arrondissement. (Commission des épidémies.)

9° Une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas de grossesse dans un utérus-bicorne, vingt et un mois après la mort du fœtus au septième mois.

M. BÉCLARD présente :

1° Le 8e fascicule ou 2e partie du 4e volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;*

2° Un Traité historique et pratique de la syphilis, par le docteur Lancereaux.

— M. LARREY fait hommage, au nom de l'auteur, d'un Mémoire sur l'unité professionnelle de la médecine, par le docteur Finot, médecin principal.

— M. BRIQUET présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Brochard, une Étude sur la mortalité des enfants en France.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Barth s'est chargé du rapport sur le choléra de 1865.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

La commission présentait :

En première ligne, M. Ehrmann, de Strasbourg;
En deuxième ligne, M. Dubourg, de Marmande;
En troisième ligne, M. F. Voisin.

Au premier tour de scrutin, sur 62 votants :

M. F. Voisin obtient	38 voix.
M. Ehrmann	16 —
M. Dubourg, de Marmande	7 —
Bulletin nul	1 —

En conséquence, M. Voisin est nommé associé national.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant national :

La commission présente sa liste dans l'ordre suivant :

M. Seux, à Marseille;
M. Ch. Rouget, à Montpellier;
M. Fauvel, à Constantinople;
M. Delioux de Savignac;
M. Tholozan, à Téhéran;
M. H. Gintrac, à Bordeaux.

Au premier tour de scrutin, sur 64 voix :

M. Seux obtient	6 voix.
M. Ch. Rouget	22 —
M. Fauvel	12 —
M. Delioux de Savignac	2 —
M. Tholozan	17 —
M. H. Gintrac	1 —
Billet blanc	1 —

Au second tour de scrutin 54, majorité 28.

M. Ch. Rouget obtient	36 voix.
M. Tholozan	15 —
M. Fauvel	2 —
Billet blanc	1 —

En conséquence, M. Rouget est nommé membre correspondant.

RAPPORTS.

M. BRIQUET, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Louis et Grisolle, lit un rapport sur trois mémoires relatifs au traitement de la fièvre typhoïde, adressés à l'Académie : l'un par M. le docteur Chabasse, chirurgien principal; l'autre, par M. le docteur Seux, de Marseille, et le troisième, par M. le docteur Warner, médecin à Paris.

Ces trois mémoires, à part quelques différences dans la forme et dans le mode d'application, ont pour but de préconiser les médications évacuantes, vomitifs ou purgatifs, puis les délayantes, et les toniques en cas d'adynamie.

Le rapporteur juge le principe de ces médications très-acceptable.

La commission propose d'adresser des remerciments aux auteurs et de déposer leurs travaux aux archives.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. VELPEAU. M. J. Guérin a pris la parole dans la dernière séance et je n'ai pu l'entendre, mais j'ai eu une compensation, j'ai pu lire son discours, imprimé de suite dans la *Gazette médicale.* M. Guérin dit qu'il veut constituer définitivement la méthode sous-cutanée. J'ai lu beaucoup de choses, mais je n'ai rien trouvé de nouveau; M. Guérin a fait preuve de connaissances variées de diverses sciences et en particulier de métaphysique. Les faits sont entourés, dans le discours que vous avez entendu, par une draperie étincelante il est vrai, mais qui voile aussi les côtés du tableau où l'on voudrait voir clair.

Quatre propositions ont été mises en avant. M. Velpeau lit la première conclusion de M. Guérin, et il dit que tout le monde sait que la cicatrisation sous-cutanée et la cicatrisation à l'air libre ce n'est pas la même chose. Sur ce point donc, M. J. Guérin n'a rien prouvé, puisque cela est si bien connu depuis des siècles. Pour ce qui est de la seconde conclusion, M. Velpeau ne pense pas que personne ait soutenu, que la réunion sous-cutanée soit exclusivement une inflammation adhésive, et dit que le mot d'organisation immédiate que propose M. Guérin est un mot inexact.

En effet, dit l'orateur, qu'est-ce qu'une organisation immédiate? une agglutination, une union bout à bout des tissus et une réparation instantanée. M. Guérin sait bien que rien n'est immédiat, il faut qu'il y ait auparavant un élément de réparation où la cicatrice se fait.

Les tendons, par exemple, ne mettent-ils pas du temps à se refaire, et pour eux le mot réparation immédiate ne doit pas être employé. Il y a un travail de reproduction après la production d'éléments transitoires.

M. Guérin ne veut pas que Hunter ait exposé ces faits en principe et pourtant cela est. Le chirurgien anglais croyait que le sang épanché était la source de la réparation. On a fait à cette théorie une objection radicale, à savoir que le sang sorti de ses vaisseaux était inerte. Mais il n'en reste pas moins en fait que, avec le sang, il y a un blastème, du plasma, de la lymphe plastique qui, en même temps que le sang se résorbe, fournit à la réparation des parties. C'est ce qui peut ressortir encore des expériences de M. Jobert, qui ont été soumises à l'Académie des sciences.

M. Guérin dit que tous les tissus se réparent lorsqu'ils sont coupés sous la peau. Il y a des expériences de MM. Nélaton et Laugier qui montrent combien ce résultat est problématique pour les nerfs quand il y a écartement des bouts du nerf coupé. M. Guérin n'a rien démontré à cet égard. Le rétablissement des fonctions d'une partie dont le nerf a été coupé est difficile à bien préciser dans bien des cas, et il y a des causes d'erreurs nombreuses : une portion de nerf conservé, par exemple, peut induire en erreur.

Quant à la reproduction de fibres musculaires, rien, dans les faits cités par M. Guérin, ne la démontre.

La troisième proposition, ajoute M. Velpeau, n'est qu'une répétition. La quatrième vante la méthode sous-cutanée comme chose propre à M. Guérin. Mais Delpech a vanté cette méthode, et depuis 1832 jusqu'en 1838 et 1840, époque à laquelle M. Guérin a présenté des faits, on pratiquait la méthode sous-cutanée. Je sais bien, dit l'orateur, que M. Guérin a parlé, en 1838, d'une malade qu'il a présentée à la commission de l'Académie des Sciences, mais il ne s'agissait que d'un sujet atteint de pied-bot, sans mention de ténotomie sous-cutanée.

M. Guérin annonce que la bonne guérison des malades tient à la connaissance des idées qu'il émet *ex-professo.* Les faits ne lui donnent donc pas le gain de cause qu'il semble rechercher.

M. Guérin dit que par ce moyen on arrive à un résultat certain, qu'on réussit invariablement à empêcher les plaies de suppurer. Ceci est grave, car, en thérapeutique, le mot jamais n'est point de mise. Les plaies sous-cutanées suppurent quelquefois.

M. Velpeau lit une phrase du discours de M. Guérin où il est dit : « Plusieurs praticiens qui, comme M. Velpeau, négligent les minuties de la ténotomie, peuvent avoir vu des suppurations après des opérations sous-cutanées. » Cela revient à dire, ajoute M. Velpeau, que M. Guérin ne croit aux bons effets de la méthode sous-cutanée que quand il opère lui-même. Mais les faits de suppuration que j'ai cités sont empruntés à la pratique de M. Guérin. C'est avec ses propres armes que je l'ai combattu. J'ai cité un fait où le chirurgien avait sectionné les muscles des gouttières rachidiennes, et où il était survenu un abcès qui avait été ouvert par la méthode sous-cutanée.

Aujourd'hui je pense qu'il me serait encore facile de trouver des faits de suppuration, après des opérations sous-cutanées, mais la pratique de M. J. Guérin n'est pas comme celle de nos hôpitaux ; la pratique civile de M. Guérin nous échappe, et il faudrait chercher. Je sais bien que dans ces cas notre collègue interpréterait les choses à sa façon, comme nous l'avons vu pour la thoracentèse, l'année dernière. Mais ne sait-on pas d'ailleurs qu'il y a de vastes suppurations, après des fractures et des luxations, alors que la plaie est encore bien plus sous-cutanée que toutes celles que produit M. Guérin?

Reste cette proposition que les plaies sous-cutanées guérissent souvent sans suppuration. Mais tout le monde connaît cela, et on met moins d'exagération que M. Guérin à le soutenir. Je ne quitterai pas le sujet sans faire remarquer encore que, même des faits de notre collègue, on peut tirer des exemples de suppuration des plaies ou au moins de cicatrisation lente. Les faits disent que des plaies sous-cutanées ont mis six semaines à guérir ; mais y a-t-il beaucoup de plaies des parties molles qui suppurent capables de mettre plus de temps à se guérir?

M. J. Guérin continue à décrire, avec d'autres noms et sous d'autres formes, ce que l'on avait étudié avant lui; il reprend aujourd'hui ce qu'il a dit déjà, et il se sert d'un nouveau langage.

Qu'il me soit permis une comparaison. Supposons un champ défriché, ensemencé et cultivé par les habitants d'une commune. Un des habitants met une palissade autour du champ, il y dessine des allées, et tout à coup il ne veut plus que personne touche au produit du champ, sans qu'on le reconnaisse comme suzerain. Cela ne serait certes pas juste. Eh bien, M. J. Guérin ne peut pas plus s'approprier la méthode sous-cutanée que l'habitant qui a mis des palissades autour d'un champ commun. Ce n'est pas parce que l'on a parlé d'une chose plus que tout le monde que l'on en est l'inventeur.

M. J. Guérin mérite tous nos éloges pour avoir gardé le goût de la science à un âge où l'on se repose; il revient avec persévérance sur son sujet favori, la méthode sous-cutanée. Il veut établir comme une œuvre à lui la théorie et la pratique de cette méthode. La théorie, soit; mais la pratique est plus ancienne qu'il ne dit, et c'est sur quoi j'ai toujours réclamé depuis trente ans, car je suis aussi obstiné que M. J. Guérin, et c'est pourquoi je suis encore remonté aujourd'hui à cette tribune.

A 4 h. 1/2 l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats au titre d'associé libre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 11 mai 1866.

Présidence de M. TOPINARD, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Le *Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille,* et un mémoire de M. Francesco Robolloti, sur la pellagre.

M. TOPINARD rappelle la perte douloureuse que vient d'éprouver la Société, dans la mort d'un de ses plus distingués membres, le docteur Menjaud, enlevé si prématurément à la science et à ses amis.

LECTURE.

M. HEMEY lit une observation de tumeur du cervelet (voir plus haut).

— M. CORNIL demande s'il n'y avait pas, dans ce cas, de tubercules pulmonaires, et si la tumeur du cervelet n'était pas constituée en partie par les éléments décrits par M. Robin, sous le nom de myélocytes.

— M. HÉMEY. Il n'y avait aucune lésion du poumon, ni des viscères autres que l'encéphale. Il est possible que la tumeur renfermât des myélocytes, et c'est là un fait dont il sera encore possible de s'assurer par l'examen microscopique, car la pièce a été conservée.

— M. MARTINEAU aurait voulu voir signalé, d'une façon plus explicite, plusieurs points particuliers de l'observation de M. Hémey. Il est fait mention du renversement de la tête, et il désirerait savoir si cette contraction était due à une méningite de la base. En outre, la tumeur du cervelet comprimait-elle le pneumo-gastrique, et y avait-il pendant la vie des symptômes pulmonaires révélant cette compression tels qu'accès d'asthme, toux, etc.? Le siége de la tumeur au cervelet devait aussi attirer l'attention d'une façon spéciale sur l'état des fonctions génitales, et il est regrettable que l'observation ne mentionne aucun détail à ce sujet.

— M. HÉMEY. La base du cerveau était simplement congestionnée; il n'y avait aucun phénomène morbide du côté de la respiration, et le nerf pneumo-gastrique n'était pas comprimé. M. Hémey croit du reste que, dans une observation, il suffit de décrire les phénomènes observés, et qu'il n'y a pas lieu de signaler les faits négatifs.

— M. BEAUMETZ ne peut accepter cette manière de voir : supposons en effet qu'il vienne à l'idée d'un auteur de contrôler les opinions avancées par Gall, relatives à l'influence du cervelet sur les organes génitaux, l'observation qu'on vient de lire serait nulle à cet égard, tandis qu'elle aurait sa valeur si les fonctions génitales avaient été interrogées en détail.

Au point de vue des lésions de la rétine comparées à celles des nerfs optiques et des pédoncules cérébraux, il y a souvent des contradictions apparentes : par exemple, des altérations évidentes des nerfs optiques non accompagnées d'amaurose, comme dans les faits rapportés par MM. Duménil, Charcot et Vulpian, et d'autre part des cas d'amaurose complète avec des lésions du nerf optique qui paraissent insuffisantes. Cela tient à ce que, dans le premier cas les couches périphériques du nerf optique sont seules atteintes, et que le centre de ce nerf est seul altéré dans le second cas. Il est en outre un fait de premier ordre dont on doit tenir compte, pour expliquer les intermittences de l'amblyopie; c'est la congestion rétinienne à laquelle M. Bouchut attribue une grande importance, parce qu'elle révèle une congestion du cerveau.

— M. LEVEN. M. Hémey se demande, dans les réflexions qui suivent son observation, si le cerveau a été le premier organe atteint, ou si les lésions de l'œil et du cerveau n'ont, les unes avec les autres, aucun rapport de cause à effet. M. Leven croit qu'il existe dans le siége de la tumeur, dans la comparaison de sa structure avec les lésions du nerf optique et de la rétine, des preuves suffisantes pour admettre que ces dernières sont consécutives à la tumeur cérébrale. Il ne s'agirait pas là de lésions analogues aux troubles qu'on observe du côté des yeux dans les tumeurs du cervelet, mais plutôt d'altérations secondaires causées par la compression de la tumeur sur les origines du nerf optique. Bien que les deux nerfs optiques ne soient pas atrophiés au même degré, bien que l'atrophie la plus marquée ne porte pas du côté où siége la tumeur, l'opinion qu'émet M. Leven ne lui paraît pas improbable, si l'on tient compte de l'entrecroisement des nerfs optiques.

— M. CORNIL se range à la manière de voir de M. Leven, et croit que la tumeur du cerveau est la lésion primitive; elle est en effet constituée par des éléments anatomiques à formation active, tandis que les altérations du nerf optique et de la rétine, l'atrophie, la dégénérescence graisseuse sont des processus passifs qu'on rencontre dans les nerfs à la suite des sections ou des compressions. Si les troubles visuels et cérébraux ont paru en même temps, cela n'infirme pas le développement primitif de la tumeur cérébrale, car tout le monde a rencontré des tumeurs des circonvolutions, à l'autopsie de sujets chez lesquels aucun symptôme n'avait pu en faire prévoir l'existence pendant la vie.

— M. TOPINARD croit qu'il aurait été nécessaire dans ce cas de faire mention de l'état des urines, de noter en particulier si elles renfermaient ou non de la glycose. M. Topinard rappelle que la Société a proposé comme sujet d'études tout spécial à ses membres et aux candidats, pour les places vacantes, *les rapports de la glycosurie avec les diverses maladies.*

Le secrétaire, CORNIL.

CORRESPONDANCE.

Amputation de l'utérus.

Monsieur et très-honoré confrère,

L'article relatif à l'amputation de l'utérus qui a été reproduit d'après la *Gazette hebdomadaire* dans le dernier numéro (16 juin) de la *Gazette des hôpitaux,* est loin d'être au courant de la science. L'extirpation de la matrice par la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses, a été pratiquée pour la première fois par M. Heath (de Manchester), en 1843. M. Burnham (de Lowell, Amérique du Nord), a obtenu le premier succès en 1853. Le nombre total des cas d'amputation de la matrice avec ou sans extirpation des deux ovaires qui me sont connus est actuellement de 42. Il y a eu jusqu'ici 8 guérisons et 34 morts, soit une mortalité de 81 pour 100, ce qui revient à 1 guérison sur 5 cas.

L'extirpation de la matrice par la gastrotomie est une opération bien plus grave et plus difficile que celles des ovaires. La mortalité en est très-élevée par suite des conditions défavorables

dans lesquelles se sont trouvés soit les malades, soit les opérateurs, parce que la plupart de ces opérations ont été faites à la suite d'une erreur de diagnostic. Plus d'un tiers des opérées mortes ont succombé à des hémorrhagies survenues pendant l'opération, ou bien qui lui ont été consécutives. L'expérience et les perfectionnements dont l'opération est susceptible, surtout pour l'hémostase, permettront de réduire considérablement la mortalité dans la suite.

M. Burnham a fait le plus grand nombre d'opérations de ce genre; sur 9 cas il a obtenu 2 guérisons. J'ai fait 5 opérations et j'ai obtenu 2 guérisons. Les 3 opérées qui ont succombé sont mortes des suites de l'hémorrhagie qui a accompagné l'opération, l'une le deuxième jour, une autre quatre heures, et la troisième douze heures après l'opération.

Dans le premier cas, la constriction des vaisseaux était incomplète : une veine non comprise dans les ligatures, donna lieu à un suintement sanguin continu auquel il fut impossible de remédier, et d'ailleurs l'opération elle-même avait été accompagnée d'une hémorrhagie considérable. Dans le deuxième cas, une ligature glissa pendant l'opération par suite d'une constriction incomplète, et il survint une hémorrhagie formidable que je ne parvins pas à arrêter assez vite. Dans le dernier cas, l'opération a présenté des difficultés extraordinaires; elle a duré près de trois heures par suite d'adhérences très-intimes sur toute la surface de la tumeur. La tumeur avait été compliquée d'un épanchement ascitique. M. Nélaton croyant à l'existence d'un kyste de l'ovaire, avait fait deux injections iodées, l'une à droite, l'autre à gauche de la tumeur, dans la cavité péritonéale, ce qui avait déterminé des adhérences générales avec tous les organes avec lesquels la tumeur fibreuse était en rapport. Les ovaires étaient parfaitement sains et ne furent pas enlevés. L'hémorrhagie, pendant la longue durée de l'opération, a été très-considérable, sans cette complication, le cas eût été très-favorable.

Le premier cas de guérison remonte à 1863. L'opérée à laquelle j'ai enlevé les deux ovaires, la matrice et une tumeur fibreuse de 7 kilogr., continue à jouir d'une santé florissante.

Le deuxième cas de guérison a été communiqué à la Société de médecine de Strasbourg, le 19 avril dernier (voy. *Gaz. méd.* Strasbourg, 1866, n. 5), en même temps qu'un autre cas de guérison d'une extirpation de la matrice dans un cas de polype utérin compliqué d'inversion utérine irréductible, l'un et l'autre cas chez une femme juive.

« La malade, âgée de trente-deux ans, était mariée depuis deux ans. Les règles avaient toujours été normales, jamais il n'était survenu d'hémorrhagie. Il y a un an environ, il se développa sur le côté droit une tumeur nettement arrondie, dépourvue d'adhérences, qui fut prise tout au début pour l'utérus en état de gestation. Cette idée, cependant, fut bientôt abandonnée, et la tumeur fut considérée comme un kyste de l'ovaire dont elle offrait tous les caractères, quoique M. Koeberlé soupçonnât l'existence d'une tumeur fibreuse de la matrice. Son développement rapide en onze à douze mois, l'absence complète d'hémorrhagie, sa consistance, sa forme régulièrement arrondie, l'existence d'un bruit de souffle, circonscrit à droite (et non pas répandu en plusieurs endroits, comme on le rencontre d'ordinaire dans les tumeurs fibreuses), une fluctuation obscure, l'inclinaison du côté droit du col utérin, qui était du reste central, mobile, mou, normal, sans trace de gonflement ni d'induration, semblaient se rapporter à une tumeur d'un ovaire; enfin, entre le pubis et la tumeur on éprouvait une résistance du côté droit, comme si l'ovaire droit avait été le siége de l'affection. L'examen par la sonde utérine ne fut pas pratiqué; il n'aurait rien appris, la cavité utérine, comme on la vit plus tard, ayant conservé ses dimensions normales.

« Le 6 mars 1866, trois jours après l'époque menstruelle, M. Koeberlé pratiqua l'opération. Après une incision de 26 centimètres, faite à la paroi abdominale, la tumeur ayant été inutilement ponctionnée, M. Koeberlé reconnut l'existence d'une tumeur utérine fibreuse développée dans l'épaisseur du fond de la matrice, vers l'angle droit. Le ligament large du côté droit fut compris entre deux ligatures de soie placées tout près de la tumeur, et fut divisé dans leur intervalle. On put alors placer une anse de fil de fer au niveau du col utérin, laissant l'ovaire et la trompe gauche en dehors. Le fil fut serré à l'aide d'un serre-nœud, et l'on eut soin de n'inciser la tumeur qu'à une distance de quelques centimètres de cette ligature. La tumeur fibreuse enlevée pesait environ 5 kilogrammes. M. Koeberlé crut devoir ne pas extirper les ovaires en raison de leur état d'intégrité parfaite, et de l'aggravation de danger que l'extirpation de l'ovaire gauche aurait inutilement ajoutée à l'opération. La plaie fut réunie, aucun pansement spécial ne fut appliqué. L'angle inférieur de l'incision fut maintenu largement ouvert. La ligature de la matrice s'est détachée le dixième jour avec les tissus mortifiés. La malade a parfaitement guéri sans avoir éprouvé le moindre accident consécutif. La portion restante du col utérin, dont la partie vaginale est très-saillante, offre environ 3 à 4 centimètres de longueur.

« Un mois après l'opération, au retour de l'époque menstruelle, se produisit une hémorrhagie rectale assez abondante qui dura un jour. En même temps survinrent, dans les régions ovariques, des douleurs sourdes augmentant par la pression et annonçant l'existence d'un travail pathologique dans le petit bassin, peut être sous l'influence de la congestion ovarique. On constata la formation d'une collection de liquide dans le cul-de-sac recto-vaginal. Au bout de quelques jours, au moment où M. Koeberlé se disposait à évacuer le liquide à l'aide d'un trocart, une certaine quantité de pus fut éliminée par le rectum, et tout vestige de la collection purulente disparut.

« Depuis, il n'est survenu aucun incident. L'état de l'opérée est excellent, et sa santé ne laisse rien à désirer. »

Outre les opérations de gastrotomie dans lesquelles on a pratiqué l'ablation du corps de la matrice, dans des cas de tumeurs fibreuses, on a fait 20 opérations de gastrotomie dans lesquelles on a seulement enlevé les tumeurs fibreuses pédiculées par une ligature ou par leur énucléation : il y a eu 8 guérisons et 12 morts.

Dans 14 cas l'opération a été interrompue sans que les tumeurs fibreuses aient été enlevées : il y a eu 9 rétablissements et 5 morts. (Voy. E. Koeberlé, *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne*, Paris, 1865.)

Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués,

KOEBERLÉ.

17 juin 1866.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Jusqu'à présent nous nous étions abstenus, dans une intention que nos lecteurs comprendront, de jeter l'alarme en publiant les faits isolés de choléra. Aujourd'hui l'épidémie, qui tout l'hiver a régné avec plus ou moins de discrétion sur plusieurs points de notre littoral, s'accuse avec plus de vigueur dans un grand nombre de villes.

Sans sortir de France, nous signalerons les villes de Nantes, d'Angers, d'Amiens; à Paris, l'état sanitaire reste satisfaisant : nous aurions à peine à citer deux ou trois cas dans les hôpitaux, à Saint-Cloud on nous signale un fait bien caractérisé de choléra asiatique.

Mais si nous sortons de France, nous trouvons en première ligne la Hollande, où le fléau sévit avec une grande énergie : Rotterdam, La Haye, Delft, et en dernier lieu Amsterdam.

Du 26 mai, jour où le choléra s'est montré dans une impasse, au 11 juin inclusivement (soit 17 jours), 35 cas de choléra ont été observés à Bruxelles (15 hommes et 20 femmes). Sur ce nombre 16 ont succombé (7 hommes et 9 femmes, 6 hommes à l'hôpital, 1 à domicile; 5 femmes à l'hôpital, 4 à domicile).

En Angleterre, les environs de Birmingham, et pour fermer l'énumération, la Poméranie.

Nos dernières correspondances nous apprennent encore que le choléra s'est abattu sur les États-Unis.

Quand des faits nouveaux se présenteront, nous les placerons sous les yeux de nos lecteurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, par le docteur E. MOYNIER. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1858, chez A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

De la chorée, par le docteur E. MOYNIER. In-4°. Prix : 2 fr. — Paris, 1855, A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Leçons sur les maladies cutanées dartreuses, professées à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Hardy, rédigées et publiées par le docteur PIHAN DUFEILLAY, ancien interne à Saint-Louis. Troisième partie. In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1862, A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Traité de pathologie interne, par J. FRANK, traduit par Bayle. Six vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50 au lieu de 30 fr. net. — Paris, A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 73. — SAMEDI 23 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 23 JUIN 1866. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Métrorrhagies chez les femmes chargées d'embonpoint.

Nous avons reçu de M. le docteur Dancel une intéressante étude sur les métrorrhagies chroniques chez les femmes chargées d'embonpoint. Voici ce travail.

Il est très-commun de rencontrer dans la pratique médicale des femmes mariées et non mariées qui ont vu arriver des perturbations dans les fonctions de l'utérus, à mesure qu'elles ont pris de l'embonpoint. Leurs menstrues, après avoir paru régulièrement et avec un sang normal, ont présenté des variations dans leur durée, dans l'époque de leur apparition, et dans la nature du sang excrété ; puis elles ont quelquefois cessé complétement de paraître ; puis il succède à ces mêmes perturbations des pertes utérines continues, et cela sans maladie appréciable de l'organe utérin.

Les femmes demandent un remède à ces pertes, non à cause des douleurs qu'elles n'éprouvent pas, mais par amour de la propreté et dans l'espérance de devenir mère, après leur disparition. Le plus souvent, je pourrais dire toujours, les moyens employés habituellement pour faire cesser ces pertes chez les femmes très-grasses sont impuissants.

Les hémorrhagies de l'utérus sans lésion organique peuvent avoir des causes différentes et même opposées, ce qui doit nécessiter également une médication différente. Il est donc important d'en chercher la cause afin d'en apprécier la nature.

Quand une femme affectée d'une perte utérine, persévérant depuis plusieurs mois ou plusieurs années, se présente devant un médecin avec un grand embonpoint, ce qui dénote une nutrition parfaite, ce médecin ne lui supposera pas un tempérament sanguin, mais il pourra la gratifier de cette espèce de constitution impossible, et que je vois encore admise sous la dénomination de *tempérament lymphatico-sanguin*, en ne réfléchissant pas que ces deux mots ainsi réunis donnent l'idée de la présence dans les mêmes vaisseaux, chez une même personne, d'un sang riche en globules rouges, et pauvre en même temps de ces mêmes globules.

Cette femme très-grasse possède le tempérament lymphatique. Elle vous confirme dans cette opinion en vous disant que dans les derniers temps qu'elle voyait régulièrement ses règles, elle avait remarqué que le sang qu'elle perdait était plus pâle et moins abondant qu'à l'ordinaire, et que celui qui mouille actuellement son linge est rosé.

Il peut arriver qu'une femme ainsi affectée vous dise qu'elle est très-sanguine, qu'elle a un sang riche ; elle en tire la preuve de ce que tous les matins, en se levant, sa perte se traduit par de gros caillots d'un rouge foncé, qu'elle perd en se levant. Mais ces caillots avec une couleur foncée sont dus au séjour que le sang excrété a fait, pendant la nuit, dans le vagin. Ils ne modifieront point l'opinion du médecin, qui ne peut voir dans la cause de ces pertes continues qu'une faiblesse de la constitution, un tempérament lymphatique à l'excès, avec lequel le sang pauvre de globules rouges et trop aqueux, transsude à travers les tissus utérins, dépourvus eux-mêmes de cette énergie vitale, de contractilité nécessaire à une trame solide et assez serrée pour empêcher le passage des fluides.

Nous voilà arrivés aux mêmes indications que demandent les hémorrhagies utérines, que l'on observe souvent chez les femmes chlorotiques, anémiques, ou dont la constitution a été altérée par une cause ou une autre. On ordonne, dans ce cas, un régime alimentaire très-azoté, des médicaments toniques et astringents, et le plus habituellement on parvient en quelques mois à refaire la constitution en activant l'énergie vitale en général, en procurant une plus grande contractilité aux fibres des organes. Sous cette heureuse influence des fonctions réparatrices, le sang perd de sa sérosité et devient plus riche en éléments solides. Tout concourt donc à faire cesser la cause des hémorrhagies utérines qui, en effet, disparaissent.

Mais pourquoi n'arrive-t-on point à ce résultat chez les femmes très-grasses? C'est ce que nous espérons expliquer clairement un peu plus loin. Donnons dès à présent quelques observations d'hémorrhagies utérines chez ces dernières femmes, et qui avaient résisté à ce traitement tonique et astringent, et dont la guérison a été obtenue de la manière que nous allons exposer.

Dans le courant de l'année 1853, la dame d'un riche propriétaire du département de Seine-et-Oise vint me consulter pour diminuer son embonpoint. Elle était âgée de vingt-trois ans, mariée depuis six ans, ayant eu un enfant quinze mois après son mariage. Depuis lors elle n'a plus eu de grossesse, mais elle a considérablement engraissé. Elle pèse 242 livres. Elle a souvent des maux de tête. Depuis sa couche, c'est-à-dire depuis trois ans et demi à quatre ans, elle n'a pas été bien réglée. Les menstrues parurent d'abord pendant huit jours, la fois suivante pendant quinze jours, puis un mois, pour ne revenir qu'à une époque fort éloignée. Elles reparurent enfin, mais depuis lors elles ne se sont plus arrêtées.

Pour la délivrer de cette véritable infirmité, elle suivit les prescriptions des médecins de la localité, et de plusieurs praticiens de Paris. Tous la soumirent à une médication tonique et astringente.

Les organes génitaux examinés avec soin, n'offrirent rien d'anomal. L'on avait songé, malgré l'absence de douleurs, à la présence d'un polype naissant dans l'utérus. Je prescrivis à cette dame de manger beaucoup de viande, très-peu de légumes, de boire le moins possible. Je la purgeai de temps en temps avec la scammonée ; après quatre mois de ce traitement, que j'appelle anti-obésique, Mme X... avait perdu peu à peu de son embonpoint, et était arrivée à ne plus peser que 202 livres au lieu de 242.

Au bout de cinq ou six semaines de ce traitement, le sang s'était arrêté, puis les règles reparurent à trente jours de distance, avec un sang de bonne nature et une durée de quatre ou cinq jours.

Mme X... n'avait plus de maux de tête, et se trouvait jouir d'une santé parfaite.

Je ne lui avais point prescrit l'usage de médicaments toniques. Elle avait fait et continuait de faire, deux fois par jour, des injections avec une légère décoction de feuilles de noyer.

Il y avait trois ans que j'avais cesse de donner des conseils à cette dame, lorsque son mari vint me dire que sa femme perdait de nouveau constamment du sang depuis trois mois. Sans avoir repris tout son embonpoint elle avait cependant visiblement engraissé de nouveau. Je la fis suivre, encore une fois, le traitement anti-obésique. Au bout de deux mois elle avait perdu 15 livres de son poids. Sa perte s'arrêta, puis ses règles revinrent normalement.

Depuis lors j'ai revu souvent cette dame, qui tient compte toujours du régime alimentaire que je lui ai prescrit. Elle n'a point pris de nouveau de l'embonpoint, et elle continue de se bien porter.

Dans le mois d'avril de l'année 1865, une dame habitant les environs de Caen réclama mes conseils.

Elle m'écrivit qu'elle est âgée de cinquante-huit ans, mariée, ayant eu quatre enfants et fait deux fausses couches. Elle était très-maigre dans sa jeunesse, mais elle a beaucoup engraissé puisqu'elle pèse aujourd'hui 236 livres. Elle mange bien et dort de même. Elle ne peut faire dix pas à cause de l'oppression qu'elle éprouve en marchant. Quand elle est debout, elle ressent des tiraillements dans les aines et dans les flancs. Son ventre est si distendu et pèse tant qu'il lui semble qu'il va s'arracher de son corps et tomber avec tout ce qu'il contient. Dans cet état, elle est condamnée depuis près d'un an à ne plus quitter sa chambre, où elle passe une partie du temps dans son lit, et l'autre dans un fauteuil.

Il y a sept ans elle éprouva des dérangements dans l'apparition de ses règles, qui finirent par disparaître. Elle était arrivée à son âge critique.

Il y a quatre ans cette dame vint à Paris où elle séjourna huit jours, en se fatiguant beaucoup en promenades et en veilles prolongées. Lorsqu'elle rentra chez elle à la campagne, elle fut prise d'une perte de sang qui depuis lors n'a pas cessé.

Mme X... se dit très-sanguine, très-forte, parce qu'elle perd souvent le matin, en se levant, de gros caillots de sang noir, et cela sans s'en sentir plus faible qu'à l'ordinaire.

Pour mettre un terme à cet écoulement, elle a fait usage des préparations de cannelle, de quinquina, de ratanhia, de cachou, de fer, etc.

Les injections toniques astringentes au ratanhia, etc., activaient plutôt que de diminuer la perte de sang. Celles faites avec une solution d'alun, l'arrêtaient pour une demi-journée, un jour.

Lorsqu'en 1853 je donnai des soins à la dame dont l'observation précède, c'était uniquement dans le but de diminuer son embonpoint et ne pensant pas que sa perte de sang pourrait en être modifiée. Ayant vu que par deux fois le traitement que je lui avais fait suivre avait fait cesser sa métrorrhagie chronique, j'ai pensé qu'en appliquant ce même traitement à la dame des environs de Caen, l'on arriverait également à faire disparaître la perte dont elle était depuis si longtemps atteinte. Je lui envoyai des instructions en ce sens.

Au bout de trois mois elle avait obtenu une notable diminution dans son poids. Elle pouvait se promener un peu sans trop souffrir, aller et venir, descendre de sa chambre au rez-de-chaussée et y remonter. Elle put entreprendre le voyage de Paris, où elle vint me voir dans les premiers jours de juillet. Sa perte existait toujours. Je remarquai que le sang qui tachait son linge était très-pâle.

Visitée avec soin au spéculum, les organes génitaux n'offraient rien d'anomal.

L'écoulement ne fut point augmenté par les secousses et les fatigues que cette dame éprouva pendant son voyage. Depuis quelque temps elle ne perdait plus de gros caillots de sang le matin en quittant le lit.

Au mois d'octobre cette dame m'écrivit qu'elle avait complétement cessé de perdre du sang, qu'elle avait beaucoup de fleurs blanches, dont elle a été dès sa jeunesse fort incommodée.

A la fin de janvier dernier, époque où j'ai reçu de ses dernières nouvelles, Mme X... n'avait pas revu sa métrorrhagie et suivait toujours son régime alimentaire, avec lequel elle continuait de perdre de son trop grand embonpoint.

Je ne lui ai fait faire d'autre médication que des injections avec une légère décoction de feuilles de noyer.

(Nous publierons dans notre prochaine revue clinique les autres observations de M. Dancel).

Cicatrisation sous-cutanée des plaies.

Nous tirons de la lecture faite à l'Académie, par M. J. Guérin, le passage suivant, qui résume les opinions de l'honorable académicien :

Le produit cicatriciel des plaies qui s'organisent sous la peau, à l'abri du contact de l'air, offre un contraste qui complète l'opposition entre le travail de cicatrisation à l'air libre et le travail d'organisation immédiate.

J'ai établi dès longtemps, dans mes diverses publications sur la méthode sous-cutanée et notamment dans l'*Essai de généralisation* de cette méthode, couronné en 1857 par l'Académie des sciences, que le travail de réparation et de reproduction sous-cutanée est un véritable travail de régénération des parties (1). Sans entrer dans tous les détails qu'une question aussi délicate et aussi importante comporterait, je me contenterai de l'énoncer dans ses éléments principaux, renvoyant à mes ouvrages antérieurs pour les développements nécessaires à une compréhension plus complète des phénomènes. Or j'ai prouvé en suivant pas à pas l'œuvre de transformation des tissus divisés et cicatrisés à l'abri du contact de l'air, que le blastème sous-cutané, spécial dès l'origine pour chaque ordre de plaies et pour chaque tissu, est le théâtre d'une élaboration et d'une transformation incessantes qui ont pour résultat de ramener graduellement le tissu nouveau à l'organisation des parties qui en ont fourni les éléments. Ce fait, démontré pour tous les tissus, depuis le tendon jusqu'au nerf, est en quelque façon la généralisation de ce qui s'observe d'une manière si patente dans l'os. Il n'est personne qui conteste que la partie appelée vulgairement le cal osseux ne s'identifie graduellement, et pour la résistance et pour les éléments organiques et chimiques, avec les portions osseuses qu'il soude et réunit. Ce que l'observation vulgaire avait pu constater sans s'en rendre compte et sans en tirer des conséquences pour les autres tissus, l'induction d'abord, l'expérience et l'observation directe ensuite, m'ont permis de le constater pour tous les tissus de l'économie. Je tiens à la disposition de l'Académie une série de planches dans lesquelles sont représentés des tissus de nouvelle formation, tendons, muscles, os, nerfs, résultant de la reproduction sous-cutanée, de tissus similaires fournis par les parties divisées. Ce fait, que l'œil et les autres sens ne pouvaient absolument mettre hors de doute que pour les os, est mis en toute évidence par le retour des propriétés physiologiques qui avaient été suspendues par la division des parties et qui ont été rétablies par la restauration de leur continuité ; la contractilité musculaire pour les muscles, et la sensibilité et la motilité pour les nerfs,

(1) *Essai de généralisation de la méthode sous-cutanée*, mémoire lu à l'Académie des sciences, in-8. Paris, 1856, p. 24-30.

constituent deux critérium qui ne peuvent laisser le moindre doute à cet égard.

En ce qui concerne les muscles, j'ai eu deux occasions d'obtenir sur le cadavre de deux sujets auxquels j'avais divisé sous la peau le sacro-lombaire et le long dorsal, sujets morts de scarlatine et de fièvre typhoïde plusieurs années après l'opération, la preuve anatomique du rétablissement de la continuité musculaire, en même temps que, sur le vivant, j'avais constaté le retour complet de la contractilité dans toute l'étendue des mêmes muscles. Je place sous les yeux de l'Académie une planche reproduisant l'un de ces cas.

En ce qui concerne les nerfs, j'ai fait, il y a fort longtemps, un certain nombre d'expériences sur des chiens et des lapins, desquelles il résulte que la section du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou sous-orbitaire, et du nerf sciatique à sa sortie de l'échancrure du même nom, ont été suivies du retour de la sensibilité et du mouvement dans les parties restées paralysées pendant trois mois environ. La dissection des nerfs et leur examen microscopique ont permis de constater anatomiquement le rétablissement de la continuité organique, préalablement attestée par le rétablissement de la fonction.

Ce grand fait de la reproduction graduelle des tissus par l'organisation immédiate qui n'est, chez les animaux supérieurs, que l'analogue de la reproduction intégrale de membres entiers chez certains animaux inférieurs, tels que les homards et les écrevisses, a été récemment confirmé et mis hors de doute dans une série d'observations histologiques par notre savant collègue M. Robin; cette confirmation, dont pour ma part j'ai été aussi heureux que peu surpris, ne laissera, j'ose l'espérer, aucun doute dans les esprits sur le caractère que j'avais assigné longtemps auparavant au travail d'organisation immédiate des plaies sous-cutanées.

Sous le rapport des trois périodes du travail de cicatrisation des plaies qui suppurent, aussi bien que sous le rapport de chacune d'elles en particulier, il demeure donc complétement établi que ce travail diffère en tout et pour tout, aussi bien dans ses phénomènes que dans ses moyens, dans ses moyens que dans ses résultats, diffère, disons-nous, des phénomènes, des moyens et des résultats de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées; d'où je conclus que le fait de l'organisation immédiate a été légitimement désigné par une appellation spéciale qui ne permettra plus de le confondre avec ce qui n'est pas lui.

— Pour ce qui est de la preuve de la réparation des muscles et de la formation de fibres musculaires nouvelles, nous pensons que l'examen microscopique eût été nécessaire. (*Note du réd.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

[illegible] — Présidence de M. [illegible].

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE D[r] GUERSANT fait hommage à la Société du 6[e] fascicule de ses *Notices sur la chirurgie des enfants.*

— **M. DEPAUL** fait hommage du Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1864, et de sa réponse au discours de M. Bousquet, intitulée : *Vaccination animale.*

— **M. LABAT** (de Bordeaux), adresse un mémoire intitulé : *De la résorption purulente et des moyens de l'éviter, spécialement dans les amputations.* (Commissaires : MM. Labbé, Després, Desormeaux.)

— **M. DOLBEAU** présente, au nom de leurs auteurs :

1° Clinique ophthalmologique, par A. de Graefe, traduite en français par M. Édouard Meyer;

2° Cas de fracture de la colonne vertébrale, par M. Robert et M. Donnell;

3° De l'importance et de l'application de la physiologie dans la pratique de la médecine et de la chirurgie, par notre membre correspondant M. Brown-Séquard;

4° Une observation d'encéphalocèle, par M. le docteur Chédevergne (de Poitiers).

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. LÉON LE FORT. Plusieurs de nos collègues paraissent impatients de voir se terminer avant même qu'elle s'engage, cette discussion sur les moyens de prévenir ou de combattre les accidents produits par les agents anesthésiques, je me ferai donc une loi d'être aussi bref que possible, et je ne prendrais même pas la parole, si je ne croyais utile de défendre devant vous l'usage de l'électrisation comme moyen de ramener à la vie les individus passés du sommeil anesthésique dans ce sommeil qui simule, qui annonce la mort, et qui quelquefois n'a plus de fin. Mais je ne puis faire comprendre ma pensée sans rappeler brièvement les phénomènes qui se passent lors de l'administration de chloroforme, et sans rechercher leur cause et leur mode de production.

Ce n'est pas seulement depuis la découverte de l'anesthésie, que la mort est venue interrompre des opérations commencées ou seulement préparées. On n'a pas oublié le cas où Desault, sur le point de pratiquer la lithotomie, et traçant avec l'ongle l'endroit où il allait inciser le périnée, entendit son malade pousser un cri, le vit s'affaisser brusquement et mourir de syncope entre ses mains.

Lorsque Simpson employa la première fois le chloroforme, c'était aussi pour pratiquer la taille; l'enfant, comme le malade de Desault, mourut de syncope. Heureusement c'était avant qu'on eût procédé à l'anesthésie, car il est probable que si la mort fût survenue quelques minutes plus tard, si elle avait pu être attribuée au chloroforme, c'en était peut-être fait de l'anesthésie chirurgicale.

Le chloroforme ou autres anesthésiques paraissent agir de deux manières, à la façon des alcooliques, et comme agents asphyxiants.

Lorsqu'on soumet un homme ou un animal à l'influence des vapeurs anesthésiques, on voit se succéder des phénomènes qui indiquent une action sur le système nerveux central, et les expériences de Flourens et de Longet ont amené ces éminents physiologistes à distinguer dans ces phénomènes quatre phases distinctes qu'ils rapportent à l'action du chloroforme ou de l'éther : 1° sur le cerveau et le cervelet; 2° sur la protubérance annulaire; 3° sur la moelle épinière; 4° sur le bulbe.

A l'excitation du début succède bientôt un trouble dans l'expression de la pensée, la parole est confuse, inintelligible; en même temps surviennent les mouvements désordonnés, violents, énergiques, auxquels succède une résolution incomplète dont le malade sort chaque fois qu'on excite vivement la sensibilité. Enfin, arrive la résolution complète des membres, la perte des mouvements actifs, le stertor, et sur les animaux mis en expérience, et chloroformés *usque ad mortem*, la respiration s'embarrasse, finit *graduellement* par s'arrêter, et le sommeil fait place à la mort.

Chez l'homme, ce genre de mort est rare, car jamais, sauf les cas de suicide, la chloroformisation n'est poussée jusqu'à de pareilles limites.

Dans ces phénomènes d'excitation et plus tard de résolution, nous retrouvons exagérés, concentrés, dans un court espace de temps, se succédant sans transition, les symptômes de l'alcoolisme aigu. Pris à l'intérieur, en trop grande quantité, le chloroforme peut causer un empoisonnement mortel comme le ferait une dose trop considérable d'alcool. Les journaux Anglais en ont rapporté déjà plusieurs exemples, parmi lesquels je citerai surtout celui que publia M. Lammen, 1862. (*Hygiea*, février 1862.)

Ce mode d'action du chloroforme doit donc rendre son emploi dangereux toutes les fois qu'il s'agit d'individus soumis déjà à un certain degré d'alcoolisme. C'est, en effet, ce qui est arrivé dans presque tous les cas où on a eu recours à l'anesthésie pour combattre l'agitation du *delirium tremens*; neuf fois la mort fut la conséquence de la chloroformisation. Sur ces neuf cas, deux fois la mort fut brusque et survint au début de l'anesthésie, sept fois elle fut précédée de violentes contractions musculaires et d'une grande agitation.

D'après les recherches de Sanson, consignées dans son livre récent (*Chloroform; its action and administration*, Londres, 1865) un grand nombre de cas de mort sont survenus chez des individus adonnés à l'usage trop fréquent des alcooliques. Aussi, peut-on tirer de ces faits un enseignement et l'indication d'une précaution à prendre; c'est de ne pas donner le chloroforme à ceux que l'on qualifie de « buveurs de profession »; et je pense, pour ma part, que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un malade qu'on ne peut arriver à endormir avec les doses ordinaires, d'un malade qui avoue ses habitudes d'intempérance, au lieu de forcer la dose de l'agent anesthésique, au lieu de vouloir surmonter sa résistance physiologique, au lieu de persévérer dans la tentative commencée, il faut s'arrêter et ne pas pousser plus loin l'essai de chloroformisation.

Le chloroforme, ai-je dit en commençant, agit aussi comme asphyxiant; mais avant d'employer ce mot d'asphyxie, il me faut fixer la valeur que je lui attribue; cela me paraît d'autant plus nécessaire que M. Perrin paraît entendre ce mot comme on le comprenait à l'époque de Bichat. Or pour moi, et je crois pour presque tous les physiologistes actuels, l'asphyxie n'est pas seulement constituée par des accidents résultant de la diminution dans les poumons de la quantité d'air nécessaire à la vie; tout ce qui empêche l'échange des gaz du sang, tout ce qui fait obstacle à la fixation et au transport de l'oxygène par les globules, tout ce qui rend difficile ou impossible l'arrivée à nos organes, et spécialement aux systèmes nerveux et musculaire de l'excitant vital; l'oxygène est une cause d'asphyxie, c'est-à-dire d'affaiblissement, de suspension ou d'arrêt de la vie par défaut d'oxygène.

Or M. George Harley (*British and foreign med. chir. review.*, 1856, p. 429), a montré par ses expériences que les narcotiques aussi bien que les anesthésiques, ont la propriété de diminuer le pouvoir des parties constituantes du sang, à fixer l'oxygène et à mettre en liberté l'acide carbonique. Si l'on agite du sang dans un flacon contenant de l'air atmosphérique, on trouve que sur 1000 parties d'air renfermant 200 parties d'oxygène, 130 parties d'oxygène ont été absorbées par le sang, et qu'il n'en reste que 70 parties. En revanche, cet air qui, à l'état normal, ne contient que 2 parties d'acide carbonique, en contient 340 après l'agitation du flacon renfermant le sang. L'échange des gaz a donc eu lieu.

Mais, si au lieu de prendre du sang pur on y ajoute du chloroforme, de la morphine et même de l'alcool, tout change. Il reste alors après agitation 180 parties d'oxygène et 20 parties seulement ont été absorbées, et au lieu de trouver dans l'air restant 340 parties d'acide carbonique comme dans les cas précédents, on n'en trouve plus que 200.

La propriété commune des anesthésiques est donc bien, comme l'a dit M. Sansom, à la Société royale et dans son livre, telle que l'avait démontré M. Harley, celle de diminuer l'énergie de l'échange entre les éléments de l'air et ceux du sang.

Mais, dira-t-on, le chloroforme ajouté au sang a changé la composition, la forme des globules, de là les modifications montrées par M. Harley. Sans nul doute, et le fait a été prouvé par M. Sansom lui-même, dans un mémoire lu devant la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, et des figures ajoutées à son livre montrent de quelle nature est la déformation des globules. Mais ce qui se passe dans le flacon, se passe aussi dans une moindre étendue dans les appareils pulmonaire et circulatoire; le chloroforme inspiré dans le poumon est absorbé *en nature* et circule avec le sang; MM. Perrin, Lallemand et Durvy l'ont retrouvé dans le sang, dans le cerveau, dans la moelle, en proportions qui me paraissent certainement bien extraordinaires; mais enfin ils l'ont trouvé et ils ne pourraient sans doute dénier les résultats de leurs propres expérimentations consignées dans leur livre.

Mais ce n'est pas tout encore, MM. John Harley et Sansom, ont examiné au microscope la patte d'une grenouille soumise aux inhalations de chloroforme par la bouche, et ils ont vu que, s'il y avait dès le début de l'expérience augmentation de la circulation, il survenait bientôt une contraction des artérioles, examinées au micromètre; cette contraction cessait lorsqu'on arrêtait l'éthérisation pour reparaître aussitôt qu'on réappliquait les agents anesthésiques.

L'acide carbonique dès les premiers moments de l'anesthésie, chez l'homme, est exhalé en plus grande quantité que dans l'état normal, mais bientôt cette exhalation diminue et s'arrête.

La respiration subit encore une modification profonde, sous l'influence du chloroforme, dit le rapport du comité de la Société royale de Londres, « l'amplitude de la respiration diminue peu à peu, et lorsque la période d'insensibilité est survenue, la quantité d'air entrant dans le poumon est extrêmement minime. » Comme on le voit, bien des causes interviennent pour suspendre la vie de relation, et je dirai avec M. Sansom, la narcose chloroformique n'est pas due à un poison spécial qui monte vers le cerveau, mais à l'arrêt de l'oxygénation du sang.

Tout ce qui produit, à un certain degré, une oxygénation incomplète du sang, amène l'anesthésie. Les causes qui produisent l'anesthésie chloroformique sont donc une action spéciale du chloroforme sur les globules du sang dont l'oxygénation est rendue plus difficile, une diminution dans la circulation artérielle, un ralentissement et une moindre amplitude de la respiration.

C'est par ce mode d'asphyxie, qui ne ressemble guère à une strangulation ou une immersion, c'est par cette modification du globule sanguin que l'anesthésie est produite. Elle devra aussi se montrer toutes les fois que les globules *viciés* ne pourront recevoir, par obstacle mécanique, la quantité d'air nécessaire à la vie. Aussi dans le croup, dans l'asphyxie par pression d'une tumeur sur le tube aérien, dans la bronchite capillaire voyons-nous se produire une anesthésie plus ou moins complète, comme nous la voyons aussi dans les membres, dans les premiers moments qui suivent la ligature de leur artère principale. Tel est pour moi le mode d'action des anesthésiques, et il en résulte que l'on ne doit donner le chloroforme que mélangé à une forte proportion d'air respirable, qu'il faut s'arrêter lorsqu'on voit survenir de la congestion de la face; mais qu'il ne faut pas laisser arriver aux poumons du malade une trop grande quantité d'air, sous peine de ne pas pouvoir arriver à l'endormir.

Ceci dit, recherchons maintenant quelle est la cause et le mode de production des accidents trop fréquents observés depuis la découverte de Simpson.

Puisque les anesthésiques agissent en déterminant une asphyxie spéciale, il semble que c'est à l'exagération de cette cause qu'il faut attribuer la mort des sujets qui ont succombé. Il n'en est rien cependant, et c'est à peine si on pourrait citer quelques rares exemples où l'asphyxie pourrait être invoquée; Snow, dans un relevé de 50 cas, n'en cite qu'un seul exemple: Sansom n'en cite que 3 sur 109.

Peut-être dans les cas de suicide ou d'imprudence mortelle pourrait-on invoquer ce mode d'action de l'anesthésie. En 1861, un médecin à Londonderry avait l'habitude de se servir de chloroforme pour combattre des insomnies; il fut trouvé mort dans son lit ayant sur son oreiller la bouteille de chloroforme sur laquelle il avait appliqué ses narines. Un élève du dispensaire de Notting-Hill fut également trouvé mort dans son lit; il avait placé sur sa bouche une casquette contenant un mouchoir saturé de chloroforme. Une dame de Londres mourut dans des circonstances analogues, après avoir respiré près de 125 grammes de chloroforme versés par elle sur un mouchoir qu'elle s'était appliqué au devant de la figure.

Quelque interprétation que l'on donne à ces faits, ce qui est certain, c'est que ce n'est pas de cette manière que les accidents arrivent.

Lorsque la congestion de la face est intense, lorsque le stertor apparaît, il n'est aucun chirurgien qui ne s'arrête. D'ailleurs, si la mort arrivait de cette façon, elle ne surviendrait que dans la période avancée de l'anesthésie et c'est presque le contraire qui arrive.

L'enquête du comité de la Société royale a donné les résultats suivants :

Moment de l'anesthésie où la mort est survenue.	
Au début des inhalations	10
A la période d'excitation	16
Anesthésie incomplète	24
Pendant l'anesthésie complète	38
Après l'opération	14
Non spécifié	7
	109.

De sorte que sur 102 cas mortels, 50 fois la mort survint avant que l'anesthésie fut complète et 52 fois pendant la durée de l'anesthésie.

Ce n'est pas non plus dans la quantité de chloroforme administrée qu'on trouve la raison des accidents, la mort est survenue alors que quelques gouttes seulement de chloroforme avaient été versées sur le mouchoir, d'autres fois des quantités énormes de chloroforme ont été administrées sans accidents; c'est ainsi qu'à Guy's hospital, dans un cas de tétanos, on consomma une pinte de chloroforme dans les vingt-quatre heures.

Si la mort chez l'homme anesthésié était produite par une action sur le poumon, par des phénomènes de non-oxygénation du sang, par asphyxie, l'arrêt de la respiration devrait précéder l'arrêt de la circulation. C'est le contraire qui arrive, car deux fois seulement sur 109 cas, le cœur continuait à battre alors que la respiration avait cessé. Chez les animaux, les phénomènes mortels se succèdent dans un ordre absolument inverse, et toujours le pouls a continué après que les mouvements d'inspiration avaient disparu. Ceci pourrait déjà montrer que l'expérimentation sur l'animal, si elle peut servir à étudier les phénomènes physiologiques du chloroforme, ne peuvent en aucune façon servir à rechercher dans quelles conditions surviennent les accidents mortels; mais la démonstration sera complète lorsque nous aurons montré que c'est par la syncope que la vie s'arrête brusquement chez l'homme anesthésié, syncope que l'on ne saurait déterminer chez les animaux mis en expérience, tandis qu'elle n'est que trop facile chez l'homme.

Pour moi, je suis absolument convaincu que la mort est déterminée par une syncope qui, se montrant sur un individu chez lequel l'anesthésie a diminué d'une notable façon la faculté de réaction, l'énergie vitale, de telle façon que cette syncope, qui dans l'état ordinaire aurait cédé facilement à l'emploi des excitants ordinaires, au décubitus horizontal, continue et se termine insensiblement par la mort. Comment cet accident se produit-il pendant que l'opéré est rendu insensible? C'est ce qu'il me faut expliquer.

Lorsqu'on observe un opéré soumis à l'anesthésie et arrivé à cette période d'insensibilité où il chante et rit pendant l'opération, on peut observer cependant que toutes les fois que le chirurgien reprend le bistouri, toutes les fois qu'au lieu d'attaquer des parties douées d'une faible sensibilité, comme les muscles ou les os, le bistouri attaque la peau ou des filets nerveux, le malade donne des signes évidents de

sensibilité. L'on n'a pas affaire ici à des mouvements réflexes, car le patient crie, se plaint, prononce quelques mots ou quelques interjections qui ne laissent aucun doute sur la douleur qu'il éprouve.

Mais, lorsque le réveil survient, l'opéré ne se rappelle rien, il déclare n'avoir pas souffert et souvent il ne sait si l'opération a été commencée, alors que soit au début, soit dans un instant de réveil pendant l'anesthésie, il a causé de son état avec son chirurgien, il a assisté parfaitement conscient à une partie de ce qui lui a été fait. Il est impossible de nier ce fait que l'on peut constater chaque jour. Ne le voyons-nous pas d'ailleurs se reproduire dans l'ivresse, alors que l'ivrogne, après un long sommeil, ne se rappelle plus ce qu'il a fait la veille.

Pour moi donc, le chloroforme, sauf dans les cas où on le donne très-exceptionnellement jusqu'à abolition de toute sensation, jusqu'à la résolution absolue, jusqu'à l'apparition du stertor, de la congestion de la face, ne supprime pas pour l'économie le choc, l'ébranlement produit par l'opération. L'homme sent, souffre, mais ne se rappelle pas avoir senti et avoir souffert. Or, si cette douleur subsiste, et on ne pourrait le nier, il est évident que cet excès de douleur peut amener une syncope; elle l'amènera d'autant plus facilement que la circulation a subi une atteinte profonde quoique momentanée; elle sera d'autant plus dangereuse que la force de réaction faisant presque complétement défaut, cette syncope, qui dans l'état de veille n'eût été qu'un incident, devient dans l'état d'anesthésie un accident mortel.

C'est par l'action toxique, désoxygénante, que le chloroforme tue l'animal; c'est par syncope que l'homme anesthésié meurt. Chez ce dernier, je l'ai déjà dit, le pouls s'arrête brusquement, avant tout arrêt ou même tout ralentissement notable de la respiration; quelquefois cet arrêt du pouls suit quelques convulsions plus ou moins fortes, le plus souvent le malade pâlit en même temps que le pouls s'arrête.

Tout ce qui peut causer une syncope pourra donc amener la mort, que ce soit la douleur physique ou des impressions morales. C'est pour cela que l'on voit la mort survenir au début de la chloroformisation, chez les individus qui, redoutant, quelquefois sans le manifester, l'opération qui va leur être pratiquée, sont pris de syncope, et succombent.

Peut-on prévoir les causes de syncope? peut-on se garantir de cet accident? Je ne le crois pas; car si on refusait l'anesthésie aux gens pusillanimes, on serait exposé à annihiler les bienfaits d'une pratique qui a surtout en vue les individus d'une faible énergie.

La mort survenant par syncope, on a été amené à penser que les maladies du cœur devaient être une raison de s'abstenir de la chloroformisation. Ici les faits ne sont pas en rapport avec une présomption, acceptée par presque tous comme une réalité, et surtout il n'est guère possible de constater durant la vie, des lésions de nutrition pouvant avoir quelque influence sur l'issue de la chloroformisation. Les lésions valvulaires sont considérées comme une contre-indication formelle, et ici du moins des symptômes fournis par l'auscultation peuvent mettre en garde contre une administration imprudente des anesthésiques; mais, dans deux cas de mort seulement, on a trouvé coexistante une maladie, une altération des valvules cardiaques. Le tableau suivant, que j'emprunte à Sansom, montre quels furent les désordres trouvés du côté du cœur, dans 56 cas où l'autopsie a pu être faite :

Substance du cœur, pâle, molle, etc.........	14
Cœur chargé de graisse à l'extérieur........	1
Dégénérescence graisseuse du cœur...........	18
Lésions valvulaires.........................	2
Cœur normal.................................	21
	56

Que le cœur soit flasque après la mort par chloroforme, rien de plus facile à comprendre; mais il y a là un effet au moins autant qu'une cause. La dégénérescence graisseuse du cœur semble avoir une grande importance, mais par quels symptômes la deviner du vivant du malade?

Ce que je dis du cœur, je puis le dire du poumon. Un soldat, dont l'histoire est rapportée dans les *Medico-Chirurgical Transactions* (octobre 1858), mourut après quelques contractions musculaires violentes et une violente expiration. Les poumons furent trouvés dans un état de congestion considérable, mais il existait des tubercules milliaires. On ne trouve aucun autre cas parmi les faits suivis de mort, et sans aller jusqu'à soutenir, avec quelques-uns de nos collègues d'Angleterre, que la phthisie, la bronchite et l'emphysème ne contre-indiquent pas l'emploi du chloroforme, cependant je crois qu'il ne faut pas exagérer le danger de ces lésions lorsqu'on discute l'opportunité de la chloroformisation.

En résumé, rien jusqu'à présent ne peut nous mettre complétement à l'abri des accidents anesthésiques mortels. Nous savons qu'il ne faut pas endormir un malade autrement que dans le décubitus horizontal; nous savons qu'il faut nous arrêter lorsque la face devient vultueuse, lorsque la respiration devient rare et difficile; mais ce n'est pas l'état de la respiration qui peut nous indiquer le danger principal. Ce danger, c'est la syncope, et le péril se montre aussi grave que soudain et imprévu.

Que faut-il faire lorsque cette syncope est survenue, lorsque le cœur a cessé de battre et que la respiration va bientôt s'arrêter? Il faut, dit M. Perrin, recourir à la respiration artificielle, c'est le meilleur, c'est presque pour lui le seul moyen. Cependant, M. Perrin n'admet pas la possibilité de l'asphyxie chloroformique, et cependant il cite des expériences où la vie a reparu, où le cœur a recommencé à battre, bien qu'on eût fait pénétrer dans les poumons de l'animal des gaz irrespirables, comme l'azote ou l'hydrogène. Quant au mode d'action de la respiration artificielle, M. Perrin ne paraît pas s'en préoccuper. Je crois que la mort, chez l'homme chloroformé survient par syncope, je crois à l'efficacité de la respiration artificielle, mais je la comprends d'une tout autre manière, que je vous demande la permission d'exposer brièvement.

La distension des cellules pulmonaires par un gaz irrespirable, chez un individu ou un animal endormi et dont le cœur a cessé de battre, a une importance capitale sur le réveil de l'action du cœur. On insuffle dans le poumon un gaz quelconque, on dilate les cellules pulmonaires; que se passe-t-il? Le sang qui remplit les vaisseaux sanguins du poumon, soumis à une pression notablement ou énergiquement augmentée, reflue là où la pression est moindre; le sang artérialisé reflue par les veines pulmonaires, et du sang nouveau pénètre dans les cavités gauches. Or, ne le savons-nous pas, et de nombreuses expériences ne l'ont-elles pas montré depuis Haller? Le sang est l'excitant du cœur, et quoique faiblement artérialisé, ce sang nouveau, qui s'introduit dans les cavités gauches, qui distend momentanément le cœur, qui refoule dans l'aorte le sang qui stagnait dans le ventricule, est comme la main qui, imprimant un léger mouvement au volant d'une machine, remet en activité tout le mécanisme. L'individu était en état de syncope; l'affaiblissement nerveux, déterminé par les anesthésiques, avait tué toute réaction vitale suffisante; la circulation s'était arrêtée pour toujours peut-être; la distension du poumon, en refoulant du sang dans le cœur, vient directement réveiller l'action de cet organe; le cœur bat et la vie suspendue, et l'on pourrait dire éteinte, reparaît et ranime ce cadavre.

Voilà comment agit l'insufflation artificielle, voilà pourquoi j'en suis très-partisan; mais cela ne veut pas dire qu'on n'aura recours qu'à elle et qu'on ne doit pas employer d'autres moyens tout aussi énergiques. De tous ces moyens, le plus puissant et le plus discuté est le galvanisme. M. Perrin, à l'exemple de beaucoup de chirurgiens, je dirai même de presque tous les chirurgiens, emploie le galvanisme comme moyen d'effectuer une sorte de respiration artificielle; un des réophores étant appliqué sur la région diaphragmatique et l'autre sur le trajet du nerf phrénique au cou, le courant électrique interrompu a pour effet de déterminer la contraction du diaphragme. Mais si ce mode d'application du galvanisme est accepté par beaucoup, il n'en est plus de même de la galvanisation qu'on pourrait dire générale, de celle où les réophores sont appliqués l'un sur la région précordiale, l'autre le long du rachis. C'est ce procédé qui a été suivi sans succès dans le cas cité par M. Bouvier, et le chirurgien a été plus loin encore dans cette voie, puisqu'il a cherché à réveiller directement les contractions cardiaques, en enfonçant ou en cherchant à enfoncer des aiguilles à électro-puncture dans ce viscère.

Pour M. Perrin ce moyen ne saurait être efficace, puisque, dit-il, la sensibilité est anéantie; mais la sensibilité n'a rien à faire en pareille matière; les muscles galvanisés ne se contractent pas parce que l'animal souffre; les muscles d'un membre amputé se contractent par la galvanisation, et certes là on n'invoquera pas l'intervention de la sensibilité.

Enfin au-dessus de la théorie, il y a l'expérience et les faits; or, la galvanisation a pu ramener à la vie des individus tombés dans la syncope chloroformique; je me contenterai d'en citer deux exemples.

Un jeune garçon de quatorze ans, nommé Daniel M..., fut chloroformé par M. Maurice de Royal Berks hospital à Reading, pour faciliter l'enlèvement d'un séquestre du tibia. C'était un enfant timoré, qui se débattit énergiquement avant de s'endormir; au milieu de l'opération, les battements du cœur s'arrêtèrent et la respiration ne tarda pas à devenir imperceptible. On eut recours à la respiration artificielle par la méthode de Sylvester; après deux ou trois minutes il poussa un faible gémissement; on appliqua alors le réophore d'un appareil galvanique sur la moelle allongée et l'autre sur l'épigastre. L'action du cœur se réveilla instantanément, et l'enfant se remit peu à peu.

Le second fait, que je vous demande la permission de citer, est celui d'une dame qui fut soumise à la chloroformisation le 19 mars 1863, pour une opération plastique sur le périnée. On eut de grandes peines à l'endormir et elle respirait convulsivement; l'opération ne présenta rien de particulier et était à demi terminée lorsque le pouls s'arrêta brusquement; s'élançant à travers la chambre, le chirurgien saisit une batterie électrique, enleva l'épingle de sa cravate, l'enfonça dans le sterno-mastoïdien et appliqua sur l'épingle et sur un autre point du corps que l'observation ne spécifie pas, les éponges des réophores.

L'effet, dit-il, fut magnifique et comme magique; une demi-minute auparavant on était en face d'un cadavre, tandis que chaque établissement ou interruption du courant amenait un soupir. Peu à peu le pouls et la respiration se rétablirent.

Sans doute dans ce cas, le courant fut appliqué dans la région du nerf phrénique, mais ce n'est pas à la contraction du diaphragme qu'est dû le succès, car il fut immédiat, et l'on peut dire que c'est primitivement que le cœur a recouvré son action.

Il faut donc, messieurs, reconnaître aujourd'hui que l'insufflation pulmonaire, que la respiration artificielle n'agit point chez l'anesthésié en état de mort apparente comme chez le noyé ou le pendu. C'est en envoyant au cœur l'excitant naturel, le sang, qui réveille son action, qu'agit la respiration artificielle; elle agit et elle a ressuscité les malades de Ricord, de Snow, de Fergusson, de Demarquay, etc. Il faut donc y avoir recours; mais ce sur quoi je crois devoir insister, c'est qu'il faut dans ces circonstances recourir simultanément à la galvanisation de la moelle et de la région précordiale, et que la prudence exige que le chirurgien qui anesthésie un malade ait sous la main un appareil galvanique d'une puissance suffisante.

M. BOUVIER. Je ferai une courte réplique aux remarques que l'on a présentées à l'occasion de ma lecture.

1° On a blâmé l'expression *d'asphyxie par le chloroforme*, employée par M. le docteur Friedberg. Je me bornerai à dire que cette expression n'implique pas l'idée que les accidents du chloroforme soient le résultat d'une asphyxie simple. On sait, en Allemagne comme en France, que les causes de la mort sont alors complexes. Ne dit-on pas aussi asphyxie par le charbon, par les fosses d'aisance, quoique le gaz oxyde de carbone, le gaz acide hydro-sulfurique, exercent certainement une action différente de la simple asphyxie?

2° M. Maurice Perrin a dit que le cas mortel de M. Hüter, sur un enfant de quatre ans, ne devait rien changer aux principes admis touchant les effets du chloroforme chez les enfants. Ce fait modifie du moins certaines conclusions que l'on a déduites de la statistique des morts connues. Ainsi, en 1863, MM. Maurice Perrin et Ludger Lallemand, dans leur excellent *Traité d'anesthésie*, M. Sansom, dans une série d'articles publiés la même année dans le *Medical Times*, ont attribué à l'enfance une immunité qui n'existe pas chez l'adulte relativement à la mort par le chloroforme. Ils se fondent sur le relevé qu'ils ont fait de l'âge des sujets tués par l'agent anesthésique.

Il faut d'abord prévenir ici une équivoque. L'immunité dont on parle, n'appartiendrait qu'à la première enfance; MM. Maurice Perrin et Lallemand l'ont eux-mêmes bien indiqué dans quelques passages, quoiqu'ils aient omis de le faire aussi explicitement dans d'autres. Leur relevé de 77 cas de mort comprend 1 enfant de sept ans, 3 de huit ans, 1 de neuf, 1 de onze, 2 de treize ans. Il n'y a pas de sujets plus jeune, et si l'on écarte le cas de M. Brockel, relatif à un enfant de cinq ans, parce que la cause de la mort n'y est pas bien certaine, ce serait pour les enfants au-dessous de sept ans que la statistique de 1863 établirait l'immunité du premier âge.

Or, le fait de M. Hüter vient évidemment abaisser encore cette limite, et aujourd'hui ce n'est plus qu'au-dessous de quatre ans que l'on pourra dire que l'enfance s'est montrée, *d'après les cas connus*, indemne de la mort par le chloroforme.

Au surplus, cette période de quelques années, après la naissance, sans exemple d'accident mortel par le chloroforme, n'a peut-être pas toute la signification qu'on lui a prêtée. En rangeant par ordre d'âge les sujets des observations réunies par MM. Maur. Perrin et Lallemand, on trouve de semblables périodes sans cas de mort, et on ne peut assurément les attribuer qu'au hasard dans une statistique heureusement insuffisante quant au nombre de ses éléments. Il faudrait au moins, pour donner quelque rigueur à ces déductions, connaître le nombre proportionnel des éthérisations pratiquées chez l'enfant et chez l'adulte, et c'est ce qu'il est impossible de savoir.

3° Pour ce qui est des causes des deux accidents que j'ai rapportés, je ne saurais admettre l'explication qui en a été donnée par mon excellent collègue et aussi par M. Chassaignac.

L'état des forces, dans le cas de M. Hüter, était le même que chez la plupart des sujets chloroformés sans accident, plus ou moins affaiblis par des maladies ou des souffrances antérieures. M. Sanson va jusqu'à poser en principe, d'après son relevé statistique, que cette débilité relative est une condition des plus favorables pour bien supporter l'anesthésie. Sans adopter cette opinion, je crois que, hors le cas d'épuisement extrême, la proposition contraire ne serait pas plus facile à justifier.

Le déplacement des malades, une fois endormis, n'est certainement pas exempt d'inconvénients; mais je ne puis voir une cause de mort dans le changement de position de cet enfant de quatre ans, qu'on a ôté de la chaise pour le coucher sur un lit à quelques pas de là. Je n'accorde pas plus d'influence au léger soulèvement de la tête opéré par le chirurgien pour faciliter l'introduction du doigt dans le pharynx.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Chassaignac sur la nécessité de ne pas perdre de vue un instant les sujets que l'on chloroforme; mais le reproche qu'il adresse à M. Friedberg de s'être détourné de l'enfant près de deux minutes, me paraît reposer sur un malentendu. D'après le texte de l'observation, M. Friedberg n'aurait pas administré lui-même le chloroforme, et dès lors il n'a pas agi autrement que ne le font journellement tous les chirurgiens, obligés par l'attention que réclame le manuel opératoire, de s'en remettre en partie à une autre personne pour la surveillance des effets de l'anesthésie.

4° Quant aux moyens opposés par les auteurs des deux observations, aux accidents formidables qu'ils avaient à combattre, je constate avec satisfaction qu'ils ont été conformes aux vues de la plupart des praticiens.

Le principal de ces moyens, placé aussi en première ligne dans la discussion, a été la respiration artificielle. On a demandé pourquoi les deux médecins allemands n'ont pas employé l'insufflation bouche à bouche. La réponse à cette question se trouve dans la critique que MM. Chassaignac et Perrin ont faite de ce procédé. Elle se trouve aussi dans le passage suivant de M. Friedberg, que j'avais omis : « Je ne m'arrêtai pas, dit-il, à l'insufflation de l'air par la bouche, car ce procédé est toujours incertain, parce qu'on ne peut pas savoir si tout l'air insufflé ne passe pas dans l'estomac. »

Dans les réflexions dont il a fait suivre son observation, M. Friedberg a également répondu d'avance aux doutes de M. Chassaignac, sur l'utilité de la faradisation du nerf phrénique chez l'enfant rappelé à la vie par notre confrère de Berlin. La part que ce moyen a eue à la guérison lui paraît démontrée par le soulèvement de la région épigastrique et l'inspiration analogue au hoquet qui mirent hors de doute la contraction du diaphragme réveillée par le courant d'induction. Aussi la respiration s'est-elle rétablie avant la circulation, tandis que c'est généralement le contraire en pareil cas. Ce succès de la faradisation entre les mains de M. Friedberg a d'ailleurs déjà cours dans la science, et notre collègue, M. Giraldès, dans son savant article sur les *agents anesthésiques* (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*), n'a pas manqué de le rappeler comme un fait désormais acquis.

De nombreuses expériences sur les animaux, faites en commun par la commission de la Société médicale d'émulation et par M. Duchenne (de Boulogne), avaient, dès 1855, montré la puissance de la faradisation du nerf phrénique dans la mort apparente causée par le chloroforme; mais on ne possédait pas encore d'exemple de son efficacité chez l'homme.

Au reste, M. Friedberg ne veut pas qu'on s'en rapporte uniquement à ce moyen; il recommande de lui associer les pressions abdominales; il reconnaît l'utilité de l'insufflation pulmonaire, surtout si l'on n'a pas sous la main un appareil faradique ou si l'on n'est pas assez exercé à s'en servir. Il donnait déjà, en 1858, à la suite de son observation, les utiles préceptes relatifs à l'insufflation laryngienne, sur lesquels M. Perrin a justement insisté, et que la commission de la Société d'émulation avait mis en relief dès 1855.

La trachéotomie, pratiquée par M. Hüter, a été attaquée dans la discussion. Son but et son indication ont été nettement posés dans les écrits les plus récents, dans le *Traité* de MM. Perrin et Lallemand en particulier. M. Friedberg n'a pas négligé d'en faire l'emploi dans son mémoire de 1858. Il le restreint, comme les praticiens de notre pays, aux cas où l'on ne peut parvenir à introduire la canule laryngienne. Ce n'est donc pas comme remède direct des accidents du chloroforme que l'on conseille cette opération, c'est simplement pour rendre l'insufflation pulmonaire plus facile et plus efficace; c'est aussi dans cette intention que M. Hüter y a eu recours.

M. MAURICE PERRIN. La question qui vient d'être agitée par notre collègue M. Le Fort est tellement grave qu'elle me paraît mériter encore toute notre attention, malgré les nombreuses discussions auxquelles elle a déjà donné lieu. Il s'agit de la nature des accidents observés pendant l'administration des anesthésiques et du meilleur mode de traitement à y opposer.

J'ai entendu avec le plus grand plaisir notre collègue déclarer que le plus souvent la mort, par le chloroforme, était due à une syncope. Je crois pouvoir aller plus loin et ajouter qu'il n'est pas en fait un accident qui ne trouve sa justification la plus simple, la plus complète dans l'apparition de cette syncope accidentelle, empruntant sa gravité aux conditions exceptionnelles dans lesquelles elle se produit. Je

développerai les motifs sur lesquels se fonde cette proposition, si l'occasion m'en est offerte.

Pour le moment, fidèle au rôle que je me suis tracé dans cette discussion, je me bornerai à suivre M. Le Fort sur le terrain où il s'est placé, et à démontrer combien est peu fondée l'hypothèse de la mort subite par asphyxie pendant l'anesthésie.

Notre collègue m'a paru admettre, en outre de la syncope, deux autres genres de mort subite rationnellement déduits du mode d'action qu'il attribue aux anesthésiques.

Suivant l'opinion de M. Le Fort, si toutefois je l'ai bien comprise, ceux-ci en imprégneraient l'organisme à la fois à la façon des alcooliques et des agents asphyxiants. Pour beaucoup de médecins, l'expression d'asphyxie s'applique à tout, comme le faisait tout à l'heure très-judicieusement observer M. Bouvier, aussi bien par conséquent à l'intoxication alcoolique qu'aux autres genres de mort subite. M. Le Fort n'a eu garde de tomber dans cette confusion de langage, puisqu'il a pris soin de spécifier d'une façon distincte et l'action des *alcooliques*, et l'action des *asphyxiants*. Mais alors l'esprit saisit mal comment les mêmes substances, administrées de la même façon et aux mêmes espèces, peuvent produire des effets tout différents. Ceci serait radicalement contraire à ce que l'on connaît de l'action des médicaments et des poisons. Toujours les effets sont de même ordre, de même nature, soit qu'ils s'exercent sur le sang, soit qu'ils s'exercent sur le système nerveux. Il est clair qu'il ne s'agit ici que des effets principaux, j'allais dire nécessaires, dégagés de tout phénomène contingent ou accessoire qui peut résulter d'une mauvaise administration. Dès lors la proposition de M. Le Fort ne me paraît acceptable, comme base de discussion, qu'avec la modification suivante: les anesthésiques agissent ou bien à la façon des alcooliques, ou bien à la façon des asphyxiants. C'est l'un ou l'autre, mais ce n'est pas, ce ne peut pas être l'un et l'autre.

Notre collègue m'a paru s'attacher surtout à faire revivre une doctrine que je croyais ruinée depuis longtemps, surtout dans le sein de cette Société; je veux parler de l'asphyxie comme suprême raison d'être des phénomènes réguliers normaux de l'anesthésie progressive.

Pour lui, les anesthésiques introduits dans le système circulatoire agissent sur le globule sanguin de façon à empêcher son oxygénation, et partant à suspendre l'hématose. D'où état asphyxique avec son cortége de symptômes, et en particulier ses effets anesthésiques.

Messieurs, je ne cesserai de le redire, cette hypothèse n'a aucune espèce de fondement. Elle est contraire à l'observation; elle n'a même pas pour elle l'appui d'une présomption théorique quelconque.

Avant de le démontrer, permettez-moi de bien préciser encore ce que je veux entendre par asphyxie.

Si cette dénomination, qui est redevenue la fosse commune de la nosologie, s'entend dans son acception antique, et s'applique à tout état caractérisé par l'absence du pouls; si elle convient également à la mort subite par le chaud, par le froid, par le charbon, par la foudre, par les différents gaz toxiques, etc., oh! j'accorde volontiers qu'elle convienne, au même titre, aux effets toxiques des anesthésiques. Une énigme de plus dans la collection ne nuira guère à la clarté du langage! Mais qui n'a déjà senti qu'une expression qui peut s'appliquer à tout à peu près indistinctement, n'a plus de signification ni de valeur?

Il faut la supprimer comme un mot sans idée.

La véritable, la seule asphyxie est l'asphyxie que je voudrais pouvoir appeler physiologique, celle qui a été caractérisée d'abord par Bichat et qui correspond à la désoxygénation du sang à la suite soit de la suspension des actes mécaniques de la respiration, soit d'inhalations dans un milieu privé d'oxygène ou surchargé d'acide carbonique. Au point de vue de ses causes, ce genre de mort subite est bien net, bien précis; il ne l'est pas moins dans ses effets apparents sur le sang, dans les troubles fonctionnels qu'il suscite. Le sang coule noir dans le système capillaire, dans les artères, dans le cœur gauche, et, sous son influence, le fonctionnement des grands appareils simultanément frappés s'affaiblit progressivement, résiste en raison de son importance jusqu'à ce que la vie s'arrête sans espoir de retour au dernier battement du cœur. Je ne dis rien des signes nécroscopiques, car c'est ici que s'ouvre le champ des illusions et des erreurs.

L'asphyxie ne laisse après elle aucun signe positif qui permette de la reconnaître: l'état du sang surtout devient un guide fort infidèle à cause des phénomènes d'oxydation intra-vasculaires qui se continuent après la mort.

Quoi qu'il en soit, l'asphyxie reste encore un état suffisamment bien défini pour ne pas donner le change à l'observateur. En face d'une mort subite je croirai à de l'asphyxie lorsque j'en découvrirai les caractères. S'ils n'existent pas, je serai peut-être embarrassé pour donner un nom à l'accident, mais du moins je saurai que ce n'est pas de l'asphyxie.

Et de même si j'entends dans une question quelconque affirmer l'asphyxie, j'aurai le droit et le devoir d'exiger, avant d'y croire, qu'on me la démontre par quelque caractère sérieux.

Messieurs, cette digression dans le champ de la pathologie générale vous paraît peut-être ici bien déplacée. Mais je dois le dire, la question de doctrine est celle qui me préoccupe le moins: je vois derrière elle et au-dessus d'elle une question de responsabilité médicale qui réclame toute notre attention. Je dirai tout à l'heure comment.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Le choléra a éclaté dans les premiers jours de mai parmi les pèlerins revenant de la Mecque. La grande caravane qui se rend de la Mecque à Médine paraît être le foyer le plus intense de la maladie. Les groupes de pèlerins qui se sont dirigés vers les ports de l'Hedjaz pour s'embarquer à destination de l'Égypte ont apporté le choléra à Iambo et à Djeddah.

A Iambo, le chiffre de 9 décès, atteint le 10 mai, s'était rapidement élevé jusqu'à 55 pour la journée du 26 mai. A Djeddah, un seul cas était observé le 24 mai, 4 cas le 25, et jusqu'au 30 mai cinq autres cas.

A la fin de mai, il ne restait plus qu'un petit nombre de pèlerins à Djeddah, et leur état sanitaire était satisfaisant. A Iambo, la situation était plus grave: l'embarquement pour l'Égypte était suspendu, et l'on expédiait de Suez à Iambo de grandes quantités de pain et de riz pour la subsistance des pèlerins. On s'efforçait de les décider à reprendre la voie de terre et à rallier à El Ouisch la grande caravane pour rentrer en Égypte.

On a vu, dans une note précédente, qu'une quarantaine de quinze jours attendait en Égypte les provenances maritimes de l'Hedjaz et la grande caravane elle-même.

On apprend que la ville de Tibériade, en Palestine, a été également envahie par le choléra, qui paraît y avoir spontanément éclaté. Le 16 mai, on comptait 3 décès, et jusqu'au 31 le chiffre des morts s'élevait en totalité à 40.

A Smyrne, un seul cas de choléra sporadique a eu lieu. C'est le 6 juin qu'il a été constaté.

A Suez, quelques décès avaient été attribués au choléra dans les premiers jours de mai: on conteste aujourd'hui l'exactitude de cette allégation, et les décès dont il s'agit paraissent provenir de fièvres pernicieuses. On écrit, des premiers jours de juin, que l'état sanitaire est très-satisfaisant dans cette ville. Les troupes et les pèlerins campés aux Sources de Moïse sont dans un très-bon état sanitaire; il ne s'est manifesté parmi eux aucun cas de maladie suspecte. Deux malades seulement ont succombé à la dyssenterie chronique. S. Exc. Scherif Pacha avait demandé à l'intendance sanitaire de prendre en considération ce parfait état sanitaire, et d'abréger la quarantaine de quinze jours imposée à ces gens. Mais cette demande a été refusée pour ne pas affaiblir les garanties qu'entend assurer le gouvernement égyptien aux puissances européennes.

Plusieurs cas isolés de choléra sporadique ont été, dans ces derniers temps, comme tous les ans à pareille époque, constatés à Alexandrie.

— Le choléra décroît rapidement à Nantes. Dans la journée du 19 juin, on n'a constaté ni décès cholérique, ni cas nouveau d'épidémie.

— A Stettin (Prusse) le choléra étend ses ravages. Le 14 et le 15 juin, 133 personnes ont été frappées, et 75 ont succombé.

— Nous sommes heureux d'annoncer que M. le Dr Piachaud vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital de Genève.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebórda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du traitement du phagédénisme, au moyen du chlorate de potasse, par le docteur E. Tillot. In-8°. Prix: 75 cent. — Paris, 1866, A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie, par F. J. V. Broussais. Troisième édition. Quatre forts vol. in-8°. Prix: 6 fr. au lieu de 28 fr. — Paris, 1829-1834, A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

De l'augmentation morbide des urines, ou de la polyurie en général, par le docteur Kien. In-4° de 72 pages. Prix: 2 fr. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

De l'hymen, par le docteur Félix Roze. In-4° de 52 pages et 16 figures. Prix: 2 fr. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Étude sur la maladie kystique du testicule, par le docteur Ménard. In-4° de 64 pages. Prix: 2 fr. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Rhumatisme articulaire aigu, statistique et considerations, par le docteur Normand. In-4° de 88 pages. Prix: 2 fr. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Introduction à la thalassothérapie, par le docteur La Bonnardière. In-4° de 128 pages. Prix: 2 fr. 50. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De l'état fébrile chez les vieillards. (*Suite.*)

(Leçon recueillie par M. le docteur BALL.)

I. — Les vieillards frissonnent peu, a dit Beau (1), et nous avons vu Gillette reproduire, à peu de chose près, la même opinion. Cette proposition est beaucoup trop absolue ; nous avons plus d'une fois constaté chez les vieillards des frissons violents et prolongés, au début d'une pneumonie, d'un érysipèle ou d'une fièvre synoque, affection très-commune à la Salpêtrière, à certaines époques de l'année. Ces frissons, caractérisés par un tremblement convulsif, par la cyanose et l'algidité des membres, se montrent avec une intensité plus grande encore dans les accès de fièvre intermittente symptomatique qui accompagnent si souvent les suppurations profondes, les phlébites viscérales, et ces inflammations des voies biliaires, que la présence de calculs hépatiques détermine si volontiers dans l'âge sénile.

Et cependant, au milieu de tous ces phénomènes, à l'instant même où la surface extérieure du corps offre tous les indices d'un refroidissement considérable, la chaleur centrale se maintient à un degré très-élevé ; la thermométrie axillaire, il est vrai, ne permet pas de constater toute l'intensité de cette réaction (2) : mais, dans le rectum, il existe une température de 40 à 41 degrés, ainsi que j'ai eu plus d'une fois l'occasion de le constater moi-même.

Cette brusque élévation de la température, au début des maladies, correspond assez exactement à ce que nous observons chez l'adulte, et, sous ce rapport du moins, le vieillard ne le cède en rien aux sujets d'un autre âge. Mais cette rapidité de l'invasion ne se rencontre que dans certaines maladies ; il en est d'autres où la chaleur fébrile s'accroît d'une manière lente et graduelle ; et, pour rester dans le domaine de la pathologie sénile, nous citerons comme exemples la bronchopneumonie et la fièvre catarrhale. Il est rare, d'ailleurs, dans les affections de ce dernier type, de voir la température s'élever au même degré que dans la pneumonie lobaire ; nous aurons bientôt l'occasion de le démontrer. Voyons maintenant quels sont les caractères de la réaction générale dans cette phlegmasie, que nous avons choisie pour type des affections fébriles de la vieillesse.

II. — Le frisson a marqué le début de la maladie, qui suit, à partir de ce moment, une évolution régulière. C'est alors qu'il devient intéressant d'en épier avec une attention scrupuleuse les progrès journaliers et de constater, à l'aide de la thermométrie, les moindres oscillations de la chaleur animale ; car, dans la majorité des cas, elles correspondent avec une grande exactitude aux diverses phases de la maladie.

Un amendement momentané succède habituellement au frisson initial : la température s'abaisse quelquefois de plus d'un degré, et le malade éprouve un bien-être relatif. Mais c'est là un calme trompeur, et le soir même ou le lendemain matin, la maladie reprend sa marche. La température remonte à 40 degrés ; lorsqu'elle s'y maintient pendant plusieurs jours, on est autorisé à penser qu'il s'agit d'un cas grave ; lorsqu'au contraire elle tend à s'abaisser progressivement à 39 degrés ou même un peu au-dessous, le pronostic est relativement favorable. Les chiffres que nous venons d'indiquer correspondent à la température observée le soir, car la fièvre, dans la pneumonie (même lobaire), n'observe pas une marche rigoureusement continue ; il y a des rémittences quotidiennes qui s'expriment, tous les matins, par une différence thermométrique d'un demi-degré en moyenne. Mais, dans la pneumonie catarrhale, ces oscillations sont bien plus fortement accusées ; elles se traduisent par des écarts d'un degré, d'un degré et demi, et quelquefois davantage. Si vous songez en même temps que, dans cette dernière affection, la température s'élève lentement, par degrés successifs, et n'atteint presque jamais les chiffres élevés qu'on observe dans la pneumonie lobaire, vous comprendrez aisément que la seule inspection des tracés thermométriques peut souvent permettre de distinguer entre elles ces deux maladies, dont le diagnostic différentiel est parfois assez difficile.

Nous avons placé sous vos yeux quelques exemples de ce genre, dont plusieurs ont été recueillis dans nos salles. Un simple coup d'œil vous fera saisir les différences que nous cherchons à faire ressortir.

TABLEAU I. — Pneumonie catarrhale, chez un adulte. Guérison. (ZIEMSSEN.)

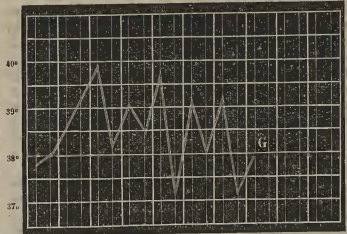


TABLEAU II. — Pneumonie catarrhale, chez une femme de 83 ans. Mort. (CHARCOT.)

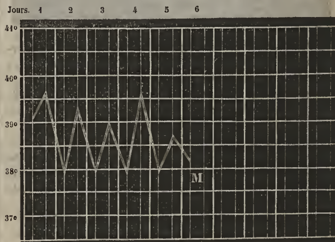


TABLEAU III. — Pneumonie, chez un enfant de 3 ans. Guérison. (ZIEMSSEN.)

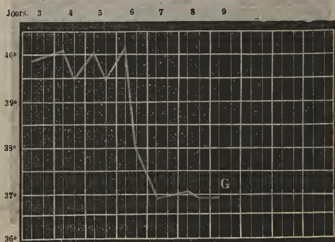
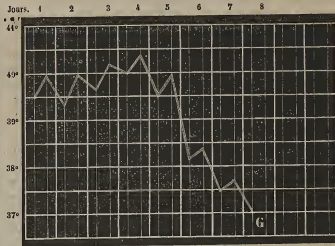


TABLEAU IV. — Pneumonie, chez un homme de 38 ans. Guérison. (WUNDERLICH, d'après AITKEN.)



(1) Études cliniques sur les maladies des vieillards.

(2) Il existe presque toujours, en pareil cas, une différence de quelques fractions de degré entre la température de l'aisselle et celle du rectum.

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN.

CHAPITRE PREMIER.

CONDITIONS SOCIALES DES MÉDECINS.

I.

La médecine n'est pas, comme le droit, une science toute romaine ; née en Grèce, ce fut entre les mains des Grecs qu'elle se développa surtout.

Là, florissait, dès l'origine, le culte d'uu Dieu guérisseur, tandis qu'à Rome on adora d'abord les maladies elles-mêmes comme des divinités cruelles. On y sacrifiait à la fièvre dans l'espoir d'en être épargné ; et des temples nombreux qui lui furent dédiés, trois subsistaient encore sous le règne de Tibère (1) : frappants souvenirs d'un passé qui n'avait rien de scientifique.

Cependant la médecine grecque n'en fut pas moins bien accueillie par les Romains, lorsqu'elle fit son apparition dans leur ville.

Par une contradiction commune à tous les peuples chez lesquels la maladie est adorée, malgré les honneurs qu'on lui rendait, on était heureux de la combattre autrement que par des prières. Mais, la superstition les poursuivant encore, beaucoup, une fois guéris, portaient dans les temples du Dieu vaincu, comme un hommage expiatoire, les remèdes qu'ils avaient osé mettre en usage contre lui (1).

Le premier médecin grec exerçant à Rome dont l'histoire fasse mention, vint s'établir dans cette ville vers l'an 218 avant Jésus-Christ (2), à peu près vers la même époque où Fabius Pictor commençait la première ébauche d'une histoire romaine.

Mais déjà, depuis près d'un demi-siècle, le Dieu médecin de la Grèce, Esculape, amené d'Épidaure par une ambassade solennelle (3), avait été placé dans une île du Tibre, d'où il menaçait par sa présence la fièvre et ses autels nationaux.

L'enthousiasme ne fut pas moins grand à l'arrivée du médecin qu'il n'avait pu l'être à l'arrivée du dieu. On se hâta de lui conférer le titre de citoyen Romain, et pour le fixer, on choisit dans un carrefour très-fréquenté une maison qu'on lui donna après l'avoir achetée aux frais publics (4). Il n'y avait pas alors de distinction possible entre la chirurgie, la médecine et la pharmacie. Celui qui formulait les remèdes devait les préparer lui-même, et c'est pourquoi le cabinet du médecin est désigné dans les plus vieux auteurs sous le nom de boutique et d'officine : « *tabernam, medicinam* (5). »

La chirurgie n'est pas toujours très-douce dans les moyens qu'elle met en usage ; et après un extrême engouement, plusieurs Romains, à ce qu'on rapporte (1), condamnèrent cet art étranger comme une pratique de bourreau.

D'autres, comme le vieux Caton, pétris de préjugés antiques, voyant mourir de nombreux malades malgré les soins qu'ils recevaient, firent ce que font en pareil cas à l'égard des Européens certains peuples à demi sauvages.

Par une foi beaucoup trop grande dans le pouvoir des médecins, ils s'imaginèrent que dans les cas où ils ne sauvaient pas leurs malades, c'était faute de bonne volonté. « Les médecins grecs, disait Caton, sont pleins de haine pour les barbares. Ils ont fait entre eux le serment de les détruire tous par leurs remèdes. S'ils mettent un prix à leurs conseils, c'est pour endormir les soupçons et nous faire périr sans obstacles. Car nous sommes pour eux des barbares, et même entre tous les barbares, ils nous distinguent par un terme de mépris (2). »

La conséquence allait de soi. Mais il n'était pas aussi facile de l'emporter sur des médecins que sur des rhéteurs ou des philosophes. Tandis que ceux-ci étaient exclus sur la demande de Caton, les médecins restèrent à Rome, et dans les comédies de Plaute (3) si ro-

(1) *Febrem autem ad minus nocendum templis colebant, quorum adhuc unum in palatio, alterum in viâ Marianorum monumentorum, tertium in summa parte viæ longuæ extant.* — Val. Maxim., *De dictis factisque mirale.*, lib. II, cap. v, 96. — *Febri divæ, febri sanctæ, febri magnæ, Camilla amato pro filio male affecto.* Inscript. apud Gruter, p. 97, n° 1. — Adde Cicer., *De natura Deorum*, III, 25. — Plin., *Hist. nat.*, II, 5. — Min. Fel., *in Octav.*, 25.

(1) Val. Max., *loc. cit.*

(2) *Cassius Hemina, ex antiquissimis auctor est, primum e medicis venisse Romam Peloponeso Archagathum, Lysaniæ filium, L. Æmilio, M. Livio coss. anno urbis* DXXXV. Plin., *Hist. nat.*, XXIX, 6.

(3) Val. Max., I, VIII, 2. — Plin,, XXIX, 22. — *Epitome*, Livii II. — adde Sueton., *in Claud.*, 25.

(4) *Eique jus quiritium datum, et tabernam in compito Acilio emptam ob id publice... mireque gratum adventum ejus initio.* Plin., *loc. cit.*

(5) Plaut., *Amphytrio*, act. IV, sc. I. *Epidicus*, act. II, sc. II. — Plin., *loc. cit.* — Cicer., *pro Cluentio*, 73. — Donat., *ad Terent. Adelp.*, IV, II.

(1) *Mox a sævitia secandi, urendique transisse nomen in* carnificem, *et in tædium artem, omnesque medicos.* Plin., *loc. cit.*

(2) « *Jurarunt inter se Barbaros necare omnes medicinâ, et hoc ipsum mercede faciunt ut iis fides sit, et facile disperdant. Nos quoque dictitant barbaros, et spurius nos, quam alios opicos appellatione fœdant.* » *Epist., Catonis in* Plin., *loc. cit.* — Adde Plutarch. *Cato major*, XXIII.

(3) Plaut. *Menæchm.*, act. V, sc. III, IV, V. — *Aulularia*, act. III, sc. II, *in fine.* — *Curculio*, act. I, sc. III. — *Rudens*, act. V, sc. II. — *Mercator*,

TABLEAU V. — Pneumonie lobaire, chez une femme de 75 ans. Guérison. (CHARCOT.)

Jours. 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 — 41° 40 39° 38° 37° 36° — G

La juxtaposition de ces courbes de température vous permet, en même temps, de comparer les tracés obtenus chez l'adulte et l'enfant, dans la pneumonie soit lobaire, soit catarrhale, avec ceux qu'on recueille chez le vieillard ; il suffit d'y jeter un coup d'œil rapide pour en saisir la parfaite analogie.

Parmi les tracés que nous avons rassemblés ici, il en est deux qui sont destinés à mettre en relief l'influence exercée sur les oscillations de température par les agents thérapeutiques. Dans le premier de ces deux tableaux, vous voyez l'ad-

TABLEAU VI. — Pneumonie traitée par la digitale, chez une femme de 71 ans. Mort. (CHARCOT.)

Jours. 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 — 39° 38° 37° 36° — Inf. digit. — Supp. digit. — Repr. digit. — Supp. digit.

ministration de la digitale à haute dose amener, à deux reprises différentes, un abaissement notable de la température. Ce phénomène, qui n'a jamais lieu *spontanément* à cette époque de la maladie, peut également être provoqué par le tartre stibié ou les émissions sanguines. Mais cette défervescence n'est le plus souvent que temporaire, et chaque fois que l'administration du médicament est suspendue, vous voyez la température s'élever de nouveau.

Le second tableau vous montre les effets du rhum, administré en potion, à la dose de 120 grammes, pendant la première période de la maladie. Vous voyez la température s'abaisser lentement, mais d'une manière progressive sous l'influence de ce médicament, pour se relever aussitôt qu'il cesse d'être administré ; la maladie reprend ensuite son cours naturel, et se termine par la guérison. Mais c'est là un sujet sur lequel nous aurons sans doute à revenir plus longuement dans le cours de ces conférences.

TABLEAU VII. — Pneumonie chez une femme de 76 ans, traitement par le rhum. Guérison (CHARCOT.)

Jours. 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 — 40° 39 38° 37° 36° — G — Rhum, 120 gr. — Rhum, supp.

La persistance d'une température élevée, sans oscillations diurnes bien marquées, pendant un certain nombre de jours, constitue un caractère clinique important de la pneumonie lobaire, *surtout dans l'âge sénile*. Chez l'adulte, nous pourrions citer plusieurs affections (les fièvres éruptives et le typhus exanthématique, par exemple), qui partagent ce caractère. Nous ne le retrouvons guère que dans l'érysipèle, chez les vieillards, s'il faut s'en rapporter à ce que nous observons à la Salpêtrière. Aussi l'importance clinique de ce fait ne saurait être exagérée, surtout lorsqu'on songe aux difficultés que présente habituellement l'auscultation de la poitrine dans l'âge sénile. On parvient, en effet, chez plusieurs malades, à formuler le diagnostic d'une inflammation pulmonaire par la thermométrie, longtemps avant que l'oreille soit parvenue à saisir les signes stéthoscopiques qui en révèlent l'existence.

III. — Il nous reste à signaler les particularités que fait reconnaître, chez les vieillards, l'exploration thermométrique dans la période de déclin de l'état fébrile, ou, comme on dit en Allemagne, pendant la défervescence. Tantôt l'abaissement de la température qui signale le retour à l'état normal, s'accomplit par degrés successifs pendant un espace de trois ou quatre jours : c'est le cas de la fièvre catarrhale, de la broncho-pneumonie ; tantôt, au contraire, il s'opère brusquement, et dans l'espace de douze, vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, on voit la température baisser de un à deux degrés et même plus. C'est ainsi, du moins, que vont habituellement les choses dans la pneumonie lobaire, si l'issue doit être favorable. Souvent cette chute rapide du mouvement fébrile est précédée d'une brusque élévation de la température qui s'accompagne d'une exaspération plus ou moins prononcée et souvent fort inquiétante des symptômes. C'est ce qu'on appelait autrefois du nom de *perturbation critique*. Notons enfin que dans la défervescence la température descend parfois audessous du taux normal, s'y maintient pendant quelques heures, parfois pendant un jour entier, pour reprendre ensuite définitivement le niveau qui correspond à l'état de santé parfaite. Le but est alors dépassé, si l'on peut ainsi dire ; mais nous n'avons vu que très rarement, chez les vieillards, cet abaissement de la température au-dessous du taux normal, s'accompagner des symptômes plus ou moins inquiétants du collapsus, qui le signalent assez souvent dans un âge moins avancé.

La défervescence, chez plusieurs sujets, est le signal des phénomènes critiques qui doivent juger la maladie ; on les voit se produire soit au moment même où la température s'abaisse, soit un peu plus tard ; ce dernier cas est le plus fréquent (voir le tableau X.) Sous ce rapport il n'existe aucune différence réelle entre le vieillard et l'adulte ; seulement les crises sudorales, si fréquentes pendant l'âge moyen de la vie, s'observent assez rarement dans la vieillesse ; la diarrhée critique, au contraire, est un phénomène habituel.

Vous pouvez suivre sur les tracés qui ont été mis sous vos yeux, les phénomènes de la défervescence chez l'enfant, l'adulte et le vieillard, et reconnaître qu'ils s'accomplissent à toutes les époques de la vie, d'après des lois identiques.

Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici que des cas qui se terminent par la guérison ; quand la maladie doit avoir une issue funeste, la température, qui jusque-là s'était maintenue dans les limites ordinaires, s'élève tout à coup dans l'espace d'un jour, où seulement de quelques heures, d'un et parfois de deux degrés. C'est dans ces circonstances que survient habituellement la mort chez l'adulte, dans la pneumonie lobaire ; il en est de même chez le vieillard dans la grande majorité des cas ; mais on observe assez fréquemment chez lui un mode de terminaison qui paraît être exceptionnel dans l'âge moyen de la vie ; au lieu de s'élever, la température s'abaisse progressivement pendant un jour ou deux jusqu'à atteindre 38 degrés ou même 37 1/2, au moment de la terminaison fatale. Et cette défervescence de mauvais aloi s'observe, non-seulement dans les cas où les malades ont été soumis à l'emploi des contre-stimulants, mais encore dans ceux où la maladie a été abandonnée à elle-même.

Les quatre tableaux suivants vous présentent les tracés thermométriques de deux cas de pneumonie terminés par la mort, avec élévation de température, et d'un cas terminé par la guérison. Le quatrième est un cas de mort dans la défervescence. Toutes ces observations ont été recueillies à la Salpêtrière.

TABLEAU VIII. — Pneumonie lobaire, chez une femme de 83 ans. Mort avec élévation de la température. (CHARCOT.)

Jours. 2 3 4 5 6 — 41° 40° 39° 38° 37° — M

TABLEAU IX. — Pneumonie lobaire, chez une femme de 69 ans. Mort avec élévation de la température. (CHARCOT.)

Jours. 1 2 3 4 5 6 — 41° 40 39° 38° 37° — M

---

maines par tous leurs détails, même quand la donnée en est grecque, nous les voyons au temps de Caton, comme plus tard dans celle de Térence, journellement appelés, respectés et probablement bien payés.

Les Romains s'étaient enrichis par les dépouilles du monde entier. Mais avec l'or des peuples conquis, avec leurs arts, ils prenaient leurs vices. Les lois somptuaires devinrent lettres mortes. Une race énervée par la débauche, insatiable de ces jouissances dans lesquelles elle s'épuisait, voulait des ménagements autres que n'en admet le praticien libre, des soins autres qu'il n'en peut donner.

Il lui fallait des médecins esclaves (1) : la Grèce captive en fournit. Triste chute pour ceux qui naguère, abordant la science comme un sacerdoce, s'étaient consacrés à la vertu par le serment solennel d'Hippocrate (2). Captifs, instruments d'un maître blasé qui les possédait corps et âme, ils durent se plier à tous ses vouloirs, le traiter seulement à ses heures, lui créer des forces factices, lui faire une hygiène qui lui permît de se livrer à tous les excès, et, s'il l'exigeait, lui prêter leur ministère pour des crimes.

Une épitaphe, reproduite par Mommsen, nous les montre avec leurs regrets. Celui qui se l'est composée lui-même, de son vivant, honteux d'être esclave, a reculé devant le mot qui eût exprimé directement sa servitude ; pour la faire connaître, il prend une voie détournée (1) :

« *L. Mannèius, médecin de Quintus,* » écrit-il; et de suite, abandonnant la langue latine, il ajoute en grec : « *mais selon la nature, Ménécrate, fils de Démétrius, citoyen de Tralles, physicien, de la secte des vinidateurs ;* » puis, après cette sorte de protestation, qui ne manque pas d'une certaine emphase, il achève son inscription comme il l'avait commencée, en latin.

Bien qu'il y ait toujours, je l'avoue, un caractère pour ainsi dire puéril dans toute espèce d'ostentation de la part d'un esclave romain, chose du maître et rien de plus d'après la loi, bien que tout mouvement d'orgueil, venant de lui, prête à sourire, on ne peut s'empêcher d'être ému de voir de pauvres médecins, au souvenir de leur liberté perdue par suite de ce droit barbare qu'on nommait le droit des nations, *jus gentium,* invoquer ainsi du fond de l'âme les droits oubliés de la nature, et revendiquer dans leur langue une personnalité et des noms qu'en face de leurs maîtres ils avaient dû dépouiller pour toujours.

Du reste au point de vue matériel, ils étaient loin d'être mal traités ; la nature même de leurs services les mettait haut dans la hiérarchie domestique. Orelli rapporte une inscription où le médecin, grec d'origine comme son nom l'indique, figure de suite après l'intendant, précédant le *pedisequus* (terme mal rendu par celui de valet de pied ou

act. II, sc. IV. — *Pœnuli*, acte V, sc. II, etc. — Terent., *Hecyra*, act. III, sc. I.

(1) Cic., *Epist. Bruti ad Cic.* — Senec., *De benef.*, l. III, 24. — Plutarch. *Cesar.* — *Epist. Augusti* in Suet., *Calig.* — Sueton, *de Nerone*. II. — Quintil., liv. VII, cap. II. — *Inscrip. ap.* Gruter, p. 581, 1. — 634, 6. — 636, 3. — *Ap.* Orelli, 2792. — *Fragm. Scœvol. in* Dig. *De fideic. libert.* 41. § 6. — Cod. Just. *Comm. de leg.* 3. — *Et alia permulta.*

(2) Qu'il fût ou non d'Hippocrate de Cos, comme l'affirment un certain nombre d'auteurs anciens, et comme tendent à l'admettre Foes et M. Littré, ce serment était vraiment beau. L'élève y prenait l'engagement de ne jamais abuser de son art de quelque manière que ce pût être ; et si plus tard il devenait professeur lui-même, de ne jamais admettre à son enseignement aucun élève qui n'eût d'abord prêté le même serment que lui. Hyginus raconte qu'à Athènes il fallait, en outre, que l'élève fût de condition libre : ce qui assurait son indépendance. Aussi faut-il voir dans les auteurs grecs, et particulièrement dans Platon, combien, au temps des Asclépiades, l'art médical était en honneur.

(1) Mommsen, *Insc. Regn. Neapol.*, p. 16, n° 236 :

L. MANNEIVS - Q - MEDIC - VEIVOS - FECIT.
ΦΥΣΕΙ ΔΕ ΜΕΝΕΚΡΑΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
ΤΡΑΛΛΙΑΝΟΣ ΦΥΣΙΚΟΣ ΟΙΝΙΑΤΟΤΟΗΣ
ΖΩΝ ΕΠΟΙΗΣΕΝ MAXSUMA - SADRIA -
S - F - BONA - PROBA - FRUGEI - SALVE.

Je ne puis admettre l'interprétation que M. Mommsen a donnée de cette inscription dans un ouvrage postérieur (*Corpus inscr. antiq. lat.*). Il y suppose l'omission d'un L avant le mot *medicus*, ce qui ferait de Mannéius non point un esclave, mais un affranchi de Quintus. Mais d'abord cette omission serait sans exemple, comme Mommsen le reconnait lui-même, car elle aurait eu pour résultat de faire confondre les affranchis avec les esclaves, qui se bornaient souvent à nommer leurs maîtres sans autre indication ; en outre, tandis que les esclaves ne recevaient pas le nom de leur maître, les affranchis portaient celui de leur patron ; l'affranchi de Quintus se serait donc nommé Quintus, et la lettre initiale Q se serait trouvée avant son nom au lieu d'une L. Quant à l'argument qu'on pourrait tirer de l'existence même de cette L (Lucius) pour dire que Mannéius n'était pas un esclave, puisqu'il portait deux noms, cet argument me touche peu ; car, d'une part, j'ai de fortes raisons pour ne pas croire à la certitude de la règle adoptée par Hultmann, Hugenbach, Orelli, etc., règle d'après laquelle un esclave n'aurait jamais eu qu'un seul nom (voir dans Hultmann même les textes critiqués par lui) ; d'autre part, il ne me semble pas que la vanité de Mannéius soit douteuse ; or les affranchis vaniteux prenaient au moins trois noms, quelquefois quatre. (Voir notamment, pour ne citer que des médecins affranchis, Mommsen, *Inscr. Neap.* 739, 2,907, 3,763, 6,055, 6,907 ; Orelli, 3,334, etc.). Ajoutons que les affranchis n'opposaient pas leur condition première à la nouvelle condition que l'affranchissement leur avait donnée. Cet appel au droit naturel se comprendrait mal de leur part, et M. Mommsen, dans son hypothèse, le regarde avec raison comme insolite ; tandis que tout s'explique quand on a compris que Mannéius était un esclave.

TABLEAU X. — Pneumonie lobaire, chez une femme de 75 ans. Guérison. (Charcot.)

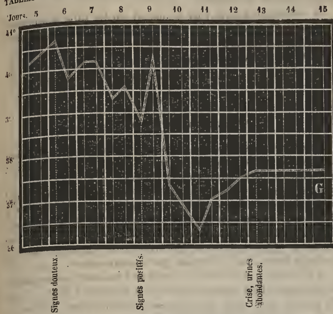
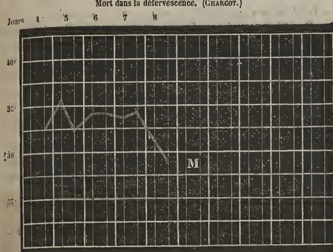


TABLEAU XI. — Pneumononie lobaire, chez une femme de 75 ans. Mort dans la défervescence. (Charcot.)



Messieurs, je crois vous avoir montré toute l'importance de la thermométrie clinique dans l'étude des maladies des vieillards, et l'utilité des résultats auxquels elle peut nous conduire, au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Mais ce que j'avais surtout à cœur de vous prouver, c'est que les phénomènes de la fièvre observés aux époques les plus différentes de la vie, sont toujours au fond les mêmes, et obéissent à des lois identiques. Comme chez l'adulte, la réaction générale existe chez le vieillard ; mais elle est latente, et c'est dans les régions centrales de l'économie, qu'il faut savoir en chercher la manifestation.

Jusqu'ici, messieurs, je ne vous ai guère entretenu que des maladies dans lesquelles la chaleur s'élève au-dessus du taux normal. Mais il est un grand nombre d'affections (surtout chez les vieillards), qui donnent naissance au phénomène inverse, en provoquant un abaissement réel de la température des parties centrales. Sans parler du choléra, dont les effets à cet égard sont universellement connus, nous pouvons citer, comme exemples, les affections du cœur, la péricardite, les gangrènes séniles, le marasme, et certaines formes de cancer. Cet état d'algidité est un symptôme grave, et qui réclame de prompts secours. Or il ne peut être révélé que par le thermomètre, qui est appelé, par conséquent, à rendre ici de nouveaux services.

Mais je ne veux point aborder aujourd'hui ce sujet : j'aurai sans doute l'occasion, dans le cours de ces conférences, de vous indiquer les résultats des recherches que j'ai entreprises sur la valeur séméiotique de l'algidité chez les vieillards.

NOUVELLE MÉTHODE POUR RÉDUIRE LES LUXATIONS.

Luxation intra-coracoïdienne. — Inefficacité du procédé ordinaire. — Réduction facile à l'aide du caoutchouc.

(Observation recueillie par M. Théophile Anger, interne à la Clinique.)

E... Théodore, âgé de vingt-sept ans, journalier, entra à l'hôpital des Cliniques, service de M. Nélaton, le 5 juin 1866.

La veille, à la suite de libations un peu copieuses, il fit une chute sur l'angle d'un trottoir et se releva avec une vive douleur à l'épaule droite et dans l'impossibilité absolue de se servir de son membre supérieur droit. On le conduisit aussitôt chez un médecin qui reconnut une luxation de l'épaule et essaya de la réduire. Malgré des tentatives réitérées, faites avec l'aide de trois individus, la réduction n'eut pas lieu.

Il se décida le lendemain à entrer à l'hôpital.

Le 6 juin, c'est-à-dire quarante-huit heures environ après l'accident, à la visite du matin, cet homme était dans l'état suivant :

De la main gauche, il soutient l'avant-bras droit ployé à angle droit sur le bras. Le coude est écarté du tronc. L'épaule du même côté est abaissée, et ses mouvements suivent exactement ceux du corps. La déformation de la région est très-caractéristique : le deltoïde est aplati, le fosse sus-épineuse sensiblement déprimée. L'effacement de ces muscles est d'autant plus visible, que l'acromion forme au-dessus d'eux une saillie considérable. Le creux sus-claviculaire a disparu ; la concavité de cette région est remplacée par une voussure donnant au toucher la sensation d'un corps dur, mais situé trop profondément pour que l'on puisse bien en apprécier la forme et les limites. Comparée à celle du côté opposé, la paroi antérieure de l'aisselle est élargie, abaissée, et son bord inférieur forme une corde dure et tendue, constituée par le grand pectoral fortement contracté.

Le deltoïde est dépressible sous le doigt et l'on s'assure aisément qu'il ne coiffe plus la tête humérale. Il n'existe point de tumeur dure et arrondie dans l'aisselle ; pour arriver à sentir ou mieux à soupçonner la tête de l'os, il faut d'une main abaisser l'épaule, tandis que les doigts de l'autre main, engagés dans le creux axillaire, refoulent et dépriment les parties molles en sens contraire.

Le malade n'accuse de douleur nulle part, excepté au niveau de la saillie que nous avons signalée dans le creux sous-claviculaire, en dedans de l'apophyse coracoïde. La pression détermine, dans ce point, une vive souffrance, qui redouble lorsqu'on imprime au membre quelques légers mouvements.

Les mouvements spontanés eux-mêmes sont complétement abolis, et tout le membre, de ce côté, forme pour ainsi dire corps avec le tronc.

Quant aux mouvements provoqués, ils sont aussi douloureux que limités. L'adduction du bras est impossible ; l'abduction et l'élévation sont relativement faciles. La plupart des mouvements imprimés ont pour centre non la tête de l'os luxé, mais bien l'omoplate.

Mesurée aussi exactement que possible et dans des positions réciproquement semblables, la distance qui sépare l'acromion de l'épicondyle est moindre de $0^{m},01$ centimètre du côté de la luxation.

Notons enfin que cet homme est doué d'une constitution athlétique. Son système musculaire est très-développé, et il n'est douteux pour aucun des assistants que le chloroforme ne soit nécessaire comme adjuvant des procédés ordinaires de réduction.

Cet individu nous parut dans les conditions les plus favorables pour expérimenter une méthode qui m'avait déjà réussi dans deux cas, moins compliqués il est vrai.

Voici comment je procédai en présence de M. Houel et de nombreux assistants :

Le malade fut assis sur une chaise, au bord de son lit d'hôpital. Je choisis pour points d'appui les montants en fer de chaque extrémité du lit.

1° *Contre-extension.* — Elle fut établie à l'aide d'un drap plié en cravate, dont le milieu fut passé sous l'aisselle et dont les deux chefs, réunis derrière le cou, furent solidement fixés à l'un des montants en fer.

2° *Extension.* — Les deux extrémités d'un second drap furent reliés à la moitié inférieure du bras à l'aide d'une bande roulée, comme cela se pratique tous les jours dans les hôpitaux.

Dans l'anse ainsi formée, fut passé un tube de caoutchouc de la grosseur du petit doigt environ et d'une longueur de $0^{m},60$. C'est sur ce tube de caoutchouc que nous pratiquâmes l'extension, d'abord peu à peu, graduellement jusqu'à ce que le bras fût devenu horizontal. Alors la traction élastique fut augmentée de façon à enrouler quatre fois le tube autour de l'anse et du montant du lit. Le malade resta ainsi près d'une demi-heure, pendant qu'on achevait la visite.

Au bout de ce temps, le résultat désiré était obtenu ; le patient se plaignait d'une grande fatigue et avouait être à bout de forces.

Cette traction élastique et continue avait amené des changements notables dans les rapports des parties. La tête de l'humérus avait quitté sa position sous-claviculaire ; elle était descendu dans l'aisselle, où on la sentait facilement. Tous les muscles de l'épaule et du bras, qui au début étaient contractés, durs et résistants, étaient devenus souples et dépressibles.

Cependant la tête n'était point rentrée dans sa cavité et il restait à faire la coaptation. Je songeai d'abord à la pratiquer avec deux bandes en caoutchouc, dont l'une abaissait l'épaule, tandis que l'autre entraînait l'humérus en haut. Il fut bientôt facile de s'apercevoir que cette coaptation ne réussissait point, parce qu'au fond elle ne répondait à aucune indication.

Saisissant alors le bras de la main droite, j'imprimai au membre une légère et brusque traction, tandis qu'avec les doigts et le pouce de la main gauche, je rapprochais la tête humérale de l'acromion. Immédiatement la luxation fut réduite et la tête rentra dans la cavité glénoïde en produisant le soubresaut caractéristique.

Il y a trois ans que l'idée d'appliquer le caoutchouc à la réduction des luxations traumatiques nous était venue, à mon collègue et ami M. Legros et à moi. A cette époque, nous faisions pour ainsi dire un usage journalier de cette substance dans le traitement des ankyloses, des fractures, des luxations spontanées, etc. Les bons résultats obtenus, que nous nous proposons de publier du reste, nous conduisirent naturellement à tenter les mêmes essais sur les luxations traumatiques.

Mais si l'idée était la même, le principe sur lequel il fallait s'appuyer était différent. Pour redresser une ankylose en effet, il s'agit non-seulement de vaincre les résistances actives des muscles, mais aussi les résistances passives des ligaments. Des tractions longtemps soutenues sont alors nécessaires et elles ne peuvent être supportées plusieurs jours qu'à la condition d'être très-faibles.

Dans une luxation traumatique au contraire, qu'est-ce qui s'oppose surtout à la réduction ? Les muscles. C'est leur résistance active qu'il faut vaincre. Pour cela la traction doit être assez puissante pour épuiser rapidement leur contractilité ; l'application de cette force ne doit pas dépasser quinze à vingt-cinq minutes, si l'on veut qu'elle soit supportable. Les muscles n'étant doués que d'une contractilité intermittente sont nécessairement fatigués et vaincus dans leur lutte contre une traction toujours égale, continue et permanente. Un épuisement des muscles analogue et comparable à leur paralysie, tel est le résultat auquel nous devions forcément arriver par ce moyen.

Sans doute on peut parvenir au même but par les procédés anciens, les tractions directes, les moufles, etc., etc. ; mais on n'y parvient ni si sûrement ni sans douleur.

Tous ces procédés sont plus ou moins barbares et brutaux ; ils exigent des aides nombreux, ils effrayent le malade, et comme ils sont tous plus ou moins intermittents, ils provoquent des efforts violents de réaction et souvent une résistance insurmontable.

L'emploi du caoutchouc est essentiellement un procédé de douceur : rien d'effrayant, rien de douloureux dans son application. La seule chose dont se plaint le patient est une sensation de fatigue et d'épuisement, et c'est le moment qu'on doit choisir pour faire la coaptation.

Outre qu'il annule la résistance des muscles, ce procédé a l'avantage dans le cas présent, de dégager la tête de l'os, qui peu à peu descend au-dessous de l'apophyse coracoïde et vient faire saillie dans l'aisselle.

Il nous resterait à déterminer la quantité de traction nécessaire pour obtenir l'épuisement musculaire. Des expériences

---

de piqueur), le symphoniste, les trésoriers, les secrétaires, le maître de la garde-robe, les valets de chambre, maîtres d'hôtel et tous autres grands dignitaires de cet empire en miniature (1).

A cette époque, il ne restait plus assez de dignité dans les âmes pour qu'une telle situation dans une maison riche et puissante ne fût pas enviée par beaucoup ; et, chose pénible à reconnaître, non-seulement par de pauvres esclaves, mais par des Grecs en liberté que le parasitisme nourrissait mal.

Pourquoi n'eussent-ils pas pris un titre qui n'exigeait aucune preuve? Ce n'était certes pas l'audace ni même l'habileté qui manquaient à des Grecs pour soutenir un rôle.

Chacun se rappelle à ce sujet les vers charmants de Juvénal :

> Grammaticus, rhetor, geometres, pictor, aliptes,
> Augur, Schœnobates, medicus, magus, omnia novit.
> Græculus esuriens, in cœlum, jusseris, ibit. (2)

Ainsi s'établirent auprès des grands des médecins d'un nouveau genre. Bons pour tout faire, ils les suivaient partout, quoiqu'ils ne fussent ni leurs esclaves ni leurs affranchis (1) ; et, sans le moindre scrupule, ils mettaient au service de toutes leurs passions le peu de recettes et de pratiques qu'ils avaient pu dérober sans travail.

Le cruel proconsul de Macédoine, Pison, se servit de celui qu'il avait à sa suite comme d'un bourreau pour ouvrir les veines d'un homme qu'il faisait disparaître (2) ; Oppianicus, à l'aide du sien, put hériter de tous ses proches ; et plus d'un, au lieu de remèdes, ne composaient que des poisons.

Ils n'en portaient pas moins ce nom de médecins que la loi romaine laissait à quiconque voulait le prendre. Mais tous, parmi ceux qui comptaient, à l'aide de ce titre usurpé, vivre sans peine, tous ne trouvaient pas des patrons pour s'attacher à leur service et partager leur opulence. Un certain nombre durent se rabattre sur les ressources moins certaines que procure le charlatanisme, et se mêlèrent chez les malades aux médecins proprement dits.

Ces nouveaux venus apportaient dans la profession médicale les habitudes des parasites. Souples et rampants, ils cherchaient plutôt à plaire qu'à soulager. Les riches corrompus les préféraient aux autres, parce qu'ils trouvaient en eux des apologistes pour leurs détestables habitudes et pouvaient se permettre tous les caprices en se faisant soigner par eux : « Lorsque les riches tombent malades, écrivait « Galien, il n'ont point recours aux plus habiles, qu'à l'état de santé « ils ne fréquentaient pas, et n'ont point appris à connaître. Ceux « qu'ils appellent pour médecins, ce sont leurs familiers ordinaires, « leurs complaisants les plus assidus, ceux qui se sont fait distinguer « par l'adulation la plus grande. Ceux-là n'auraient garde de leur re- « fuser de l'eau froide, s'ils en demandent, des bains, s'ils en témoi- « gnent le désir, de la neige même ou du vin, s'ils l'exigent (1). »

Ces médecins n'ordonnaient pas, ils obéissaient ; ils ne dirigeaient pas ; ils servaient ; et lorsqu'on les faisait appeler c'était un acte d'autorité qu'on exerçait à leur égard : « *Obediebant, serviebant, imperati erant.* » Ces expressions peu honorables entrèrent dans la langue latine, et on les retrouve jusque dans le Digeste et dans les Codes (2).

Dr Victor Revillout.

De la cicatrisation et des cicatrices dans les différents tissus, par le docteur Masse. In-4° de 76 pages et une planche coloriée. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

---

(1) Insc. ap. Orelli, 6651. *Muscio Ti. Cæs. August. Scurrano ad fiscum gallicum provinciæ Lugdunum ex vicariis ejus qui cum eo Romæ eum descessit fuerant benemeriti. Venustus-negat. Agathopus-med. Facilis-pediseq. Deciaianus-symp. Epiphra-abargent. Authus-ab-arg. Dicanus-a-manu Primia-ab-veste Hedylus-cucubicu. Mutatus-a-manu Commuuis-a-cubic. Firmus-Cocus, Cretinus-a-manu Pothus-pediseq. secunda Tasus-Cocus.*

Comme on le voit dans cette inscription, il s'agit d'un nommé Muscius Scurranus, esclave de l'empereur Tibère, et député par lui vers la caisse fiscale de la province de Lyon en Gaule : ce qui en faisait un haut fonctionnaire. Sa maison, composée d'esclaves, ses vicaires, devait évidemment singer celles des plus nobles personnages ; et on voit que le médecin y occupait le second rang,

(2) Juven., *sat. 3, vers. 7 et seq.*

(1) C.cer. *in Verr. IIe act.* liv. I, 20 ; l. III, 2. — *IIe Philipp.* 33. — Cels. l. III, cap. iv. — Jul., *ep. ad Athen.*

(2) Cicer. *ad Pison.* 34. — *Pro Cluent.* 14. — Tac., *Ann.*, XV, 63.

(1) Galen., *Meth. med.* l. I, cap. I. (*Linacro, anglo interpr.*) *Eoque jure fit, ut, cum ægrotare cæperint, medicos advooent, non quidem optimos, ut potè quos per sanitatem cognoscere numquam studuerunt, sed eos quos maxime familiares habent, quique ipsis maxime adulantur ; qui et frigidàm dabant, si hanc poposcerint, et lavabunt, cum jusserint, et nivem vinumque porrigent.*

(2) *Fragm. Alfen. Var.* in Dig. *De operis, lib.* l. XXVI. *Medicus libertus quod putaret, si liberti sui medicinam non facerint, multo plures* imperantes *sibi habiturum*, ets. — *Rescript. Valent. et Val. in* Cod. Justin. *De prof. et med.*, l. IX. *Archiatri scientes annonaria sibi commoda a populi commodis ministrari, honeste* obsequi *tenutoribus malint, quam turpiter* servire *divitibus.* — Cod. Theodos. *de medicis et profess.*, l. VIII. — Adde Oribas. *Euporist. ad Eunap.* où se rencontrent les expressions grecques correspondantes, etc.

Pourtant Sénèque et Pline le Jeune s'étaient servis des mêmes termes dans le sens contraire, donnant le nom d'*imperium* à l'*ordonnance*, aux prescriptions du médecin. — Senec. *De ira.* l. I, cap. VI. — Plin. *Paneg.*, c. I et XXII.

seront entreprises dans ce sens, et nous les publierons dès qu'elles seront terminées.

Qu'il nous suffise de dire maintenant que la tension du caoutchouc doit être proportionnelle à la résistance du sujet, c'est-à-dire à sa force, à son âge, à son sexe. Quatre tubes de la grosseur du petit doigt, de 15 centimètres de long, distendus de façon à doubler leur longueur, ont largement suffi dans le cas précédent, où nous avions affaire à un sujet athlétique et à une luxation très-complète. Il faut enfin calculer la puissance de l'extension de façon à obtenir le relâchement musculaire complet en quinze ou vingt minutes.

Nous ne savons quel est l'avenir de cette méthode, mais nous croyons vrai le principe sur lequel elle est fondée. Ce principe consiste à relâcher les muscles en épuisant leur contractilité, comme on les relâche en donnant le chloroforme. Tous les chirurgiens ne savent-ils pas que tous les anciens procédés de réduction se valent, ou plutôt qu'il n'y en a plus depuis l'invention du chloroforme, c'est-à-dire depuis qu'on a appris à supprimer les résistances des muscles.

Malheureusement le chloroforme est un agent aussi dangereux que puissant, et ce sera notre excuse d'avoir cherché à le remplacer par un moyen aussi sûr qu'inoffensif.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement du rhumatisme noueux.

Parmi les maladies chroniques les plus rebelles à la thérapeutique figure sans contredit le rhumatisme noueux. On peut en voir la preuve dans le grand nombre de médications qui ont été tour à tour préconisées et qui, finalement, ont été reconnues à peu près également impuissantes pour la cure radicale de cette redoutable maladie. On ne saurait donc accueillir avec trop d'empressement toutes les recherches nouvelles sur un pareil sujet.

Nous connaissons le traitement vanté par M. Trousseau. Après s'être bien trouvé de l'emploi des bains de sublimé, le médecin de l'Hôtel-Dieu a eu ensuite recours à la teinture d'iode, dont M. Lassègue avait fait l'essai sous ses yeux dès l'année 1852 ; il a surtout combattu avec avantage les accidents locaux au moyen des applications ou des douches de sable chaud de 60 à 70 degrés. Plus tard il a eu recours à l'arsenic.

M. Guéneau (de Mussy) jugeant par analogie, et d'après les bons effets obtenus par divers malades qui avaient fréquenté des établissements d'eaux minérales arsenicales, eut l'idée de combattre les rhumatismes noueux en prescrivant l'arsenic à l'intérieur et surtout en bains. Outre qu'il rend, avec raison, ces bains alcalins par l'addition d'un sel de soude ou de potasse, il ajoute, le cas échant à ce traitement, l'extrait de quinquina et l'iodure de potassium (0g,50 à 1 gram. du premier, pour 0g,25 à 0g,75 du second, en potion ou en pilules avant les repas). M. Beau, (*Gaz. des Hôpit.*, 1864), ne tarda pas à imiter avec quelque succès son collègue de l'Hôtel-Dieu, et l'arsenic est aujourd'hui prescrit aux doses ordinaires à l'intérieur, et à la dose de 1 à 10 grammes en bains.

Enfin, M. Lassègue a publié dans les *Archives* 1856, un mémoire dans lequel il cherche à prouver que l'iode possède, dans les cas de rhumatisme noueux, une valeur thérapeutique incontestable. (Il prescrit la teinture d'iode à la dose progressivement croissante de 10 gouttes à 4, 5 et 6 grammes, à prendre au commencement de chacun des principaux repas.)

M. le docteur Privat appelé à observer annuellement depuis une vingtaine d'années, plusieurs centaines de rhumatisants qui se rendent à Lamalou, vient de publier récemment le résultat de son expérience. Les eaux de Lamalou l'*Ancien*, dit-il, faiblement minéralisées (2 grammes bicarbonatées sodiques et ferrugineuses avec 4 milligrammes d'arsénite de soude par litre d'eau), ont pour effet ordinaire de calmer la douleur et de tonifier la constitution, à part leur action spéciale pour combattre le rhumatisme.

Il résulte des relevés statistiques que sur 205 malades, 5 ont obtenu la guérison, 130 de l'amélioration, et que 66 autres sont partis dans le même état. Ces guérisons sont relatives sans doute, mais elles ne se sont pas moins soutenues pendant une ou plusieurs années.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 20 avril 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire en langue italienne, intitulé : *Du typhus et de la fièvre typhoïde ;* hommage de M. le docteur Giovanni, de Turin. (Rapporteur : M. Blachez) ;

2° Un rapport sur le prix *Ernest Godard,* lu par M. Simonot, à la séance solennelle de la Société d'anthropologie, le 8 juin 1865. Hommage de l'auteur à la Société de médecine.

Remercîments et dépôt aux archives.

ÉLECTIONS.

Conseil de famille. — MM. Andry, Duparcque, Deville, Chausit, Géry père, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés membres du conseil de famille de la Société.

Comité de publication. — MM. Collineau, Blachez, Jules Worms et Géry fils, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés membres du comité de publication.

M. Gros, secrétaire-général, est président de droit dudit comité.

Archiviste. — M. Auguste Voisin est proclamé à l'unanimité, archiviste de la Société.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LABBÉ présente l'instrument inventé par M. le docteur Richardson (de Londres), pour pratiquer l'anesthésie locale.

RAPPORT.

M. AIMÉ MARTIN lit un rapport sur le mémoire de M. Fraigniaud. (Voir la *Gazette des hôpitaux,* des 1er et 3 mai 1866. Antagonisme entre l'opium et la belladone.)

La commission formée pour le rapport sur les titres scientifiques et moraux du candidat, est composée de MM. Simonot, Auguste Voisin, Labbé, rapporteur.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

D'après nos renseignements, que nous avons tout lieu de croire parfaitement exacts, il se passe en ce moment un fait très-intéressant pour l'histoire de la propagation du choléra.

On se rappelle que lors de la première invasion de ce fléau, le mal parti des bords du Gange, avait pénétré en Russie, par la Perse et la Haute-Asie. Aujourd'hui les faits se produiraient de la même manière. En même temps que le choléra prend en ce moment la voie *courte* de l'Égypte et de la Méditerranée, on signale sa marche à travers la Perse, dans la direction des frontières russes.

— Le choléra que nous avions signalé en Poméranie tend à s'étendre en Allemagne. Déjà quelques cas se sont présentés à Berlin, et on a dû prendre dans cette ville quelques précautions pour assurer les secours, au cas où l'épidémie prendrait un plus grand développement.

A Londres, on a signalé cette semaine trois cas de choléra.

— Si nous sommes bien informés, il serait question d'un décret qui paraîtrait prochainement et dont le but serait de régler les quarantaines et autres mesures sanitaires.

— Aucune modification importante dans l'état sanitaire de la France n'a été signalée dans ces derniers jours.

— Par arrêté ministériel en date du 11 juin 1866, la gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à dater de ce jour, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui on été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

Services rendus à Paris. — MM. Delzenne et Bureaux, étudiants de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Nîmes. — M. Martinenche, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier.

Considérations sur le principe actif de la belladone, et sur son emploi en injections hypodermiques dans le traitement des névralgies, par le docteur DE LAUTAR. In-4° de 62 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Recherches sur les caillots du cœur, par le docteur SOULLET. In-4° de 70 pages et une planche. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De l'exercice musculaire, libre ou rhythmique, envisagé comme moyen thérapeutique, par le docteur LABROUCHE. In-4° de 82 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JUIN 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Rouget a lu une note sur la terminaison des nerfs sensitifs. Ce travail, où l'on retrouve l'exactitude et la précision qui distinguent M. Rouget, prendra bien sa place à côté d'une étude du même auteur, sur la terminaison des nerfs dans les muscles.

M. Mattei a lu une note sur le diagnostic de la grossesse dans les premiers mois, à l'aide du palper abdominal et du toucher. Cette exploration doit tirer surtout sa valeur de la grande habitude du praticien. A des mains novices, nous ne pensons pas que la grossesse dans les premiers mois se puisse toujours révéler ainsi.

Des convictions honorables de M. Joly sur l'alcoolisme ont été lues à la tribune par M. Béclard. Les expressions de l'un des doyens de l'Académie ont acquis à la lecture un charme auquel n'étaient étrangers ni la diction, ni la voix sympathique de M. le secrétaire annuel.

La discussion sur la méthode sous-cutanée, soulevée par la lecture de M. J. Guérin, a été remise à mardi prochain.

M. Peisse qui s'est fait connaître parmi nous par ses travaux de critique, de philosophie et d'esthétique médicale, a été élu associé libre à une très-forte majorité. Cette nomination était attendue par tous ceux qui ont pu apprécier les mérites d'un homme de lettres que ses travaux ont naturalisé parmi les médecins. — Dr Armand Desprès.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant M. JOBERT (de Lamballe).

Des tumeurs de l'abdomen.

(Leçon recueillie par M. Victor PEULEVÉ, interne du service.)

Messieurs,

Le 22 avril je vous entretenais d'une malade qui portait des tumeurs abdominales. Le 17 mai, l'issue de la maladie a été fatale, et pour que vous ayez son histoire tout entière, je vais vous détailler les faits inattendus, qui se sont passés dans l'intervalle de ces trois semaines. Je vous ferai assister de cette façon aux phases successives de cette terrible maladie que nous avons été impuissants à enrayer dans sa marche.

Le 23 avril, le lendemain du jour où nous concertions ensemble sur les moyens à employer pour soulager notre malade, elle manifestait une gêne plus grande de la respiration; en examinant sa poitrine on voyait les attaches de son diaphragme se déprimer avec force à chaque inspiration; le muscle luttait évidemment contre l'ascite qui le comprimait; la patiente elle-même, ne se rendant pas bien compte encore de cette aggravation, cherchait à conserver dans son lit une immobilité complète, comprenant instinctivement que les mouvements lui donnaient du malaise; toutefois, elle était calme, et quand vint la nuit, elle reposa assez paisiblement. Ce calme relatif ne devait pas durer longtemps, et dès le lendemain, 24 avril, l'équilibre allait se rompre. Nous arrivions à son lit, en faisant la visite du matin, lorsque, soit sous l'influence d'une émotion morale, soit par le fait seul de sa maladie, elle fut prise subitement d'un accès de dyspnée effroyable: elle saisit convulsivement la corde de son lit, se dressant sur son séant, les yeux hagards, la face injectée, la respiration entrecoupée, et cherchant partout des points d'appui pour user de tous ses moyens de respiration, et mettre en jeu ces muscles vigoureux, qui avoisinent le thorax et ne concourent aux mouvements respiratoires que dans les cas de nécessité. La peau était froide, le pouls était petit, presque insensible. L'indication était urgente; nous l'avions prévue. Il n'y avait pas à hésiter, et séance tenante, nous plongeâmes le trocart dans l'abdomen, Ce ne fut pas juste au point d'élection que nous fîmes cette ponction, car là, nous avoisinions la sonorité; mais bien un peu plus haut, en se rapprochant de l'ombilic et du côté droit. Un liquide transparent et jaune citrin s'échappa en assez grande abondance, et au bout d'un instant la respiration commença à devenir moins entrecoupée. Toutefois le pouls restait petit; à la lutte que la malade venait de soutenir énergiquement, succédait une sorte de dépression; il fallait craindre une syncope, et comme les soustractions subites de liquide en grande quantité favorisent singulièrement cet état, nous dûmes arrêter l'écoulement; il était sorti 4 litres 1/2 de liquide.

Malgré cette précaution, nous vîmes la malade pâlir, le pouls rester insensible, la peau froide, le cœur battre timidement et avec indécision, et la malade s'abandonner automatiquement : nous n'avions pu éviter la syncope. Heureusement elle fut de courte durée, et après avoir mis en usage les moyens usités en pareil cas, nous eûmes la satisfaction de voir les fonctions se rétablir et la respiration, quoique gênée encore, s'améliorer sensiblement.

Ce petit incident n'est pas rare en pareille circonstance; soit que le sujet, après avoir lutté avec énergie, se trouve tout à coup déprimé, soit que sa pusillanimité doive entrer en première ligne de compte, soit encore que le raptus subit, qu'on lui fait éprouver, retentisse sans transition sur l'économie, ou bien encore que la détente locale amène en ce point une affluence de circulation qui appauvrit les parties éloignées, comme le cerveau, toujours est-il que la syncope n'est pas rare en pareil cas. Quand elle survient alors, messieurs, gardez-vous bien de continuer à écouler le liquide; suspendez son cours immédiatement; mettez votre malade dans la position horizontale, la tête plus basse que le corps, pour favoriser le retour du sang au cerveau; stimulez la circulation. Faute de ces précautions, vous vous exposeriez à le voir périr entre vos mains.

Après cette ponction, le ventre avait diminué de volume; il n'opposait plus de résistance à l'examen; aussi devions-nous l'interroger de nouveau, ainsi que le liquide sorti, pour essayer d'éclairer les points obscurs du diagnostic.

Quant au liquide, sa couleur citrine, sa limpidité imparfaite, l'albumine qu'il contenait en grande abondance, ne nous permirent de rien conclure.

L'examen de l'abdomen fut plus instructif; on trouvait à la région hypogastrique une tumeur qui dépassait le volume du poing; plus large que haute, elle occupait la ligne médiane et se prolongeait un peu sur la gauche; sa surface ne présentait pas de saillies bien exagérées; mais elle n'était pas unie, et elle présentait des bosselures multiples; sa consistance était dure, mais inexactement appréciable, car elle fuyait sous les doigts, elle était mobile; on la limitait latéralement et en haut; en bas et profondément elle échappait à l'examen en gagnant les parties profondes. A sa droite, et plus profondément, on sentait une autre tumeur plus petite, mais elle n'apparaissait pas plus nette que par le passé. Ces signes physiques, joints à ceux que nous avions trouvés lors de notre premier examen, nous engagèrent à dessiner notre diagnostic d'une façon plus nette et à nous décider pour un cancer; ce n'était qu'une crainte, ce fut dès lors une probabilité très-fondée. La suite va vous le prouver.

Le bien-être qui suivit la ponction ne fut pas de longue durée; la journée se passa tranquillement, mais la nuit fut agitée, sans sommeil, le pouls était petit; le lendemain la respiration était encore gênée, et pourtant, l'épanchement abdominal ne s'était pas reproduit; la malade avait de temps à autre une petite toux; elle persistait à rester couchée sur le côté gauche, éprouvant une gêne moins grande pour respirer dans cette position. C'est qu'en effet, il existait une complication inquiétante par sa rapidité : une pleurésie à gauche, dénotée par les signes suivants : à la percussion du côté gauche de la poitrine, on trouve, en avant, une matité absolue, partant de quelques centimètres au-dessous de la clavicule et descendant jusqu'à la partie inférieure de la cavité thoracique; en arrière, c'est encore la même matité du haut en bas du poumon. Les vibrations thoraciques ont complétement disparu ; la respiration est amphorique dans le tiers supérieur; on ne l'entend pas dans la moitié inférieure; enfin la voix est chevrotante dans toute l'étendue. Du côté droit la sonorité est un peu exagérée, la respiration est pénible, le retentissement de la voix est normal. D'après ces signes, il était facile de conclure à un épanchement énorme du côté gauche. Ajoutez à cela que le cœur, au lieu de battre à sa place, battait au bord droit du sternum, et vous aurez une idée de la quantité du liquide. Il n'en faut pas tant pour amener des accidents du côté de la respiration; aussi vers le soir, la malade se trouvait-elle dans un état d'anxiété et de dyspnée tel, que l'interne du service dut intervenir et pratiquer la thoracentèse. Rien n'indiquait d'anomalie dans la position qu'occupe le poumon, en pareille circonstance; aussi ce fut au lieu d'élection que l'on pratiqua la ponction, avec le trocart cylindrique muni d'une baudruche. Il s'écoula alors un liquide à peu près transparent, mais dont la couleur était

---

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN.

Aussi faut-il voir avec quel mépris les hommes de science traitaient ces hommes de savoir-faire. « Quelle que soit la chose qu'on leur « commande, continuait Galien, ils obéissent à la manière des « esclaves. Contrairement aux traditions antiques de ces descendants « d'Esculape qui voulurent commander aux malades, comme des gé- « néraux à leurs soldats, comme des rois à leurs sujets; bien loin « d'obéir et de servir obséquieux selon les mœurs des Lybiens, ou « des Gètes, ou des Phrygiens, ou des Thraces qu'on achète sur les « marchés (1). »

Les vrais médecins auraient voulu se distinguer de cette classe méprisable. Dans les premiers temps de l'Empire, plusieurs, pour atteindre ce but, tombaient dans un excès contraire, et se comportaient envers leurs malades d'une manière inconvenante et brutale. Les réponses de l'un d'entre eux, que Galien nous a conservées, sont à la fois grossières et cruelles pour les malheureux qui le consultaient (2). Plus tard cette réaction prit fin, et la plupart des médecins sérieux évitaient de se rendre odieux à leurs malades (1); mais leurs plaintes ne cessèrent point contre l'intrusion de ces hommes qui se confondaient dans leurs rangs.

Comment n'eussent-ils point gémi? L'absence d'examen et de diplôme créait entre les praticiens une solidarité funeste en permettant à tous de prendre un même titre.

Sans doute il n'était pas tout à fait suffisant qu'on fît acte de médecin pour qu'on le fût; « car, disait Quintilien, l'ignorant qui bande « une blessure, bien qu'il agisse en médecin, n'est pas médecin pour « autant (2). » Si l'on eût admis le contraire, on eût trouvé bien peu de gens qui n'eussent, au moins une fois dans leur vie, préconisé quelque remède.

Mais du moment où l'on en prenait la qualité, où l'on en faisait profession, on n'avait pas à remplir d'autre condition pour être revêtu d'un caractère en quelque sorte ineffaçable. « L'orateur qui ne parle « plus n'en reste pas moins orateur, disait Quintilien, comme « le médecin reste medecin, lorsqu'il cesse d'exercer son art (1).

Ainsi se trouvait constitué par la seule volonté jointe à la pratique ce que nous pourrions appeler le corps médical, et ce qu'on trouve en effet désigné par les expressions correspondantes : *collegium medicorum* (2). Tous ceux qui l'avaient envahi avaient pour en faire partie des droits égaux; et de là vint que des gens instruits, comme Pline le Naturaliste (3), ne distinguant pas les uns des autres, ne voulant voir que l'ignorance, l'avidité, les fautes, les crimes de tel ou tel, se prononcèrent contre le corps entier et condamnèrent les médecins en masse. Ils oubliaient qu'avec cette méthode, comme le remarquait Quintilien, « on pourrait nier également l'utilité des généraux, des magistrats, des philosophes, car Flaminius fut général, les Gracques, Saturninus, Glaucias, furent magistrats (4). »

Le fait est que le nombre était considérable de ceux qui spéculaient sans pudeur sur les infirmités humaines et la crédulité publique. « Aucun métier n'est plus lucratif, s'écriait Pline, leurs profits n'ont « plus de limites... Je n'accuserai pas leur avarice, les marchés ra- « paces dans les fatales conjonctures, l'impôt fixé sur les souffrances, « les arrhes de la mort, pour ainsi dire, et les secrets prélève-

(1) *Postremo quidquid jubebitur, mancipiorum ritu facient; contra quàm veteres illi medici ab Æsculapio oriundi, qui tanquam duces militibus, et reges subditis, imperare ægris voluerunt; nequaquam vero Getarum, et Libiorum, et Phrygum, et Thracum emptitiorum ritu parere, atque obsequi.* Galen. *loc. cit.*

(2) Galen. *in* VI lib. Hipp. *De vulg. morb.* c. IV. (*Bapt. Rosar. interpr.*). *Is enim cum ei æger quidam dixisset :* moriar? *Hoc illi carmen fertur cecinisse « Pulchra prole parens ni te Latona creasset. » Cumque alter idem ei dixisset, tradunt eum ita respundisse : « Te periit multo præstantior ipse Patrocles. »*

(1) Gal., *loc. cit. Cœterum quidam hujus temporis Medici, et si moderatiores Callianacte sunt, ita tamen duri ergà ægros sunt, eos ut illi oderint : quemadmodum alii contrario servilem in modum ita illis adulantur, ut vel ob hanc causam contemnantur.* — Add. Galen. *De iis quæ in med. hic. comm. 1°.*

(2) Quintil., *Instit. orator*, l. II, cap. XXI. *Sicut cum vulnus imperitus deligabit, non erit medicus, sed faciet ut medicus.*

(1) Quint., l. II, cap. XVIII. — *Non magis desinit esse orator quam medicus qui curandi fecerit finem.*

(2) *Inscript. ap.* Orelli, 4132, 4433. — Conf. Thod. Prisc. *ad Thimoth.*, l. I.

(3) Plin. *Hist. nat.*, l. XXIX *passim.*

(4) Quintil. *inst. orat.* l. II, cap. XVI. *Quo quidem modo, nec duces erunt utiles, nec magistratus, nec medicina, nec ipsa denique sapientia; nam et dux Flaminius, et Gracchi, Saturnini, Glauci magistratus, et in medicina venena, et in iis, etc.*

d'un rouge sombre ; ces caractères ne se démentirent pas depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération. Il s'en écoula environ 80 centilitres, après quoi la malade fut prise d'une petite toux sèche qui dura quelques instants et qui, vous le savez, est l'indice de la fin de l'évacuation. Pendant ces manœuvres, la respiration devint plus facile, moins saccadée, la malade put respirer en restant couchée, ce qui lui était devenu impossible avant la ponction. Cependant, il faut dire qu'elle ne ressentit pas ce bien-être si sensible que manifestent les opérés après une thoracentèse, et qui suit dans certains cas pas à pas l'écoulement du liquide. Elle respirait mieux, mais elle ne respirait pas encore bien, et cependant on avait tiré de la plèvre toute la quantité possible du liquide. Ce fait devait attirer notre attention, nous faire revenir à un examen approfondi de la poitrine après la ponction. Or voici ce qui fut observé : le cœur était revenu à gauche, il battait librement et régulièrement. La sonorité était revenue dans le tiers supérieur du thorax à gauche, en avant comme en arrière, mais les deux tiers inférieurs étaient toujours mats. Dans cette dernière partie on n'entendait pas la respiration, la voix y restait chevrotante. Dans le tiers supérieur au contraire, respiration exagérée, amphorique. Il restait donc évident que le poumon gauche ne s'était qu'incomplétement développé, et que les lésions de la pleurésie actuelle, jointes à celles qu'avait dû déterminer la pleurésie du mois de janvier dernier, avaient refoulé en partie le poumon et empêchaient son développement. C'était déjà là une aggravation pour le pronostic ; mais ce qui devait l'aggraver encore bien plus, c'est la nature du liquide que la ponction avait donné. En effet, l'expérience montre que, lorsqu'on trouve dans les plèvres un liquide de couleur rouge, transparent, il y a toujours par derrière une altération des plèvres ou du parenchyme pulmonaire, le plus souvent une altération organique. C'est ce qui devait se passer dans le cas actuel, et dès lors nous pouvions affirmer le diagnostic qui jusque-là n'était fondé que sur de fortes probabilités. Notre malade était évidemment sous l'influence d'une diathèse cancéreuse, qui avait déposé ses produits primitivement dans l'abdomen, puis qui, continuant sa route envahissante, s'était jetée sur les organes respiratoires. Peut-être même faudrait-il rattacher à cette cause générale la première pleurésie, celle qui se manifesta au mois de janvier 1866.

Notre pronostic fut donc fatal. La ponction abdominale avait été faite le 23 avril, la thoracentèse le 25 ; la malade vécut jusqu'au 14 mai.

Pendant ce laps de temps nous observâmes les signes de l'envahissement morbide. L'épanchement du côté gauche se reproduisit au bout de peu de temps, mais lentement et sans donner lieu cette fois à des accès de dyspnée aussi violents. Même la plèvre droite fut envahie à son tour, et l'on put constater dans le tiers inférieur du côté droit, de la matité et l'absence de respiration. En face de tous ces symptômes, il fallait reconnaître l'impuissance de la thérapeutique et se borner à reculer le délai fatal. On plaça, à plusieurs reprises, des vésicatoires en arrière de la poitrine ; on appliqua plusieurs fois, et selon l'indication du moment, de nombreuses ventouses sèches ; enfin on administra des toniques et des révulsifs appropriés.

Malgré ces précautions, sur la valeur desquelles nous ne nous abusions nullement, la malade commença à dépérir de jour en jour ; ses traits s'allongèrent, ses joues devinrent creuses, son facies prit une teinte cyanosée ; la respiration était gênée, la circulation difficile, le pouls à peine sensible. Elle atteignit ainsi le 14 mai ; elle était arrivée à un état d'émaciation extrême. Dans le milieu de la journée elle fut prise d'un peu de toux et rendit par la bouche, à diverses reprises, de petites quantités de liquide rouge mélangées à des crachats, puis elle mourut sans autre accident qui pût attirer l'attention. Ce liquide rouge ressemblait exactement à celui que la thoracenthèse nous avait donné ; aussi dûmes-nous supposer qu'une perforation très-étroite s'était faite dans les bronches, et qu'il y avait communication avec les plèvres. Je dis perforation très-étroite, car le liquide rendu fut peu abondant, intermittent ; ce ne fut qu'un commencement de vomique. Il ne faudrait par conséquent pas croire que la mort est survenue par suite d'une asphyxie subite produite par l'évacuation vomique ; sa quantité fut trop faible pour amener autre chose que quelques quintes de toux. Notre malade n'est pas morte non plus au milieu d'un accès de dyspnée trop intense, comme cela arrive parfois en pareille circonstance ; elle s'est éteinte, pour ainsi dire, épuisée par la diathèse qui la minait, à bout de forces, et ayant perdu toute résistance vitale.

L'examen cadavérique devait nécessairement nous intéresser ; aussi, le 16 mai, l'autopsie est pratiquée avec soin.

L'extérieur du sujet est violacé ; on voit les veines se dessiner sur la peau en traînées rouges mal limitées ; sur le ventre, au thorax, le doigt laisse son empreinte ; il y a une infiltration cadavérique.

La cavité thoracique est ouverte avec le plus grand soin sans intéresser les plèvres ; celles-ci sont séparées de la paroi thoracique dans toute leur étendue.

Plèvre et poumon droits. — La plèvre pariétale se décolle assez facilement de la paroi thoracique, et sans que l'intervention du bistouri soit utile. Elle est légèrement injectée dans sa partie latérale et inférieure, et après son décollement complet, on peut très-bien reconnaître les bandes pleurales correspondant aux espaces intercostaux, et aussi celles qui tapissaient les côtes. Les premières forment comme un bourrelet dont le niveau dépasse la surface des secondes, trace de la dilatation forcée dont la cavité pleurale a été le siége sous l'influence de l'épanchement droit. En effet, en ouvrant cette plèvre, il s'en écoule un liquide jaune citrin, un peu louche. La quantité est de près d'un litre, et, dans la partie déclive qui le contient, on trouve des flocons de pus concret, au nombre de cinq ou six.

Le poumon droit est refoulé en masse ; il n'occupe plus que la moitié supérieure de la cavité thoracique droite ; de plus, il a contracté, par toute sa face antérieure, des adhérences résistantes avec la paroi correspondante de la poitrine. Si l'on détruit ces adhérences et que l'on fasse des coupes sur la surface adhérente, on trouve cinq ou six petites masses dispersées, de couleur noirâtre, de consistance demi-molle, friables, et qui ressemblent, à la vue, à des noyaux cancéreux ramollis. Ils se trouvent à la superficie de la face antérieure du poumon, et s'avancent jusqu'aux adhérences pleurales, entourés d'un tissu pulmonaire induré, rouge, friable. Quant au reste du poumon, il crépite à la pression, sauf la partie la plus inférieure qui est congestionnée et dans un état de demi-collapsus.

Poumon et plèvre gauches. — Du côté gauche, il est impossible de faire comme du côté droit, c'est-à-dire de décoller la plèvre. En effet, dans toute son étendue, en avant comme en arrière, en bas comme en haut, celle-ci a contracté avec la paroi thoracique, avec le diaphragme des adhérences tellement intimes, qu'il faut disséquer avec le tranchant du scalpel pour la détacher. On y parvient cependant avec beaucoup de soins, et l'on a sous les yeux une coque d'aspect et consistance fibreuse et d'une épaisseur moyenne de 5 à 6 millimètres ; en certains endroits elle atteint même près d'un centimètre. La trace de l'ancienne ponction n'existe plus ni sur la peau ni sur la coque pleurale. Cette dernière contient une grande quantité de liquide, et en faisant une incision sur le long de sa face externe, il s'en écoule environ un litre et demi à deux litres. Sa couleur est d'un rouge sombre, il est transparent, et dans sa masse on ne trouve aucun dépôt floconneux, soit de fibrine, soit de pus. La face interne de la plèvre présente un aspect grossièrement chagriné, sa couleur est d'un blanc rougeâtre. Même aspect sur le feuillet viscéral comme sur le feuillet pariétal. Sur le feuillet diaphragmatique, on trouve un noyau de la grosseur d'une aveline, d'une couleur noirâtre, de consistance molle, ramolli complétement à son centre qui forme un véritable détritus. Ce noyau ressemble à ceux que nous avons vus sur la plèvre et le poumon droits ; il paraît seulement plus avancé dans son évolution. Quant au poumon gauche, il faut le chercher pour le trouver ; il est complétement refoulé et aplati dans la partie supérieure de la gouttière vertébro-costale. Sa hauteur ne dépasse pas 10 centimètres, son épaisseur 6 à 8 centimètres. Il est tapissé par la plèvre qui offre sur lui 5 à 6 millimètres d'épaisseur.

En un mot, la cavité de la plèvre gauche a une capacité d'environ 2 litres, limitée par une paroi très-épaisse, très-résistante et fibreuse, qui s'applique en dehors sur la paroi thoracique, en bas sur le diaphragme, en dedans sur les médiastins et le poumon aplati, réduit à une simple lame. Ce dernier crépite encore à son sommet ; le reste de son étendue ne contient pas d'air ; il est rouge violacé, et revenu à l'état fœtal, sauf plusieurs points, au nombre de trois ou quatre, qui sont indurés, plus rouges, se laissant écraser, et qui entourent des noyaux exactement semblables à celui qui existe sur la plèvre diaphragmatique.

En ouvrant la trachée et en poursuivant les divisions bronchiques du côté gauche, on trouve, sur une division de quatrième ou cinquième ordre, une petite perforation déchiquetée, et, en la suivant, on tombe dans un petit foyer ramolli de substance cancéreuse, lequel a une petite ouverture à bords irréguliers dans la cavité pleurale. C'est par là qu'a dû passer le liquide rouge que la malade a rendu dans les moments qui ont précédé sa mort. La forme valvulaire et déchiquetée de cette perforation vous explique comment l'écoulement était intermittent et de peu d'abondance.

Quant au cœur, il n'a rien de particulier ni dans son tissu, ni dans sa cavité où l'on trouve seulement quelques caillots noirs et qui se sont formés *post mortem*.

Le péricarde n'est pas vascularisé, il a sa couleur et son aspect normal, et malgré cela il contient environ deux à trois cuillerées d'un liquide séro-sanguinolent.

Mais les lésions les plus intéressantes, puisque d'après la marche de la maladie elles ont dû être primordiales, se trouvent dans l'abdomen.

A peine a-t-on soulevé la paroi antérieure, qu'il s'écoule environ trois litres d'un liquide jaune, d'une transparence imparfaite et louche ; puis on trouve une énorme tumeur du volume des deux poings réunis, adhérente à la région ombilicale de la paroi par des fausses membranes résistantes. Cette tumeur est recouverte çà et là de petites masses graisseuses ; elle siége dans le grand épiploon. Elle s'étend au-dessus de l'ombilic à trois travers de doigt et descend jusque vers la moitié de l'hypogastre ; elle a une consistance demi-molle, et n'est pas la même sur tous les points de sa surface, celle-ci est irrégulière et bosselée. A la coupe, on lui trouve une couleur noire ici, grisâtre là, brune en d'autres points. Çà et là on trouve des noyaux de ramollissement mal limités. Les feuillets de l'épiploon sont impossibles à retrouver, ils font corps avec la tumeur, et plus haut, en gagnant l'estomac, on les trouve réunis, épaissis, et d'une consistance assez dure.

Le péritoine pariétal offre une couleur blanche, opaque, il est considérablement épaissi, et çà et là on trouve des plaques d'épaississement de plusieurs millimètres. Dans sa portion viscérale, mêmes altérations ; de plus, on trouve sur les intestins une foule de points blancs de la largeur et de l'épaisseur d'une lentille, de couleur blanche et opaque. Enfin les anses intestinales sont adhérentes l'une à l'autre et forment une véritable surface non interrompue, qui constituent avec la paroi abdominale antérieure un véritable sac où le liquide était contenu comme dans un kyste.

Voilà, messieurs, qui nous rend bien compte des signes que nous avons observés pendant la vie. Ce sont là les lésions de la péritonite chronique qui a débuté il y a maintenant une année, et qui a eu pour cause cette tumeur épiploïque. Les adhérences ont, en outre, envahi le foie de façon à le rendre immobile ; l'estomac est caché derrière cette glande, entouré de toutes parts de fausses membranes ; sa cavité est petite ; le pylore et le commencement du duodénum sont bridés par de fortes adhérences. Vous concevez maintenant la difficulté que

---

« ments (1)... C'est bien en vérité le seul art pour lequel on montre « une pareille crédulité. Il suffit au premier venu de se déclarer mé- « decin pour qu'on s'empresse d'admettre son dire ; alors qu'il n'est « pas d'imposture qui puisse devenir plus pernicieuse (2). »

En même temps que l'estime publique, le niveau général des études baissait, car la carrière étant moins honorable, quelque lucrative qu'elle pût être, n'attirait plus autant les esprits supérieurs, les amis du travail et de sa noble gloire.

Ceux qui restaient, dès leurs premiers pas, étaient soumis à l'influence d'un exemple trop général. Les désirs de lucre les envahissaient.

Dans l'empire romain, le jeune homme, avant d'entrer dans la carrière, n'avait pas de titre à conquérir, pas d'études obligatoires, pas d'examen à préparer ; rien qui l'obligeât à contracter ces habitudes de travail qui l'eussent armé contre le spectacle do fortunes rapides, amassées par l'adulation ou par l'audace.

Généralement on désirait pouvoir invoquer le nom d'un maître pour couvrir son ignorance propre. On désirait se donner l'apparence d'avoir fait de réelles études, d'être guidé par une méthode dans les traitements qu'on employait. Mais dans le choix du maître et de la méthode, on apportait des préoccupations plutôt commerciales que scientifiques.

(1) Plin., *Hist. natur.*, l. XXIX, § I. *Quum sit fructuosior nulla ars... Non fuit postea questus modus... Ne avaritiam quidem arguam, rapacesque nundinas pendentibus fatis, et dolorum indicturam, ac mortis arrham, aut arcana præcepta...* etc.

(2) Plin. *loc. cit.*, § VIII. *Itaque Hercule in hac artium sola evenit, ut cuicumque medicum se professe statim credatur cum sit periculum in nullo mendacio majus...*

La célébrité du professeur, sa situation auprès des grands, les richesses qu'il avait acquises, la brièveté de son enseignement : telles étaient les conditions qui faisaient affluer autour de lui la foule des disciples et des prôneurs.

Galien entre à ce sujet dans de curieux détails (1) : « ce qui donne « la vogue au médecin, dit-il, ce n'est pas la science, c'est l'adula- « tion. Pour celui qui flatte le mieux, tout est simple, tout est facile ; « toutes les portes lui sont ouvertes ; bientôt il est riche, il est puis- « sant ; à lui le grand nombre des élèves qu'on lui livre au sortir des « chambres à coucher où ils se sont formés déjà. Thessalus connais- « sait bien son époque, lorsque s'étant attaché d'abord à complaire « aux riches de Rome, il eut soin d'annoncer en outre qu'il ensei- « gnerait en six mois tout ce qu'un médecin devait apprendre. En « peu de temps il eut acquis une multitude de disciples. »

A ce que nous apprennent Galien et Pline au sujet du même Thessalus, sa réputation et ses richesses s'accrurent tellement et si vite qu'il osa dicter cette épitaphe : « A Thessalus, vainqueur des médecins (2). » Comme pour faire entendre à quel point la science médicale eût souffert par le triomphe de sa méthode.

Les mêmes causes qui multiplièrent les sectateurs, ou suivant le mot de Galien, les ânes de Thessalus, avaient morcelé l'art de guérir en parcelles les plus minimes. Il ne s'agit plus seulement, comme lorsque écrivait Cicéron (1) d'une division tripartite en médecins, chirurgiens, oculistes ; Rome fourmillait de guérisseurs spéciaux plus ou moins vite improvisés, dont les noms comme les métiers n'ont plus aujourd'hui d'analogues (2) ; tandis que d'autres, dans les provinces, se transportant de ville en ville, exploitaient des contrées entières (3).

Il en existait d'attitrés presque pour chaque maladie, chaque période de l'existence, chaque espèce de médication, chaque partie minime du corps humain « *Unde mox, si ita liceat loqui, plures etiam sint futuri medici, quam corporis particulæ ; pro unaquaque enim affectione erit unus medicus.* »

(1) Gal. *Meth. med.*, l. I. *Itaque non qui melius artem callet, sed qui adulari aptius novit, apud istos magis in pretio est ; huicque omnia plana perviaque sunt ; huic ædium fores patent ; hic brevi efficitur dives, plurimumque potest ; huic discipuli multi a cubiculis, ubi jam fuerint exoleti, traduntur. Quod Thessalus ille intelligens, non solum cætera Romæ divitibus assentabatur, sed etiam artem sex mensibus traditurum se professus, quam plurimos discipulos facile comparavit.*

(2) Plin., *Hist. nat.* l. XXIX, V. — Gal., *Meth. med.*, I.

(1) Cicer., *de orat.*, l. III, 33.

(2) *Sunt præterea qui istis omnibus eam partem quæ senes regit adnumerant : quemadmodum alii eam partem quæ infantium curam habet... alios dentarios medicos vocent, alios auricularios et eos etiam qui ani morbos curant... quamquam hujusce rei occasionem præstiterit ocularorum medicorum nomen... et præterea suffusionum punctores, herniarumque ac calculorum incisores... qui tantum oculorum suffusiones pungerit,* etc. Galen. *de part. art. med.*, cap. II. — *Hunc herniæ dissectorem, illum calculi extractorem, alium punctorem nominent... aut ocularios, aut auricularios, aut dentarios nuncupant, aliis à materiâ nomen imponunt, eosque aut diæteticos, aut medicamentarios, aut etiam, si diis placet herbarios nominant, quidam etiam medicos nonnullos vini datores, veratrique datores vocarunt.* Galen., *Thrasib.*, cap. XXIV *et passim.*

(3) Gal., loc. cit. — *Unde hujusmodi medici urbes sæpe mutare coguntur, ut idem tota (exempli causa). Græcia illis afferat, quod aliis qui in Italia sunt sola Roma.*

nous avions remarquée dans les digestions, malgré l'absence d'altération organique de ces viscères. La dilatation stomacale était impossible, les mouvements de contraction péristaltique très-gênés, et par suite la nutrition compromise, la constipation persistante.

Dans l'hypogastre et le bassin, les mêmes lésions se retrouvent. Le cœcum, les ligaments larges, le rectum et l'utérus sont solidarisés de la même façon, et ce n'est qu'avec une grande difficulté qu'il est possible de les séparer l'un de l'autre.

Dans l'ovaire du côté droit se trouve une tumeur de la grosseur d'un gros œuf, remplie de liquide blanc, filant; c'est un kyste de l'ovaire; c'est cette petite tumeur que nous avions sentie par le toucher vaginal et par le palper abdominal, sur le côté droit de l'utérus.

Enfin, pour compléter cette nécropsie, j'ajouterai que les différentes tumeurs et infiltrations morbides que nous avons trouvées soit du côté de l'abdomen, soit du côté de la cavité thoracique, nous ont présenté, à la coupe et à l'examen microscopique, tous les caractères assignés aux cancers encéphaloïdes. Elles offraient, du reste, quelques différences peu importantes dans leur consistance qui était plus ou moins ramollie, suivant leur évolution respective.

Maintenant que vous avez l'histoire complète de la maladie, il vous est facile de juger d'après les signes qui ont existé pendant la vie, de la façon dont l'envahissement s'est produit. On pourrait la résumer de la façon suivante : 1° la maladie a débuté il y a quinze mois, par une production cancéreuse dans le grand épiploon ; comme conséquence de ce produit morbide, péritonite chronique, ascite ; 2° pendant la marche de ces phénomènes, manifestation locale vers le poumon gauche, et comme conséquence, pleurésie gauche symptomatique ; 3° manifestation locale vers le poumon droit et pleurésie droite. Enfin et marchant parallèlement, affaiblissement graduel des forces, dépérissement progressif, le tout aboutissant à cette cachexie cancéreuse qui marche fatalement et ne pardonne jamais à ses victimes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juin 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les Rapports d'épidémie par MM. les docteurs Bocamy (de Perpignan), et Jones Lacaze (de Montauban) ;

2° Les Comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1865, dans les départements du Calvados et des Haultes-Alpes, (Commission des épidémies.)

3° Des Rapports sur le service médical des eaux minérales d'Audinac (Ariége), par M. le docteur Dohœy, d'Ax (Ariége), par M. le docteur Auphan. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officiolle comprend :

1° Les lettres de MM. les docteurs Raciborsky et Mattoi, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchement;

2° Une lettre de M. le docteur Frédéric Lassen (de Copenhague), accompagnant l'envoi d'une brochure sur le choléra;

3° Une note de M. le docteur Vinci (d'Arcole), relative à une nouvelle théorie des grandes épidémies, et en particulier de celle du choléra. (Commission du choléra.)

4° Une lettre de M. Edmond de Lavergne, sur un prétendu remède contre la folie. (Commissaire : M. Baillarger.)

5° Une lettre de M. le docteur Ziegler (de Philadelphie), sur l'emploi du protoxyde d'azote comme préventif du choléra, et de la syphilis. (Commissaire : M. Ricord.)

M. BÉCLARD, au nom de M. Larrey, absent, offre en hommage à l'Académie :

1° Les *Comptes rendus du Congres médico-chirurgical de Rouen*, en 1863;

2° Les *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, 1864;

3° Une Étude sur la Société de médecine d'Amiens, par M. le docteur Courtillier.

— M. Béclard offre, au nom de l'auteur, M. le docteur Vacher, une Carte comparative de la mortalité et des phénomènes météorologiques pour la ville de Paris, en 1865.

— M. PIORRY fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Léonce Saligoux, d'un livre sur le Ramollissement des os et son traitement par le phosphate de chaux.

— M. TARDIEU offre, au nom de l'auteur, M. T. Gallard, le Compte rendu du service médical du chemin de fer d'Orléans.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre.

La Commission propose :

En première ligne. . . . . M. Peisse.

En deuxième ligne *ex-æquo*. MM. Foubert et Legoyt.

Au premier tour de scrutin : nombre des votants, 58 ; majorité, 30.

M. Peisse obtient 53 voix.
M. Legoyt » 3 »
Billets blancs 2

En conséquence M. Peisse est élu associé libre ; sa nomination sera soumise à l'approbation de l Empereur.

— M. ROUGET lit un travail sur la terminaison des nerfs.

Voici les résultats obtenus par cet anatomiste dans les corpuscules de Pacchini : le nerf entouré de l'enveloppe de Schwan, pénètre dans une substance centrale du corpuscule décrite par Enghelman ; ce qui ressort particulièrement des observations microscopiques de M. Rouget, c'est que :

1° Le corpuscule est composé de substance conjonctive, disposée sous forme de couches qui font suite à l'enveloppe de la fibre nerveuse ou enveloppe de Schwan ;

2° Que la substance centrale du corpuscule est non pas une substance amorphe comme le pensait Engholman et Leydig, mais bien encore un amas de substance conjonctive disposée sous forme de lames ot entremêlée de noyaux, pris alors par les auteurs allemands pour des gouttolottes nerveuses ;

3° Que le cylindre do l'axe peut être distingué dans la substance centrale.

Pour ce qui ost de la terminaison des nerfs dans les appareils électriques, M. Rouget a trouvé que les nerfs se terminaient par une fine dentelle, et il a ajouté que cette disposition ne pouvait être bien observée que sur les animaux vivants. Enfin l'auteur a trouvé, sur les nerfs de la peau de la queue du têtard, la même disposition des terminaisons nerveuses que sur les appareils des poissons électriques.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. BOULEY, inscrit pour prendre la parole sur la méthode sous-cutanée, demande à ne prendre la parole que dans la prochaine séance.

LECTURES.

M. BÉCLARD lit, pour M. Joly, une étude sur l'alcoolisme.

— M. MATTEI lit une note intitulée : *Diagnostic des quatre premiers mois de la grossesse, obtenu par le palper abdominal combiné avec le toucher à travers le vagin.*

La constatation des bruits cardiaques du fœtus était jusqu'ici considérée comme le seul signe certain de la grossesse ; or l'auscultation ne constate guère ces bruits qu'après le quatrième mois. Les cas cependant où il est urgent de connaître la grossesse avant ce temps, et les erreurs de diagnostic commises même au neuvième mois, ont porté M. Mattei à faire servir ici le palper abdominal dont il a déjà tiré un grand parti pour d'autres points de l'obstétrique. Combinant surtout le palper profond avec le toucher vaginal, M. Mattei est parvenu à constater s'il y a ou non grossesse ; très-souvent dès la fin du premier mois, presque toujours à la fin du deuxième mois, toujours à la fin du troisième mois et pendant le quatrième, à moins de circonstances exceptionnelles excessivement rares.

Le principe sur lequel se fonde M. Mattoi, est que l'utérus ne peut pas être gravide sans augmenter de volume ot sans offrir des modifications anatomiques et physiologiques spécialos. Un autre fait important, qui a été démontré à M. Mattei par l'observation, est que pendant les premiers mois l'utérus gravide se tient quatre fois sur cinq en anteversion; une fois sur cinq ou six il se tient en rétroversion et rarement il se tient droit.

Chacune de ces positions a ses signes spéciaux mois par mois, et que M. Mattei a étudiés d'abord au palper soul, puis au touchor vaginal seul, et enfin au palper combiné avec le toucher. C'est ainsi que dans l'anteversion, par exemple, il constate que le fond utérin est de niveau avec les pubis dès la fin du premier mois et même avant (voir les observations 152, 167, 352 de sa clinique obstétricale), à plus forte raison plus tard. Cette constatation est un peu plus tardive lorsque l'utérus reste droit et dans la rétroversion. Mais dans ce dernier cas encore, le diagnostic peut être porté dès le troisième mois.

En parlant surtout du palper combiné, M. Mattei a développé l'étude du ballottement utérin, qu'il ne faut pas confondre avec le ballottement fœtal. Il a indiqué les diverses manières de le *produire* et de le *percevoir* dans chaque cas, et surtout dans la rétroversion, où il est le plus difficile mais le plus significatif de la grossesse.

Dans cette lecture, M. Mattei a donné la règle générale de ses observations. Il se propose de traiter dans une autre lecture les cas exceptionnels qui peuvent rendre le diagnostic plus facile ou plus difficile.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

COUR IMPÉRIALE DE PARIS (2e CHAMBRE).

Présidence de M. GUILLEMARD. Audience du 31 mai 1866.

Médecin. — Pharmacien. — Association pour le partage des profits à tirer de la vente des médicaments. — Pacte illicite.

Est illicite et radicalement nul le pacte par lequel un médecin et un pharmacien conviennent : e premier de donner des consultations gratuites dans une dépendance de l'officine ; le second d'exécuter les ordonnances du médecin, en vue de partager entre eux les profits à tirer de la vente des médicaments.

La Cour de Paris a eu à statuer sur le caractère, la légalité et les conséquences des associations entre médecins et pharmaciens, mais rarement dans des conditions aussi acccentuées que celles que présente la cause actuelle.

Le docteur X... a été pendant plusieurs années associé en participation avec un pharmacien aux conditions suivantes : le médecin donnait matin et soir des consultations *gratuites* dans un cabinet dépendant de l'officine du pharmacien. Celui-ci exécutait les ordonnancos, fournissait les médicaments et encaissait le prix. Le net produit était partagé entre les deux associés.

Les premières années de cette association ont donné de 13 à 14,000 fr. de produit brut. Los comptes étaient vérifiós journellement par le docteur et soldós périodiquement par le pharmacien, avec une exactitude qui témoigne du plus parfait accord entre eux. Cependant en 1864 le pharmacien, désireux de mettre un terme à cet état de choses, proposa au médecin de rompre l'association moyennant une indemnité. On finit par tomber d'accord au prix de 3,000 fr. qui furent comptés au docteur, le 1er janvier 1865, sur sa quittance pour solde, portant renonciation à la participation.

Peu de temps après, le docteur X..., ayant appris que le fonds de pharmacie venait d'être vendu au prix de 22,000 fr., éleva la prétention de faire annuler sa renonciation à la participation comme étant le résultat d'une erreur de sa part, et d'une dissimulation des recettes de la part de son associé. Il demanda devant le tribunal de commerce nomination d'un liquidateur à la société dissoute, et le partage tant de l'actif de la société que du prix de la vente de la pharmacie.

Cette demande a été repoussée par le jugement suivant :

« Sur la demande en nomination d'un liquidateur :

« Attendu qu'en 1857, les parties ont formé entre elles une société pour l'exploitation d'un fonds de commerce de pharmacie, et que la société de fait a fonctionné ; que, pour appuyer sa demande, X... prétend que les époux Clausse ayant vendu ledit établissement, il y aurait lieu, dès lors, de liquider entre eux et de procéder au partage des sommes provenant tant de l'actif de la société que du produit de la cession ;

« Mais attendu que X..., pendant le cours de l'exploitation de la pharmacie, a reçu régulièrement les sommes lui revenant de sa participation : que ce fait ressort suffisamment des pièces soumises au tribunal ; qu'en outre, à la date du 1er janvier 1865, X... a ou connaissance de la vente que devaient faire les époux Clausse de l'établissement, et a consenti à la dissolution amiable de la participation, et a reçu, à cet effot, pour solde de tout ce qui lui revenait, la somme de 3,000 fr. ; qu'il a donc consenti à la liquidation à forfait ; qu'il ne saurait aujourd'hui, alors qu'il a donné un reçu pour solde et renoncé à la participation, demander la nomination d'un liquidateur ; qu'il y a lieu de le déclarer mal fondé ;

Par exemple, tels bornaient leur pratique à soigner la luotte ou les cils, tels autres traitaient uniquement l'hydropisie, ou les fistules, ou certaines espèces de dartres ; ceux-là ne s'occupaient que des vieillards, ceux-ci que des hommes forts ot robustos ; quelques-uns ne voulaient guérir qu'avec des herbes, quelques autres qu'au moyen de la gymnastique ou du massage ; plusieurs se guidaient dans leurs traitements d'après le cours des astres et plusieurs d'après les rêves de leurs malades (1) : l'énumération serait sans limites. Tous ces gens-là se disaient médecins, et Galien dut écrire un livre (2) pour prouver que l'art médical n'admettait pas tant de partios.

Du resto, puisqu'il suffisait de se poser en médecin pour l'être, comment refuser cette qualité à ceux qui voulaient s'en couvrir. Les jurisconsultes se virent obligés de la leur reconnaître à tous également (3) ; aux rebouteurs comme aux fistulaires, aux pédicures comme aux dentistes. Les femmes n'en furent point exclues ; le cas est prévu dans le Code : « les médecins de l'un ou de l'autre sexe, » dit une loi de Justinien (1). On connaît plusieurs épitaphes qui portent ce mot : *medica* et même avec des qualificatifs, tels que ceux-ci : première de son quartier, ou clinicienne, *prima regionis suæ, clinica* (2). Les médecins n'étaient pas hostilos à ces gracieuses concurrentes : ils leur dédiaient des livres spéciaux : « Victoire, doux ministère de mon art, je veux t'aider de mes connaissances, » écrivait Théodore Priscien à l'une d'elles. « *Victoria artis meæ dulce ministerium, ego quidem te scientia juvabo* (3). »

On fit pourtant d'abord une exception, mais une seule : à propos des gens qui prétendaient guérir à l'aide de pratiques surnaturelles et de puissances mystérieuses : « *Non tamen, si incantavit, si imprecatus est, si, ut vulgari verbo impostorum utar, exorcisavit* (4). »

« Non, disait le jurisconsulte, ce ne sont point là des genres de « médecine, quelles que puissent être les affirmations de ceux qui « proclament avec fracas qu'ils en ont éprouvé les effets salutaires. » « *Non sunt ista medicinæ genera, tametsi sint qui hos sibi profuisse cum prædicatione affirment.* »

Plus tard un empereur crédule donnait une autre décision (1), et le titre de médecin mage, *medicus magus*, figure dans une épitaphe (2) malgré les peines édictées à plusieurs reprises contre la magie, l'astrologie et les Chaldéens (3).

Dr Viotor REVILLOUT.

---

(1) Galen. *loc. cit.* Adde Martial. *epigr.*, lib. X, n° 56. — Fragm. Ulp., in Dig., lib. L, tit. XIII, 1. I, § 3. — *Inscript. ap.* Orelli, 4227. — Plin., *Epist.* lib. X, ep. 4. 5, 22, 23. — Petron., *Satyr.*, cap. XXVI. — Cels., lib. I, cap. I. — Plin., *Hist. nat.*, lib. XXVI, XXVIII, XXIX, etc.

(2) Gal., *De part. art. med.* Que ce livre *sur les divisions de l'art médical* doive être attribué à Galien lui-même ou à quelque médecin de ses contemporains qui l'aurait écrit sous son nom, ce qui se faisait souvent à cette époque pour augmenter la vogue et le débit d'un ouvrage (*Galen., de libris propriis et passim*), la chose nous a semblé tellement indifférente pour la question qui nous occupe, du moment où nous y trouvions signalés les mêmes abus, que nous avons mis de côté pour le moment toute critique, et cité comme de Galien ce qui, bien que peut-être apocryphe, était compris dans la collection de ses œuvres. Nous en dirons autant des commentaires sur Hippocrate, etc.

(3) Fragm. Ulp., in. Dig., *de extr. cogn.* lib. L, t. XIII, l. I, § 3. *Medicos fortassis quis accipiet etiam eos, qui alicujus partis corporis, vel certi doloris sanitatem pollicentur : ut puta si auricularius, si fistulæ, si dentium.*

(1) Lex Just., *in* Cod., *comm. de leg.*, lib. VI, t. XLIII, l. I. *Medicis utriusque sexûs.* — *Add.* leg. Just. *in* Cod. *de comm. s. man.*, lib. VII, t. VII, 1. I, § 5 : *Medicus sive masculus, sive fœmina.* — *Apud.* Metamorph., V. *Nec uxoris officiosam faciem, sed medicæ laboriosam sustinens. .. quæ marito podagra ægretanti medere cogeretur.* — Voir dans Hyginus, fable CCLXXIV, l'histoire d'Agnodice, femme qui la première aurait étudié la médecine en se faisant passer pour un homme, etc.

(2) Inscript. *ap.* Gruter, p. 635, *id.* p. 636. 1, 2, 3, — p. 212, 4, — p. 1110, 1. — *Ap.* Orelli. 4230, 4231, 4252, etc.

(3) Theod. Priscian., *ad Victoriam*, lib. III.

(4) Fragm. Ulp. *in* Dig., lib. L. t. XIII, l. 1, § 3.

(1) Lex Const., *in* Cod. Just., *de mal. et math.*, lib. IX, t. XVIII, l. IV. — *In* Cod. Theod., lib. IX, tit. XVI, l. IV.

(2) Inscript. *Ap.* Gruter. p. 635, 4;

(3) Paul. *Sentent.*, lib. V, tit. XXI et tit. XXIII, § 1 et s. *Magicæ artis conscios summo supplicio affici placuit, id est bestiis objeci, aut cruci suffigi. Ipsi autem magi vivi exuruntur.* — Cod. Just., lib. IX, tit. XVIII. — Cod. Theod., lib. IX, tit. XVI. — Diot. Cass., *in Claud.* 60, 41. — Spart. *Caracalla*, cap. XII, — Valer. Max., *De fact. reb. Memor.* V, IX. — Quint. *Inst. orat.*, lib. VII, III. — Plin., *Hist. nat.*, lib. XXVI, § 3 *et seq.* — Id., lib. XXX, § 4, 6. Tacit. *Annal.*, lib. II, 32; VI; 23; VII, 53, 59. — *Hist.* lib. II, 62. — Apul. *Apolog. passim.* — Ammian. Marcell. *Rer. gest.*, l. XVI, cap. VIII. — Id., lib. XXIX, cap. II, *in fin.*, Juven., *Sat. VI*, etc.

Du reste, la jurisprudence avait plus d'une fois varié sur ce sujet. — Lamprid. *Alex. Sev.* XXVI. Plin., *loc. cit.* — Fragm. Ulp., lib. VII, *De officio proconsulis.* tit. *De math. et vat. ex* collat. leg. Mos. et Rom., tit. XV, cap. II. — Pellat., *Manuale Jur. syn.*, p. 580 et suiv.

« Par ces motifs,

« Le tribunal, jugeant en premier ressort, déclare X... mal fondé en sa demande, l'en déboute et le condamne en tous les dépens. »

Appel.

Après les plaidoiries de Me Rivolet pour le docteur X..., appelant, et de Me Craquelin pour l'intimé, la Cour, conformément aux conclusions de M. l'avocat général Hémar, a statué en ces termes :

« La Cour,

« Considérant qu'il est constant que l'appelant et l'intimé s'étaient associés ensemble en se chargeant réciproquement, l'un de tenir dans une dépendance de l'officine un cabinet de consultations gratuites, l'autre d'exécuter les ordonnances, afin de partager entre eux les profits à tirer de la vente des médicaments ;

« Que, par cette convention, ils ne manquaient pas seulement tous les deux aux règles et aux devoirs de leur profession : le médecin, en faisant commerce de son art et en se créant un intérêt à prescrire des remèdes superflus; le pharmacien, en se prêtant à cette spéculation abusive, et en privant les malades du seul contrôle qui puisse prévenir le danger des préparations médicinales infidèles ou défectueuses; mais encore que *l'association était viciée dans son principe même, puisqu'elle reposait sur une combinaison frauduleuse destinée à tromper le public par l'appât de consultations gratuites en apparence, et rétribuées en réalité ;*

« *Qu'il n'y a donc eu là qu'un pacte illicite radicalement nul,* et qui ne saurait servir de fondement à une action en liquidation et partage des bénéfices auxquels il a donné lieu ;

« Considérant d'ailleurs que les opérations de la société de fait, qui a existé entre les parties, ont été liquidées à des époques successives; que l'appelant a, chaque fois, donné des reçus de solde, et que les manœuvres dolosives dont il se plaint pour revenir aujourd'hui sur ces reçus ne sont nullement justifiées ;

« Met l'appellation et le jugement dont est appel au néant, et, statuant par jugement nouveau, déclare X... non recevable autant que mal fondé dans ses appel et demande, et le condamne à tous les dépens. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE MONTPELLIER.

Les membres correspondants de la Société médicale d'émulation (de Montpellier), sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, en réponse à la présente note, une lettre affranchie, contenant leurs nom et prénoms, le jour, le mois, le lieu, le département où ils sont nés, la date de leur nomination ainsi que le lieu de leur résidence actuelle, afin qu'ils soient régulièrement inscrits sur la nouvelle liste générale des membres de la Société. Ce délai opéré, ceux qui n'auront pas répondu seront considérés comme ne faisant plus partie de l'association.

Secrétariat, à la Faculté de médecine.

Le secrétaire général, Louis de Martin.

CORRESPONDANCE.

Pauillac, le 26 juin 1865.

Imperforation de l'hymen.

Monsieur le Rédacteur,

Le dernier article publié dans la *Gazette des hôpitaux,* sur un nouveau cas d'imperforation de l'hymen m'a remis en mémoire deux cas intéressants de ce genre d'anomalie.

Le premier est relatif à une petite fille de trois ans, Antoinette S..., qui me fut présentée par la mère, *comme n'étant pas faite comme les autres.* Après quelques explications préalables, je visitai l'enfant et je constatai une occlusion complète du vagin, fermé par l'hymen. Je pratiquai une incision cruciale sur cette membrane de texture fibreuse et selon la méthode arabe. Je fabriquai un suppositoire avec un mélange de cire et de miel, d'une consistance assez ferme et d'un calibre convenable, que j'introduisis dans le vagin de l'enfant, en vue d'obtenir la cicatrisation isolée de chacun des lambeaux de l'hymen. Le troisième jour le suppositoire tomba, et la cicatrice était complète. De ce qui précède on peut en inférer que si la mère de cette petite fille ne s'était pas aperçue de ce vice de conformation, l'enfant devenue pubère, aurait été exposée à tous les désordres qui surgissent dans ce cas, et ceci prouve aussi l'importance de s'assurer de l'état des organes des enfants naissants.

La deuxième observation appartient à une jeune femme de vingt-deux ans non réglée, qui ne s'aperçut de son infirmité qu'à la suite de sa cohabitation avec son mari, elle avait d'ailleurs toujours joui d'une santé magnifique. Elle subit avec résignation la petite opération que je pratiquai, il y a déjà plus de six ans, mais la menstruation ne s'est pas établie, et par conséquent à son grand désespoir elle est stérile. Je soupçonne l'absence ou l'état rudimentaire de l'utérus.

Veuillez agréer, etc.

Dr Le Gendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. le docteur Ducellier vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital cantonal de Genève.

M. le docteur Piachaud a été nommé chirurgien en chef dudit hôpital, et non médecin en chef, comme nous l'avons annoncé par erreur.

—Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un chirurgien de grand mérite, M. le docteur Goyrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix, membre associé de l'Académie impériale de médecine, décédé le 25 du courant, dans la soixante-troisième année de son âge.

Son collègue et ami, M. le docteur Payan, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, a prononcé sur sa tombe un discours religieusement écouté par une nombreuse assistance.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élève pharmacien à l'École du service de santé militaire de Strasbourg aura lieu au mois de septembre prochain, à Paris, à Strasbourg, à Lyon, à Montpellier, à Toulouse et à Bordeaux.

Pour être admis à ce concours, les candidats devront être pourvus du diplôme de bachelier ès-sciences complet ou du diplôme de bachelier ès-lettres et du diplôme de bachelier ès-sciences restreint, et avoir eu moins de vingt et un an le 1er janvier 1866.

Les trois années de stage dans une pharmacie civile exigées par la loi, sont remplacées, pour les élèves militaires, par trois années de service dans les hôpitaux et à l'École du Val-de-Grâce.

(Voir le *Moniteur universel* du 27 avril 1866, pour la nature des épreuves, la concession des places gratuites, etc.).

— La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 29 juin, à la Faculté de médecine (cabinet du doyen).

Ordre du jour :

1° Observation d'albuminurie chronique guérie par les bains sulfureux, par M. Paul Topinard ;

2° Rapport, par M. Auguste Voisin, sur une observation d'aphasie avec ataxie phonétique ;

3° Élection pour trois places de membre titulaire.

— Les 37e et 38e fascicules du *Grand Dictionnaire* viennent de paraître, 80 pages, 40,000 lignes, autant de matière qu'en donne en un mois un des grands journaux quotidiens. Les mots les plus importants sont : *Bastille, Bâtard, Bataille, Bateau, Bateleur, Bâton, Batterie, Baume,* et, pour l'histoire, *Bassompierre, Bastiat, Baudelaire, Bauër, Baur, Bautain, Bautru, Bayard, Bavière.* — Prix de la souscription à forfait, 200 francs ; incessamment, 300 francs. S'adresser à M. P. Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Considérations sur l'action des eaux sulfureuses naturelles, dans le traitement des paralysies, par le docteur De Vésine Larue. In-4° de 99 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

De la thoracentèse chez l'adulte, suivi de quelques considérations sur la thoracentèse chez l'enfant, par le docteur Albert Vignes. In-4° de 122 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Étude clinique sur la pulvérisation externe, par le docteur E. Tillot, inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées). In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Traité pratique des maladies des yeux, contenant des résumés d'anatomie des divers organes de l'appareil de la vision, par le docteur Fano, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. Tome deuxième. In-8° de 684 pages et 82 figures dans le texte. Prix : 8 fr. ; l'ouvrage complet, 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Ovariotomia in Italia fino al giugno 1865, ossia di due ovariotomie precedata da notizie istoriche sopra questa operazione, per Domenico Peruzzi, chirurgo primario di Sinigaglia. In-8° de 30 pages. Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Quelle part doit-on attribuer au traumatisme dans les affections puerpérales, par le docteur Verrier, professeur particulier d'accouchements. In-8° de 112 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Les Causeries du docteur. Un volume in-12, par le docteur Joulin. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Didier et compagnie.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 76. — SAMEDI 30 JUIN 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 30 JUIN 1866. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Influence des machines à coudre sur la santé et la moralité des ouvrières.

Sous ce titre, M. le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a donné lecture, devant la Société médicale des hôpitaux, d'observations fort intéressantes sur un sujet de l'ordre le plus élevé puisque la question soulevée et discutée dans ce travail touche en même temps à la morale et à la santé publique.

Lorsque ces graves intérêts sont en cause, c'est au médecin surtout qu'il appartient de signaler le péril; car personne ne sait mieux que lui combien il est important de ménager les forces humaines, et combien sont désastreuses les conséquences du vice.

Voici à quelle occasion M. Guibout fut amené à reconnaître les inconvénients sérieux et graves qui résultent pour la santé et la moralité des ouvrières, de la mise en œuvre des machines à coudre.

Il y a un peu plus de trois ans, une femme jusqu'alors d'une très-bonne santé, se présente à lui avec un amaigrissement et une altération des traits qui annoncent une atteinte profonde portée à l'organisme; en cherchant quelle pouvait être la cause et le point de départ, la malade, sollicitée par les questions qui lui furent faites, donna les renseignements suivants :

Depuis sept à huit mois, du matin au soir, elle travaillait au moyen d'une de ces machines à coudre dites *machines américaines*. Ces machines, ainsi que tout le monde le sait, sont mues par deux pédales, une pour chaque pied. L'impulsion leur est donnée par un mouvement rapide d'abaissement et d'élévation des deux membres inférieurs, des cuisses en particulier.

Tantôt ce mouvement est simultané et isochrone pour les deux membres qui s'élèvent et s'abaissent à la fois, en imprimant, par le fait même, à tout le corps, un balancement antéro-postérieur continuel et régulier; tantôt, au contraire, suivant la construction différente des machines, le mouvement générateur produit par les membres inférieurs est alternatif, c'est-à-dire que quand une cuisse s'abaisse, l'autre s'élève. Dans ce dernier cas il n'y a point, pour le corps tout entier, d'oscillations cadencées d'avant en arrière et d'arrière en avant; mais il y a une secousse, un ébranlement général et sans cesse renouvelé, résultant du frottement rapide des cuisses l'une sur l'autre.

Ces différents mouvements produisaient chez cette jeune femme une excitation génésique considérable qui, souvent la forçait à suspendre son travail, et c'est à la fréquence de ces excitations, à la fatigue qui en résultaient pour elle, qu'elle attribuait la leucorrhée dont elle était affectée, son amaigrissement et la perte de ses forces.

Ce cas isolé, si grave qu'il fût par lui-même, ne pouvait permettre de rien conclure : on n'était pas suffisamment autorisé à remonter des effets à la cause qui les avait produits. On pouvait avoir affaire à une de ces natures à part exceptionnelles, à un de ces tempéraments bizarres, nerveux, déréglés, pour lesquels il y a partout excitation, puisque l'excitation est en elle-même *vis insita*. Il fallait donc se tenir en éveil et attendre que, le hasard aidant, d'autres femmes présentant des accidents analogues vinssent s'offrir à l'observation.

Or, dans le cours de l'année dernière, M. Guibout observa, à l'hôpital Saint-Louis, trois cas analogues à celui dont nous venons de parler. Cette année, depuis le 1er janvier, il en a observé cinq autres, et, de ces malades, une est encore actuellement à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Henri, n° 57. Ces cas étudiés avec le plus grand soin, ont été observés et constatés par les élèves du service et par des médecins assistant à la visite des salles.

Parmi ces malades, deux méritent spécialement l'attention : ces deux femmes, entièrement inconnues l'une à l'autre, travaillant dans des ateliers différents, se présentèrent le même jour à la consultation du samedi.

La première, blonde, lymphatique, les joues creuses, blêmes, décolorées, le corps amaigri, le dos voûté, se plaignait de violentes douleurs épigastriques, de digestions pénibles, de pertes blanches continuelles, et d'un état général de malaise, de débilitation et d'épuisement. Cette femme dit, sans qu'on l'eût interrogée sur ce point, qu'elle attribuait tous ces accidents à sa machine à coudre. Avant d'entrer dans l'atelier, elle était vigoureuse, grasse, fraîche, bien portante, sans la moindre trace de leucorrhée; depuis sept ou huit mois qu'elle se livrait à ce genre de travail, elle avait vu sa santé s'affaiblir, son embonpoint se perdre, ses forces s'en aller, les fleurs blanches apparaître et devenir de jour en jour plus abondantes.

« Du reste, dit-elle, je ne suis pas la seule à souffrir ainsi : « plusieurs ouvrières de mon atelier sont malades comme moi « et par la même cause. Le mouvement continuel des mem- « bres inférieurs, l'ébranlement, le balancement de tout le « corps les épuisent et leur donnent, comme à moi, des dou- « leurs de tête, d'estomac, et surtout des pertes blanches. »

Interrogée relativement à l'influence génésique, à l'excitation sexuelle que la machine aurait pu exercer sur elle, cette femme déclara que cette influence avait été nulle; mais elle eut soin d'ajouter qu'elle était, depuis longtemps, dépourvue de tout sens génésique; mais elle savait qu'un grand nombre d'ouvrières éprouvaient fréquemment, par suite de leur travail, une excitation génitale assez vive, pour les mettre dans la nécessité de cesser momentanément tout travail, de sortir de l'atelier et d'avoir recours à des lotions froides.

La seconde malade qui se présenta à cette même consultation; était une femme robuste, brune, au teint coloré, au tempérament sanguin; elle travaillait à la machine à coudre, chez un de nos grands industriels; sa santé avait toujours été bonne, excepté depuis son entrée dans l'atelier où elle était restée un an environ; mais elle avait été obligé de quitter à cause de la fatigue et des douleurs que lui causait la machine, sous le rapport des excitations génitales; les renseignements qu'elle donna étaient des plus nets : « sur 500 femmes qui travaillent dans mon atelier, a-t-elle dit, il y en a au moins 200 qui, à ma connaissance, éprouvent les mêmes accidents que moi. Aussi la population de cet atelier se renouvelle-t-elle sans cesse; les mêmes ouvrières n'y peuvent pas rester bien longtemps; c'est un va-et-vient continuel de femmes qui entrent bien portantes et de femmes qui sortent amaigries et débilitées. » Huit jours après, à la consultation du samedi suivant, une autre femme se présente pour être admise à l'hôpital; elle dit, qu'indépendamment de l'excessive fatigue que lui occasionne la machine, elle éprouve des douleurs lombaires avec irradiation de ces douleurs et pesanteurs à l'hypogastrie; elle se plaint encore et surtout d'avoir des règles beaucoup trop fréquentes, se répétant deux fois par mois, et coulant chaque fois abondamment pendant cinq à six jours au moins.

Enfin chez une dernière malade reçue à la consultation du 5 mai, à l'effet débilitant d'une leucorrhée, devenue de plus en plus abondante si on joint la fatigue causée par l'activité musculaire incessante de tout le corps, et spécialement des membres inférieurs, on comprendra facilement que cette femme jeune, lymphatique, ait perdu l'appétit, qu'elle ait été prise de gastralgie, qu'elle ait rapidement maigri, et que finalement elle ait eu une toux sèche, incurable et d'un pronostic peut-être fâcheux.

On voit, par ce que nous venons de dire, combien peuvent être graves ces accidents résultant de la mise en œuvre de la machine. Il conviendrait peut-être de chercher un autre moteur que la pédale dans le fonctionnement des machines à coudre; c'est aux industriels et constructeurs d'appareils de trouver, par une modification de l'outillage, un remède à un état de chose grave et fâcheux qu'il était du devoir des médecins de signaler, au double point de vue de l'hygiène industrielle et de la morale publique.

Entropion de la paupière supérieure.

Voici la relation d'une opération pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine par M. Foucher.

L'entropion de la paupière supérieure est extrêmement difficile à guérir, et aucun des procédés opératoires, qui ordinairement réussissent pour la paupière inférieure, ne donne une guérison certaine quand il s'agit de la paupière supérieure.

M. Arlt emploie dans ce cas un procédé ingénieux qui mérite le nom de transplantation du sol ciliaire; il introduit à plat un petit bistouri dans la paupière, un peu en dehors du point lacrymal, dans l'épaisseur même du bord antérieur, de façon à laisser en arrière l'ouverture des glandes de Meibomius et à avoir au devant les bulbes ciliaires et la peau qui les supporte; quand il a enfoncé le bistouri de deux lignes et demie entre les deux plans de la paupière qu'il constitue par son incision, il le pousse en avant à travers la peau, et le conduit jusqu'à l'angle externe, de façon à séparer du tarse une bande cutanée contenant les cils et leurs bulbes; il pratique alors une seconde incision au-dessus de la première, qui lui est parallèle, et qu'elle rejoint par ses extrémités, limitant ainsi un lambeau qui est excisé; quelques points de suture réunissent alors les deux lèvres de la plaie et reportent d'autant en haut le sol ciliaire préalablement détaché par la première incision.

M. Foucher, ayant à opérer la malade dont nous allons rapporter l'histoire, après avoir résumé les procédés qui peuvent être employés, s'est décidé pour celui d'Arlt, modifié par Graefe. Cette modification ressortira de la description des opérations pratiquées sur la malade dont il va être question.

Le 8 mars 1866, se présentait à l'hôpital la nommée P... Catherine, âgée de seize ans. Cette jeune fille est née en Belgique et demeurait à Bruxelles lorsque, à l'âge de huit ans, elle contracta, dans un asile, une ophthalmie granuleuse, qui sévissait sur d'autres enfants ses compagnes. Cette malade, qui est d'un tempérament lymphatique, est la seule dans sa famille qui ait eu mal aux yeux.

Lors du premier examen, on constate un trachome des deux yeux; la face conjonctivale des paupières est recouverte de granulations; il y a un double entropion; les bords libres des paupières sont épaissis, indurés; les cils rares, déviés, disparaissent entièrement entre le globe oculaire et la face palpébrale interne; la cornée dépolie est le siége, surtout dans sa moitié supérieure, d'une kératite panniforme, les yeux sont larmoyants, la vision presque nulle.

Cet état décide M. Foucher à pratiquer sur l'œil droit l'opération de l'entropion, par le procédé de M. Arlt, modifié par Graefe; et, le 29 mars, il fit l'opération de la manière suivante : après avoir anesthésié la petite malade, il tendit la paupière au moyen de deux pinces qui furent confiées à un aide; la paupière étant ainsi tendue, il pratique à l'angle interne de l'œil, puis immédiatement en dehors du point lacrymal, deux incisions verticales de cinq lignes de hauteur. Ces deux incisions, qui divisaient la peau et le muscle orbiculaire, étaient perpendiculaires au bord libre de la paupière qu'elles limitaient; ce bord est saisi avec une pince à griffes, et le chirurgien, à l'aide d'un bistouri pointu, disséqua l'espace intermarginal qu'il dédoubla; le sol ciliaire contenu dans la peau restait en avant, tandis que le cartilage tarse avec l'appareil Meibomien restait en arrière. Cette dissection, qui est faite d'une incision verticale à l'autre, forme un lambeau quadrangulaire supportant les cils. Lorsqu'elle fut terminée, M. Foucher enleva à la partie supérieure de la paupière un pli de peau qu'il a préalablement saisi avec une pince, et qu'il lui suffit alors d'exciser d'un coup, avec des ciseaux courbes; il réunit les lèvres de cette dernière plaie par trois points de suture; de cette façon le sol ciliaire se trouve reporté en haut d'autant, et le chirurgien l'arrête définitivement en fixant, par un point de suture de chaque côté, les angles du lambeau antérieur à chacune des extrémités des incisions verticales.

Trois jours après, on enlevait les fils de suture, la cicatrisation était presque complète, la cornée avait déjà plus de limpidité, la vision s'était considérablement améliorée. Devant cet heureux résultat, M. Foucher pratiqua, le 14 avril, la même opération sur l'œil gauche, et obtint le même résultat que pour l'œil droit. Dans cette dernière opération, la malade ne fut pas anesthésiée.

Aujourd'hui, la jeune malade a les deux bords palpébraux normalement disposés; les cils ne touchent plus la cornée, qui a en grande partie recouvré sa transparence.

Ce fait démontre que le procédé par transplantation du sol ciliaire fournit des résultats avantageux, même dans les cas graves et invétérés; il est, sans aucun doute, très-préférable à l'ablation du sol ciliaire, méthode irrationnelle qui remplace une infirmité curable par une difformité incurable, et qui, privant la cornée de son tuteur naturel, en amène l'altération.

Le même procédé a été employé onze fois par M. Warlomont, dans des cas très-graves, et chez des malades qui avaient déjà, pour la plupart, subi d'autres opérations.

Tous ont retiré de l'opération une telle amélioration, qu'ils ont pu reprendre leurs travaux et pourvoir à leur subsistance.

Métrorrhagies chez les femmes chargées d'embonpoint.

Voici la fin du travail de M. Dancel :

Au mois d'août 1865, Mme X..., habitant le département du Nord, vint me consulter. Elle est âgée de trente ans, d'une petite taille (1 mètre 50 centimètres de hauteur). Elle pèse 181 livres. Elle est mariée depuis six ans, n'a point eu d'enfants ni fait de fausses couches. Elle a toujours eu de l'embonpoint, mais depuis cinq ans, elle a engraissé d'une manière

démesurée. En prenant sa grosse corpulence il lui est survenu des maux de tête, de l'oppression, une extrême difficulté de marcher. Elle a toujours des douleurs dans les reins et dans les jambes. Elle a souvent des palpitations et des picotements au cœur. Elle éprouve une grande douleur dans la région de la rate. Il y a cinq ans, ses règles, après avoir jusqu'alors paru régulièrement, se supprimèrent pendant six mois, puis revinrent à des époques irrégulières, puis enfin elle n'a pas cessé d'être dans le sang depuis un an.

Les organes génitaux visités n'ont rien offert d'anomal.

Pour combattre les maux de tête dont elle est souvent affectée, elle a fait souvent usage de sangsues appliquées aux cuisses. Elle a pris tous les médicaments toniques et astringents que l'on prescrit habituellement dans les métrorrhagies chroniques passives, sans aucun résultat favorable.

Cette dame a un bon teint, elle mange et dort bien. Malgré cette apparence de santé, je demande à être bien édifié sur l'état du cœur et de la rate, qui sont le siége de douleurs continuelles. M. le professeur Trousseau examine la malade, ne trouve qu'un peu de gêne dans les battements du cœur et rien à noter du côté de la rate.

Mme X... s'en retourne chez elle munie de mes instructions, qui lui prescrivent de vivre principalement de viande, de peu de légumes, de boire le moins possible et de se purger une ou deux fois par semaine avec de la scammonée, de faire chaque jour une ou deux injections avec une décoction légère de feuilles de noyer.

Le 3 octobre suivant, cette dame m'écrivit que sa perte de sang, qui avait augmenté depuis le 16 ou le 17 septembre, s'arrêta le 21. Elle avait remarqué que, pendant les cinq ou six derniers jours, sa perte ressemblait entièrement à celles qu'elle avait chaque mois quand elle était bien réglée.

Le 30, elle m'annonce que ses règles ont reparu, le 17 de ce mois, d'une manière normale et que si elle les voit le mois suivant, elle croira au rétablissement de sa santé.

Au mois de janvier dernier, j'ai reçu des nouvelles de cette dame, qui me dit qu'elle continue à être réglée chaque mois d'une manière satisfaisante, qu'elle n'a plus de maux de tête, ni au cœur, ni à la rate, ni dans les reins, qu'elle a perdu beaucoup de son poids. Elle fait, chaque jour de beau temps, 4 ou 6 kilomètres à pied.

Lorsque j'allai faire part à M. le professeur Trousseau de l'heureux résultat obtenu chez cette personne qu'il avait examinée avec moi, il me dit que récemment il avait été consulté par une femme très-grosse pour une métrorrhagie rebelle. Il lui avait ordonné les toniques, le quinquina, etc. La voyant démesurément grasse, il lui avait aussi prescrit le régime indiqué dans mon *Traité de l'obésité*. Au bout d'un certain temps, elle revint voir ce savant professeur et lui dit que sa perte de sang avait complétement cessé. Elle avait en même temps maigri de 10 à 15 livres.

Comment expliquer cette coïncidence de la guérison d'une métrorrhagie chronique avec la diminution de l'embonpoint d'une femme très-grasse, même sans l'emploi des médicaments donnés habituellement contre ces pertes.

Parmi ces médicaments, les préparations martiales ne sont jamais oubliées; mais que peuvent-elles faire ici? Ce n'est que dans une proportion infiniment petite et même contestée par beaucoup de physiologistes que le fer ingéré peut arriver directement dans le sang, y revivifier les globules et en augmenter la quantité. Il agit bien plus évidemment comme tonique stimulant en procurant plus d'activité à l'innervation et à la nutrition. C'est ainsi qu'il favorise le rétablissement d'une constitution appauvrie, dans la chlorose, l'anémie, etc., et guérit une métrorrhagie prenant sa cause dans cette faiblesse de constitution. Le quinquina, le ratanhia et plusieurs autres toniques agissent dans le même sens.

Quoique les grosses femmes dont je viens de rapporter les observations fussent affectées de métrorrhagies passives, de la nature de celles dont sont atteintes les femmes chlorotiques, on ne peut cependant pas les classer dans cette catégorie de malades, elles dont les fonctions de nutrition se font si bien. Mais si chez elles le principe de l'innervation ne laisse rien à désirer, l'action de celle-ci sur l'organisme peut être empêchée par un état spécial de cet organisme. Et c'est bien un état spécial que celui des très-grosses femmes. Leurs organes et les tissus qui forment ces derniers, sont pénétrés d'une énorme proportion d'eau dépassant de beaucoup celle qui se voit chez les individus d'un embonpoint ordinaire.

Pour avoir une idée de la quantité de sérosité qui pénètre les tissus des grosses personnes comme des animaux chargés de beaucoup d'embonpoint, que l'on sache que le boucher qui, le matin enlève de l'abattoir, après l'avoir pesée, 500 kilogrammes de viande et la transporte chez lui, où il la pèse de nouveau en arrivant, ne trouve déjà plus le poids de 500 kilogrammes; le soir de ce jour, il aura 20 livres environ de moins que le matin, et la diminution, due à l'évaporation de l'eau, est toujours d'autant plus grande que l'animal était plus gras.

L'on peut admettre que les tissus des organes d'une femme très-grosse, et ainsi pénétrés d'une très-grande quantité de sérosité, tout en conservant cette sensibilité organique nécessaire pour l'assimilation et la nutrition, aient perdu, à cause de la présence de cette masse de sérosité dans laquelle ils baignent, cette tonicité, cette contractilité organique, cette érection vitale de Broussais, qui sont indispensables aux fibres des tissus, pour constituer une trame assez serrée pour empêcher le passage des fluides.

Ce qui prouve *de visu* que les tissus, chez les personnes très-grasses manquent de tonicité normale, c'est que les liquides obéissent chez elles aux lois de la pesanteur. Elles ont le plus souvent les extrémités inférieures infiltrées. Quand elles restent couchées longtemps sur un côté du corps, ce côté l'emporte à la fin de beaucoup sur l'autre, en grosseur, ainsi que l'observa Dupuytren, sur une obèse morte à l'Hôtel-Dieu et dont il a relaté l'histoire dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, de Corvisart et Boyer, année 1816.

Il peut arriver que le sang, appelé par une fluxion périodique vers l'utérus, dont les tissus sont alors relâchés pour le laisser passer, continue de couler indéfiniment, parce que les fibres de ces tissus manquent de la tonicité, de la contractilité nécessaires au resserrement de ces fibres. Et la perte alors s'établit d'autant plus facilement que le sang des femmes très-grosses est, comme celui de toutes les personnes très-lymphatiques, peu riche en globules et est très-aqueux.

L'on comprend alors que l'action des médicaments excitants et toniques soit empêchée par la pléthore lymphatique de ces grosses femmes et que le premier, le principal moyen à employer pour les délivrer de leurs pertes utérines est de diminuer la quantité de sérosité dont elles sont pénétrées.

Je n'ai prescrit aucun médicament tonique aux trois femmes que j'ai guéries d'hémorrhagies utérines.

Celle que M. le professeur Trousseau a délivrée d'une perte rebelle par les toniques reconstituants, en même temps que ce savant professeur lui prescrivait un régime propre à lui faire perdre de son embonpoint, doit-elle, cette dame, son rétablissement, comme mes trois malades, au régime seulement, ou bien à la médication employée alors? Je suis porté à croire que si cette personne n'eût pas perdu de son poids, elle n'aurait pas maigri; mais je pense que les médicaments ici ont précipité la guérison, aussitôt que l'organisme a été délivré d'une partie de la sérosité qui le pénétrait. Ce qui me le prouve, c'est que les femmes que j'ai traitées pour la même affection, avaient toutes pris précédemment du fer et d'autres médicaments toniques, et que toutes m'ont dit en avoir éprouvé un effet avantageux, mais à peine sensible.

Je dirai à l'occasion de ce qui précède, qu'une femme très-grasse, qui, par le régime anti-obésique, se trouve être plus légère de 10 ou 15 livres, n'a pas perdu un atome du tissu adipeux. Ce n'est d'abord que la sérosité surabondante du corps qui disparaît par ce régime.

Aussi pour avoir une guérison durable d'une hémorrhagie utérine chez les grosses femmes, il faut engager ces femmes à continuer longtemps encore ce régime alimentaire sec et nutritif, en buvant le moins possible, pour éviter une récidive, comme cela est arrivé à la dame qui fait le sujet de notre première observation.

CONTAGION DU LIQUIDE DE L'ÉRUPTION VARIOLIQUE.

M. Kuchenmeister, dans une lettre adressée au professeur Hébra, relate les deux expériences suivantes sur la contagion du liquide de l'éruption variolique.

Dans une première expérience il fait inspirer à un mouton de l'air traversant des tubes remplis de sérosité prise dans des boutons varioliques au début; l'animal ne présente rien de particulier.

Dans une deuxième expérience il prend la chemise qu'avait portée un varioleux chez lequel les pustules étaient déjà ombiliquées, et la dispose de façon que l'air inspiré par l'animal soit forcé de traverser le tissu. Neuf jours après l'expérience, il y avait une éruption variolique sur la peau glabre de la face interne des cuisses.

De ces expériences l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les poumons peuvent admettre le virus varioleux;

2° Il y a dans l'infection variolique un miasme mis en liberté et volatil;

3° Le miasme se forme dans le corps et est mis en liberté avant la production du pus;

4° Le produit s'unit aux produits de la perspiration cutanée et quitte le corps avec eux;

5° Il est susceptible de se dessécher et peut devenir un contagium solide se fixant sur le linge, et pouvant probablement se fixer aussi sur d'autres corps.

DE LA PRÉSENCE D'UN SEL DE CUIVRE

Dans la conserve de tomates.

Consulté il y a peu de temps sur la composition d'un produit que l'on vend dans le commerce sous le nom de *conserve de tomates*, M. Chevallier fils entreprit, sur ce sujet, quelques recherches dont nous empruntons le récit au numéro d'avril 1866 du *Moniteur d'hygiène*.

Disons d'abord que ces recherches firent reconnaître que cette *conserve de tomates* contient une certaine quantité d'un sel de cuivre, et c'est évidemment à la présence de ce sel que furent dus les accidents observés dans le cas où M. Chevallier fut consulté.

Si l'on recherche la cause de la présence de ce sel dans cette préparation culinaire, on est porté à l'attribuer à l'emploi de vases de cuivre lors de sa préparation. Toutefois il n'a pas été possible à M. Chevallier de vérifier ces doutes, car on ne jugea pas convenable de lui faire connaître le nom du préparateur.

Quoi qu'il en soit, ajoute l'auteur que nous citons, il serait de la plus grande utilité de vérifier sur une large échelle si la conserve de tomates vendue dans le commerce contient toujours un sel de cuivre.

L'opération à faire serait des plus simples : elle consiste à prendre une quantité donnée de conserve, à la faire dessécher, puis à calciner le produit obtenu sec, pour obtenir d'abord une carbonisation, puis une incinération.

L'incinération étant complète, il ne s'agit plus que de traiter les cendres, placées dans une petite capsule de porcelaine, par de l'acide azotique en quantité convenable, puis de chauffer pour activer la dissolution, et en même temps pour chasser l'excès d'acide azotique.

Cette dessication terminée, on traite par l'eau distillée, à l'aide de la chaleur, le résidu, puis on jette sur un filtre. La liqueur filtrée doit ensuite être essayée :

1° Par l'ammoniaque qui donnera au liquide une couleur bleue plus ou moins intense, si la conserve examinée contenait du cuivre;

2° Par l'acide hydro-sulfurique, qui déterminera, si ce liquide contient du sel toxique, une coloration brune plus ou moins intense, et au bout de quelque temps, des flocons de couleur tirant sur le noir;

3° Par un *clou d'épingle* bien décapé, qui, placé dans un tube avec une partie du liquide, prendra, par son séjour dans ce liquide, la couleur du cuivre métallique si la conserve examinée contenait un sel de ce métal.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

(Fin de la communication de M. Maurice PERRIN.)

La première raison que M. Le Fort a fait valoir en faveur de l'asphyxie est empruntée à des expériences déjà anciennes et relatives à l'action directe des substances anesthésiques mises à l'état liquide en contact avec le sang. Dans ces conditions, le globule sanguin se contracte, se ride, se déforme, perd une partie de son liquide constitutif et devient éminemment impropre à l'hématose. Je récuse toute valeur à des expériences ainsi instituées. Il n'y a aucune parité à établir entre les effets obtenus par des vapeurs introduites dans le sang vivant par l'absorption pulmonaire, et les effets physico-chimiques obtenus directement dans une éprouvette par le mélange artificiel du sang et des anesthésiques à l'état liquide. Sous cette forme, ces agents possèdent, comme on le sait, un pouvoir coagulant très-énergique qui n'a rien de commun avec leur activité toxique; celle-ci leur est spéciale. L'autre est commune à la plupart des agents chimiques. Aussi, au lieu de recourir à cette expérience grossière qui consiste à mélanger directement dans un vase du sang avec de l'éther ou du chloroforme liquides, si on examine le sang d'animaux profondément anesthésiés, on ne retrouve plus aucune trace du passage ou du séjour de l'agent stupéfiant.

Bien des fois ces recherches ont été faites tant en France qu'à l'étranger : toujours, à l'analyse chimique, au microscope, on reconnut que le sang n'avait subi aucune modification constitutive de quelque ordre que ce soit.

Il est vrai que tout récemment des expériences analogues à celles qui ont été invoquées par M. Le Fort viennent d'être faites par M. L. Hermann dans de meilleures conditions. Je crois devoir en faire mention parce que, selon toute prévision, elles ont échappé aux investigations de notre collègue. Je tiens d'ailleurs à montrer que je n'ai dans cette question aucun parti pris. M. L. Hermann, au lieu d'employer des liquides coagulants, fit des mélanges de sang et de vapeurs anesthésiques qu'il maintint à l'étude durant un certain temps. Sous l'action de ces vapeurs il constata d'abord une déformation des globules, puis un gonflement de ces corpuscules qu'il attribua à une véritable dissolution d'un de leurs principes constitutifs. Ce principe lui paraît identique avec celui qui a été découvert l'année dernière dans le tissu nerveux par M. Liebrich et décrit par lui sous le nom de *Protagon*. Je me réserve d'étudier ce point de vue nouveau; mais, jusqu'à meilleure information, je me crois autorisé à répudier des expériences qui pèchent encore par la base puisqu'elles se placent en dehors des conditions du problème qu'elles veulent résoudre. Sans doute M. Hermann, en substituant les vapeurs à leur liquide générateur, a réalisé un progrès; mais que d'inconnues encore en valident ses résultats! Encore un coup, pour se prononcer il faut tout d'abord opérer sur le sang soustrait pendant l'état anesthésique.

A l'appui de sa thèse, M. Le Fort a fait valoir un autre argument qui, pour moi, n'a d'autre valeur que l'appui de sa parole sympathique. Les anesthésiques, a-t-il dit, sont des agents anesthésiques parce que ce sont des substances carbonées. J'avoue que ma raison s'est toujours refusée à comprendre par quelle singulière filiation d'idées on pouvait être amené à conclure qu'un principe était anesthésique parce qu'il était riche en carbone! Mais toutes les matières organiques sont riches en carbone. Mais à ce titre, le sucre, les graisses, l'amidon, seraient des récipients anesthésiques parce qu'ils renferment beaucoup de carbone. J'accorde même qu'il entrait dans la pensée de M. Le Fort, bien qu'il ne l'ait pas dit, de ne parler que des substances volatiles. L'hypothèse n'est pas même fondée. En veut-on un exemple? Dans la même série chimique l'alcool, l'éther sont des anesthésiques; l'acide acétique, qui est plus riche en carbone, ne l'est pas! Le degré de volatilité ne vaut pas mieux puisque l'éther, substance plus volatile que le chloroforme, est un agent beaucoup moins énergique.

D'autre part, si les substances anesthésiques doivent au carbone qu'elles renferment leurs vertus spéciales, elles seront d'autant plus énergiques qu'elles en renfermeront davantage. Il n'en est rien. L'éther qui a pour formule C^4H^5O est plus riche en carbone que le chloroforme qui a pour formule C^2HCl^3. Et pourtant le premier est beaucoup moins énergique que le second. J'en ai assez dit pour montrer qu'une semblable hypothèse ne supporte un examen un peu attentif par aucun de ses points.

Dans les faits, la clinique ne condamnait pas moins cette doctrine de l'asphyxie. Ici je n'ai qu'à faire appel à vos souvenirs; n'avons-nous pas tous constaté soit pendant les opérations chirurgicales, soit pendant des expériences physiologiques, qu'au moment où les fonc-

tions du système nerveux sont abolies le sang coule rouge dans les artères? La couleur, comme l'analyse, du reste, témoigne qu'il n'est point désoxygéné. Dès lors, rattacher l'anesthésie à de l'asphyxie, c'est admettre un effet sans cause. Ce qui a contribué surtout à établir cette choquante synonymie contre laquelle je m'élève, c'est que les agents asphyxiants rendent insensibles : comme si la plupart des poisons n'en faisaient pas autant? Eh bien, même à ce dernier point de vue, le confirmer entre les asphyxiants et les anesthésiques n'est pas encore possible

Plongez deux animaux de même race, de même force, dans un état de mort apparente; l'un avec du chloroforme, l'autre avec de l'acide carbonique. De part et d'autre il ne reste plus pour toute manifestation vitale que quelques frémissements du cœur.

Mettez la moelle à nu chez l'animal asphyxié, les irritants mécaniques provoqueront encore d'énergiques contractions; l'innervation déprimée sous l'action du sang noir vit encore dans les centres. Chez l'animal chloroformisé on pourra piquer, couper, broyer la moelle sans obtenir la moindre réaction : le poison a aboli tout pouvoir excito-moteur. Comme vous le voyez, messieurs, de quelque côté que l'on envisage cette importante question, on arrive toujours à conclure qu'il n'existe aucune parité d'action entre les agents asphyxiants et les poisons anesthésiques.

Ceux-ci, en effet, quels qu'ils soient, qu'il s'agisse de l'alcool, de l'éther, du chloroforme, etc., exercent une action directe, primitive, sur le système nerveux dont ils pervertissent, puis abolissent progressivement les fonctions.

Si, à la période ultime de leurs effets, au moment où s'épuise la vie organique, on observe quelques symptômes d'asphyxie, ceux-ci ne témoignent que de l'état d'impuissance dans lequel son plongés tous les reports de la vie végétative. C'est l'asphyxie de l'agonie.

J'espère avoir démontré que les phénomènes réguliers, habituels, normaux de l'anesthésie ne dépendent pas d'un état asphyxique du sang. Je suis dès lors fondé à n'admettre l'asphyxie accidentelle au nombre des causes de mort subite pendant l'anesthésie, qu'autant qu'elle m'aura été démontrée par l'état du sang ou par la privation d'air respirable. C'est ici, messieurs, que la logique des faits conduit irrésistiblement à engager la responsabilité de l'opérateur.

Pour priver le patient d'air respirable au point d'amener la mort par asphyxie avec un corps poreux, comme une éponge ou une compresse avec un liquide qui fournit, au maximum, comme je l'ai démontré ailleurs, 12 à 15 p. 100 de vapeurs, il faut l'oubli de toute règle, il faut, j'allais dire, la volonté de le faire, surtout avec le court espace de temps qui se passe le plus souvent depuis le début des inhalations jusqu'à la mort.

N'en voit-on pas la preuve dans ce que l'on observe pendant l'administration de l'éther? Ici le liquide est plus volatil et, par conséquent, les vapeurs sont plus abondantes; ici on se sert d'un appareil imperméable à air confiné dont on coiffe la tête du patient; on poursuit longtemps l'anesthésie, c'est-à-dire qu'on se place volontairement dans les meilleures conditions pour amener l'asphyxie. Et pourtant vous savez qu'il n'en résulte aucun accident d'asphyxie; malgré l'insouciante hardiesse avec laquelle on procède, les accidents sont encore très-rares et même contestés, à tort, je le crois, par quelques opérateurs.

Vous voyez, messieurs, combien la question devient sérieuse au point de vue de la responsabilité médicale. Aussi n'est-ce pas sans une véritable émotion que, dans un article qui aurait dû faire autorité en raison de la position officielle de son auteur, j'ai lu tout récemment que l'asphyxie est la cause la plus fréquente de la mort.

Et cette grave objection n'est motivée par aucune critique, par aucun examen des faits; elle repose tout entière sur une médiocre statistique allemande! Heureusement encore que le sévère médecin légiste veut bien accorder les circonstances atténuantes en déclarant dans une des phrases suivantes, que l'asphyxie n'implique pas nécessairement une maladresse ni une imprudence.

Pour ma part, je n'accepte pas ces subterfuges. Je prends d'avance toute la responsabilité des cas de mort par asphyxie réelle qui pourront se présenter dans ma pratique, sans le bénéfice même de quelque complaisant spasme de la glotte, mais à une condition : c'est que le diagnostic sera judicieusement posé et reposera sur d'autres bases que la constatation d'une banale congestion pulmonaire à laquelle le même auteur semble, en pareille matière, attacher une grande importance.

A l'égard du traitement à intervenir, M. Le Fort attache une grande importance à l'électricité employée comme excitant général. Dans le but de ranimer les fonctions du cœur, sans enlever toute valeur à cet agent énergique, de quelque façon qu'on veuille l'employer, j'estime que, pour la simplicité, l'énergie et la régularité de son action, rien ne saurait être comparé, comme je l'ai déjà dit, à la respiration artificielle pratiquée rapidement, obstinément à l'aide d'une sonde trachéale et d'un soufflet. Quelle que soit la façon dont on interprète son action directe, elle représente le moyen le plus sûr de réveiller les battements du cœur, de la même façon que tout arrêt brusque et un peu prolongé des mouvements respiratoires constitue un péril pour la circulation. C'est ainsi que s'affirme partout l'étroite et inséparable solidarité qui règne entre ces deux grands appareils.

Je ne voudrais pas terminer sans remercier M. Bouvier des termes flatteurs par lesquels il a bien voulu apprécier mon livre sur l'anesthésie. D'ailleurs, je trouve ainsi l'occasion de donner un mot de commentaires au sujet d'une proposition qui ne lui a pas paru suffisamment explicite. J'ai dit, ce qui d'ailleurs n'est pas contesté, que les enfants jouissaient d'une véritable immunité à l'égard des accidents graves de l'anesthésie. Je n'ai pas spécifié jusqu'à quel âge, comme l'aurait désiré notre collègue. Je ne l'ai pas fait parce qu'il est bien difficile d'être rigoureux en pareille matière sans cesser d'être vrai. Je croyais d'ailleurs avoir été suffisamment explicite pour un autre motif.

J'ai longuement étudié dans mon travail les conditions physiologiques et psychologiques de la syncope. Je suis arrivé à cette conclusion qu'elle est spéciale à l'homme et qu'elle fait son apparition dans la vie humaine en même temps que l'intelligence; dès lors l'immunité enfantine se limite naturellement à l'époque à laquelle l'enfant commence à devenir raisonnable.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité inférieure du péroné.

M. BROCA présente, au nom de M. A. Guérin et au sien, une pièce anatomique à propos de laquelle il donne les renseignements suivants.

L'origine de la tumeur remonte à plus de quatorze années. Le sujet que nous avons opéré a trente ans, et il n'en avait pas encore seize lorsque la tumeur a été découverte. Elle siégeait sur l'extrémité inférieure du péroné, qui, on le sait, ne se soude pas avant l'âge de seize ans. Le malade, qui a étudié la médecine, s'est observé avec soin. Longtemps la tumeur est restée localisée dans la région malléolaire externe. Son accroissement n'a été rapide que depuis deux années; c'est dans ces derniers temps seulement que la peau s'est ulcérée et que la tumeur s'est cariée au niveau des points ulcérés. Le diagnostic exostose ne fut douteux pour personne; mais nous avions espéré que la tumeur recouvrait la partie antérieure de l'articulation et du tibia sans les avoir envahi, et que la résection était encore possible. Nous commençâmes l'opération dans cette prévision, décidés cependant à amputer s'il le fallait. Le malade était prévenu, et c'est, en définitive, à l'amputation qu'il a fallu recourir.

La tumeur a le volume du poing; elle est inégale, mais partout dure à la surface. La coupe verticale faite pendant l'opération permet de s'assurer que l'articulation est saine, que le péroné et le tibia sont restés indépendants, quoique englobés dans la même masse morbide. Ce qui a décidé à amputer, c'est que le tibia lui-même était envahi.

La tumeur présente plusieurs cloisons cartilagineuses, et n'est cependant pas un enchondrôme. Le tissu cartilagineux est particulièrement abondant à sa partie inférieure. C'est en effet vers ce point de la tumeur que s'est prononcé surtout le développement rapide des deux dernières années. On trouve dans cette partie de la tumeur des noyaux ostéo-cartilagineux indépendants; l'un d'eux fait même saillie dans l'intérieur de l'articulation, sans y avoir cependant pénétré. La structure de ces noyaux isolés et leur mode de formation rappelle celui des corps étrangers articulaires. L'examen microscopique démontre que le tissu de la tumeur présente, dans ses parties osseuses et cartilagineuses, la structure du tissu osseux en voie d'évolution dans les extrémités osseuses, tissu décrit par M. Broca sous les noms de tissu spongoïde et chondroïde.

Cette tumeur présente une grande analogie avec celles qui ont été étudiées par M. Broca, sous le titre d'exostoses de croissance. Elle offre, comme celles qu'il a présenté à la Société, cette particularité d'être ostéo-cartilagineuse. Née de la malléole péronière alors qu'elle n'était pas encore soudée au corps de l'os, elle y est restée longtemps attachée. Son développement pathologique, si l'on peut ainsi dire, ne s'étant surtout prononcé que dans les deux dernières années, on ne s'est décidé à l'opération qu'à une époque où l'envahissement du tibia obligeait à amputer la jambe. Il est à présumer que le tibia n'a été que secondairement envahi, alors que la tumeur s'est venue à son contact. Au point de vue pratique, il est donc permis de conclure qu'une opération faite il y a quelques années, aurait pu assurer la guérison au prix d'une simple résection de la malléole externe.

M. LARREY a communiqué autrefois à la Société un fait qui peut être rapproché sous certains rapports de celui de M. Broca. Il s'agissait d'une tumeur à myeloplaxes, dont M. Eugène Nélaton a rapporté l'observation dans sa thèse. Elle avait pris naissance sur l'extrémité inférieure du radius. Elle remontait à l'enfance, n'avait pris un développement rapide que pendant l'adolescence. En commençant l'opération, M. Larrey espérait aussi s'en tenir à la résection. Il fallut amputer l'avant-bras.

Fractures multiples de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus droits, avec luxation de l'épaule et pseudarthrose du corps de l'humérus.

M. LABORIE présente à la Société des pièces anatomiques montrant les lésions multiples dont la description a été faite dans l'observation suivante par M. Dionis du Séjour, interne à l'Asile Impérial de Vincennes (sera publiée.)

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

Séance du 20 juin 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. CHASSAIGNAC. J'ai à donner quelques explications sur les points où je ne suis pas d'accord avec mon excellent et savant collègue M. Bouvier.

Il est permis de croire qu'il y a aujourd'hui des règles précises pour l'administration des anesthésiques, et que certains résultats dus à l'observation restent bien acquis.

Ainsi je pense que l'innocuité habituelle du chloroforme administré aux jeunes enfants est un fait bien établi. C'est au grand bénéfice des enfants et des parents que cet agent précieux est si souvent employé pour faire un diagnostic ou pratiquer une opération. J'ai voulu réagir contre le trouble que pourraient jeter dans l'esprit des médecins les faits communiqués par M. Bouvier.

J'ai cherché s'il n'y avait pas eu de fautes commises. L'enfant qui a succombé était à peine convalescent de scarlatine. J'admets, comme notre collègue, que la débilité des sujets n'est pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme, mais on ne saurait contester qu'un semblable état ne favorise les troubles circulatoires, et qu'il ne faille alors redoubler d'attention et de sévérité dans l'application des règles établies et acceptées.

L'enfant a été chloroformé assis, puis lorsque l'on s'est aperçu des premiers accidents, brusquement changé de position. S'il est une règle absolue, c'est bien celle qui indique d'éviter en tout état de santé de donner le chloroforme autrement que dans le décubitus horizontal.

L'influence des déplacements, des changements brusques de position est moins démontrée, mais elle est fâcheuse. M. Bouvier, sans accepter la pratique des Anglais, m'objecte qu'ils transportent chloroformés les malades de leur lit dans la salle d'opération; mais ils les transportent couchés. Je ne veux pas dire que la mauvaise position donnée au petit malade a été la cause de la mort, mais l'expérience aujourd'hui bien acquise me donne le droit d'affirmer que c'est une faute.

J'ai fait remarquer encore que, pendant une minute et demie environ, l'attention du chirurgien avait été détournée. Sans doute, je ne voudrais pas imposer à l'opérateur le devoir de faire son opération et de surveiller le chloroforme. Il peut et doit s'en remettre à un aide instruit et expérimenté. Mais il y a pour le chirurgien lui-même une période de vigilance obligée. Elle s'étend jusqu'au moment où s'est franchement établie la tolérance de l'anesthésique; lorsque le sommeil est calme, la respiration et la circulation régulières, l'insensibilité complète, le chirurgien peut commencer l'opération. Il peut alors lui consacrer toute son attention, mais il est toujours imprudent de commencer plus tôt.

Je ne répondrai qu'un mot à M. Perrin. La doctrine qu'il défend avec une si entière connaissance du sujet, est parfaitement fondée. Je trouve cependant que notre collègue est trop exclusif lorsqu'il explique par la syncope tous les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation. Je crois que dans les chloroformisations complètes, et un peu prolongées, il y a un certain degré d'asphyxie.

J'ai souvent vu en semblables circonstances le sang artériel bleuir; j'ai dit, pour exprimer ce fait, qu'il se cyanosait. Vienne une syncope et le sang ainsi modifié sera peu apte à rétablir l'action du système nerveux. Maintenant il y a des cas où l'asphyxie peut dépendre de la méthode employée. Il faut donc en tenir compte, et en admettre la possibilité.

M. BOUVIER. Je pense comme M. Chassaignac que la syncope n'est pas la seule cause de la mort pendant la chloroformisation. M. Perrin n'a pas cité dans son livre une expérience de M. Faure qui me semble très-concluante en faveur de l'asphyxie. Ce médecin endort un chien en lui faisant aspirer des vapeurs de chloroforme par un tube introduit dans la trachée. L'animal endormi, le tube est poussé dans une bronche. Les vapeurs anesthésiques n'arrivent plus dès lors que dans un poumon. L'autre fonctionne librement. Des quantités doubles et triples de chloroforme sont versées dans l'appareil, l'animal se réveille. Il est à plus forte raison impossible d'obtenir ainsi l'anesthésie chez un animal non chloroformé préalablement.

M. PERRIN. J'ai étudié et examiné avec d'autant plus de soin l'expérience de M. Faure, que je ne suis pas de son avis. Je l'ai répétée plusieurs fois, j'ai souvent examiné les poumons chez les animaux chloroformés. Je n'ai jamais constaté cette action spéciale, cette modification du tissu pulmonaire signalée par M. Faure. Comment comprendre l'instantanéité d'action de l'agent anesthésique, si l'on invoque cette action organique défendue par M. Faure? Dans l'expérience rappelée par M. Bouvier, il est facile de comprendre pourquoi l'anesthésie cesse ou ne se produit pas, si l'on réfléchit que la surface absorbante est diminuée de moitié. Il faut pour que les actions médicamenteuses ou toxiques se produisent, qu'un rapport nécessaire soit établi entre l'absorption et l'élimination; qu'une quantité déterminée de la substance active soit présente à un moment donné dans l'économie. Cette proportion détruite, l'effet s'arrête où ne se produit pas.

M. Chassaignac nous a rappelé ce qui arrive dans les anesthésies prolongées qu'il a si bien étudiées. Le sang perd de sa rutilance, cela est certain. L'hématose est en souffrance; il arrive un moment où le sang artériel brunit; mais c'est là un effet consécutif, justifié par l'état de torpeur prolongé dans lequel sont plongées les puissantes inspirations. Et alors même le sang artériel est brun, couleur lie de vin, comme dans l'agonie, mais jamais noir-bleu comme dans l'asphyxie proprement dite. D'ailleurs, des recherches très-nombreuses ne permettent pas de douter que la perte de sensibilité ne survienne sans que le sang artériel change de couleur.

Je n'ai pas nié que l'état particulier du sang, rappelé par M. Chassaignac, ne puisse jouer un rôle secondaire, mais je ne saurais accepter la doctrine de l'asphyxie comme explication de la mort subite sous le chloroforme. Je me suis attaché à poser des préceptes très-précis relativement à ces questions de doctrine, parce qu'elles dominent la pratique.

Si l'on me démontrait l'asphyxie chez un malade mort pendant la chloroformisation, je dirais que l'asphyxie est due à un mode vicieux d'administration de l'agent anesthésique. L'éthérisation nous montre combien l'asphyxie est pour ainsi dire difficile à déterminer. Beaucoup plus volatil que le chloroforme, l'éther se mélange en proportion beaucoup plus grande à l'air respiré, et de plus, on laisse le sujet respirer à la fois dans le sac à éthérisation, l'air chargé de vapeurs anesthésiques et des produits de son expiration; il n'y a cependant pas asphyxie. Pour la produire il faudrait le vouloir, car il n'y a rien de brusque dans son apparition, l'asphyxie vraie est progressive; il n'en est malheureusement pas de même de la syncope.

M. LE FORT. Je crois, pour ma part, que le chloroforme agit comme les alcooliques d'une manière directe sur le système nerveux, mais qu'il a aussi sur les globules sanguins une action particulière. Il les rend impropres à l'oxygénation par suite d'une action spéciale, différente de celle de l'acide carbonique parce que le globule reste rouge. Mais il n'en a pas moins perdu la faculté de l'oxygénation; les expériences faites par Sansom me paraissent très-probantes. Il faut admettre, en somme, un mode particulier d'asphyxie, causée non par la privation de l'air respirable, mais par l'inaptitude des globules à en subir l'impression. Je diffère donc en ce point de M. Perrin, qui n'admet que l'action primitive du chloroforme sur le système nerveux.

M. PERRIN. Je suis obligé, pour répondre à M. Le Fort, de revenir sur des points déjà discutés.

Les expériences faites artificiellement par le mélange du sang et des substances anesthésiques ne peuvent rien prouver.

D'ailleurs, l'action des anesthésiques sur le globule sanguin, ainsi déterminée, ne serait plus une action asphyxique mais bien une action toxique analogue à celle de l'oxyde de carbone. L'état asphyxique résulte essentiellement du défaut d'oxygénation du sang, par suite de l'accumulation dans ce liquide d'acide carbonique et non d'autre gaz.

Il est difficile de contester d'une manière absolue l'action spéciale des anesthésiques sur le globule sanguin, ce qui ferait de ces agents des poisons du sang. Mais cela est précisément à démontrer, non pas en opérant sur des mélanges artificiels, mais en agissant sur du sang soustrait à un animal en état d'anesthésie. Tant que la preuve n'aura pas été faite dans ces conditions, l'assertion de M. Le Fort reste à l'état d'hypothèse d'autant moins acceptable, que cette action toxique du chloroforme sur le sang exclurait son action si incontestable sur le système nerveux. J'ajouterai en terminant, que si l'on voulait transformer le chloroforme en poison du sang, comme l'oxyde de carbone, il faudrait montrer qu'il forme, comme ce dernier, une véri-

table combinaison avec le globule sanguin, ce qui est contraire à l'expérience. Un simple courant d'air que l'on fait passer à travers du sang contenant du chloroforme suffit pour l'entraîner comme on entraîne l'acide carbonique. Il n'en est pas de même de l'oxyde de carbone qui, quoi que l'on fasse, restera fixé au globule du sang.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Phlegmon péri-utérin.

M. A. GUÉRIN. Avant les travaux de M. Bernutz, le phlegmon péri-utérin passait pour une maladie commune dont l'existence ne pouvait faire de doute pour personne. M. Bernutz, en démontrant que les tuméfactions péri-utérines étaient dues à des pelvi-péritonites, c'est-à-dire à des inflammations péritonéales et non plus à l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, est venu changer la face de la question. Il est aujourd'hui nécessaire de prouver que cette inflammation existe, et c'est ce que démontre bien la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter.

Les autopsies sont très-rares, ce serait cependant le seul moyen de juger la question, car le diagnostic sur le vivant est chose fort difficile, sinon impossible dans bien des cas. Je suis en quelque sorte à la piste des autopsies de cette espèce; voici la première fois que je puis démontrer, pièces en mains, la réalité de l'inflammation sous-péritonéale péri-utérine. Je suis donc disposé à croire à la grande fréquence de l'inflammation du péritoine pelvien.

Dans le cas actuel, il s'agissait d'une femme encore jeune, affectée de pertes utérines abondantes et souffrant depuis le commencement du mois de mai de douleurs abdominales, chez laquelle je trouvai seulement dans le col une tumeur polypiforme. Je l'opérai le 7 juin; elle est morte peu de jours après, avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Je fus donc surpris de n'en pas trouver traces à l'autopsie. Je puis par contre vous montrer : 1° une infiltration de pus dans tout le tissu cellulaire du petit bassin; 2° un abcès situé sous le cul-de-sac vésico-utérin. Le péritoine est parfaitement sain, l'abcès peu volumineux communique par une perforation du tissu de l'utérus avec la cavité du col. Le siége de cette collection purulente est d'autant plus remarquable que l'on a nié en particulier le phlegmon sous-péritonéal en avant et en arrière de l'utérus.

M. CHASSAIGNAC. Le tissu de l'utérus a-t-il été entamé pendant l'opération, y avait-il une métrite parenchymateuse?

M. A. GUÉRIN. Le corps de l'utérus est d'un très-petit volume et parfaitement sain, ainsi que les annexes; le col seul était malade. Le polype ressemblait à une masse fibrineuse, il était assez mou et assez peu adhérent pour que j'aie pu le détacher avec le doigt sans le moindre effort. Le tissu de l'utérus n'a donc pu être entamé. La nature du polype et de la lésion du col est encore douteuse. M. Ordoñez croit que la tumeur enlevée est épithéliale; le col, aujourd'hui ramolli par un commencement de putréfaction, était ferme et résistant au moment de l'autopsie. Je crois pouvoir dire que la perforation est le fait de l'abcès et de l'inflammation et non de la manœuvre facile et simple exécutée avec le doigt. Une fois les phénomènes inflammatoires déclarés j'ai évité de toucher, j'étais d'ailleurs convaincu qu'il s'agissait d'une péritonite. Ce qui me semble bien établi par ce fait, c'est la réalité de l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire péri-utérin.

M. BLOT. Les difficultés de diagnostic signalées par M. Guérin ne sont que trop réelles. Je constatais dernièrement, chez une dame déjà âgée, des tumeurs du petit bassin, appréciables par le toucher abdominal et vaginal; elles s'accompagnaient de douleurs, de battements artériels. Je pensai à un phlegmon péri-utérin, mais tel ne fut pas l'avis de MM. Velpeau et Ricord. Nos éminents collègues soupçonnèrent des tumeurs fibreuses ou cancéreuses. Cependant, la tuméfaction qui avait débuté à droite, disparaissait et se montrait à gauche, une fusée gagnait la paroi abdominale et il se formait un épanchement ascitique qui n'a pas tardé à devenir abondant. Il est donc souvent difficile de se prononcer lorsque l'on est en présence de certaines tuméfactions ou tumeurs du petit bassin.

M. DEPAUL. S'il est des médecins qui ne croient pas à l'inflammation du tissu cellulaire pelvien et péri-utérin, et qui n'admettent que la pelvi-péritonite, je crois cette opinion exclusive peu acceptée de ceux qui voient des malades et font des autopsies. Les occasions ne sont pas rares, chez les accouchées, de démontrer le fait anatomique sur lequel insiste aujourd'hui M. Guérin. Le cas dont il nous entretient n'est pas unique, et l'opinion qu'il contredit moins établie qu'il ne suppose. Ce fait n'est exceptionnel que par les conditions dans lesquelles il s'est présenté. Il y avait une lésion mal déterminée et probablement ancienne du col, il y a eu des contusions ou tout au moins des froissements exercés pendant l'opération. C'est, en général, sous l'influence de l'accouchement que se produit l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, c'est dans ces conditions qu'il convient surtout de les étudier.

Je reconnais que le diagnostic est fort difficile, mais je répète que les autopsies démontrent les inflammations phlegmoneuses sous-péritonéales. On avait affirmé aussi que le tissu de l'utérus ne pouvait suppurer. Dans le cas qui a servi de point de départ à la discussion de l'Académie sur le redresseur de l'utérus, il y avait un abcès dans le tissu même de l'organe. A plus forte raison peut-on en voir autour. J'en ai vu en particulier, là même où M. Guérin vient de vous en montrer un nouvel exemple. Il est des cas où le phlegmon naît dans le tissu cellulaire du petit bassin loin de l'utérus, avec lequel il ne vient que consécutivement se mettre en rapport. On voit même ces abcès s'ouvrir dans la cavité de cet organe, J'en ai observé dernièrement encore un bel exemple. La réalité des phlegmons et abcès péri-utérins ne saurait être contestée, seule la question de fréquence relative est en jeu.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'ai observé aussi bon nombre de collections purulentes dans le bassin. Les unes ont tendance à se faire jour au-dessus du ligament de Fallope, d'autres à travers les organes pelviens, ou bien encore par l'échancrure sciatique. Il est nécessaire dans certains cas d'en pratiquer l'ouverture, sous peine de les voir s'étendre et envahir le tissu cellulaire rétro-péritonéal dans la région lombaire et jusqu'au diaphragme.

M. A. GUÉRIN. J'ai été mal compris par M. Depaul. J'admets le phlegmon péri-utérin, et je sais qu'il y a des médecins qui vont jusqu'à nier la pelvi-péritonite. J'ai dit que les travaux de M. Bernutz nous avaient mis en demeure de démontrer par des autopsies la réalité de l'inflammation péri-utérine, et je crois d'autant plus important de le faire que les autopsies sont rares. Je ne puis admettre que dans tous les cas il faille rattacher ces inflammations à l'accouchement, et que le fait que je présente soit exceptionnel. J'ai vu des inflammations survenir à la suite de l'application du spéculum. Il est bien d'autres causes plus graves qui peuvent les provoquer en dehors de la parturition. L'influence de l'opération est incontestable chez ma malade, si une manœuvre aussi simple a pu provoquer une réaction aussi intense, ne faut-il pas reconnaître qu'il n'est pas toujours besoin de la puerpéralité pour faire naître les phlegmasies péri-utérines.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Exostose de croissance.

M. LABBÉ. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une jeune fille âgée de quinze ans, chez laquelle existe une exostose située à la partie postérieure de l'extrémité inférieure du radius; cette tumeur présente le volume d'un gros marron; son extrémité inférieure répond à environ un centimètre au-dessus de l'interligne articulaire du radius. Elle paraît avoir pris naissance au niveau du cartilage épiphysaire, et je suis disposé à voir ici un de ces exemples d'exostose de croissance, dont M. Broca nous a donné la description, et que M. le docteur Soulié a particulièrement étudié dans sa thèse inaugurale.

Cette tumeur a pris naissance il y a deux ans, son développement a d'abord été assez lent, mais depuis quatre mois elle s'est accrue d'une façon très-notable. Au premier abord, lorsqu'on examine la tumeur on croit à sa mobilité, mais un examen plus attentif conduit à cette conclusion que l'exostose est intimement adhérente à la face postérieure du radius. Cette tumeur n'est le siége d'aucune douleur, mais si l'on admet le diagnostic que je viens d'indiquer, on est en droit de redouter son accroissement rapide; et la communication de M. Broca, faite dans la dernière séance de la Société, nous a nettement démontré que ces sortes de tumeurs peuvent acquérir un volume considérable, envahir l'os voisin, l'articulation elle-même, et donner lieu à la nécessité d'une amputation. Aussi je soumets cette malade à l'examen de mes collègues, pour savoir s'ils seraient, comme moi, d'avis que l'ablation de cette exostose est indiquée dès à présent.

M. BROCA. M. Labbé me demande si l'opération est indiquée. Il y avait à résoudre une première question, celle de la mobilité de la tumeur. Elle m'avait paru mobile à un premier examen, j'ai maintenant acquis la conviction de sa continuité avec le radius. Mobile, elle eut été enlevée avec tant de facilité que l'opération ne pouvait être discutée. Faisant corps avec l'os, l'opération est plus difficile et un peu plus sérieuse. Je crois néanmoins qu'il faut opérer. La tumeur est manifestement en voie d'accroissement, et nous savons jusqu'où peut aller cet accroissement. Elle n'a aujourd'hui aucune connexion avec l'articulation, elle pourra être réséquée sans danger, plus tard la résection pourrait être difficile et peut être insuffisante.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

— Un concours pour deux places de chef de clinique médicale sera ouvert le 17 juillet 1866 devant la Faculté de médecine de Paris. On s'inscrit jusqu'au 15 juillet.

— *Erratum.* — Dans le dernier compte rendu de l'Académie de médecine il a été imprimé, par erreur : *M. Léonce Soligoux,* au lieu de : Léonce Souligoux.

Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, par le docteur GUÉNIOT, chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique d'accouchement. In-8° de 84 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 77. — MARDI 3 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 3 JUILLET 1866. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

M. le professeur GRISOLLE.

De l'arthrite blennorrhagique.

(Leçon recueillie par le Dr Auguste OLLIVIER, chef de clinique.)

Je vous parlerai aujourd'hui de deux malades entrés dans nos salles à deux jours de distance l'un de l'autre : tous deux nous étaient signalés comme atteints de rhumatisme articulaire aigu ; tous deux avaient les articulations du cou-de-pied tuméfiées, et si douloureuses que la marche était devenue absolument impossible.

Ces deux malades sont couchés, l'un au n° 21, l'autre au n° 22 de notre salle Sainte-Jeanne. Le premier est un jeune homme de vingt-neuf ans, le second a trente et un ans; ils sont forts, bien constitués, et n'ont jamais eu de maladies sérieuses; leur affection articulaire n'a pas le même degré d'acuité. Chez le malade du n° 21 le cou-de-pied gauche est le siége d'un gonflement notable; on aperçoit, surtout à la région antéro-externe, une teinte rosée diffuse; les mouvements imprimés à la jointure causent une vive souffrance. En même temps l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est tuméfiée; la pression ainsi que les mouvements y sont douloureux. Les mêmes symptômes existent, à un moindre degré, au cou-de-pied droit, mais le gros orteil correspondant est libre. Chez le malade du n° 22, au contraire, la rougeur et le gonflement ne sont que très-peu accusés et les souffrances sont modérées.

Dans l'un et l'autre cas, l'articulation tibio-tarsienne gauche fut envahie la première, et c'est au bout de quelques jours que l'articulation correspondante du côté opposé se prit à son tour. La maladie datait de vingt-cinq jours dans le premier cas et de quinze jours dans le second. Nos deux malades ont conservé l'appétit; ils n'ont point de fièvre, et, en les auscultant avec soin pour savoir s'il n'y aurait point quelque complication soit du côté du cœur ou de ses enveloppes, soit du côté de la plèvre, on ne découvre rien de morbide.

En admettant pour le moment, et sans plus ample examen, que ces deux malades soient atteints de rhumatisme articulaire aigu, vous reconnaîtrez cependant, messieurs, que cette manière d'être du rhumatisme est bien insolite. Un rhumatisme légitime n'a point communément la fixité que nous observons ici : depuis vingt-cinq jours chez l'un de nos malades et depuis quinze jours chez l'autre, une même articulation a seule été prise; la tuméfaction et la douleur n'ont pour ainsi dire point varié : ajoutons que ces deux jeunes gens n'ont jamais eu de manifestations rhumatismales, qu'ils sont nés de parents qui n'en ont jamais présenté non plus; en un mot, on ne constate chez eux aucune trace d'une diathèse rhumatismale soit héréditaire, soit acquise.

Il n'y a donc ici que les apparences du rhumatisme; aussi avons-nous dû porter notre attention ailleurs et rechercher notamment l'état du canal de l'urèthre. Nous n'avons pas tardé à constater chez l'un comme chez l'autre malade les traces d'un écoulement blennorrhagique. L'aveu d'une telle affection est souvent difficile à obtenir dans la pratique civile, et maintes fois le médecin doit mettre dans sa manière d'interroger une très-grande réserve, réserve que, du reste, lui commandent l'âge ou la position de certains malades. Dans le cas actuel il n'y a pas eu tant de précautions à prendre : nos malades sont des jeunes gens, et à cet âge on avoue sans honte les blessures de Vénus; plus tard, on les dissimule, on les cache comme les preuves de faiblesses qui ne sont plus de saison.

Chez nos deux malades la blennorrhagie a toujours été bénigne et elle l'a été surtout chez le malade du n° 22. C'est trois à quatre jours après le début de leur écoulement, fort modéré d'ailleurs, qu'ils ont commencé à souffrir du pied et que l'articulation tibio-tarsienne, devenue tuméfiée et douloureuse, ne leur a plus permis de marcher.

On sait depuis la fin du dernier siècle, et c'est à Swediaur puis à Hunter que nous devons cette découverte, on sait que dans le cours d'une blennorrhagie soit aiguë, soit chronique, on peut voir quelques jointures devenir le siége d'un gonflement douloureux. Cette complication a été désignée par quelques auteurs sous le nom de *rhumatisme blennorrhagique;* d'autres, au contraire, ne trouvant là rien de commun avec le rhumatisme, l'ont appelée *arthrite blennorrhagique.* C'est cette dernière opinion que je professe ; j'espère que vous partagerez bientôt ma conviction à cet égard. Je me trouverai, il est vrai, en opposition de doctrine avec un homme auquel je me plais ici à rendre hommage, parce que je le considère comme un des observateurs les plus distingués et les plus consciencieux, je veux parler de M. Rollet, de Lyon, qui, dans un excellent mémoire et dans son *Traité de la syphilis,* a défendu l'opinion de la nature rhumatismale de l'arthrite blennorrhagique. Je le combattrai en empruntant même plusieurs des arguments qui lui ont servi précisément à soutenir l'opinion contraire.

L'apparition de l'arthrite dans le cours d'une blennorrhagie est-elle fréquente? Si l'on consulte la statistique de M. Rollet, on voit que sur 2,423 cas de blennorrhagie uréthrale on a noté 68 arthrites, ce qui donne le rapport de 1 sur 35. C'est donc un accident commun qui, par ordre de fréquence, vient immédiatement après l'orchite, la cystite et le bubon. Une telle proportion exclut évidemment l'idée d'une simple coïncidence. Cette statistique a été faite dans un service d'hommes. Chez la femme l'arthrite blennorrhagique se rencontre également, ainsi que le démontrent les observations de Lagneau et de Vidal, celles de MM. Ricord, Cullerier et Richet; mais elle est beaucoup plus rare que chez l'homme. Cela tient-il à ce que, chez la femme, la blennorrhagie occupe bien plus souvent le vagin que l'urèthre? Faut-il l'attribuer à la brièveté plus grande de ce dernier canal chez la femme? Nous l'ignorons, mais si la raison nous en échappe, le fait n'en existe pas moins d'une manière positive. Chez nos deux malades l'arthrite s'est déclarée trois ou quatre jours après le début de la blennorrhagie, ce qui semble contraire à ce qu'on observe le plus communément. C'est, en effet, lorsque l'affection tend à la chronicité que les articulations, de même que l'épidydime, se prennent le plus souvent.

Mais je vous rappellerai que chez ces malades l'écoulement a toujours été des plus bénins et que les douleurs étaient peu vives; par conséquent ils rentraient, en quelque sorte, dans la catégorie de ceux qui ont une blennorrhagie en voie de décroissance.

On a prétendu, et c'est l'avis de M. Rollet, que l'arthrite n'apparaissait qu'autant qu'il y avait recrudescence de l'écoulement blennorrhagique. Le fait est possible, mais il est loin d'être constant. Ici, par exemple, la complication n'est survenue sans qu'il y ait eu aggravation de l'uréthrite, et on peut ajouter que l'uréthrite a été tout à fait spontanée. Il n'en est pas toujours ainsi; dans le plus grand nombre des cas, en effet, on peut reconnaître l'intervention d'une cause déterminante, telle que fatigue, marche forcée, traitement intempestif, etc.

La diathèse rhumatismale prédisposerait-elle au développement de l'arthrite blennorrhagique? en un mot, un rhumatisant qui a une blennorrhagie est-il par cela même plus exposé à contracter une arthrite blennorrhagique? Les faits recueillis par M. Rollet montrent précisément le contraire, et nous tenons d'autant plus à ce témoignage, qu'il ôte à l'opinion que professe l'habile chirurgien de Lyon, un des plus sérieux arguments sur lesquels il puisse s'appuyer.

Quant à la raison qui fait qu'une articulation se prend en même temps qu'un canal d'excrétion, que l'inflammation d'une séreuse articulaire est liée intimement à l'inflammation spécifique d'une muqueuse, invoquer une métastase alors que l'écoulement augmente parfois loin de se supprimer, parler de sympathie entre le genou et l'urèthre, et sympathie variable suivant les sujets, c'est se payer de vains mots. Mieux vaut dire franchement que sur ce point nous ne savons rien, et en appeler, pour élucider le fait, à l'expérience et à l'observation.

Je vous ai indiqué les articulations qui étaient prises chez nos deux malades. Mais, comme j'ai peut-être trop peu insisté sur ce point, je vous demande la permission d'y revenir un instant. Nous avons vu que l'arthrite occupait les articulations tibio-tarsiennes, et pourtant ce ne sont pas ces articulations qui sont le plus fréquemment atteintes. Il résulte, en effet, d'une statistique que nous empruntons à M. Rollet, que le genou est environ deux fois plus souvent affecté que le cou-de-pied, et il est rare que la maladie atteigne les coudes, la hanche, le poignet et surtout l'épaule. En somme, on peut établir comme règle générale, que l'affection siége le plus souvent au genou et qu'elle n'affecte guère plus d'une ou de deux articulations.

Quelle est donc la nature de cette affection? M. Rollet, nous l'avons vu, n'hésite pas à la rattacher à la diathèse rhumatismale, et la plupart des chirurgiens partagent cette opinion. Cependant je ne la crois point exacte. Il n'y a réellement là aucune ressemblance. En effet, le rhumatisme vrai est une affection diathésique qui affecte, primitivement du moins, les tissus fibreux et musculaires, bien plus que les synoviales, re-

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN (1).

I. — CONDITIONS SOCIALES DES MÉDECINS. (*Suite.*)

On voit qu'en l'absence de diplôme, le corps médical était un refuge toujours ouvert à qui n'avait pas de scrupules.

Cependant comme on y trouvait les extrêmes les plus opposés, il était encore généralement estimé, les qualités et les talents des uns faisant presque oublier l'indignité des autres; vingt passages de Sénèque, de Quintilien, de Pline le Jeune, etc. (2), en sont la preuve incontestable, malgré les dires passionnés de Pline le Naturaliste (3), qui n'étaient que trop appuyés par les plaintes de ce qu'il nommait l'aristocratie médicale, *medicorum proceres.* « Entre les médecins « qui demeurent à Rome et les brigands, s'écriait Galien, la princi« pale différence, c'est que pour dresser leurs embûches, ceux-ci « campent dans les montagnes, ceux-là préfèrent la cité (4). »

(1) Voir nos numéros des 21, 26 et 28 juin 1866.

(2) Quintil. *De inst. orat.*, lib. VII, cap. I. — Lib. II, cap. VII. — Id., cap. XVII, etc. — Senec. *De benef.*, lib. VI, cap. XV. — Plut. *De tuend. sanit. præc.* — *Quest. conviv.*, lib. VII, VIII, 3.— Plin., *epist.*, lib. VII, ep. 1. — Lib. I, ep. 22. — Lib. II, ep. 20. — Tacit., *annal.* XV, 64, etc.

(3) Plin. *Hist. nat.*, lib. XXIX, *passim.* — Lib. VIII, ep. 1. — Tacit., *Ann.*, lib. VI, 50.

(4) Galen. *De præc. ad Posth.*, C. IV (*B. Ros. interp.*) *hocque solo a latronibus differunt, quod hi in urbe, illi in montibus mortales grassuntur.*— *Add.* Gal. *de loc. affectis.* lib. III, cap. II. — Id. *Meth. med.*, lib. I *et passim.*

Derrière les médecins venaient les subalternes d'une condition très-humble, dont ils se servaient comme d'aides ou plutôt comme d'instruments. Chacun d'entre eux avait son rôle. Galien énumère quelques-unes des fonctions qu'ils se partageaient (1) : recueillir des herbes, préparer les onguents, faire chauffer les remèdes, poser les cataplasmes, administrer les bains, les affusions et les clystères, scarifier, saigner, ventouser, etc., etc. : toutes choses qui n'apprenaient rien sur la nature des maladies ou l'action des médicaments.

Eh bien, presque tous ces manœuvres, s'ils étaient de condition libre, ne résistaient pas au désir de faire un beau jour concurrence à qui les avait employés (2). Comme le singe de la fable montrant la lanterne magique, ils connaissaient les mots, les gestes, la tenue; et le public est mauvais juge de la science du praticien.

S'ils étaient dans la servitude, en dehors de leur volonté les circonstances les amenaient souvent au même résultat, car le prix d'un esclave était en moyenne au moins triplé par l'exercice de la médecine (3). Les uns l'achetaient pour lui fournir boutique et lui faire exploiter son art à leur profit; d'autres voulaient le garder auprès d'eux. Ces derniers s'informaient sans doute avant de faire leur acquisition; quant aux premiers ils n'y regardaient pas de si près, il leur suffisait que cet homme sortît de chez un médecin et pût passer pour être son élève.

(1) Galen. *In VI de vulg. morb. hipp.* comm. *V. Herbarii, unguentarii, coqui, cataplasma super dantes, fomenta adhibentes, et qui clysteros infundunt, scarificant, venam secant, cucurbitulasque affigunt; quod si nos et id didiceremus et faciamus, similes etiam gubernatori... etc.*

(2) Oribaz. *Euporiston,* lib. pr. *ad. Eunapium.*

(3) Lex Just. in Cod., lib. VI, tit. XLIII, l. III. — *Servis et ancillis majoribus decem annis, si sine arte sint, vigenti solidis æstimandis... sin autem artifices sint, usque ad triginta solidos æstimatione eorum præcedente, sive masculi, sive fœminæ sint, exceptis notariis et medicis utriusque sexus; cùm notarios quinquaginta solidos æstimari velimus, medicos autem et obstitrices sexaginta.* — Cod. Just., lib. VII, tit. VII, I. I.

Rome n'avait pas eu la sagesse d'interdire, comme le fit Athènes, si l'on doit en croire Hyginus (1), l'accès des choses médicales à quiconque n'était pas libre. Aussi les esclaves des médecins, comme nous l'avons vu pour les médecins esclaves, y devinrent-ils les pivots de mille intrigues ténébreuses, les indispensables agents des crimes les mieux préparés. C'était à eux qu'on s'adressait de préférence pour se procurer des poisons; et cette coutume étant bien connue, c'était eux naturellement qu'on achetait pour leur dicter les déclarations accusatrices, quand on voulait perdre quelqu'un en le poursuivant comme empoisonneur.

Les procès criminels d'Oppinianicus et de Cluentius n'eurent, à vrai dire, pas d'autres bases (2). Dans le célèbre plaidoyer de Cicéron pour Cluentius, nous voyons un nommé Straton, dont telle avait été l'histoire, être installé dans une boutique après avoir subi la question. Il resta médecin jusqu'au jour où, pour avoir commis chez sa maîtresse un double assassinat suivi d'effraction et de vol, il eut la langue coupée et fut mis en croix.

Voilà quelles recrues la servitude fournissait au corps médical.

Quand un esclave devenait affranchi, sa situation était modifiée :

(1) Hyginus. *fabul.* CCLXXII, *Quis quid invenerit.*

(2) Cic. *Pro Cluentio*, cap. XVI — XIX — XXII — LXIII — LXIV — LXV, etc.

marquable par sa mobilité essentiellement envahissante, sujette aux récidives, et amenant souvent des complications viscérales redoutables. Que trouvons-nous dans le rhumatisme dit blennorrhagique? L'affection est fixe, le plus souvent localisée à une ou deux jointures ; — je ne nie pas que dans quelques cas le rhumatisme lui-même ne soit fixe, mais presque toujours il ne le devient qu'après avoir été plus ou moins mobile, — les synoviales sont surtout atteintes, et c'est précisément ce que vous constatez chez nos deux malades ; la fièvre est pour ainsi dire nulle, ou s'il en existe, on ne trouve point que le pouls soit fort et large, la peau sudorale, comme dans le rhumatisme articulaire aigu ; jamais dans les rares saignées, que l'on a eu occasion de faire, on n'a observé de couenne, et tout le monde sait que le sang est encore plus fibrineux, plus couenneux dans le rhumatisme articulaire aigu, que dans la pneumonie elle-même. On n'observe jamais, non plus, soit du côté du cœur, soit du côté des plèvres, ces complications si communes dans le rhumatisme vrai. Ajoutons encore que si l'affection articulaire dont nous parlons, était réellement un rhumatisme, il s'ensuivrait nécessairement qu'un malade qui en aurait été atteint une première fois, serait par cela même prédisposé à de nouvelles attaques ; or il n'en est rien, et c'est M. Rollet lui-même qui nous en donne la preuve : il dit, en effet, que l'affection n'est point sujette à récidive à moins de nouvelle blennorrhagie.

Un malade qui, dans le cours d'une blennorrhagie est pris d'arthrite aiguë, n'est donc pas un rhumatisant, pas plus qu'un urémique, un saturnin avec accidents épileptiques, n'est véritablement un épileptique.

Une dernière preuve que l'arthrite blennorrhagique n'est pas de nature rhumatismale, nous est fournie par le traitement. M. Rollet est d'accord avec nous sur ce point : le traitement applicable d'ordinaire au rhumatisme est, dans le cas d'arthrite blennorrhagique, inutile et dangereux ; le nitre, le sulfate de quinine, le colchique, s'éliminant par les urines, irritent le canal, rendent la miction plus douloureuse et l'écoulement plus abondant.

Pour toutes ces raisons je suis donc en droit de conclure que le prétendu rhumatisme blennorrhagique n'est pas un rhumatisme, mais une arthrite, une arthrite spécifique si vous voulez. C'est une arthrite spécifique qu'on pourrait rapprocher, non pas comme le dit le docteur Chambers, dans ses *Lectures chiefly clinical*, des arthrites pyoémiques, mais plutôt de cette arthrite scarlatineuse qu'il m'a été donné d'observer un des premiers lorsque j'étais chef de clinique de mon vénéré maître Chomel, arthrite dont la plupart des auteurs ont méconnu la nature en en faisant un rhumatisme véritable, un *rhumatisme scarlatineux*.

Je ne ferai point le diagnostic de l'arthrite blennorrhagique et des douleurs rhumatoïdes de la syphilis, douleurs vagues, erratiques, périarticulaires, qui deviennent plus vives pendant la nuit, et que la pression, l'exercice, le froid même, calment souvent et font momentanément disparaître.

Dans tout ce que je viens de dire, je me suis efforcé d'isoler, de séparer l'arthrite blennorrhagique du rhumatisme. Mais je vous prie de ne point être trop exclusifs. En présence d'une affection articulaire survenue chez un homme atteint de blennorrhagie, il ne faut pas nécessairement croire que vous avez affaire à une arthrite spécifique. Il est à peine besoin de vous rappeler qu'un rhumatisme vrai peut se déclarer chez un individu atteint de blennorrhagie ; dans ce cas, l'affection articulaire a tous les caractères du rhumatisme aigu : pouls accéléré, fort et plein, peau sudorale, rapidité d'invasion, mobilité, enfin possibilité de nombreuses complications. Vous vous souvenez, sans doute, d'un malade qui, au mois de novembre dernier, occupait le numéro 25 de notre salle Sainte-Jeanne. Cet homme, sujet aux rhumatismes, fut pris au déclin d'un écoulement blennorrhagique d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, semblable à celles qu'il avait eues antérieurement.

Mais il n'en est pas moins vrai que toutes les fois que vous verrez un rhumatisme sans grande réaction, survenant chez un homme jeune, bien constitué, se fixer et s'immobiliser dans une ou deux jointures, vous devrez penser bien moins au rhumatisme légitime qu'à l'arthrite blennorrhagique, et, pour avoir une certitude, interroger votre malade avec cette prudence, cette circonspection sur laquelle tout à l'heure encore j'insistais devant vous.

N'oublions pas de noter que, chez nos deux malades, il n'y a eu aucun signe ni d'iritis, ni de conjonctivite, complications qui, suivant certains auteurs, seraient encore assez fréquentes dans l'arthrite blennorrhagique.

La longue discussion à laquelle je viens de me livrer, montre jusqu'à un certain point quel est le pronostic que nous devons porter, et quel doit être le traitement dans les cas d'arthrite blennorrhagique, et notamment dans ceux que nous avons sous les yeux.

Il n'y a aucune comparaison à établir, au point de vue du pronostic, entre l'arthrite blennorrhagique et le rhumatisme articulaire, qu'il soit mobile ou fixe. L'arthrite blennorrhagique n'a pas de gravité ; elle se termine presque constamment par résolution. Si, dans quelques cas très-rares, du reste, il survient de l'hydarthrose ou une tumeur blanche, cela tient moins à l'affection articulaire qu'à la mauvaise constitution du malade ; un traumatisme quelconque aurait suffi pour produire le même effet. L'arthrite n'est donc là qu'une cause simplement occasionnelle.

Il n'est pas d'exemple, et j'invoque encore ici le témoignage de M. Rollet, où l'affection se soit terminée par suppuration. Mais quelquefois il reste, pendant un certain temps, un peu de roideur dans les articulations affectées.

Un des inconvénients les plus grands de l'arthrite blennorrhagique, c'est sa longue durée qui, en moyenne, est d'un mois et demi à deux mois.

Le traitement, vous le devinez, est celui des arthrites : repos, cataplasmes, émissions sanguines locales, faites avec ménagement, vésicatoires volants, et plus tard compression à l'aide d'un bandage dextriné. Chez nos deux malades, nous n'avons jusqu'à ce moment, vu le peu d'acuité des symptômes, prescrit que des cataplasmes et recommandé le repos absolu ; mais, pour peu que la résolution tarde à survenir, nous aurons recours à l'emploi des vésicatoires volants.

Quant à la blennorrhagie, nous la traiterons par les moyens ordinaires : copahu, cubèbe, etc. Que l'écoulement persiste ou s'arrête, l'arthrite, en général, n'en continue pas moins son cours. Il n'y a donc aucun intérêt à rappeler un écoulement qui, le plus souvent, ne s'est pas entièrement arrêté ; et lorsque vous verrez les partisans de la métastase aller, pour ramener l'écoulement, jusqu'à injecter dans l'urèthre de la matière blennorrhagique, vous trouverez certainement comme moi que la systématisation de cette absurde méthode est la meilleure preuve du peu de valeur que doit offrir la doctrine qui l'a inspirée.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'OVARIOTOMIE,

Par M. le Dr E. KOEBERLÉ.

Le traitement des kystes des ovaires, jadis réputés complétement incurables, a fait depuis le dernier siècle d'immenses progrès et dans ces derniers temps, on peut dire que, grâce aux chirurgiens contemporains, il est devenu une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie moderne.

Les ponctions palliatives, les divers procédés consistant à provoquer la suppuration et l'oblitération des kystes uniloculaires, les injections iodées ont marqué de grands pas dans la voie du progrès. Malheureusement ces procédés sont complétement inefficaces ou inapplicables dans les cas de kystes multiloculaires qui ne peuvent être guéris que par l'extirpation.

Les ponctions simples des kystes uniloculaires sont seulement palliatives; elles produisent un soulagement momentané, mais elles amènent un dépérissement rapide, sauf quelques exceptions très-rares ; elles sont aussi dangereuses que l'ovariotomie par l'hémorrhagie interne, par l'infection putride du sang, par la péritonite, qu'elles occasionnent souvent dès la première tentative.

La mortalité consécutive aux ponctions simples est au moins aussi fréquente que celle que l'on observe dans l'ovariotomie pratiquée convenablement.

D'après les statistiques de R. Lée, de Kivisch, de Southam, sur 100 malades ponctionnées, 54 étaient déjà mortes dans le courant de l'année après la première ponction, tandis que l'ovariotomie, dans les opérations de M. S. Wells, de M. Keith, dans les miennes, n'a donné lieu qu'à 25 morts p. 100 dans les cas sans adhérences et avec adhérences légères, et 45 morts p. 100 dans les cas compliqués d'adhérences graves. Par conséquent, l'ovariotomie, même dans les cas défavorables, expose les malades à moins de chances de mort que les ponctions simples. D'autre part, les ponctions, etc., ne peuvent aboutir à la guérison que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, tandis que les malades qui ne succombent pas aux suites de l'ovariotomie sont guéries d'une manière radicale, à de rares exceptions près.

Les injections iodées ne sont en général applicables qu'aux kystes uniloculaires contenant un liquide séreux incolore. Ce sont des cas très-rares. La majeure partie des kystes dits uniloculaires présentent des parties annexes multiloculaires qui se développent consécutivement et qui tendent à reproduire la maladie. L'extirpation des ovaires malades seule met à l'abri de la récidive. Les injections iodées, qui sont accompagnées nécessairement d'une ponction, ne sont pas sans danger grave et ne peuvent donner lieu, dans la plupart des cas, qu'à une guérison temporaire. D'après M. Boinet, partisan le plus déclaré des injections iodées, sur 45 malades traitées par lui, il y aurait eu 31 guérisons, 5 insuccès et 9 morts, soit 2 guérisons sur 3 cas. (*Gaz. hebd.*, 1856, p. 835.) Le chiffre des guérisons est très-contestable, les premières opérations de cette statistique remontant à quatre années et les dernières à quelques mois seulement. Le résultat définitif doit être bien plus défavorable. Ce résultat est incomparablement moins avantageux que celui que fournit l'ovariotomie, surtout dans les cas simples où les injections iodées sont exclusivement applicables, et dans lesquels l'ovariotomie donne 3 guérisons sur 4 cas et mieux encore. Le parallèle est encore bien plus avantageux pour l'ovariotomie lorsqu'on lui compare les résultats statistiques généraux du traitement des kystes ovariques par les injections iodées. Sur 130 cas colligés par M. Velpeau, il y a eu 30 morts, 36 récidives et 64 guérisons seulement, soit 50 guérisons p. 100 en grande partie non définitives.

Il résulte de ce qui précède, qu'en général, il y a avantage à traiter aussi les kystes uniloculaires par l'extirpation. Les ponctions successives et les injections iodées doivent être réservées pour les cas où l'extirpation est contre-indiquée par l'âge, l'état général, la nature de la tumeur ou des circonstances qui rendent l'extirpation impraticable ou trop dangereuse.

Les préventions que l'on a contre l'ovariotomie tendent à s'effacer peu à peu. On ne peut juger l'ovariotomie définitivement d'après les résultats obtenus jusqu'à présent en France ou ailleurs, d'après les données brutes de la statistique. On ne peut pas faire la statistique des opérations d'ovariotomie comme on fait la statistique des opérations d'amputation, de désarticulation des membres, de ligature d'artères, etc. ; ces opérations sont très-analogues entre elles et comparables entre elles chacune dans son genre, tandis que les opérations d'ovariotomie sont plus ou moins graves, non-seulement suivant les conditions générales dans lesquelles on opère, mais encore suivant les cas particuliers et les procédés opératoires. Un chirurgien qui n'opérerait que dans des conditions désespérées, dans des cas compliqués, doit nécessairement obtenir de moins beaux résultats généraux que s'il n'opérait que dans des cas simples et favorables.

---

plus ou moins, suivant les promesses qu'on avait eu soin d'en exiger au moment de le rendre libre.

Les principes en cette matière n'avaient pas toujours été les mêmes. Primitivement le maître avait le droit d'imposer toutes les conditions qu'il voulait, de quelque nature qu'elles pussent être ; de sorte qu'il pouvait maintenir son ancien esclave à sa merci (1). Plus tard on cessa de permettre ce qui semblait avoir pour but unique de rendre illusoire la liberté (2), et l'on réduisit à peu près les obligations que l'affranchi put contracter envers son patron à des œuvres professionnelles. (*Operæ fabriles, pictoriæ, etc.*)

Ces œuvres, comme ces mots l'indiquent, variaient avec la profession de l'affranchi ; s'il était peintre, c'étaient des tableaux ; musicien, des concerts; sculpteur, des statues ; s'il était médecin, qu'était-ce?

Disons de suite que pour être dues, les œuvres promises ne devaient pas être étrangères à celui qui les stipulait ; il fallait qu'il pût y trouver quelque avantage ou quelque plaisir ; il lui fut interdit d'en faire, en les cédant à prix d'argent, un commerce autre que le sien propre (1).

Aussi l'étendue des services que le patron pouvait exiger était-elle très-différente, selon qu'il avait, ou n'avait pas, la même profession que l'affranchi.

Celui-ci étant médecin, un patron qui ne l'était pas ne pouvait attendre de lui que des soins gratuits pour sa famille, ou pour ses amis tout au plus (2) ; tandis qu'un médecin avait manière d'exploiter avec plus de fruits les confrères qui lui devaient des œuvres.

Il avait le droit de s'en faire aider et remplacer chez ses malades, il multipliait sa clientèle en se faisant payer pour eux tous ; il poursuivait par eux l'exercice de son art dans la plus extrême vieillesse ; il pouvait même, toujours à son profit, céder leurs services médicaux à telle ou telle grande famille qui voulait des soins exclusifs.

Dans le second siècle de notre ère, lorsque Julien le jurisconsulte écrivait ses livres de droit, presque tous les médecins avaient des affranchis qui leur servaient à cet usage (1).

En outre de ces œuvres vraiment professionnelles, le patron pouvait en exiger d'autres moins avantageuses pour lui, et qui rentraient dans ce que nous nommerions les bons offices : *operæ officiales*. Entre médecins, ces bons offices pouvaient s'étendre jusqu'au point de rendre impossible pour l'affranchi l'exercice de sa profession (2).

Le Digeste en donne un exemple : celui d'un médecin jaloux qui, sorti lui-même de l'esclavage, contraignit ceux dont il était patron à ne faire pas autre chose que de l'accompagner en tous lieux, et de relever sa dignité par un vaste et savant cortége. Les pauvres gens consultèrent un jurisconsulte sur la validité des promesses qu'ils exécutaient à contre-cœur ; il répondit qu'elles étaient parfaitement

(1) Fragm. Ulp. *in* Dig. *de bon lib.*, lib. XXXXIII, tit. II, l. I. *Antea soliti fuerunt (patroni) a libertis durissimas res exigere, scilicet ad remunerandum tam grande beneficium... et quidem prior prætor Rutilius dixit se amplius non daturum quàm operarum et societatis actionem.*

(2) Fragm. Ulp. *in* Dig. *qu. rer. act. non dat.*, lib. XLIV, tit. V, l. 1, § 5 *et seq. Quæ onerandæ libertatis causa stipulatus sum, a liberto exigere non possum.* Onerandæ *autem* libertatis causa *facta bellissime ita definiuntur ; quæ ita imponuntur ut, si patronum libertus offenderit, petantur ab eo ; semperque sit metu exactionis ei subjectus, propter quem metum quod vis sustineat, patrono præcipiente.* — Fragm. Ulp. *in* Dig. *de oper. libert.*, lib. XXXVIII, tit. I, l. 2, *add. eod.* tit., l. 32 *et passim.* — Cod. Just., lib. VI, tit. III. — Selon les principes ordinaires de la procédure romaine, d'une part le préteur refusait au patron toute action, c'est-à-dire tout droit à être entendu par un juge, lorsque les œuvres réclamées rentraient évidemment dans cette catégorie ; et d'autre part, lorsqu'il y avait doute, il accordait à l'affranchi une exception : *onerandæ libertatis causa*, qui faisait porter l'examen du juge sur le but qu'avaient eu les parties contractantes. Dig., lib. XLIV, tit. V, l. 1, § 8.

(1) Dig. *de oper. libert.*, lib. XXVIII, tit. I, l. 25. — *Add. eod. tit.*, l. 32, 37, 39. — Dig. *qu. rer. act. non dat.* Lib. XLIV, tit. V, l. 1 et 2. — Cette règle souffrait très-peu d'exceptions ; telles que celles-ci : Sur la demande des affranchis, les patrons pouvaient louer leurs œuvres (*De op. lib.*, l. 25, § 4) ; ils pouvaient également les louer lorsque, étant très-pauvres, ils n'avaient que ce seul moyen d'en tirer parti, ayant pour affranchis des mimes, des comédiens, etc. (*Ead. leg.* § 1.)

(2) Dig., *de oper. lib.*, l. 27.

(1) Dig. *Eod. tit.*, l. 25, § 2.

(2) Pourtant la question de savoir si en général un patron pouvait empêcher ses affranchis d'exercer le même commerce que lui dans la même ville, se trouve résolue par les jurisconsultes négativement, soit sans restriction (*Ulp.* Dig. *de jure patr.*, lib. XXXVII, tit. XIV, l. 2. — *Scævol. Cod.* tit., l. 15); soit avec cette seule restriction « à moins que le patron n'en éprouve un préjudice, » préjudice qu'il fallait prouver (*Scævol.* Dig. *de op. lib.*, l. 45). Mais si ces décisions semblent contradictoires avec celle qui nous est fournie en ce qui touche le patron médecin, l'antinomie n'est qu'apparente, car au fond le cas est tout autre. Le négociant se bornait à vouloir interdire à ses affranchis l'exercice d'une profession : c'était mettre obstacle à leur liberté sans profit aucun pour lui-même ; tandis que le médecin voulait employer le temps de ses affranchis à le suivre, et y trouvait un avantage, ou tout au moins une satisfaction d'amour-propre. Or, nous avons vu que le droit aux œuvres était subordonné à l'avantage ou au plaisir que le patron pouvait y trouver.

Les cas qui se présentent dans la pratique, en France et sur le continent européen, sont en général compliqués, défavorables. Les préventions du monde médical éloignent de l'opération les malades; elles n'y ont recours d'ordinaire qu'en dernier ressort, après avoir épuisé vainement toutes les autres ressources de la thérapeutique, ne fût-ce alors que pour trouver une fin plus prompte à leur existence devenue odieuse !

Cependant l'ovariatomie pratiquée en temps opportun, avant qu'il n'existe des complications graves, consécutives à l'existence trop prolongée de la tumeur, aux ponctions, etc., que l'on a pratiquées, aux adhérences qui se sont formées, est une opération relativement d'une gravité très-faible, ainsi que le démontre la statistique des opérations pratiquées dans ces dernières années.

Mes cas d'opérations d'ovariotomie ont été, en général, beaucoup plus graves que ceux des chirurgiens anglais. La proportion des cas sans adhérences est beaucoup moins considérable; elle forme environ le cinquième de mes opérations, tandis qu'elle est le tiers des opérations de M. S. Wells, les deux cinquièmes des 50 premières opérations de M. B. Brown, et presque la moitié des opérations de M. Keith. Cela tient en grande partie à ce qu'on n'a pas encore adopté sur le continent européen l'ovariotomie, comme traitement initial, sur une aussi grande échelle qu'en Angleterre. D'après le résultat des 114 premières opérations de M. S. Wells, 75 p. 100 des cas sans adhérences ou avec adhérences légères ont guéri. Dans les mêmes circonstances, les 35 premières opérations de M. Keith ont donné également 75 guérisons p. 100, et mes 27 premières opérations pratiquées jusqu'à présent 76 guérisons p. 100. Les 50 premières opérations de M. B. Brown, n'ont donné lieu qu'à 55 guérisons p. 100. Les cas avec des adhérences graves ont donné 55 guérisons p. 100 à M. S. Wells, 60 p. 100 à M. Keith, 56 p. 100 dans ma pratique, et 45 p. 100 seulement à M. B. Brown. Je regrette de ne pouvoir donner, faute de documents, les résultats analytiques des opérations de MM. C. Clay, T. Smith, Atlee, etc.

Les résultats généraux obtenus sur le continent européen ne sont pas encore très-satisfaisants; mais il me paraît certain qu'on obtiendra bientôt les mêmes succès que ceux dont peut, à juste titre, s'enorgueillir, depuis plusieurs années, la chirurgie anglaise et américaine, à mesure que les préventions contre l'ovariotomie diminueront, que les indications en seront mieux comprises et que la pratique de l'opération sera mieux entendue.

On a cherché à expliquer les insuccès par le milieu, par l'influence de l'air ambiant, par la nationalité des malades. Ces propositions, plausibles au premier abord, ne peuvent guère s'accorder avec les faits. A Strasbourg il a été pratiqué 7 opérations par divers confrères : toutes les opérées ont succombé. Mes collègues de Strasbourg n'ont pas été plus heureux que ceux de Paris, quoiqu'ils aient opéré dans le même milieu que moi. On ne peut donc pas plus attribuer à l'influence de l'air si incriminé de Paris, qu'à l'air de Strasbourg les insuccès. D'ailleurs, 3 cas de succès ont été obtenus à Paris même depuis 1864, tandis qu'à Lyon une première opération faite avec succès en 1862, a été suivie de 4 opérations devenues mortelles. Trois opérations pratiquées à Reims ont également été mortelles; néanmoins, une de mes opérées de Reims a guéri. M. de Krassowski, à Saint-Pétersbourg, a obtenu 3 guérisons sur ses 6 premières opérations; M. Étilling, à Cassel, a fait 10 ovariotomies jusqu'en 1866, six fois avec succès. MM. Battlehner, à Carlsruhe, Nusbaum, à Munich, Schlossberger, à Leipzig, Mesterton, à Upsal, etc., ont également obtenu d'heureux résultats. A Édimbourg, l'ovariotomie a été constamment mortelle jusqu'en 1862; depuis elle a fourni les résultats les plus remarquables entre les mains de M. Keith; ce n'cst pas pourtant la constitution des malades (qui d'ailleurs, étaient *anglaises*), ni le milieu qui ont changé.

OBSERVATION DE SCLÉRODERMIE,

Par M. le Dr Plu, de Grand-Lucé (Sarthe).

Le 12 janvier, je fus appelé auprès de la veuve T..., âgée de cinquante-neuf ans. Cette femme, d'une bonne constitution, a eu trois enfants; elle a cessé d'être réglée à quarante-trois ans. Voici ce qu'elle raconte sur ses antécédents et sur le développement de l'affection actuelle : Au mois de juillet 1865, ayant apporté de 4 kilomètres de distance, par la pluie, un panier contenant un poids de 15 à 16 kilogrammes, le bras gauche fut pris d'œdème et resta œdématié quinze jours. Le 1er septembre, elle est prise d'une érysipèle qui débute au nez et s'étend à toute la face. Le deuxième ou troisième jour elle va laver et reste assez longtemps les mains dans l'eau; immédiatement l'érysipèle s'étend à toute la poitrine, au tiers supérieur de l'abdomen et au bras gauche; il dure six septenaires. Elle prétend que la desquammation n'a eu lieu qu'à la poitrine et au bras et pas à l'abdomen. Sous l'influence de l'érysipèle, l'œdème a reparu et existe encore. Vers le commencement du mois de décembre apparaît l'affection actuelle. La malade a senti sa peau se serrer à la partie inférieure de la poitrine; cela s'est étendu progressivement en montant, et en trois septenaires est arrivé à l'état actuel.

État actuel. — Toute la partie antérieure du thorax, depuis les espaces sus-claviculaires jusqu'à une ligne horizontale tirée au niveau de l'ombilic, bornée de chaque côté par des lignes descendant verticalement des creux axillaires, présente les symptômes suivants : peau dure, ne cédant pas sous le doigt, ne présentant aucun pli, tendue de manière à ne pouvoir la pincer. Les mouvements sont difficiles; les mamelles immobiles semblent étranglées par la peau. Coloration plus foncée qu'à la peau saine; c'est la couleur café au lait. La peau conserve sa sensibilité, sa température, sa perspirabilité ordinaires. Sensation de constriction.

Le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas hypertrophié. La peau ne présente pas non plus d'hypertrophie, cependant elle semble un peu épaissie, elle a l'aspect du reste d'une grosse orange.

A la ligne de séparation de la peau saine et de la peau malade, on éprouve la sensation du passage d'un corps dur à un corps mou sans transition. Il n'y a pas de bourrelet. On sent quelques petits noyaux d'induration au milieu de la peau saine, mais à quelques centimètres seulement de la ligne de séparation.

Il n'y a pas de fièvre. Les organes digestifs circulatoires et respiratoires ne présentent rien d'anomal, seulement la poitrine ne se dilate plus, la respiration est toute diaphragmatique.

L'œdème dont était atteint le bras gauche a encore augmenté depuis l'apparition de la sclérodermie.

Le 21 janvier, l'œdème apparaît au bras droit.

Le 18 février, l'œdème commence à envahir les jambes; la peau des deux tiers inférieurs de l'abdomen est toujours saine; l'affection ne s'étend pas; de temps en temps accès de suffocation.

Le 6 mars, l'œdème des bras et des jambes est considérable. La peau excoriée laisse couler de la sérosité; le décubitus dorsal est impossible; diarrhée depuis trois jours; l'appétit est moins bon; la malade s'affaiblit.

Une petite ulcération linéaire s'est formée le long du sternum, et présente aujourd'hui cette ligne blanche déprimée qui se forme lorsque la sécrétion séreuse se supprime et que la partie ulcérée devient sèche.

Le 19 mars, la malade succombe sans agonie.

Cette observation que l'on peut, je crois, regarder comme un type de sclérodermie, offre de l'intérêt à plusieurs points de vue.

D'abord l'œdème, que l'on regarde comme rare dans cette affection et que l'on ne trouve noté que dans la troisième observation de Thiriat et dans celle de Putégnat, et qui a été ici beaucoup plus considérable qu'on ne l'a signalé jusqu'à ce jour. Rilliet, chez sa petite malade, avait bien trouvé des épanchements dans la plèvre droite, dans le péricarde et dans le péritoine, mais ils disparurent vite.

La marche qui a été rapide, l'envahissement s'est fait en trois septenaires, et depuis, l'affection est toujours restée stationnaire.

La coloration brunâtre qui s'est montrée dès le début.

La terminaison par la mort dans un temps assez rapproché du début prouve que, au moins pour les vieillards, le pronostic bénin porté par Forget et Gillette sur cette affection doit être modifié.

Au point de vue de l'étiologie on a noté un état cachectique assez vague, se rapprochant de l'état scrofuleux et se traduisant par des lésions cutanées; ma malade, qui était vigoureusement constituée, ne peut rentrer dans cette catégorie.

Je croirais plus volontiers à l'influence du froid et à une manifestation rhumatismale. Les antécédents rhumatismaux ont été notés dans plusieurs observations, et l'influence directe du froid semble démontrée par les observations de M. Bouchut et de Henke. Quant à ma malade, je trouve d'abord une assez longue course par la pluie avec un lourd fardeau, à la suite de laquelle survient un œdème du bras qui disparaît au bout de quinze jours; puis, pendant la durée d'un érysipèle, l'immersion des mains pendant une demi-journée dans un lavoir. Ne serait-ce pas là le point de départ?

M. Paul Horteloup, commentant les belles découvertes de M. Raynaud sur la syncope et l'asphyxie locales, a imaginé par analogie une théorie fondée sur la contractilité des fibres cellules de la peau. Une cause nerveuse amènerait la rétraction du derme, et lorsque la contracture du derme aurait duré un certain temps, il se poduirait entre les fibres condensées un travail agglutinatif qui empêcherait la peau de revenir à son état primitif, et serait la cause d'une véritable altération matérielle de la surface cutanée. Sans donner l'explication mathématique de tous les faits, cette théorie, basée sur des faits physiologiques incontestables, séduit l'esprit.

Je ne dirai rien du traitement; j'ai employé les bains de vapeur, les alcalins en bains et en boissons, le mercure, l'iode, l'opium, sans obtenir aucune amélioration.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

LES EAUX SULFUREUSES D'ENGHIEN,

Appliquées au traitement des maladies nerveuses,

Par M. le docteur A. Mirbel.

Depuis quelques années, on a reçu et traité au grand établissement thermal d'Enghien un nombre imposant de malades présentant les névroses les plus diverses. Des résultats thérapeutiques très-remarquables ont été obtenus, et nous pensons faire une œuvre utile en fixant l'attention des médecins sur le parti que l'on peut tirer de la médication hydro-minérale sulfureuse dans les cas d'exaltation, de diminution ou de perversion du système nerveux.

Les causes des maladies nerveuses sont, on le sait, extrêmement nombreuses; il serait superflu de les énumérer toutes. Qu'il nous suffise de dire que les névroses observées à Enghien sont dues le plus souvent à un affaiblissement général de la constitution, à une modification dans la calorification, à une menstruation trop abondante, à des hémorrhagies, à des pertes séminales ou à des excès génésiques, à un allaitement trop prolongé, à des flux chroniques séreux ou muqueux, ou à une diarrhée chronique. On rencontre ensuite le groupe des névroses occasionnées par un défaut d'équilibre entre l'alimentation et la déperdition physique ou par une métastase rhumatismale, goutteuse, scrofuleuse, syphilitique ou herpétique. L'indication principale à remplir, dans ces affections nerveuses, consiste à faire cesser l'action anomale du système nerveux : les eaux sulfureuses prises à l'intérieur en bains ou en douches, et l'hydrothérapie sulfureuse répondent à tous les besoins en pareil cas et contribuent puissamment à déterminer la guérison.

A Enghien, le traitement varie nécessairement suivant la nature de la névrose. S'agit-il de lutter contre un affaiblissement de la constitution ou contre un principe diathésique, les eaux sont administrées *intùs et extrà,* mais on apporte une certaine réserve dans l'emploi de l'eau en boisson, afin de ne pas pro-

---

licites, pourvu que l'on n'empiétât pas sur le temps nécessaire au soin de leur santé, à l'accomplissement de leurs devoirs sociaux, et qu'outre le repos nocturne, celui de la méridienne leur fût laissé (1), « *ut acquiescere eos meridiano tempore, et valetudinis et honestatis suæ rationem habere sineret.* »

En pareil cas, bien entendu, le patron devait nourrir ceux qui n'avaient pas d'autres ressources (2).

Du reste, par suite de la faveur croissante qui s'attachait à la liberté, tous ces devoirs auxquels dans le principe les affranchis étaient astreints comme par un reste de servitude, ils purent les faire résoudre en argent (3), comme se résolvent dans notre droit toutes les obligations de faire ou de ne pas faire.

Dès lors ils échappèrent par la richesse à l'effet de toutes leurs promesses, et même de tous leurs serments. Le droit sacerdotal n'existait plus pour en faire un crime capital, et la conscience d'un ancien esclave était rarement bien délicate.

Il en résulta que les maîtres hésitaient avant d'affranchir le médecin esclave chargé de leur santé et dans lequel ils avaient confiance; car dès qu'il aurait complété la somme nécessaire pour racheter son indépendance et pour payer les indemnités fixées par le juge, aussitôt, comme ayant accompli son salaire, *salario expleto,* il pourrait les abandonner impunément.

« Je te recommande les médecins tel et tel, écrivait à son héritier un testateur dont les expressions sont conservées dans le *Digeste*. Il ne tiendra qu'à toi d'avoir en eux de bons médecins et de bons affranchis. Si je ne leur ai pas déjà donné moi-même la liberté, c'est que j'étais mis en défiance par le souvenir de ce qui est arrivé à ma très-chère sœur. Elle avait affranchi ses médecins esclaves, et se vit abandonnée d'eux, une fois leur salaire accompli (1). »

Cette espèce d'ingratitude était très-sensible pour les Romains, car ils désiraient en général avoir des médecins domestiques qui les traitassent uniquement. Ils y tenaient, tant pour les motifs que nous avons exposés plus haut, que, surtout pour les plus honnêtes, par suite d'une opinion vulgaire partagée par Celse lui-même (2). Ils n'admettaient guère que la science pût remplacer l'assiduité; et se croyaient plus sûr de guérir entre les mains d'un médecin médiocre qui, vivant toujours à leurs côtés, les connaissait de longue date, qu'entre celles d'un plus habile, qui se livrant à de nombreux malades, n'aurait pas trouvé de temps à perdre à la suite des bien portants.

Il ne faut pas oublier cette préférence, si l'on veut comprendre comment, jusqu'aux derniers temps de l'Empire, alors même que la médecine conduisait à tous les honneurs et figurait au premier rang parmi les professions libérales (1), on trouve toujours un grand nombre d'esclaves qui la pratiquaient et soignaient leurs maîtres. Les hasards de la guerre n'y contribuaient en rien à cette époque où l'empire romain était le monde civilisé; les esclaves des médecins ne se vendaient qu'en petit nombre; mais les riches y suppléaient en faisant instruire, souvent à grands frais, ceux qui étaient nés dans leurs maisons et qui montraient de l'intelligence.

Dr Victor Revillout.

(1) Fragm. Alf. Var. *in* Dig. *De oper. libert.* l. 26.

(2) Dig., *eod. tit.*, l. 18, 19, 21, 33, 50, § 1, etc.

(3) Fragm. Alfen. Vari *in* Dig. *de oper. libert.*, l. 26, § 1. *Item rogavi, si eas operas liberti dare nollent, quanti oporteret æstimari? Respondit : Quantum ex illorum operis fructus, non quantum ex incommodo dando illis, si prohibuerit eos medicinam facere, commodi patronu sconsecuturus esset.* — (Ce texte est la suite de celui que nous avons rapporté plus haut, et il a trait aux mêmes affranchis d'un patron médecin.) — *Adde eod. tit.*, l. 33, § 1.

(1) Fragm. Scævol. *in* Dig. *de fideic. libert.*, l. 41, § 6. « *Medicos tibi commendo illum et illum; in tuo judicio erit ut habeas bonos libertos et medicos : quod si ego libertatem eis dedissem, veritus sum, quod sorori meæ carissime fecerunt medici servi ejus manumissi ab ea, qui salario expleto reliquerunt eam.* »

(2) Cels., lib. V, cap, XXVI. — Gal., *Meth. med.* I.

(1) Lex Constant. *in* Cod. Just., *De profess. et med.*, l. 6. — Cod. Theod., lib. XIII, t. III, l. 12, 17 *et passim.*

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie,* par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et Armand Després, chirurgien des hôpitaux. 1re et 2e parties avec 466 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 23 fr. Paris, 1866, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie. (Huitième édition.) In-18 de 300 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, F. Savy.

voquer une stimulation trop énergique. A l'extérieur, les eaux sont employées en bains mitigés et purs, en douches générales ou partielles et d'une température variable. S'agit-il de combattre une névrose rebelle et de faire usage de la méthode perturbatrice, c'est aux douches générales et surtout à la douche écossaise que l'on a recours.

On reçoit chaque année au grand établissement thermal beaucoup de femmes ayant éprouvé une foule d'accidents névropathiques : leur constitution est frêle, impressionnable; leur caractère est mobile, susceptible, inquiet, enclin à la tristesse; leur appétit est capricieux et parfois des convulsions hystériformes viennent se greffer sur tout cet ensemble morbide. L'hydrothérapie sulfureuse rend dans ces cas réfractaires et mal définis les services les plus signalés. Sous ce rapport, la saison de 1865 a été des plus heureuses, et nous devons dire que celle de 1866 nous semble pleine de promesses.

Le savant médecin inspecteur des eaux d'Enghien, M. le docteur de Puisaye, a publié plusieurs observations extrêmement remarquables de névroses guéries au grand établissement. Qu'il nous suffise de résumer brièvement les suivantes :

I. — M. P..., âgé de vingt-six ans, d'une constitution nerveuse, maigre, d'un aspect chétif, éprouve une fatigue générale avec courbature et brisement des membres, un dégoût insurmontable pour certains aliments solides, un état nauséeux, des palpitations de cœur, des douleurs épigastriques, stomacales, et, en dernier lieu, de fâcheuses dispositions morales. En face de cet état nerveux général, caractérisé par des accidents si variés et si mobiles, le traitement thermal réussit à merveille, et, au bout de trente et un jours, il ne resta aucune trace des phénomènes morbides précités.

II. — M. B..., âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution, est atteint d'une névralgie sciatique qui a été combattue dans son principe par des vésicatoires volants: A son arrivée à Enghien, M. B... éprouve une gêne très-douloureuse dans la marche et ne se soutient qu'à l'aide de cannes; de plus, il a sur la jambe quelques pustules d'ecthyma. A l'aide de l'eau minérale prise à l'intérieur et de douches au piston sur la partie douloureuse, M. B... alla toujours en s'améliorant et partit complétement guéri.

III. — Mme C..., âgée de cinquante-six ans, est atteinte d'une névrose qui se porte tantôt sur le diaphragme, les muscles intercostaux, et simule l'angine de poitrine, tantôt sur le larynx, et détermine une aphonie complète; quelquefois sur le nerf de la cinquième paire et occasionne une névralgie des plus intenses; quelquefois aussi sur l'estomac et produit de l'anorexie, du pyrosis et de la dyspepsie flatulente; enfin, sur la matrice, où elle cause d'atroces douleurs. Il s'agissait évidemment là d'une névralgie protéiforme, attaquant simultanément ou successivement les organes les plus variés.

Lorsqu'un cas semblable se présente, on peut être assuré que la thérapeutique ordinaire est destinée à subir tous les échecs possibles. En produisant, au contraire, une sorte de perturbation sur tout le système nerveux, à l'aide d'un traitement thermal, on doit pouvoir espérer une régénération de santé générale; de là, le séjour de la malade à Enghien.

IV. — M. R..., âgé de cinquante ans, souffre depuis plusieurs années d'accès d'asthme, pour lesquels il a employé tous les moyens. Il est allé jusqu'à se faire cautériser le pharynx à l'aide de l'ammoniaque, ce qui a bien failli lui être fatal. Les attaques se renouvellent fréquemment et il n'obtient quelque amélioration qu'en provoquant l'expectoration et en fumant des feuilles de *datura stramonium* mélangées avec du tabac ordinaire. Il n'existe chez M. B... aucune trace d'emphysème, car dans les intervalles de repos que lui laissent ses attaques, on n'entend ni craquement, ni râle d'aucune espèce et il n'existe pas de déformation thoracique.

Lorsque le malade arriva à Enghien, on lui fit boire quelques verres d'eau sulfureuse coupée par moitié avec une infusion de feuilles d'oranger et on lui fit administrer des douches sur les épaules. Les douches agissent, en pareil cas, comme révulsifs à la peau, et comme agent modificateur de la névrose. Ce traitement fut suivi pendant trois semaines, apporta une amélioration considérable dans la santé générale, et eût pour résultat de diminuer la fréquence et l'intensité des accès.

D'autres observations très-concluantes sont venues démontrer à M. le docteur de Puisaye, ainsi qu'à M. le docteur Le Breton, son médecin-adjoint, que les eaux sulfureuses, administrées d'après la méthode perturbatrice, ont une influence incontestable sur l'asthme nerveux, lorsqu'elles échouent complétement quand l'asthme est compliqué d'emphysème pulmonaire ou lié à une affection organique quelconque.

Dans l'impossibilité où nous sommes d'énumérer tous les cas si multipliés et si dissemblables de névrose que l'on observe à Enghien, nous résumons nos opinions par les conclusions suivantes :

1° Les eaux d'Enghien sont employées avec avantage dans les névroses qui portent principalement sur les fonctions de nutrition, et qui, par leur intensité et leur durée, altèrent profondément la constitution;

2° Elles jouissent également d'une efficacité notoire dans les névroses partielles et localisées du sentiment et des mouvements;

3° Les eaux d'Enghien sont d'autant mieux indiquées, lorsque les névroses sont liées à une diathèse rhumatismale, goutteuse, scrofuleuse, syphilitique ou herpétique.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Depuis nos dernières nouvelles, le choléra a fait des progrès considérables à Amiens.

Hier le nombre des décès s'élevait à une cinquantaine environ.

Les médecins se prodiguaient sur tous les points atteints : un certain nombre d'internes de Paris concouraient avec le plus grand dévouement au service médical.

Deux de nos confrères les plus estimés d'Amiens, MM. Léger et Thuillier fils, ont succombé au champ d'honneur. Son Excellence M. Béhic, ministre de l'agriculture, qui s'était transporté avant-hier sur les lieux, accompagné de M. Mèlier, a déposé sa carte chez les veuves de nos si regrettés confrères. Cette démarche a produit le plus heureux effet sur le corps médical d'Amiens.

— A Nantes, le choléra disparaît, mais il vient de se déclarer à Paimbœuf où l'on a dû envoyer des internes de l'École de Nantes; à Hesdin (Pas-de-Calais); à Penmarch (Finistère); près de Lorient (Morbihan); à Courcelles-Chaussy (Moselle), et à La Ciotat (Bouches-du-Rhône).

— La Hollande, la Poméranie, la Belgique et la Saxe sont frappées et le mal est encore en voie de croissance.

— On signale enfin l'apparition du fléau dans la ville de Lille.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

256. De quelques fractures rares du maxillaire inférieur, par M. A. Cluzeau.

257. Des résultats obtenus par les divers procédés opératoires dans les amputations, par M. B. Veret.

258. De la coxalgie chez le fœtus et le nouveau-né, par M. A. Padieu.

259. De la ménopause, par M. B. Puyo.

260. Étude sur la pathogénie de l'éclampsie chez les femmes en couche, par M. Paul Massy.

261. Des hémorrhagies dans les maladies des reins, par M. L. Fellioux.

262. Étude sur l'urémie, par M. Patay.

— Le 23 juin a eu lieu à la maison-école d'accouchement, rue de Port-Royal, la distribution des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité, ainsi que la remise des certificats d'aptitude aux élèves désignées par le jury.

La séance était présidée par M. Husson, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, assisté des médecins et chirurgiens de l'établissement et des principaux fonctionnaires de l'établissement, ainsi que du maire et de l'un des adjoints du 14e arrondissement.

Le 1er prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Pamart, élève aux frais du département du Nord.

Le 1er prix de vigilance clinique a été partagé entre Mlle de Grobert, élève à ses frais, et Mlle Lepeu, élève aux frais du département de la Seine.

Et le 1er prix d'observations cliniques a été décerné à Mlle Beaujean, élève aux frais du département de l'Indre.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 4 juillet, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 20. Voici son ordre du jour :

1° De la taille, du choix des méthodes, par M. le docteur Aug. Mercier;

2° Du ptérygion et de son traitement, par M. le docteur Courssérant;

3° De l'inutilité du copahu dans le traitement de la blennorrhagie, par M. le docteur Domerc;

4° Des congestions veineuses, par M. le docteur Dupré;

5° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 78. — JEUDI 5 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 5 JUILLET 1866. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JUILLET 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la méthode sous-cutanée s'est agrandie. Il est maintenant question de la cicatrisation des plaies et des conditions de l'organisation immédiate des tissus.

Le lecteur goûtera, comme toujours, la spirituelle argumentation de M. Boulay; mais, à notre avis, une des phases les plus intéressantes de la discussion a été celle où M. Robin, notre histologiste national, a donné, à tous les académiciens qui les lui ont demandés, des éclaircissements et des notions sur les recherches modernes qui ont enrichi la physiologie et l'histologie.

M. Robin a donné la richesse de la science, c'est-à-dire des faits. Les académiciens, plus âgés, avaient encore présents à l'esprit les séduisants livres huntériens, c'est-à-dire des théories bien faites et logiques, auxquelles manquent le contrôle de l'expérience moderne, et que rendent moins précises les formules d'un autre temps devenues aujourd'hui moins scientifiques.

On ne saurait le nier cependant, le fond des idées huntériennes est juste, et celles-ci auront une belle place dans les théories modernes. Les sciences ne sont pas l'œuvre d'une époque seule, chaque âge apporte ses œuvres; et notre siècle a pour mission de chercher ce qu'il y a de bon dans le passé, de le vérifier par tous les moyens d'examen qu'il possède et d'en tirer, comme cela est forcé, de nouvelles conclusions, qui, elles aussi, seront logiques pendant longtemps.

Sans vouloir entrer davantage dans l'exposé de la discussion, dont les termes ne sont pas précisés, disons toutefois à l'avance que l'on comptera toujours les recherches anatomiques et physiologiques de M. Robin, pour beaucoup plus que la philosophie de M. Guérin. — Dr Armand Després.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BERNUTZ.

Observation de névralgie, avec phénomènes convulsifs se rattachant à l'épilepsie.

(Lue à la Société médicale d'observation.)

R... François, âgé de trente-quatre ans, peintre en bâtiments, est entré le 1er février 1866, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, nº 49.

Interrogé sur ses antécédents héréditaires, cet homme m'a donné les renseignements suivants : son père a eu fréquemment des attaques de petit mal épileptique; il est mort à soixante-dix ans d'une hernie étranglée. Sa mère et sa grand'mère maternelle étaient sujettes à des attaques d'hystérie. Un de ses oncles du côté de sa mère a toujours eu un caractère bizarre, il est devenu fou et s'est suicidé. Sa sœur tombait souvent dans des crises de nerfs, pendant lesquelles elle perdait connaissance et avait des mouvements convulsifs et de l'écume à la bouche. De ses six frères, qui tous avaient une profession différente de la sienne, aucun ne fut atteint de mal comitial; l'un d'eux est mort dernièrement à l'âge de trente-six ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie.

Notre malade, de petite taille, d'une constitution sèche, est doué d'un tempérament éminemment nerveux. Dès son enfance il était vif, remuant, beaucoup plus turbulent, dit-il, que les autres enfants de son âge. Mais il jouit habituellement d'une excellente santé, n'a jamais eu la syphilis, ni aucune maladie aiguë.

Dès son jeune âge il commença à travailler chez son père qui, étant peintre en bâtiments, l'initia à sa profession. A onze ans il laissa ce genre d'occupation pour apprendre le métier de ciseleur; mais au bout de cinq ans il y renonça et reprit sa première profession de peintre en bâtiments, qu'il a toujours conservée depuis cette époque. Vers l'âge de quatorze ans, alors qu'il était apprenti ciseleur, et que depuis trois ans il avait cessé complétement d'employer des couleurs, il tomba pour la première fois du haut mal. Cette attaque survint au milieu d'une course qu'il faisait pour son maître : il perdit tout à coup connaissance, brisa dans sa chute un objet en bronze qu'il portait, et, transporté à son domicile, il fut au moins une heure avant de revenir parfaitement à lui. Depuis lors les mêmes attaques se sont reproduites assez fréquemment, plus souvent en été qu'en hiver, et en offrant constamment les mêmes phénomènes : perte subite de connaissance sans aura bien caractérisé, mouvements convulsifs, somnolence consécutive, et enfin retour complet des facultés au bout d'une heure environ. A l'âge de vingt ans, il fut soigné par M. Andral pour de violentes coliques de plomb; celles-ci, faibles durant les quinze premiers jours, atteignirent peu à peu une extrême intensité, et à ce moment il eut une grande attaque d'épilepsie. Au bout de trois semaines le traitement de la Charité eut raison de ses coliques, et il sortit complétement guéri de l'hôpital. Jamais depuis il n'eut de nouvelles coliques saturnines, ni aucune autre manifestation tenant à sa profession. A vingt-six ans, il fut pris d'un saignement de nez très-abondant, que le médecin eut beaucoup de peine à arrêter; et depuis cette hémorrhagie, dit-il, il a cessé d'avoir de grandes attaques. A partir de cette époque, il est devenu sujet à des inquiétudes, des tiraillements dans les membres; très-souvent il lui arrive de se sentir, sans motif, énervé, impatient, et pour calmer son agitation il est forcé d'aller respirer le grand air et de se promener rapidement. D'autres fois, au milieu d'un repas, d'une conversation, il est pris subitement, sans perdre connaissance, de mouvements spasmodiques dans les membres, ses yeux se convulsent légèrement, puis tout se dissipe en quelques instants. Enfin de temps en temps il lui arrive, au milieu de son travail, de commettre des actes déraisonnables, dont il n'a nullement conscience, et qu'il n'eût jamais soupçonnés si ses camarades d'atelier ne lui en eussent fait la remarque. Plusieurs fois les maîtres qui l'occupaient s'étant aperçus de ses absences, l'ont congédié, et cette sorte d'infirmité, dit-il, lui nuit beaucoup.

Le 21 novembre 1865, sans cause à lui connue, il a éprouvé dans la partie supérieure du moignon de l'épaule gauche, une assez vive douleur, qui s'est bientôt étendue sur le côté gauche du cou et de la face jusqu'à l'oreille. Au bout de trois à quatre jours cette douleur s'était propagée d'une part sur toute la longueur du membre supérieur gauche jusqu'à l'extrémité des doigts, et d'autre part sur le côté gauche du thorax, la région précordiale, en traversant le creux de l'aisselle. A l'entrée du malade à l'hôpital, elle était si bien délimitée qu'il était facile d'en suivre exactement le trajet : partant des six premiers nerfs intercostaux dans la région précordiale, et suivant les rameaux anastomotiques de ces nerfs avec le plexus brachial, elle s'irradiait en haut sur les branches du plexus cervical superficiel gauche, sur les rameaux de terminaison à la face de la cinquième paire gauche (le nerf frontal excepté), en bas le long du bord interne du biceps, et à partir du coude elle se limitait exclusivement au trajet du nerf cubital, pour se disséminer enfin sur toute la face dorsale de la main gauche, le long des rameaux du nerf radial et de la branche dorsale du nerf cubital. Des cinq doigts, l'index était celui où la douleur était le plus vivement ressentie. On ne constatait aucun point douloureux ni sur les autres troncs nerveux de l'avant-bras, ni dans la paume de la main. Le membre supérieur, le cou et la face du côté droit, n'étaient le siége d'aucune souffrance.

Cette névralgie avait une manière d'être toute particulière. Le malade éprouvait deux sortes de douleurs bien distinctes : l'une incessante, sourde, contusive; l'autre intermittente, aiguë, lancinante. Celle-ci par sa violence, par ses retours à intervalles irréguliers et par certains phénomènes qui l'accompagnaient, constituait de véritables accès ayant un cachet spécial. Invasion brusque sans prodromes, extrême acuité de la douleur, sa disparition subite, tout se passant en dix, quinze ou trente minutes : telle était la marche de l'accès névralgique. La douleur s'élevant de la région précordiale, envahissait en un instant l'aisselle, le cou, la face et tout le membre supérieur gauche. En même temps que les élancements, se succédant avec une grande rapidité, sillonnaient toutes ces régions, un élément spasmodique venait s'ajouter à l'élément douleur : les muscles de la moitié gauche de la face s'agitaient convulsivement par une série de contractions rapides et saccadées, tandis que le côté opposé restait dans un repos absolu. En même temps la tête s'inclinait fortement à gauche jusqu'à toucher l'épaule, et par suite d'un mouvement de rotation, la face regardait en avant et à droite. Il se produisait évidemment un spasme tonique des muscles de la région latérale gauche du cou et en particulier du sterno-mastoïdien. Le bras était pendant le long de la poitrine, et l'avant-bras demi-fléchi était soutenu par la main droite du patient. La respiration restait calme et libre, les battements du cœur s'accéléraient un peu, l'intelligence était parfaite. Puis, au bout de dix, vingt ou trente minutes, convulsion et douleur, tout disparaissait brusquement; il ne restait alors de l'accès qu'un peu de fatigue et une sueur copieuse à l'avant-bras et la main gauches, dont la température était manifestement plus élevée que celle du membre supérieur du côté opposé.

Pendant le mois de décembre, ses accès se répétaient seulement trois, quatre et cinq fois par jour. Dans la première moitié de janvier, il en eut jusqu'à dix et même quinze dans les vingt-quatre heures; et depuis le mois de février, ils ont diminué à la fois de fréquence et d'intensité. Il les redoutait infiniment, et cherchait tous les moyens possibles pour en éviter le retour; aussi ayant remarqué qu'il en était bien plus souvent tourmenté la nuit que le jour, il prolongeait à dessein ses veillées pour éloigner l'heure de ses souffrances.

Un autre point attirait aussi immédiatement l'attention : c'était l'existence d'une paralysie très-prononcée du mouvement et de la sensibilité sur l'avant-bras et la main gauches. Quand on le touchait dans ces régions, il le sentait à peine; si on le piquait, si on le pinçait, il n'en éprouvait aucune douleur. Quand on appliquait sur le dos de la main successivement un corps chaud puis un corps froid, il n'en faisait pas la distinction. Les mouvements d'extension et de flexion soit des doigts, soit de la main, étaient faibles et incomplets. Les mêmes recherches faites sur le membre supérieur correspondant ne donnaient rien de semblable. C'est vers le sixième jour après le début de sa névralgie que ce malade remarqua la faiblesse de sa main gauche. Cet affaiblissement de la motilité s'accrut de jour en jour, en même temps que sa douleur, et au bout d'un mois, l'un et l'autre atteignirent ensemble leur maximun d'intensité. Lorsque les accès se calmèrent et devinrent moins fréquents, la sensibilité d'abord, la motilité ensuite se rétablirent aussi progressivement.

Depuis le jour où apparurent les douleurs névralgiques, les manifestations du vertige épileptique ont cessé de se produire; et cela tant que les accès de névralgie ont revêtu un caractère de violente acuité. Depuis le 1er février, on employa le même traitement : bromure de potassium et sulfate de cuivre ammoniacal, à doses progressivement croissantes. Jusqu'à la fin de février, les accès se répétèrent, avec quelques oscillations, environ cinq fois par jour; mais à partir des premiers jours de mars, leur nombre et leur violence ont notablement diminué; et depuis quelques jours, il n'existe plus qu'une douleur sourde, continue; il n'y a plus de véritables accès, ceux-ci sont représentés seulement, de temps à autre, par quelques élancements. Du jour où cette amélioration est survenue, les phénomènes vertigineux ont reparu : ainsi à plusieurs reprises déjà sa raison lui a fait défaut. Un jour entre autres, étant parti de la cour où il se promenait avec l'intention de remonter dans sa salle située au deuxième étage, il fut tout étonné de se retrouver au milieu de la cuisine de l'hôpital.

En dehors de ces moments d'absence, sa raison est parfaite; il semble même fort intelligent. Toutes les autres fonctions ne sont nullement troublées; les digestions sont faciles, la respiration s'exécute librement, et rien ne vient entraver le jeu des organes de la circulation. On n'a constaté aucune lésion ni dans le cœur, ni dans les poumons, ni dans les autres viscères.

En résumé, nous voyons, chez ce malade, une série de manifestations morbides qui se succèdent, se groupent d'une certaine façon, se remplacent les unes les autres, et semblent présenter une sorte de parenté. D'abord pendant douze ans, ce sont des attaques qui surviennent brusquement avec perte de connaissance, phénomènes convulsifs, somnolence, et disparition complète de ces accidents au bout d'une heure environ. Puis ces grandes attaques qui se reproduisent de la même façon, à des intervalles variables, qui ont tous les caractères du grand mal épileptique, viennent à se supprimer; alors apparaissent divers phénomènes nerveux, auxquels se mêlent, de temps en temps, de véritables absences, des manifestations indubitables du petit mal épileptique. Plus tard celles-ci disparaissent à leur tour, et aussitôt se montrent d'autres symptômes; névralgies, spasmes, paralysie, dont l'enchaînement et l'association constituent un groupe morbide ayant un cachet spécial. Enfin ces derniers symptômes se dissipent peu à peu, et à mesure qu'ils disparaissent les actes pathologiques qu'ils avaient remplacés, reprennent le dessus. Si à ces considérations on ajoute que cet homme a, dès son jeune âge, trahi une disposition éminemment nerveuse, qu'il est issu d'une famille dont tous les membres, presque sans exception, étaient soit hystériques, soit épileptiques, soit aliénés, il me semble qu'il n'est guère possible d'élever un doute sur la nature, sur l'essence de ces diverses manifestations morbides. Celles-ci se rattachent évidemment à la maladie épileptique vulgaire. Et l'association, chez cet homme, de toutes ces différentes expressions de l'épilepsie m'a paru un fait intéressant en vue même de sa rareté.

Peut-être objecterait-on que la profession de peintre en bâtiments est la cause tous ces accidents, et que ceux-ci, au lieu de se rattacher à l'épilepsie vulgaire, sont des manifestations de l'intoxication saturnine. Cette idée doit, ce me semble, être complétement rejetée. Parmi les phénomènes morbides que peut produire l'intoxication par le plomb, on trouve aussi il est vrai de grandes attaques comme dans l'épilepsie, des névralgies, des paralysies; mais l'analyse de tous les faits pathologiques présentés par notre malade, ne plaide pas en faveur d'une origine saturnine. Cet homme semble avoir bien peu subi l'influence de sa profession; depuis l'âge de huit ans jusqu'à trente-quatre ans, sauf une période de cinq ans pendant laquelle il fut ciseleur, il ne cessa d'être exposé aux fâcheuses émanations des couleurs qu'il maniait, et pourtant il n'éprouva qu'une seule fois, il y a treize ans, des coliques saturnines. Jamais, à aucune époque, il n'a présenté d'autre affection se rattachant manifestement à sa profession; il n'accuse absolument que ses attaques d'épilepsie. Les vertiges, les absences dont il a souffert durant une période de huit ans, ne sont guère l'expression ordinaire de l'intoxication saturnine. Quant aux grandes attaques, la première qu'il ait eue, survint précisément à une époque où depuis trois ans il avait cessé complétement sa profession de peintre; et d'ailleurs leurs caractères étaient bien différents de ceux de l'éclampsie saturnine. Elles

étaient séparées par de longs intervalles, des semaines, des mois; au bout d'une heure environ, toutes les facultés se rétablissaient complétement, et l'accès était dégagé de tout autre phénomène morbide. L'éclampsie saturnine est loin d'avoir habituellement cette simplicité d'allure. Souvent, en effet, du délire ou du coma précède ou suit l'attaque elle-même ; l'état somnolent consécutif est bien plus profond et persiste plusieurs heures et parfois même plusieurs jours après l'attaque convulsive ; fréquemment on voit le coma et le délire alterner entre eux, et les accès convulsifs se succèdent rapidement jusqu'à deux, trois et même trente par jour.

Enfin il est impossible de supposer que des attaques d'éclampsie saturnine aient pu se reproduire si souvent, pendant une aussi longue période d'années sans entraîner une terminaison funeste. L'intoxication saturnine ne peut donc ici être accusée d'avoir engendré de toutes pièces les attaques d'épilepsie, le malade en avait puisé surabondamment les germes dans la triste hérédité léguée par sa famille. Tout au plus, pourrait-on émettre cette idée que la profession de peintre a pu agir comme cause prédisposante pour favoriser le développement de la maladie héréditaire. Je trouve, en effet, dans l'observation de cet homme deux circonstances à l'appui de cette supposition ; ses six frères ont eu des professions différentes de la sienne, et aucun n'est tombé du mal épileptique ; et lui n'a souffert qu'une seule fois de coliques de plomb, et le jour où celles-ci devinrent très-violentes, il eut une grande attaque d'épilepsie en tout semblable aux précédentes.

La névralgie pour laquelle le malade entra à l'hôpital ne ressemblait nullement aux névralgies saturnines. Ici, en effet, la douleur n'avait pas de prédilection pour les articulations ; loin d'être vague et diffuse, loin d'offrir sur son trajet des interruptions de distance en distance, et de porter sur les deux membres congénères ; elle suivait d'une façon précise et continue tout le trajet de plusieurs nerfs parfaitement déterminés, se limitant à un seul membre, le supérieur gauche.

L'angine de poitrine seule présente quelques traits de ressemblance avec la névralgie dont souffrait le malade. Comme dans l'angor pectoris, les accès douloureux survenaient brusquement, partaient de la région précordiale, et s'irradiaient rapidement dans les régions cervicale et faciale gauches, ainsi que dans le membre supérieur correspondant jusqu'au bout des doigts. Mais la crise n'était accompagnée ni de l'angoisse et de la constriction thoracique, ni de la pâleur et de l'effroi peints sur le visage du patient atteint d'un accès d'angine de poitrine. Et d'ailleurs l'angor pectoris eût existé avec tous ses caractères pathognomoniques, que cela ne changerait rien à la nature intime de la maladie.

On est donc conduit à rattacher à l'épilepsie même cette névralgie accompagnée de convulsions cloniques de la face, et de contraction tonique des muscles du cou. Ce cas doit être rapproché des faits de tic douloureux de la face et de névralgie épileptiforme décrits par M. Trousseau. N'y retrouve-t-on pas également, pour les accès douloureux, l'invasion brusque, l'intensité extrême de la douleur, la disparition rapide des phénomènes morbides, enfin leur retour fréquent, et leur alternance avec des manifestations non douteuses du morbus comitialis? M. Trousseau, dans sa clinique médicale, reconnaît qu'il y a une grande analogie entre la névralgie épileptiforme et l'épilepsie véritable, mais il n'y voit pas une identité réelle. Il revient plus loin sur ce premier jugement, et avoue que quelques faits recueillis dans sa pratique, semblent donner à penser que la névralgie épileptiforme est une des manifestations de l'épilepsie véritable. Et il avance que si l'épilepsie se rencontrait plus souvent liée à la névralgie convulsive, il faudrait moins séparer qu'il ne l'a fait les deux affections et voir entre elles une sorte de parenté. A ce propos, il avoue qu'il a négligé la recherche des antécédents héréditaires. Or, cette recherche est capitale pour juger la question ; et si elle n'eût pas été négligée, M. Trousseau eût peut-être été plus affirmatif sur la nature des névralgies qu'il décrit, et eût pu remplacer l'expression d'épileptiforme par celle d'épileptique.

Un fait un peu insolite existait chez notre malade, c'était la paralysie du mouvement et de la sensibilité au membre supérieur gauche. L'idée d'une paralysie saturnine ne peut-être admise. Elle était en effet survenue au milieu de circonstances ne révélant nullement une intoxication par le plomb ; les muscles extenseurs n'étaient pas plus atteints que les fléchisseurs, tous étaient également frappés, et sur le seul membre où siégeait la douleur, enfin la faradisation éveillait la contractilité musculaire sur tous les muscles que la volonté n'avait plus le pouvoir de faire contracter. Mais alors, à quelle cause rattacher cette paralysie ? L'explication n'est pas facile à donner, et faute de mieux, je hasarderai l'interprétation suivante sous toutes réserves : l'anesthésie et l'affaiblissement de la myotilité pourraient peut-être ici se rattacher à la névralgie elle-même. La paralysie en effet a débuté quelques jours après la névralgie, elle en a suivi toutes les phases, l'évolution ascendante et descendante ; ces deux symptômes ont pour ainsi dire marché ensemble comme étroitement unis. Les faits de cette nature sont rares, mais cependant ils sont bien connus. C'est dans la sciatique surtout qu'on les a observés ; ainsi M. Trousseau, dans sa clinique, écrit que l'anesthésie s'observe assez souvent dans la névralgie sciatique, et principalement dans les points où s'épanouit le poplité externe. L'anesthésie est souvent, dit-il, la conséquence des névralgies essentielles. M. Axenfeld, dans son traité des névroses, dit que, dans certains cas, la névralgie est suivie de la paralysie et de l'atrophie partielle ou générale du membre endolori ; et d'après Romberg, il cite le tremblement, les crampes, l'affaiblissement de la myotilité qui se produisent quelquefois dans le membre inférieur durant les accès ou même dans leur intervalle, et aussi la paralysie incomplète avec atrophie qui, dans certains cas, peut être observée comme conséquence tardive de la névralgie.

En face de tous ces symptômes, dont quelques-uns ne se rencontrent pas très-communément, l'idée d'une maladie simulée venait naturellement à l'esprit. Mais quelque soin que l'on ait mis pour confirmer cette supposition, il a été impossible de s'y arrêter longtemps.

NÉVRALGIE INTERMITTENTE DU CANAL DE L'URÈTHRE.

Rétrécissement mou. — Uréthrotomie. — Guérison.

Par M. le Dr CORBEL.

Louis D..., maître d'hôtel, raconte qu'à la suite d'un écoulement uréthral qui avait duré deux ans, avec des intermittences d'apparente guérison, il ressentit, dans le canal, au mois de septembre 1861, de vives douleurs qui se prolongeaient pendant deux, trois, quatre cinq heures, et même quelquefois plus. C'était presque toujours vers six heures, le soir, qu'elles commençaient, pour finir à dix heures ou minuit, quelquefois plus tard. Ordinairement elles revenaient à quatre ou cinq heures le matin, et duraient jusqu'à neuf ou dix. Le calme suivait complet, et ce n'est qu'à six heures le soir que les douleurs reparaissaient. Cependant, vers onze heures, au moment du déjeuner, l'eau rougie suffisait pour les réveiller pendant une demi-heure. Il en était de même de toute substance alcoolique, également il a remarqué que les contrariétés, les ennuis, les préoccupations morales augmentaient manifestement la violence de ses douleurs.

La douleur avait son point de départ à l'anus. Après y avoir séjourné deux et trois heures, elle s'étendait à toute la longueur du canal. C'était d'abord, dit le malade, une sensation de fourmillement fort incommode ; puis celle d'un tison ardent qu'on lui aurait plongé dans le fondement, et promené ensuite dans l'urèthre.

En 1862, un médecin du faubourg Saint-Germain, auquel il s'adresse, le soulage, en lui faisant faire des injections dont il ignore la composition. Les douleurs existent toujours, mais elles sont plus supportables.

En 1863, un eczéma aigu envahit les bourses, la partie supérieure et interne des cuisses et toute la verge. On administre l'iodure de potassium, on donne des bains émollients, et des cataplasmes de fécule de pommes de terre sont appliqués. Le malade guérit, mais à mesure qu'il prend l'iodure de potassium, il sent la violence de ses douleurs reparaître et arriver insensiblement à leur plus haut degré.

Il les supporte, comme toujours, sans discontinuer ses travaux, sans quitter un instant son service. C'est l'année suivante, au mois de juin, que je le vois.

Je fus tout d'abord frappé de l'intermittence des douleurs névralgiques. Aussi l'idée d'administrer le sulfate de quinine est celle qui me vient la première. En conséquence, pendant dix jours, je soumets mon malade à l'usage de ce médicament, à des doses qui s'élèvent progressivement jusqu'à 1 gramme 20 centigrammes en vingt-quatre heures. Mais je ne réussis qu'à le fatiguer, sans troubler, en aucune façon, les accès névralgiques.

Au sulfate de quinine je fais succéder une médication calmante. J'ordonne des quarts de lavement ainsi composé :

Eau de guimauve............	120 grammes.
Camphre en poudre............	60 centigrammes.
Laudanum de Sydenham.......	xjj gouttes.
Jaune d'œuf....................	n° j.

Le malade doit faire concurremment plusieurs onctions par jour, au périnée, à la partie interne et supérieure des cuisses, aux aines et au-dessus du pubis avec le mélange suivant :

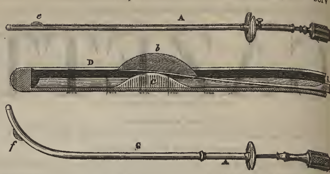
Opium de Rousseau.......	āā 12 grammes.
Extrait de Belladone.......	
Huile de jusquiame.........	
Chloroforme................	6 grammes.
M. s. a.	

J'obtiens immédiatement un adoucissement considérable des symptômes douloureux, et j'espère cette fois en voir bientôt la fin. Mais le malade vient me dire, au bout d'une dizaine de jours, qu'il s'habitue aux médicaments, et que, même à des doses beaucoup plus fortes, ils n'agissent plus comme au début.

Évidemment ma médication calmante n'avait été qu'un palliatif. A notre première entrevue, je lui avais demandé s'il urinait bien. Il m'avait répondu que le jet de l'urine était large, plein, fort, non tournoyant ni bifurqué. Malgré le souvenir de cette réponse, je crus devoir ramener mon attention et la sienne sur ce point, et j'explorai le canal, au moyen d'une baleine fine terminée par une boule de la grosseur d'un très-petit pois. Je fus arrêté à 15 centimètres par un rétrécissement mou ou boursouflement muqueux de 2 centimètres de longueur. Je franchis, sans grand effort, cet obstacle ; mais je réveillai chez le malade d'assez vives douleurs. C'est bien là, me dit-il, le siége de mon mal, le contact de ma boule de baleine avait produit, sur ce point, la sensation d'un fer rouge. Ma conviction en fait de diagnostic, était faite ; et, dès ce jour, je commence à dilater le canal. Ma première bougie est le n° 17 de la filière divisée par tiers de millimètres. Elle est déjà d'un très-fort calibre. Aussi la sensibilité du canal ne me permet de la laisser que cinq minutes, le lendemain dix, le surlendemain vingt. Alors je passe au n° 18, même susceptibilité du canal, même temporisation de ma part ; puis le n° 19, ainsi de suite jusqu'au n° 21, qui représente le calibre de mon uréthrotome. Je dois dire, avant d'aller plus loin, que déjà le malade, par le seul fait de l'introduction des bougies, avait obtenu un notable soulagement à ses souffrances.

Cette dilatation progressive et lente avait duré près d'un mois, moins par l'impossibilité d'agir avec l'uréthrotome, que pour émousser la sensibilité du canal, et préparer ce malade prodigieusement irritable, à supporter l'opération.

Le dessin ci-dessous représente l'instrument dont je me suis serv[i]



A, est un uréthrotome droit, formé par une canule métallique du calibre du numéro 21 de la filière divisée par tiers de millimètres.

c, est la lame tranchante placée à l'extrémité d'une tige interne.

D, est la coupe longitudinale du même instrument avec son diamètre réel.

b, est la lame tranchante. c, est une demi-olive sur laquelle la lame passe et repasse, au gré de l'opérateur, grâce au double plan incliné qu'elle forme.

G, est le même instrument courbe. f, est la lame au moment où elle passe sur l'olive.

Tous deux sont gradués par centimètres.

Il y a vingt ans que j'ai fait fabriquer cet instrument bien simple, par M. Charrière père, qui l'a mentionné, sous mon nom, dans le catalogue de ses instruments qui ont figuré à la grande exposition de Londres en 1857.

Mon malade étant ainsi préparé par une dilatation suffisante, je fis, avec mon uréthrotome droit, une incision d'arrière en avant et d'avant en arrière, en bas, à droite, en haut et à gauche du canal, sur le point rétréci ou plutôt boursouflé. Pour cela, je n'eus qu'à tourner mon instrument d'un quart de cercle, et à faire jouer la lame. Je dois prévenir le lecteur que cette petite manœuvre opératoire n'est praticable qu'autant qu'on abaisse fortement l'instrument entre les cuisses du patient, de manière à rétablir la rectitude du canal, ainsi qu'Amussat l'a démontré.

J'introduisis immédiatement une énorme bougie métallique qui correspond au numéro 32 de la filière. Je me contentai de la passer pour écarter les coupures et les faire saigner. Le lendemain, même introduction. Les jours suivants, craignant quelque engorgement de l'épididyme, je passai une bougie moins grosse, le numéro 26, que je laisse séjourner à peine cinq minutes. Malgré cette précaution, il survient bientôt de très-forts accès de fièvre intermittente. Je suspens alors l'introduction des bougies, et j'administre le sulfate de quinine. Quand, dix jours après, les accès ont complétement disparu, je reprends l'introduction des bougies, en commençant par les numéros 24 et successivement 25, 26, 27, 28 et 29. Je ne les laisse jamais plus de vingt minutes, une demi-heure.

Le malade perdit, pendant huit ou dix jours, du sang par le canal ; puis l'écoulement passa successivement du roux au blanc, et finit par se tarir au bout d'un mois.

Mais, à dater de l'uréthrotomie, les accès névralgiques avaient complétement disparu. La douleur locale qui persistait n'était plus que celle provoquée par l'opération et l'introduction quotidienne de fortes bougies dilatant la partie du canal incisée, et forçant, en les dilacérant, les coupures à se cicatriser avec un écartement sensible, but final du procédé opératoire auquel j'avais donné la préférence.

Je continue à voir le malade qui fait le sujet de cette observation. Sa guérison est complète et s'est solidement maintenue jusqu'à ce jour. En d'autres termes, il n'a plus, depuis l'opération, après trois ans de souffrances cruelles, ressenti la moindre trace d'une douleur névralgique du canal.

RÉFLEXIONS. — Cette observation me semble mériter l'attention des praticiens. Et, d'abord, le fait seul d'une névralgie intermittente symptomatique d'une lésion du tissu muqueux de l'urèthre, n'est pas très-commun, et les quelques cas qui ont été signalés, appartenaient plutôt à la maladie syphilitique, dont un traitement spécifique est devenu le principal agent de la guérison, qu'à un simple rétrécissement.

En second lieu, tous les spécialistes et même nos plus grandes célébrités chirurgicales, ne sont pas d'accord sur la manière de traiter les rétrécissements mous du canal. J'ose dire que la grande majorité se contente de la dilatation insensible et progressive, ne réservant la méthode des incisions que pour les rétrécissements fibreux ou calleux, dont le nombre s'est considérablement raréfié depuis qu'on a presque complétement abandonné la cautérisation d'avant en arrière comme la pratiquaient Home et Hunter, ou latérale, préconisée par Ducamp, et perfectionnée à l'aide des porte-caustiques de Lallemant et de Pasquier, mode de traitement qui a trop exclusivement joui, parmi les chirurgiens français, il y a trente ans, de la plus grande faveur.

Loin de partager les craintes de tous ces hommes distingués, je crois, et ce fait vient à l'appui de mon opinion, que la méthode des incisions peut être appliquée au traitement de tous les rétrécissements mous ; et, si je puis hasarder ici mon opinion tout entière, je dirai que la dilatation lente et progressive est, en général, à la méthode des incisions ce que la médecine expectante est à la médecine active. Je ne veux pas dire pour cela que la dilatation insensible et progressive soit à rejeter, pas plus que la médecine expectante. Mais, redoutant moins que d'autres les conséquences des incisions pour les avoir pratiquées assez souvent, quand je trouve un malade d'un caractère suffisamment énergique, ou pressé de guérir, ou, comme dans le cas ci-dessus, en proie à de vives douleurs, je n'hésite pas à faire des incisions, et j'arrive ainsi non-seulement plus vite, mais beaucoup plus sûrement au but, et j'ose dire même avec moins de chances de récidive. Aussi ai-je vu avec un certain plaisir dans les journaux de médecine et par une discussion remarquable de la Société de chirurgie que l'uréthrotomie avait recruté des partisans et des défenseurs convaincus ; que

les préventions d'une autre époque, plus personnelles que de principe, s'effaçaient, et que la vérité comme toujours finissait par triompher.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juillet 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le préfet du Loiret, qui sollicite une médaille en faveur de la dame Lambert, sage-femme, à Baugency, à raison de sa coopération à la découverte récemment faite du cow-pox dans cette commune. (Commission de vaccine.)

2° Un rapport de M. le docteur H. Gintrac (de Bordeaux), sur une épidémie de diphthérie. (Commission des épidémies.)

3° Des rapports sur le service médical des eaux minérales d'Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), par M. Pidoux, des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier; de Salie-de-Béarn, par M. le docteur Nogaret; et de Cambo, par M. le docteur Hériart. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Prieur (de Gray), sur la topographie médicale de cette ville;

2° Un rapport de M. le docteur Banaston, sur les épidémies de l'arrondissement de Barbezieux (Charente). (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Doyon sur les eaux minérales d'Uriage;

M. le secrétaire dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Chabannes, médecin-inspecteur de Vals (Ardèche), la note suivante en réponse au travail de M. Durand (de Lunel), adressée à l'Académie au commencement de juin. Voici cette note :

Étranger au plus grand nombre des assertions relevées par l'auteur de la note, dégagé à cet égard de toute espèce de responsabilité, je ne tenterai pas de les défendre ; je veux seulement restituer à certains faits particuliers à la station de Vals, la clarté que la note de M. Durand (de Lunel) me paraît obscurcir.

J'espère établir cette vérité : que les eaux de Vals, plus variées dans leur composition chimique que celles de Vichy, présentent, par une conséquence légitime, plus de ressources thérapeutiques.

« Plusieurs brochures, et quelques journaux de médecine, dit M. Durand (de Lunel), ont présenté les eaux de Vichy comme ayant une infériorité thérapeutique marquée relativement à certaines autres eaux bicarbonatées sodiques de France. Il n'y a pas lieu de relever cette assertion, attendu qu'on ne l'a appuyée sur aucune comparaison clinique; » mais, relevant les erreurs chimiques et physiques dans lesquelles sont tombées les brochures, M. Durand établit :

1° Que les eaux de Vichy sont autant et même plus ferrugineuses que celles de Vals ;

2° Que leur goût n'est pas détestable;

3° Que les eaux de Vichy, étant chaudes, sont essentiellement médicales, essentiellement de premier ordre ;

4° Qu'elles sont uniformes, il est vrai, dans leur composition ; mais que, étant fortes, elles peuvent le moins quand il le faut, et, avec de faibles additions d'elles-mêmes, le plus.

Reprenons ces quatre chefs.

Sur le premier, je conclus, avec M. Durand, que les sources de Vichy ont autant, et quelques-unes plus même, de fer que les sources bicarbonatées sodiques de Vals. On ne saurait comprendre ici la source *Dominique* de Vals, dont nous parlerons plus bas, et qui n'est nullement alcaline.

Sur le second chef, je suis heureux de pouvoir repousser toute espèce de responsabilité. Des goûts et des couleurs on ne peut discuter. En ce qui concerne Vals, j'affirme que les eaux minérales bues sur place ou au loin sont trouvées fort agréables au goût.

Sur le troisième, je ne saurais partager, sans conteste, l'avis de M. Durand. Les eaux de Vichy sont chaudes, dit-il, celles de Vals sont froides.

Où est la qualité ? Où est le défaut ?

Faut-il, comme le dit la note, qu'une eau soit chaude pour être essentiellement médicale, essentiellement de premier ordre? M. Durand est-il bien sûr que les goutteux, les calculeux, la généralité des dyspeptiques, etc., etc., soient de son avis, même en ce qui concerne l'eau consommée à la source? Et pour l'eau expédiée...?

A-t-on élucidé la question de savoir si une eau minérale gazeuse embouteillée chaude arrive à destination aussi bonne que celle qui fut embouteillée froide?

Je pense que ces deux intéressantes questions attendent encore leur solution.

Sur le quatrième, notre opinion diffère complétement. C'est M. Durand Fardel (de Vichy), qui va répondre à M. Durand (de Lunel). A propos de la richesse des eaux de Vals, qu'il croyait à tort représentée exclusivement par la source *Marquise*, le savant inspecteur d'Hauterive s'exprime ainsi : « Peut-être cette richesse (plus de 7 grammes de bicarbonate de soude par litre) ne serait-elle pas sans inconvénient dans beaucoup de cas où les eaux bicarbonatées sodiques se trouvent indiquées. Nous inclinons d'autant plus à le penser, que les eaux de Vichy nous ont paru, dans plus d'une circonstance, trop minéralisées elles-mêmes. »

M. Durand Fardel n'aurait certainement pas écrit cette phrase s'il eût pensé qu'avec de l'eau minérale forte on peut faire de l'eau minérale faible ; en d'autres termes, qu'en hydrologie, celui qui a le plus, a le moins.

Vals a plus de ressources thérapeutiques que Vichy : voilà l'assertion que M. Durand (de Lunel) ne veut pas relever, parce que, dit-il, les faits cliniques manquent.

Cette assertion, je la soutiens aujourd'hui, comme je la soutenais en 1858, dans un mémoire adressé à l'Académie sur les ressources exceptionnelles présentées par les eaux de Vals. J'indiquerai plus bas les faits cliniques qui établissent l'action thérapeutique des eaux de Vals. Je veux maintenant exposer la contradiction dans laquelle tombe M. Durand.

« Les faits cliniques manquent, dit-il; je suis donc en droit de laisser tomber l'assertion. » Mais les faits chimiques ne sont donc rien? Ces faits chimiques, que M. Durand, que personne ne peut contester, n'ont donc aucune signification pour les eaux de Vals, et ils gardent toute leur valeur pour les eaux de Vichy? Car, si M. Durand ne tenait aucun compte du fait chimique, il ne dénombrerait pas si scrupuleusement, comme il le fait dans sa note, les milligrammes de fer que contiennent les eaux de Vichy; et, s'il fait ainsi, c'est qu'il sait fort bien que dire : là il y a du fer, c'est dire : là il y a tonicité, reconstitution ; là il y a minéralisation forte, c'est dire : là il y a force, puissance dans les résultats.

Si donc, même avant de parler des faits cliniques qui sont à ma connaissance et à la connaissance de certains corps savants, tels que l'Académie impériale de médecine, la Société d'hydrologie médicale de Paris, etc., j'établis, à mon tour, que les eaux de Vals sont diverses, très-diverses, non-seulement par les quantités de leurs principes minéralisateurs, mais encore par la nature de ces mêmes principes, ne sera-t-il pas établi, par ce fait même, que les ressources thérapeutiques présentées par la station de Vals sont supérieures à celles que présente la station de Vichy où les eaux sont uniformes.

Quoique M. Durand ne daigne pas relever cette assertion, elle me paraît avoir l'évidence d'un axiome.

Qu'il me soit donc permis de dénombrer les diverses ressources de Vals. Cela fait, nous n'aurons qu'à comparer avec Vichy. La richesse hydrologique de Vals, ses eaux minérales se rangent sous trois groupes très-distincts. L'exposé qui va suivre prouvera que cette classification n'a rien de forcé, rien que de très-naturel.

Premier groupe. — Il se compose des sources fortes comme celles de Vichy. L'une d'elles, la source *Marquise* (analyse de Berthier), a plus de 7 grammes de bicarbonate de soude. Aucune source de Vichy n'en possède autant.

La dernière de ce groupe en minéralisation est la source *Chloé* (analyse de Dupasquier). A 10 centigrammes près, elle contient la même proportion de bicarbonate de soude que la source des *Célestins*, de Vichy. Dans le premier groupe figurent des sources dont les analyses fournissent des totaux de 10,628 (source *Désirée*), 8,458 (source *Camuse*, analyse de O. Henry), 10,246 (source *Rigolette*.)

Le tableau des analyses de M. Bouquet, cité par M. Durand, ne donne aucun total aussi élevé pour les sources de Vichy.

Concluons que de la comparaison des sources de Vichy avec les sources fortes de Vals, il ressort une supériorité marquée pour ces dernières, au point de vue de la minéralisation.

Deuxième groupe. — Il comprend les eaux bicarbonatées sodiques moyennes et faibles. Vals, exclusivement à Vichy, possède ces sources minérales. La présence de ces eaux à Vals forme un *desideratum* à Vichy. Elles constituent à Vals un grand élément de supériorité sur les eaux de Vichy. Nous n'avons pas besoin de répéter ici les regrets qu'inspire à M. Durand Fardel cette lacune de Vichy ; nous les avons consignés un peu plus haut.

Si en effet la *Marquise*, la source la plus riche en bicarbonate de soude, contient plus de 7 grammes de ce sel, la source *Victorine* (analyse de O. Henry) n'en contient que 3; la source *Saint-Jean* (analyse de M. Bouis) descend à 1,480, et la source *Marie* à 0,895. On a ainsi des totaux de 3,562, 2,151, 1,400 qui, comparés à ceux du premier groupe, justifient suffisamment par leur faiblesse, notre classification.

Après cet exposé, M. Durand (de Lunel) conviendra au moins que le médecin de Vals, que le malade de Vals surtout, grâce à cette heureuse graduation dans la minéralisation des sources, n'a pas à mitiger ou à faire mitiger, par de l'eau douce, l'eau minérale naturelle, pratique que réprouve M. Durand Fardel, mais que paraît ne pas redouter M. Durand de Lunel.

Troisième groupe. — Source *Dominique*. Cette source est l'élément le plus affirmatif de la supériorité des ressources thérapeutiques de Vals sur celles de Vichy.

Ce groupe, M. Durand a soin de le consigner dans sa note, n'est nullement composé de sources bicarbonatées sodiques; il ne doit donc pas être comparé aux sources bicarbonatées qui l'avoisinent. Il est manifeste en effet que, par son acide sulfurique libre qui l'acidifie, ses silicates, arséniates, phosphates de sesquioxyde de fer, etc., elle ne présente aucun point de ressemblance avec ses voisines.

M. Durand fait même remarquer que cette source étant acide, cette acidité la rend contraire à la généralité des maladies qui réclament l'emploi des eaux alcalines, et ne peut généralement venir en aide par son arsenic à l'action des autres eaux de cette station.

Cette appréciation nous paraît peu justifiée par les faits. Il faut relever avant tout une erreur qu'a reproduite M. Durand : la *Dominique* ne contient point de cuivre. Les dernières analyses de O. Henry et celle de M. Lavigne ne signalent aucune trace de ce métal.

En second lieu, les eaux bicarbonatées sodiques de Vals contenant de l'arsenic, ainsi que le reconnaît M. Durand lui-même, n'ont nullement besoin de celui de la *Dominique* pour arriver aux résultats auxquels on les destine.

Ainsi donc, la source *Dominique*, toni-reconstituante par excellence, fébrifuge qu'il n'est peut-être pas trop osé d'appeler spécifique dans les cachexies les plus prononcées, s'adresse à des maladies tout à fait à part ; elle n'est point la succédanée ni l'adjuvant des bicarbonatées ; sa composition chimique s'y oppose; telle est l'opinion de M. Durand dans sa note. Nous la partageons.

Mais, qu'est-ce à dire? si ce n'est qu'à côté de ses deux groupes d'eaux bicarbonatées sodiques dont un seul existe à Vichy, Vals possède une ressource de plus, complétement inconnue à Vichy, ressource qui lui donne l'avantage d'appliquer un traitement à des maladies différentes de celles qui ressortissent aux eaux bicarbonatées. N'est-ce pas un fleuron de plus? n'est-ce pas une supériorité? est-ce à tort que j'ai avancé en commençant que les eaux de Vals offrent plus de ressources thérapeutiques que celles de Vichy?

M. Durand, nous l'avons dit déjà, ne tenant aucun compte de cette supériorité de Vals au point de vue chimique, quoique de son côté il groupe avec beaucoup de soin tout ce que les analyses chimiques lui fournissent en faveur de Vichy, M. Durand ne nie point cette heureuse diversité des eaux de Vals, mais il ne lui reconnaît pas d'avantage thérapeutique, parce que, dit-il, les faits cliniques, la comparaison clinique manquent.

Cette fin de non-recevoir ne saurait être admise, et, il faut le répéter ici, M. Durand n'est pas conséquent avec lui-même. Il sait trop bien, et il le prouve par le cas qu'il en fait, que le côté chimique d'une eau minérale est une des preuves les plus irrécusables de son efficacité.

Mais laissons de côté ce point de vue. Est-il vrai que les faits cliniques manquent à Vals? Je suis en droit de faire à M. Durand la moitié de la réponse qu'il me ferait si je lui disais que les faits cliniques manquent à Vichy.

Sans doute, Vals n'a pas été un sujet d'étude pour des intelligences aussi nombreuses et aussi brillantes qu'à Vichy. Cependant il y a déjà deux siècles que des praticiens du premier mérite écrivaient des choses fort justes sur l'action de nos eaux, tellement justes qu'en comparant leur liste des maladies dans lesquelles les eaux de Vals étaient indiquées et contre-indiquées avec la liste des maladies fournie par les médecins modernes de Vichy, on demeure surpris d'un accord si parfait dans la désignation des mêmes maladies. Je ne puis transcrire ici les preuves de ce que j'avance ; mais si M. Durand voulait jeter les yeux sur les premières pages de mon *Traité des eaux minérales de Vals*, et y lire seulement les noms des praticiens les plus illustres qui prescrivirent les eaux de Vals à la cour de Louis XIV, comme dans tous les points du royaume, qui déterminèrent dans leurs œuvres les cas dans lesquels il fallait les employer, M. Durand ne tarderait pas d'être convaincu; car ces écrits sont évidemment le résultat de l'expérience clinique de leurs auteurs.

Moi-même, aux pages 155, 161, 165 (*loc. cit.*), je cite des observations tendant à mettre au jour les services qu'une eau faible, telle que les sources *Marie*, *Saint-Jean*, *Victorine*, nous rendent chaque jour pour familiariser les tempéraments nerveux, les estomacs délicats, capricieux, avec un traitement faible d'abord et destiné à être plus tard suivi dans toute sa force.

De la page 281 à la page 400, je traite de la *Dominique*. Déjà l'Académie, les sociétés d'hydrologie, plusieurs sociétés savantes ont eu connaissance de ces faits. J'ai eu l'honneur de leur faire plusieurs communications à ce sujet.

Enfin M. Durand, et ce souvenir m'est trop flatteur pour que je le passe sous silence, M. Durand ne peut ignorer que, dans la même séance du 12 décembre passé, où l'Académie de médecine lui décerna une médaille d'argent pour ses *Incidents du traitement thermal de Vichy*, un rappel de médaille d'argent fut également décerné à un travail de moi, intitulé *Clinique de Vals*.

J'ai lu le travail de mon savant confrère avec un attrait qui n'a d'égal que le profit que j'en ai retiré. Je me serais estimé heureux si ma *Clinique de Vals* avait pu lui inspirer la même impression.

— **M. BOUILLAUD** présente, au nom de M. Danet, une série d'appareils imaginés par M. le docteur Danet pour la vaccination et construit par MM. Robert et Collin.

— **M. PIORRY** donne lecture d'une notice nécrologique sur Bailly.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce la mort de Goyrand (d'Aix) associé national de l'Académie.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — **M. GOBLEY**, au nom de la Commission des eaux minérales, lit une série de rapports officiels sur des demandes d'exploitation d'eaux minérales. Les conclusions favorables des rapports sont mises aux voix et adoptées.

Discussion sur la cicatrisation des plaies.

M. BOULEY commence par dire que la méthode sous-cutanée est excellente, et qu'il reconnaît à M. J. Guérin le mérite de l'avoir bien exposée en théorie.

Si M. Guérin mourait, ajoute M. Bouley, on lui ferait encore une plus large part. Mais comme Achille, M. J. Guérin ne préfère pas mourir jeune, et avoir une grande gloire, Il veut vivre et avoir de la gloire, et je suis bien de son avis.

Que la méthode sous-cutanée soit pour M. Guérin une fille adoptive, ou qu'elle soit sa propre fille, il lui a voué un amour sans borne, mais comme l'amour paternel, un amour un peu aveugle.

Les tissus coupés sous la peau, suivant notre collègue, se régénéreraient instantanément; cela est un peu exagéré. Le bistouri du chirurgien qui fait de la méthode sous-cutanée, serait-elle comme la lance du même Achille dont je parlais tout à l'heure, et qui guérissait les plaies qu'elle faisait?

Suivant mon honorable adversaire, le travail de cicatrisation sous-cutanée serait analogue au travail de formation première des organes. Il croit que la suppuration est un retard de la cicatrisation. Je m'inscris contre cette proposition.

Prenons les faits qui ressortent des études auxquelles je me suis livré.

M. Bouley énumère les phases de la cicatrisation des plaies exposées chez le cheval. D'abord il y a un suintement séreux, puis formation d'une croûte; puis, lorsqu'on enlève cette croûte à peine formée, on trouve une surface marbrée de rouge et de violet, qui peu à peu devient jaunâtre. Ceci n'avait pas échappé à Hunter, ajoute l'orateur. Il croyait d'abord que la coloration jaune était l'indice d'un mauvais caractère de la plaie, et il brûlait celle-ci avec du nitrate d'argent. Mais un jour il ne toucha plus à cette couenne, comme l'appelait l'auteur anglais, puis il la vit se recouvrir d'arborisations vasculaires et finalement de bourgeons charnus.

On le voit donc, dit M. Bouley, la membrane pyogénique est une phase de la cicatrisation.

Je sais bien que l'on peut dire ici que la nature aime la méthode sous-cutanée et qu'elle revêt les plaies d'une couche protectrice.

Mais je suis huntérien, je vois dans le premier moment de la plaie une marque d'inflammation réparatrice même quand il y a du pus. L'inflammation, comme le disait Hunter, est la chirurgie de la nature.

Pour ce qui est de la réparation des tissus, M. Guérin veut en faire l'apanage exclusif de la méthode sous-cutanée. C'est une erreur, il y a des observations de section de la moelle à ciel ouvert qui ont été suivies du rétablissement des fonctions de la moelle ; il y avait paralysie au moment où la plaie a été produite et elle a disparu plus tard; et vous le savez, messieurs, c'est cette alternative de paralysie et de rétablissement des mouvements qui est, suivant M. Guérin, la marque de la réparation des nerfs.

Les muscles coupés ne se réunissent pas par une cicatrice musculaire, le muscle est réuni par une intersection fibreuse et il devient un muscle digastrique. Je conteste de la manière la plus absolue la proposition de M. Guérin.

Mon adversaire dit que les sections sous-cutanées des muscles et autres parties ne produisent pas de douleur consécutive et d'état général ; je ne suis pas persuadé que les malades soient, après les opérations sous-cutanées, sur un lit de roses. Et si l'on me coupait le

grand fessier par la méthode de M. J. Guérin, je suis sûr que je ne monterais pas à cheval le jour même.

La fonction fait les organes, elle les refait! Voilà qui prête à bien des critiques, car, à prendre les choses au pied de la lettre, si le mouvement des tendons est la cause de leur réparation, il s'ensuivrait que pour les guérir vite on devrait faire faire de la gymnastique aux individus auxquels on a pratiqué une ténotomie.

Loin donc de partager les idées de M. J. Guérin, je crois qu'il y a des affinités nutritives liées et une tendance à la conservation inhérente aux parties, c'est-à-dire à la force de la nutrition.

Encore un point à discuter. M. Guérin croit que l'inflammation est fatale après les plaies exposées; a-t-il tenu compte des conditions individuelles et des espèces? Chez les animaux que de différences! Le poulet ne suppure pas. Vous connaissez tous l'opération que l'on pratique aux jeunes animaux quand on les prive de leurs plus nobles organes. Des femmes se chargent de ce soin; elles ouvrent le ventre de l'animal avec des ciseaux, arrachent le testicule et recousent le ventre avec une aiguille à coudre. Le séton simple ne cause pas de suppuration chez le bœuf, il faut employer un séton caustique. Chez le même animal, une plaie exposée se recouvre d'une croûte qui se desquamme peu à peu et l'animal guérit, commme le poulet, sans suppurer.

Je me résume: l'inflammation à un certain degré est une condition de guérison des plaies exposées, c'est une exagération de l'action nutritive. J'admets néanmoins une régénération au moyen d'une lymphe plastique ou blastème, comme on voudra l'appeler. Et dans ce cas, je comprends que l'inflammation soit peu marquée, que cela ait lieu dans une plaie réunie par première intention, ou dans une plaie sous-cutanée.

M. BOUILLAUD. Je me propose de parler de l'organisation des tissus en général. Cette question très-importante est un sujet de haute physiologie qui intéresse tous les médecins. Je demande à l'Académie de me réserver la parole pour la prochaine séance.

M. CH. ROBIN. La reproduction du tissu, au point de vue histologique, est variable pour chaque tissu. Je vais exposer en quelques mots les points importants. Une plaie linéaire étant faite, sans déperdition de tissus, il y a accolement des parties si elles sont immédiatement rapprochées. Une plaie avec perte de substance ou écartement des parties divisées exige la production d'une substance intermédiaire et une régénération de tissu.

L'ablation d'une partie n'est pas suivie de la reproduction de toute la partie enlevée.

Le pus est un liquide où se trouvent des éléments qu'on retrouve dans le sang, mais il naît en même temps que les globules de pus d'autres globules granuleux, qui eux sont des éléments générateurs, et c'est plus tard au milieu de tous ces produits exsudés, et qui sont plus ou moins transitoires, que naissent les éléments anatomiques; ainsi pour la peau, les fibres élastiques. Mais dans la reproduction du tégument on voit que les fibres du tissu cellulaire, par exemple, naissent plus vite que les fibres élastiques, et que l'épithélium n'apparaît que quand les éléments anatomiques essentiels de la peau ont acquis leur développement.

Il y a des variétés dans la durée de la réparation qui tiennent à la profondeur des plaies et aux parties qu'elles ont atteintes.

Les muscles ne se régénèrent pas, la fibre musculaire se rétracte et ne se régénère point. Le tendon se reproduit; mais rien d'absolument général ne saurait être dit.

M. BOUILLAUD. J'ai besoin de demander une explication à M. Robin. Dans la réunion par première intention, Hunter admettait une substance unissante; les micrographes, aujourd'hui, admettent-ils un blastème de cicatrisation?

M. ROBIN. Il y a soudure molécule à molécule, la nutrition reprend son cours dans les éléments anatomiques accolés.

M. BOULAY. Je le demanderai à M. Robin, quand on coupe un tendon et quand il s'épanche de la lymphe plastique ou un blastème, le blastème est-il l'élément réparateur?

M. ROBIN. Le blastème donne naissance à des éléments embryoplastiques qui, eux, donnent naissance à la fibre tendineuse.

M. RAYNAL. Dans des expériences que nous avons faites avec M. Robin, nous avons vu le nerf plantaire, coupé chez les chevaux, se reproduire à la longue. Du tissu inodulaire existait d'abord entre les bouts du nerf divisé; au trentième jour on trouvait des fibres nerveuses dans la cicatrice, et l'animal, à la longue, finissait par retrouver la sensibilité de son pied.

M. ROBIN. Les nerfs se reproduisent, et au bout de trois à quatre mois la sensibilité ou le mouvement sont revenus dans la partie que le nerf anime. Au reste, il suffit de se reporter à la période de formation fœtale des nerfs, ils mettent quatre mois à se produire depuis le moment où on aperçoit les premiers tubes nerveux.

M. J. GUÉRIN demande à parler avant M. Bouillaud afin de bien préciser les points sur lesquels son intention était d'attirer l'attention de l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

263. Étude chimique et physique sur l'érythro-centaurine et sur la santonine, par M. J. Méhu.
264. De la gangrène spontanée dite sénile, et de son traitement par les bains d'oxygène, par M. A. Foucras.
265. De l'obésité, par M. Caillaud.
266. Hérédité de l'épilepsie, par M. O. Dusart.
267. De la diphthérite et de ses diverses formes, par M. L. Calvo.
268. De la polyurie et de ses rapports avec la glycosurie et l'albuminurie, par M. Chapart.
269. De la grossesse double, par M. A. Bloch.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Le mois qui vient de s'écouler a favorisé le développement du choléra sur divers points.

Il s'est montré à Jassi, Fockstchani et quelques autres villes du territoire moldo-valaque, et aurait également atteint plusieurs provinces Russes du sud-ouest, s'il faut en croire certaines mesures prises à Saint-Pétersbourg.

En Hollande, il sévit sérieusement. Du moment de son invasion, en mai, jusqu'au 13 juin, 724 cas et 431 décès sont rapportés à Leyde, 216 cas et 135 décès à Saint-Gravenhaye, 336 cas et 220 décès à Delft, 708 cas et 433 décès à Rotterdam, 100 cas et 50 décès à Gonda, 305 cas et 169 décès à Utrecht.

En Prusse, il s'est déclaré à Stettin, Berlin, Sweinemunde, Franckfort-sur-l'Oder, Neustadt, Eberwald, Cammin, Arnswalde et autres localités. Du 2 au 9 juin, il y a eu 103 décès à Stettin; 65 cas se sont montrés en deux jours à Arnswalde. A Berlin et dans son voisinage, la maladie a fait peu de victimes et s'est disséminée dans les faubourgs principalement.

L'épidémie s'éteint auprès d'Altenbourg (Saxe), mais se serait montrée à Chemmitz et près d'Echternach, sur le Rhin.

A Anvers, le choléra a éclaté il y a quelque temps dans le port à bord du navire d'émigrants l'*Agnès*. A présent il est dans la ville, et le 16 juin il y avait déjà 81 morts sur 180 cas à enregistrer, non compris ceux de l'*Agnès*.

De temps à autre, le fléau se déclare à bord des navires marchands qui se rendent de Liverpool aux États-Unis.

Quant aux dernières nouvelles d'Orient elles confirment que le choléra est à Jedda parmi les musulmans qui reviennent de pèlerinage, mais donnent à penser que le chiffre des décès a été considérablement exagéré. L'une des caravanes cependant aurait été fort éprouvée sur la route de Médine. Ceux des pèlerins qui ont atteint et traversé la Basse-Égypte sont, paraît-il, exempts de toute épidémie.

Rien de nouveau pour Amiens.

Le Propagateur du Nord et du Pas-de-Calais dément la nouvelle de l'apparition du choléra à Lille. Aucun cas ne se serait présenté dans cette ville. L'épidémie aurait seulement frappé Armentières située à vingt kilomètres de Lille et y aurait fait, d'après ce journal, 70 victimes la semaine dernière.

Nous sommes très-heureux d'enregistrer la rectification que nous signale le *Propagateur du Nord et du Pas-de-Calais*.

Au dernier moment nous recevons un document sur Bordeaux. Nous publierons les observations recueillies. Dans une douloureuse prévision, toutes les mesures sont prises pour que cette ville ne soit pas surprise par l'épidémie.

Par décret en date du 23 juin, M. Froge, médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 6 juillet, à trois heures et demie, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour: Communication par M. R. Leroy d'Étiolles.

Suite de la discussion sur le curare.

Des tumeurs des muscles, par le docteur A. DESPRÉS, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, In-8, de 142 pages. Prix: 3 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Caractères généraux des maladies épidémiques, par le docteur Xavier GOURAUD. In-8. Prix: 2 fr. — Paris, 1866, L. Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

La stéatose, par le docteur BLACHEZ. In-8. Prix: 2 fr.— Paris, 1866, L. Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Essai sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire, par le docteur Paul VERGELY. In-8, 3 planches. Prix: 2 fr. 50 c. — Paris, 1866, L. Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur le choléra de 1865.

« L'exposition des faits médicaux observés avec soin présente toujours un côté pratique important, par conséquent utile. » Nous nous arrêterons un instant à ces premières lignes d'un très-bon livre du docteur Seur, sur le choléra qui a sévi à Marseille en 1865. C'est qu'en effet il y aurait grand intérêt pour la science à ce que ceux de nos confrères de province qui, comme M. Seur, M. Didiot et tant d'autres que nous ne pouvons citer, appelés au milieu d'une épidémie à faire preuve de leur science et de leur dévouement, voulussent bien nous donner, dans un compte rendu détaillé, la physionomie spéciale qu'avait l'épidémie dans le centre d'action où ils l'ont observée et de nous faire connaître les résultats de leur pratique.

I. — Voyons d'abord ce qui s'est passé dans les hôpitaux civils; et pour cela nous n'avons qu'à ouvrir le mémoire du docteur Seur (*Le choléra dans les hôpitaux civils de Marseille pendant l'épidémie de 1865*, Paris, 1866), pour y trouver des renseignements et des faits pleins d'intérêt.

Relativement à la situation de Marseille avant l'épidémie et au début de celle-ci, nous voyons d'abord (et c'est un fait d'étiologie, négatif il est vrai, très-important à constater), que rien dans les observations météorologiques faites à l'observatoire n'a concordé avec certaines théories qui ont été émises sur l'étiologie du choléra.

Ainsi ni les variations de température, de pression barométrique, d'état hygrométrique de l'air, ni la quantité d'ozone, l'état électrique de l'air, la direction des vents, ne peuvent rendre compte de l'invasion du choléra pas plus que de sa marche si lente au début et de ses oscillations. En effet des vents variables ont soufflé en juillet, tantôt N.-O., tantôt S.-O., tantôt S.-E. ; de même en août, le vent a été N.-O. pendant les dix premiers jours, puis S.

Le 14 août, il y eut un violent orage avec pluie, après lequel la mortalité offrit une brusque augmentation. Nous reviendrons plus loin, à propos du mémoire de M. Caradec, sur cette coïncidence de l'orage et de l'intensité plus grande du choléra.

Marseille était dans des conditions sanitaires excellentes, lorsque des émigrants d'Alexandrie y vinrent, se répandirent dans divers quartiers de la ville et pour la plupart y séjournèrent. Quelques jours s'étaient à peine écoulés depuis l'arrivée des premiers bateaux venus d'Égypte, que l'on vit apparaître quelques cas de choléra : le premier cas bien avéré fut observé le 18 juin, chez une femme d'une trentaine d'années, et qui succomba vers le huitième jour, dans le cours d'une réaction imparfaite. On vit le choléra se montrer d'abord sur différents points de la ville, surtout autour de la Major, de Saint-Laurent, à la rue Fontaine-Rouvière, à la rue Impériale, quartiers situés dans les environs des ports; et on vit le fléau atteindre plus particulièrement des personnes qui avaient des rapports directs ou indirects avec les marins.

Un fait constaté avec soin, c'est la profession des premiers malades : sur les 30 premiers cholériques reçus à l'Hôtel-Dieu, 19 étaient des marins. Pendant le reste du temps que dura l'épidémie, on a observé que le choléra frappait plus particulièrement les classes malheureuses et les quartiers pauvres.

En somme, s'il est vrai de dire que le choléra n'a pas sévi à Marseille en 1865 avec la violence qu'il a montrée dans d'autres villes, il n'en a pas moins été très-meurtrier par sa longue durée et la grande gravité des cas.

La marche de l'épidémie de 1865 à Marseille est très-remarquable, et les circonstances au milieu desquelles elle s'est développée sont bien dignes des méditations de tout homme sérieux, car un grand enseignement doit sortir de ce malheur public. Rien en effet, dans Marseille, n'indiquait la moindre disposition à l'invasion du mal ; puis, tout d'un coup, des navires et des voyageurs nous arrivent d'un point compromis et ce mal les suit, comme il avait suivi les pèlerins de l'Inde à la Mecque, comme il s'était attaché aux pas des hadjis venus de la Mecque à Alexandrie.

Comme le fait remarquer avec beaucoup de vérité M. le docteur Seur, si le choléra ne nous venait point par les hommes et les choses contaminés, mais par des courants d'air, comment pouvait-on expliquer que des localités placées dans les mêmes situations, sur le même littoral, sous la même latitude, par conséquent exposées aux mêmes courants, n'aient pas été envahies en même temps que Marseille? Comment expliquerait-on que les premiers points envahis aient été exclusivement ceux qui ont reçu les bateaux et les voyageurs venus d'Alexandrie, tandis que les villes qui, comme Toulon, Arles, Paris, etc., n'étaient pas en rapport avec cette dernière, n'ont été atteintes qu'après de nombreuses communications avec Marseille qui avait vu éclater dans ses murs les premiers cas de choléra. Est-ce que des courants quelconques, autres que ceux des voyageurs et des marchandises, peuvent expliquer de pareils faits? Tout s'éclaircit lorsque, l'œil sur la carte, on suit exactement la marche des caravanes, celle des bateaux et celle des voyageurs, parce qu'on voit à chaque étape de ceux-ci les traces lugubres de leur passage.

Une fois que le choléra eut éclaté à Marseille et qu'on commença à recevoir des malades dans les hôpitaux, la commission administrative, sur les conseils du docteur Seur, fit choix d'une salle isolée pour les y placer. Cette séquestration, qui n'a aucune espèce d'inconvénient lorsqu'une ventilation permanente peut être exercée autour des malades, présente l'immense avantage d'empêcher la transmission de la maladie aux fiévreux placés dans les lits voisins, comme bien des fois on en a eu des exemples, comme cette année on a pu le voir au moment où par la force des choses des cholériques se sont trouvés au milieu des fiévreux.

L'épidémie de choléra, suivant l'époque à laquelle on l'observe, amène des accidents différents, revêt des formes, une physionomie spéciale.

C'est ainsi qu'à Marseille, suivant la remarque de M. Seur, il y a eu depuis le milieu de juin, époque du début, jusqu'aux derniers jours du mois d'août, un plus grand nombre de cas précédés de ces diarrhées prémonitoires durant trois à quatre jours, pouvant se prolonger plus longtemps encore ; je dis un plus grand nombre de ces cas, car dès cette époque on a vu des malades rapidement emportés par des diarrhées prémonitoires : cette circonstance est signalée par le docteur Ménecier. (*Union médicale de la Provence*, novembre 1865.)

Du reste, l'épidémie de 1865 a présenté, sous ce rapport comme en plusieurs autres points, la plus grande analogie avec celle de 1849.

A partir des derniers jours d'août jusqu'à la fin de septembre, on n'observa plus de diarrhées prémonitoires : les malades étaient frappés brusquement par la maladie confirmée ; M. Seur en rapporte, dans son mémoire, plusieurs observations.

A partir du 25 septembre, on vit reparaître la diarrhée prémonitoire ; il est ainsi bien évident que dans certains moments d'une épidémie, et dans certaines circonstances, la diarrhée prémonitoire manque ; il est tout aussi certain que dans ces cas la maladie marche avec une effrayante rapidité.

On ne peut donc dire, avec M. Jules Guérin, que le choléra soit constamment précédé d'une diarrhée prémonitoire : c'est *souvent* et non *toujours* qu'il faudrait dire, pour être dans la vérité.

M. Seur a eu occasion d'observer un assez grand nombre de cas qui ne se sont terminés par la mort qu'après un temps qui a varié de cinq à vingt-deux jours ; il a laissé de ces cas une description très-complète et à la laquelle on ne saurait rien ajouter.

Ces malades qui ont vécu de cinq à vingt-deux jours, ont présenté une série de phénomènes qui annoncent de la manière la plus évidente la *nature maligne* de la maladie, comme auraient dit les médecins du dernier siècle. On voit la réaction se faire au bout de deux ou trois jours ; la peau n'est plus cyanosée, elle s'échauffe ; le pouls se relève, devient fébrile, mais sa fréquence dépasse rarement 95 à 100 pulsations. Quelquefois même il se ralentit, alors même que la peau devient plus chaude. Souvent, surtout dans les cas les plus graves, on voit survenir à la peau de l'érythème, de la roséole, des suffusions hémorrhagiques, du purpura, quelquefois des furoncles, des anthrax, des abcès multiples. On peut observer aussi des parotites précédées d'épistaxis critiques. Il peut y avoir des vomissements alternant avec du hoquet ; la face a, au plus haut degré, l'expression typhique ; on observe du délire, du soubresaut de tendon, d'autrefois de la stupeur et du coma, puis tout se paralyse, les membres retombent inertes, les sphincters se relâchent, et la mort survient dans le délai dont nous avons donné les deux limites extrêmes.

Sur 158 cholériques observés par M. Seur, il n'a noté que quatre récidives, et deux de ces quatre malades ont succombé à une seconde attaque.

Il résulte des autopsies très-consciencieusement faites et rapportées dans le mémoire de M. Seur, que l'hypertrophie des glandes de Brunner n'est pas la lésion essentielle, caractéristique du choléra ; elles n'ont été observées par lui que trois fois sur quatorze.

Quant à l'état de la rate, huit fois sur quatorze, on ne l'a point trouvé altérée, augmentée ni diminuée de volume; deux fois seulement elle était hypertrophiée. On trouve encore à l'autopsie des congestions secondaires dont le siége est sur le cerveau ou le poumon. L'anatomie pathologique est, dans cette question comme dans tant d'autres, pleine de doute, d'incertitude et d'obscurité.

Comme prophylaxie, les conclusions du docteur Seur sont des plus nettes ; on les prévoit presqu'à chaque page de son mémoire : *pour que le système sanitaire préservatif soit complet, il est indispensable d'établir des lazarets*, et d'y faire faire une quarantaine d'au moins huit jours.

Il termine par ces trois remarques fort sages sur lesquelles on ne saurait trop insister :

Il est aussi indispensable d'isoler les cholériques que les varioleux. Un grand nombre de fiévreux qui auraient peut-être succombé au choléra ou à la variole par voie de contagion, ont été ainsi à l'abri de ce danger.

Tout désordre des voies digestives doit être sévèrement soigné dans le cours d'une épidémie de choléra ; on doit considérer une diarrhée séreuse et indolore comme une maladie grave.

Il n'existe pas de spécifique contre le choléra ; ce mal doit être combattu d'après les données fournies par l'expérience et le raisonnement médical, en un mot, par les méthodes qui guident tous les jours le médecin, au lit du malade, dans le traitement des maladies graves et malignes.

II. — Nous n'avons parlé jusqu'ici que des hôpitaux civils ; un travail analogue à celui du docteur Seur a été entrepris par le médecin en chef des hôpitaux militaires de Marseille, M. le docteur Didiot. Ce travail est en contradiction sur presque tous les points avec celui du précédent observateur ; mais nous adoptons plus volontiers les observations du docteur Seur, nous les croyons vraies, et les objections de son honorable adversaire ne sont pas de nature à nous convaincre.

Ainsi nier l'importation du choléra sous prétexte qu'*un cas* de choléra se serait montré le 2 juin, peu de jours avant l'arrivée des paquebots d'Alexandrie, c'est donner trop d'importance à un fait dont on n'a même entendu parler que par ouï-dire ; en effet, ce n'est que le 23 juillet (et j'emprunte le fait textuellement au mémoire de M. Didiot, p. 52), que l'état civil enregistre 1, 2, 3 décès par jour.

En résumé, ce mémoire n'est qu'un long plaidoyer anti-contagioniste ; suivant le docteur Didiot, les faits avancés par les contagionistes pour attribuer à l'importation pure et simple l'origine du choléra, sont inexacts ou ont reçu une interprétation erronée ; le développement du choléra lui paraît devoir être attribué à la constitution médicale atmosphérique : comment et pourquoi ? L'auteur, à cet égard, ne nous apprend rien.

D'après la relation qui nous est donnée par le docteur Caradec, l'épidémie qui vient de sévir à Brest avait été précédée, depuis quelque temps, d'un certain nombre de diarrhées. Faut-il maintenant attribuer l'apparition du choléra à ce fait qu'un conscrit, parti de Strasbourg, s'arrêtant à Paris, y prenant le germe de la maladie, est venu mourir dans les premiers jours d'octobre à l'hôpital de la Marine? Nous ne pouvons l'affirmer.

Bien qu'il soit probable que le typhus indien, a été importé à Brest comme à Marseille, à Toulon, à Paris, etc., et quelque temps avant Brest, à Moëllan sur les confins du Morbihan, on doit dire cependant que sa véritable filiation n'a point été démontrée. Le docteur Caradec attribue à un violent orage survenu le 10 janvier, l'explosion du choléra; non point son invasion, mais son extension rapide. Ainsi, en décembre, on avait vu mourir, à l'hospice civil, trois ou quatre malades. Le 10 janvier, Brest est assailli par un ouragan, le baromètre descend à 712mm., dépression extrême et qui n'a jamais été observée à Brest : « l'ouragan passe sur la ville comme un souffle « de destruction, et aussitôt on voit éclater l'épidémie cholé« rique, ainsi que cela avait été observé dans d'autres lieux, « par exemple à Marseille, à la Guadeloupe, et en 1854, pen« dant l'expédition de Crimée, sur l'escadre de la mer Noire. »

Y a-t-il eu entre le choléra de Brest et l'orage qui a éclaté sur la ville, dans la journée du 10 janvier, une corrélation quelconque? M. Caradec n'ose l'affirmer, mais, ajoute-t-il, il

convient d'appeler sur cette curieuse coïncidence, bien digne à coup sûr de leur esprit d'investigation, si elle se reproduisait, l'attention la plus sérieuse des hommes compétents dans ces difficiles questions d'hygiène et d'étiologie, et de les convier à poursuivre la solution de ce difficile et intéressant problème.

A Brest, de même qu'à Marseille, à Paris et dans d'autres villes, on avait cherché à isoler, le mieux possible, les malades cholériques; c'est à ces mesures que l'on est redevable de n'avoir pas vu l'épidémie faire de plus grands ravages.

M. Caradec insiste avec raison sur la nécessité de soigner sérieusement les diarrhées prémonitoires, en temps de choléra. Si tout le monde voulait comprendre, et cela est très-facile, que quand le choléra se montre quelque part, la diarrhée qui le précède presque toujours et qui est comme une ébauche du choléra, est un avertissement sérieux et providentiel dont on doit tenir grand compte, les médecins, avertis à temps, pourraient alors prévenir ou arrêter à ses débuts une affection qui déjoue trop souvent leurs moyens les plus rationnels et les plus énergiques, parce qu'ils sont appliqués trop tard. Que d'exemples funestes venant appuyer cette assertion chaque médecin n'aurait-il pas à citer dans sa pratique!

Nous ne reviendrons pas sur le tableau que trace le docteur Caradec des malades qu'il a observés: nous retrouvons les mêmes accidents, les mêmes formes, les mêmes particularités intéressantes que dans les relations de Marseille et de Paris; cependant une particularité intéressante a été notée par M. Caradec, c'est la très-basse température des urines retirées par la sonde, alors que la chaleur était manifestement revenue à la périphérie du corps.

La mort est survenue beaucoup plus souvent dans l'algidité que dans la période typhique, puis quatre cas seulement, sur quinze appartenant à cette catégorie, ont été suivis de mort, ce qui est en contradiction avec les résultats donnés par d'autres observateurs.

La suppression des selles et des vomissements dans la période algide a constamment entraîné la mort; les urines non supprimées étaient un signe très-heureux; leur suppression annonçait une terminaison fatale, et leur retour le rétablissement.

Tels sont les faits intéressants qui nous sont parvenus de province, sur une épidémie aussi savamment observée qu'elle a été courageusement combattue; il y a lieu d'espérer que l'exemple donné par les médecins dont nous venons de parler sera suivi par la plupart de leurs confrères; à ce prix seul, au prix des efforts de tous, on peut espérer découvrir un jour sinon le remède, du moins la prophylaxie du choléra, et pour terminer nous ne saurions mieux faire que de rappeler l'épigraphe du docteur Caradec. « La Providence, sans doute, tient dans ses « mains des secrets insondables, et qu'elle garde pour elle « seule; mais il en est d'autres aussi qu'elle veut bien livrer « parfois, et qui peut dire que pour celui du choléra, par « exemple, elle ne réserve pas un jour au plus humble et au « plus obscur d'entre nous, le suprême bonheur de le découvrir? »

De la traction continue élastique, appliquée à la réduction des luxations.

Un de nos lecteurs, qui a jugé à propos de ne pas se faire connaître, même à nous, demande une explication du mode de traction employé par M. T. Anger, auteur d'une observation publiée dans le numéro du 26 juin dernier.

Une alèze passant dans l'aisselle était attachée aux barreaux de la tête du lit.

Une autre alèze avait ses deux extrémités fixées au bras avec des bandes enroulées en huit de chiffre autour du coude et de l'avant-bras. Cette dernière alèze formait une anse libre attachée au bras.

Une sorte de corde, faite avec des tubes de caoutchouc, passée dans l'anse formée par la seconde alèze, était étirée et attachée aux barreaux du pied du lit du malade. De la sorte, il y avait une traction continue exercée sur le bras par le caoutchouc tirant sur l'alèze.

Toute la nouveauté et tout le mérite du procédé est dans l'application du caoutchouc.

Nous publierons prochainement une nouvelle observation de M. T. Anger, où la luxation s'est réduite seule.

En théorie on sait, depuis Pouteau, que l'on peut épuiser la contractilité musculaire par une traction soutenue et réduire ensuite la luxation au moment où les muscles lassés n'ont plus de force de résistance.

Empiriquement, les chirurgiens de l'antiquité et surtout ceux du moyen âge avaient essayé de la traction continue lorsque, pour les luxations de la cuisse par exemple, ils attachaient au pied un poids, le bassin étant immobilisé sur le barreau d'une échelle contre laquelle le corps était attaché.

Dans notre *Dictionnaire de thérapeutique*, nous avons admis la possibilité de la réduction des luxations par des efforts légers, après avoir épuisé la contractilité musculaire par des tractions légères mais continues et exercées par un seul aide. Nous avions réussi, à l'hôpital Saint-Antoine, à réduire une luxation de l'épaule après une traction ainsi soutenue pendant moins de dix minutes. Le malade avait cessé de résister et ses muscles n'avaient plus opposé aucun obstacle à la réduction.

Malgré cette expérience personnelle, nous n'hésitons pas à dire que la traction obtenue à l'aide du caoutchouc est bien supérieure à cause de la régularité et de la durée de la traction. En effet, l'aide qui exerce la traction se fatigue aussi vite que le malade et l'on est obligé de changer d'aide.

M. Delore (de Lyon) a imaginé des appareils à traction avec le caoutchouc, pour redresser les membres atteints d'ankylose, et il a obtenu des résultats significatifs. Nous en avons parlé dans nos revues cliniques. Mais ses appareils à redressement sont de véritables machines, qui n'ont rien de commun avec la simplicité du procédé de M. T. Anger.

Le caoutchouc, d'ailleurs, commence à devenir d'un emploi très-général; nos lecteurs se rappellent que MM. Trousseau et A. Richard ont proposé la ligature des tumeurs pédiculées avec un fil élastique.

Ces souvenirs, qui sont propres à encourager de nouvelles applications de l'élasticité du caoutchouc, n'enlèveront rien, nous y comptons, à l'heureuse idée de M. T. Anger.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'OVARIOTOMIE (1),

Par M. le Dr E. KOEBERLÉ.

Mes quatorze opérations (depuis 1862 jusqu'à 1865), ont été faites à l'établissement Sainte-Barbe qui est loin de se trouver dans des conditions hygiéniques bien favorables. Néanmoins elles ont donné pour résultat 10 guérisons et 4 morts (voy. *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXVI, p. 329, et *Union médic.*, 1865, p. 449). Sur ces 14 cas il y a eu 7 cas d'ovariotomie simple, dont 1 cas mortel, chez une malade dans de très-mauvaises conditions générales (obs. V), et 7 cas d'ovariotomie double, dont 3 cas ont été suivis de mort. Dans deux de ces cas la mort doit être imputée au procédé opératoire: les malades se trouvaient dans de très-bonnes conditions; mais l'une est morte de tympanite simple au septième jour (obs. VII), et l'autre des suites d'une ligature perdue de l'un des ovaires, de septicémie (obs. XIV). Il est à remarquer que la proportion des cas d'ovariotomie double est énorme dans ma pratique; elle a été de 10 cas, dont 4 morts et 6 guérisons sur 27 opérations; tandis que M. S. Wells n'a fait que 7 ovariotomies doubles, dont 3 morts et 4 guérisons sur 150 cas, et a reculé devant l'idée de l'extirpation des deux ovaires dans 7 cas où l'un et l'autre ovaire étaient malades. Sur 35 cas, M. Keith n'a fait que 3 ovariotomies doubles, dont 1 mort et 2 guérisons. MM. Atlee, Tyler Smith, B. Brown également, n'ont fait qu'un très-petit nombre d'ovariotomies doubles.

L'une de mes opérées guéries (obs. VIII) a succombé aux suites d'un cancer des organes pelviens, six mois après l'opération. Dans les 114 premiers cas de M. S. Wells, il y a eu 4 cas de cancer consécutif chez des malades dont les ovaires avaient été cancéreux, ainsi que dans le cas précédent, et qui ont succombé, l'une quarante jours, les autres trois, quatre, dix mois après leur rétablissement.

Je n'ai jamais jusqu'ici, dans les cas les plus difficiles, et malgré les adhérences les plus étendues et les plus graves, laissé une opération inachevée. Seulement dans un cas (obs. III), en 1862, j'ai dû renoncer à l'extirpation de l'un des deux ovaires qui avait alors le volume d'un petit œuf et qui était complétement inséparable des parties voisines. Depuis, cet ovaire a atteint la grosseur d'une tête d'enfant.

Le nombre des opérations inachevées a été très-variable suivant les opérateurs. La statistique en est difficile à établir. M. Keith n'a jamais laissé l'opération inachevée dans ses 40 premiers cas, jusqu'au mois de février 1866. M. S. Wells, jusqu'au 15 mai 1866, a fait 166 ovariotomies complètes; d'autre part, 5 opérations sont restées inachevées, et dans 8 opérations il n'a été fait qu'une incision exploratrice; ces 13 cas ont donné lieu à 9 rétablissements et 4 morts. M. B. Brown, jusqu'au 20 juin 1866, a fait 98 ovariotomies; de plus, dans 13 cas l'opération est restée incomplète, et dans 10 cas il n'y a eu qu'une incision exploratrice; ces 23 cas ont donné lieu à 9 rétablissements et 14 morts. M. C. Clay qui a pratiqué 114 ovariotomies jusqu'en 1865, n'accuse que 4 opérations inachevées. M. R. Lee, d'après ces chiffres, aurait donc prétendu à tort que M. C. Clay a laissé l'opération inachevée onze fois sur les 46 premiers cas qu'il a cités. M. Bird, en 1860, comptait 12 ovariotomies complètes, et 18 tentatives d'opérations laissées inachevées, etc. On conçoit qu'il est aisé d'avoir de belles statistiques lorsqu'on choisit les cas simples, d'une exécution facile. Il n'est pas difficile alors à un chirurgien un peu expérimenté d'obtenir 90 guérisons p. 100!

Dans mes 14 premières opérations, il y a eu deux séries de 4 guérisons séparées par 5 cas qui ont donné lieu à 3 morts.

Il s'est présenté des séries très-remarquables de succès et d'insuccès chez quelques chirurgiens anglais.

Dans les opérations de M. S. Wells en 1861-1862 sur 12 cas il y eut 9 morts. En 1862-1863 il y eut deux séries de 8 cas de guérison séparées par un cas de mort, puis un cas de mort suivi de nouveau de 4 cas de guérison, soit 20 guérisons sur 22 cas. Les 25 opérations suivantes ont donné lieu, d'autre part, à 12 morts, 11 guérisons seulement et 2 rétablissements temporaires (cancer). Les 12 dernières opérations de 1865 n'ont donné lieu qu'à 2 morts, tandis que les 8 opérations précédentes avaient été suivies de mort 4 fois.

Les 16 premiers cas de M. Keith ont été suivies de mort 6 fois, puis est venue une série de 8 guérisons; les 5 opérations suivantes ont été mortelles 3 fois; les 12 cas suivants ont tous guéri. C'est la plus longue série de cas de succès que l'on ait observée jusqu'ici.

Les opérations de M. Baker Brown ont constamment eu pour résultat un nombre à peu près égal de morts et de guérisons jusqu'en 1865. Depuis, M. Brown a fait usage du cautère actuel pour diviser le pédicule sans y appliquer de ligature, et sur 32 cas, traités ainsi jusqu'au 20 juin 1866, il a obtenu 29 guérisons et 3 morts seulement. Ce succès est d'autant plus extraordinaire que les résultats antérieurs de M. Brown avaient été peu favorables, et il ne resterait plus, d'après cela, qu'à adopter exclusivement son procédé opératoire s'il était applicable à tous les cas. Comme M. Brown n'a pas jugé à propos de me communiquer les détails demandés sur ses dernières opérations, il faut en réserver l'appréciation jusqu'au moment de la prochaine publication de la 2e édition de son ouvrage sur l'hydropisie de l'ovaire (*on ovarian dropsy*). Sur les 19 premiers cas d'ovariotomie, depuis 1851 jusqu'en 1860, consignés dans les tableaux statistiques de M. C. Clay, et révisés par M. B. Brown, il y a eu 7 cas graves, dont une guérison et 6 morts; 8 cas avec adhérences légères dont 2 guérisons et 6 morts; 4 cas, dont 3 guérisons et 1 mort. Les 30 cas suivants jusqu'en 1863, dont on peut trouver le sommaire dans la statistique de M. Dutoit, fournissent 13 cas graves, dont 8 guérisons et 5 morts; 6 cas avec adhérences légères dont 5 guérisons et 1 mort, et 11 cas sans adhérences dont 6 guérisons et 5 morts. Total 25 guérisons, 24 morts, sur 49 opérations, dont les 3/5 sont formées par des cas sans adhérences et avec adhérences légères, ayant donné seulement 54 guérisons, 0/0. Les opérations suivantes, antérieures aux 32 derniers cas, ont dû fournir une mortalité moyenne de 1 sur 3 cas, pour arriver au chiffre de 98 opérations, 65 guérisons et 33 morts qu'accuse en ce moment M. B. Brown.

Évidemment les 30 à 40 dernières opérations doivent renfermer une très-forte proportion de cas simples. La manière de traiter le pédicule (fixation au dehors, ligature perdue, cautérisation au fer rouge, etc.), ne sauraient mettre à l'abri de la péritonite, de la septicémie, etc., dans les cas compliqués; elle ne saurait préserver des complications et des accidents consécutifs qui sont presque inséparables de la plupart des opérations de gravité moyenne et des cas très-graves. La division du pédicule à l'aide du fer rouge peut rendre de très-grands services, dans certains cas, et présente des avantages marqués sur la ligature perdue; mais lorsque le pédicule est assez long pour être maintenu au dehors, en rapport fixe avec les parois abdominales, les opérées se trouvent dans des conditions bien moins hasardeuses que dans l'une et l'autre des circonstances précédentes. C'est toujours au procédé de fixation au dehors qu'il faudra accorder la préférence malgré ses inconvénients, et les accidents qui peuvent en résulter, lorsqu'il n'est pas convenablement appliqué. D'ailleurs, malgré les succès de M. B. Brown, les chirurgiens anglais n'ont pas encore adopté la division du pédicule au fer rouge, et ne paraissent pas avoir une grande confiance dans ses résultats. La seule fois que j'ai fait une ligature perdue du pédicule (obs. XIV), l'opérée a succombé. Elle se trouvait pourtant dans les meilleures conditions de guérison.

C'était une jeune fille de la campagne, des environs de Strasbourg, âgée de dix-sept ans, très-robuste, chez laquelle les deux ovaires étaient atteints de kystes multiloculaires. La ponction de la tumeur principale ne fournit que peu de liquide; l'ouverture du kyste ayant été agrandie par déchirure, j'en évacuai à pleine main une masse de caillots fibrineux plus ou moins décolorés, et des liquides variés provenant de plusieurs loges. Il y avait un épanchement de sérosité ascitique rougeâtre peu abondant. L'épiploon était adhérent dans toute sa largeur à la tumeur principale, il dut être lié en masse. Il y avait des adhérences pelviennes très-étendues, mais sans gravité. Les parties enlevées pesaient 6 kilogrammes. Le pédicule de l'ovaire gauche avait 7 centimètres de longueur, et put être aisément fixé au dehors. Il n'en fut pas de même du pédicule de l'ovaire droit qui était très-court. Laisser cet ovaire qui avait déjà la grosseur d'un œuf, c'était exposer la malade à une nouvelle opération dans un temps très-rapproché. Mieux valait l'enlever de suite. Comme les vaisseaux en étaient peu développés, je cherchai à séparer cet organe par torsion du pédicule. Malheureusement il survint une hémorrhagie qui nécessita l'application d'une ligature, laquelle en raison de l'embonpoint de la malade, de la profondeur des parties saignantes et du peu de longueur de l'incision, présenta quelque difficulté que M. le docteur Amassat, qui assistait à l'opération, voulut bien m'aider à surmonter. Les tissus et la ligature furent coupés aussi ras que possible, et le pédicule fut abandonné à lui-même. La ligature de l'épiploon fut disposée à l'angle supérieur de la plaie, le pédicule de l'ovaire gauche, compris dans un constricteur qui n'exerçait aucune traction, fut placé à l'angle inférieur, et l'espace intermédiaire fut réuni complétement dans toute son étendue. Dans ce cas, il eût été très-avantageux de pouvoir diviser le pédicule de l'ovaire droit à l'aide du fer rouge, mais cela eût été impraticable. La galvano-caustique, au contraire, aurait eu raison des difficultés, et la malade lui aurait dû très-probablement son salut. Au lieu du cautère actuel dont se sert M. B. Brown, je crois qu'il serait toujours préférable d'opérer la division du pédicule par la galvano-caustique, et il serait désirable d'avoir toujours un appareil en activité sous la main. L'opération eut lieu le 10 décembre 1864; elle a duré une heure trois quarts. Quoiqu'elle ait été assez compliquée, les

(1) Voir l'avant-dernier numéro.

dispositions paraissaient néanmoins très-avantageuses à la guérison.

Le lendemain, l'opérée ressentit une sensation de brûlure intérieure; elle fut prise de vomissements; le pouls devint petit, filiforme; délire; agitation; coma; elle succomba quarante-quatre heures après l'opération à une septicémie. A l'autopsie, on trouva un épanchement d'un liquide séreux, blanchâtre, dans le cul-de-sac recto-vaginal, exactement circonscrit autour de la ligature perdue. Le foyer séro-purulent était limité par 3 anses d'intestin grêle qui étaient congestionnées, ainsi que la partie terminale du gros intestin. Tout le reste de l'abdomen était sain, sans trace d'inflammation et sans exsudat. Les intestins, à l'exception des parties congestionnées, n'étaient aucunement distendus par les gaz. Le ventre était resté plat. La décomposition du corps est survenue rapidement. Je suis convaincu que si l'exsudat de la cavité pelvienne avait eu une issue au dehors de suite; que si, pour me conformer à la pratique anglaise, je ne m'étais pas départi du principe de ménager une issue libre aux liquides au dehors, l'opérée aurait guéri. Depuis, à la suite d'autres accidents analogues, j'ai résolu en principe de faire une ponction du vagin dans le cul-de-sac recto-vaginal dès l'opération, et d'y laisser une canule à demeure.

Les ligatures perdues du pédicule sont loin d'être inoffensives. M. S. Wells en a fait usage 21 fois sur les 150 cas d'ovariotomie qui ont été publiés jusqu'ici. Il y a eu 8 morts et 13 guérisons. 4 opérées sont mortes de septicémie, 2 de péritonite le cinquième et le huitième jour, 1 d'hémorrhagie consécutive et 1 de pyoémie vingt-neuf jours après l'opération à la suite de collections successives de liquides fétides, noirâtres auxquels on donna issue à plusieurs reprises à l'aide d'une ponction vaginale. Chez une malade guérie, il se forma, dans l'excavation pelvienne, une collection purulente à laquelle M. S. Wells donna issue par le vagin à l'aide de deux ponctions successives à travers lesquelles on fit passer un tube à drainage pour maintenir l'écoulement des liquides; chez une autre malade guérie, une collection purulente du bassin s'ouvrit au dehors par l'angle inférieur de l'incision et il restait encore des trajets fistuleux au bout de huit mois. Ces résultats, de la pratique d'un chirurgien aussi habile que M. S. Wells, ne sont pas à même de tenter vivement. Aussi, M. S. Wells n'a plus employé dans les derniers temps la ligature perdue du pédicule que dans les cas où le pédicule est très-court, circonstance très-défavorable et généralement mortelle pour l'opérée lorsqu'on ne ménage pas une issue parfaitement libre aux liquides au dehors.

Les ligatures perdues des vaisseaux isolés des adhérences, paraissent devoir présenter bien moins de danger. Dans 3 cas, dont 1 seul du reste a présenté de la gravité, M. S. Wells en a fait usage. Les opérées ont guéri et il n'en est pas résulté d'accidents consécutifs. M. Keith, sur 4 cas, a compté 2 morts, et dans l'un de ces cas, la mort est survenue le neuvième jour de péritonite septique. Je n'ai jamais fait usage de ligature perdue des vaisseaux des adhérences. Je préfère autant que possible disposer les ligatures de manière qu'elles soient extra-péritonéales ou au voisinage de l'incision, en ménageant une issue libre aux liquides le long des fils.

Depuis 1865, j'ai installé mes malades à la Toussaint, maison de santé très-bien tenue et fort confortable, annexée au couvent central des sœurs de Charité et qui est située à Strasbourg, au voisinage de la gare du chemin de fer. Dans les prochains articles je rapporterai successivement, d'une manière succincte, les opérations pratiquées dans cet établissement avec les remarques qu'elles comportent. Les détails généraux et spéciaux sur le manuel opératoire, les soins consécutifs, etc. de l'ovariotomie, se trouveront traités très au long dans la 2e édition de mon *Traité de l'ovariotomie* que je suis en voie de mettre sous presse.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juin 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

— **M. Cazenave** (de Bordeaux), fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Réflexions générales sur l'emploi du chloroforme dans les opérations, etc.*

— **M. Foucher** dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le Dr Monteils, intitulé : *Du traitement par le drainage de l'arthrite purulente secondaire du genou.*

— **M. Verneuil** offre à la Société la thèse de concours pour l'agrégation de M. Cruveilhier, intitulée : *De l'ectropion.*

Hygiène hospitalière.

M. Léon Le Fort. J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom de M. Seideler, directeur et médecin en chef de l'hôpital Galitzin à Moscou, un volume intitulé : *Hôpital des princes Galitzin à Moscou comparé aux autres hôpitaux de l'Europe.*

Cet ouvrage très-important est destiné à occuper une grande place dans la littérature médicale traitant des questions d'hygiène hospitalière. Malheureusement il est écrit en russe, et par conséquent sa lecture est inaccessible à la plupart d'entre nous, pour ne pas dire plus. J'aurais dû vous l'offrir beaucoup plus tôt, mais j'ai tenu à l'analyser avec l'aide d'un traducteur et je vous demande la permission d'en signaler les parties les plus intéressantes.

Je passe sous silence un historique très-bien fait de l'assistance hospitalière en Europe; arrivant à la Russie, l'auteur rappelle que le premier hôpital russe, ne renfermant que quinze lits, fut fondé par le boyard Théodore Rtistcher, sous le règne du père de Pierre le Grand.

Pierre Ier est le véritable fondateur des hôpitaux en Russie. Il fit construire à Moscou le grand hôpital militaire qui existe encore, à Pétersbourg l'hôpital maritime. Le premier grand hôpital civil est celui de Saint-Paul, fondé à Moscou en 1763; enfin Catherine II la Grande et l'impératrice Marie (mère d'Alexandre Ier et de Nicolas), ont fondé de très-nombreux hôpitaux.

Ce qui distingue les hôpitaux russes de tous les autres, c'est que les malades y sont reçus gratuitement, sans qu'on ait égard à leur nationalité, à leur religion, à leur domicile.

L'hôpital Galitzin a été fondé par le prince Démétrius Galitzin, ambassadeur de Catherine II auprès de Joseph II, empereur d'Autriche. Le capital de fondation fut de 2,800,000 francs, augmenté depuis par de nouvelles donations; l'hôpital est encore aujourd'hui entretenu uniquement aux frais de la famille Galitzin.

L'hôpital renferme 163 lits répartis en 46 salles.

Chaque malade a en moyenne 66,8 mètres cubes d'air. Les vénériens sont séparés des autres malades; mais il n'y a pas de séparation des cas de médecine et des cas de chirurgie. Cette dissémination des opérés paraît à M. Seideler une excellente mesure à laquelle il attribue les succès constatés par la statistique. Ainsi, sur 69 tailles, il n'y eut que 2 morts. 66 malades sortirent guéris, 1 est encore en traitement.

Mais ce que le livre de M. Seideler nous offre d'intéressant, c'est la partie qui a trait à l'organisation, à l'hygiène des hôpitaux et à la comparaison entre eux des divers hôpitaux de l'Europe.

Les hôpitaux russes sont dirigés par des médecins. Cette excellente organisation se traduit par des résultats merveilleux. M. Seideler s'en montre le défenseur convaincu, quoiqu'il regarde comme préférable que le directeur-médecin ne soit pas chargé des soins directs à donner aux malades.

Arrivant aux questions d'hygiène nosocomiale, M. Seideler exige sept conditions principales dans le choix de l'emplacement : élévation au-dessus des terrains voisins; terrain sec et nullement marécageux; éloignement de tout bâtiment ou établissement pouvant, par le bruit ou les émanations, incommoder les malades; abondance d'eau; jardin formant dépendance de l'hôpital; éloignement du centre des villes; superficie considérable.

Quant à la disposition des bâtiments, ils doivent être isolés, mais non aménagés comme l'hôpital Lariboisière, dont M. Seideler se déclare fort peu partisan.

Les fenêtres ne doivent pas descendre plus bas que la hauteur de l'oreiller des malades.

Il ne doit pas y avoir d'angles droits ni à la rencontre des murs entre eux, ni à leur jonction avec le plafond.

Tout l'hôpital doit être, une fois au moins par an, blanchi complétement à la chaux.

Les parquets doivent être lavés, mais ils doivent être construits en planches enduites de la composition siccative usitée en Allemagne, à Zurich et en Russie.

Chaque salle doit avoir une cheminée ouverte servant plus encore à la ventilation qu'au chauffage; dans les pays du Nord, chaque salle doit renfermer de plus un poêle de faïence ou de maçonnerie.

Les individus affectés de maladies contagieuses doivent être complétement isolés des autres.

Un hôpital ne doit pas contenir plus de 200 à 400 malades.

A l'occasion du procès-verbal :

Exostose de croissance.

M. Marjolin. J'ai eu l'occasion d'examiner la jeune malade présentée par M. Labbé dans la dernière séance. Je partage les opinions émises par nos collègues relativement au diagnostic, mais je ne serais pas d'avis d'opérer. Je base mon opinion sur les raisons suivantes : d'abord, le voisinage de l'articulation me paraît exposer à un danger réel; en second lieu, je suis loin de penser que la résection d'une exostose qui fait corps avec le radius mette à l'abri d'une récidive. Enfin, la tumeur est encore peu volumineuse et rien n'empêche d'espérer qu'elle cessera de s'accroître.

Mort de H. Goyrand.

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Goyrand (d'Aix), membre correspondant à Aix.

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. Giraldès. Je ne veux pas discuter avec mes collègues le mécanisme de la mort par le chloroforme. La discussion a dévié avec une extrême facilité de ce côté, et c'est à peine si la question posée par M. Bouvier a de temps en temps surnagé. C'est à cette question que je veux répondre, et je le fais en déclarant, avec la conviction la plus entière, que le chloroforme peut être administré aux enfants, et doit leur être donné toutes les fois que cela est nécessaire pour poser un diagnostic ou pratiquer une opération, même une opération simple. Si le chloroforme devait être banni de la pratique générale, il devrait être réservé pour la chirurgie de l'enfance.

Je m'exprime ainsi en m'appuyant sur mon expérience journalière, et sur l'étude générale des faits.

Je tiens d'autant plus à protester que ce n'est pas la première fois que M. Bouvier vient exprimer ici ses craintes à propos de l'administration du chloroforme chez les enfants. Déjà dans la discussion sur la coxalgie, il les avait nettement formulées.

Mais je veux aussi protester contre l'immunité que l'on est disposé à accorder à l'enfance. Cette immunité n'existe pas. On a affirmé les dangers du chloroforme administré aux enfants; on a établi d'autre part leur immunité. Ni avant ni pendant la discussion, on n'a rien prouvé de semblable.

Si je m'élève contre l'idée d'une immunité particulière à l'enfance, c'est que l'on pourrait, confiant dans cette donnée, ne pas apporter à l'administration de l'agent anesthésique l'attention nécessaire. M. Chassaignac a eu raison de le rappeler, il y a des règles bien établies auxquelles on doit se conformer quand on administre le chloroforme. Il faut apprendre à chloroformer comme on apprend à opérer. L'un est aussi important que l'autre.

On n'a pas cité dans la discussion un cas de Casper observé chez un enfant au-dessous de quatre ans; il ferait encore restreindre la limite de la période d'immunité.

Ce n'est pas ainsi que je crois devoir envisager la question. Ce qu'il y a de vrai aujourd'hui comme hier, c'est que les cas de mort chez les enfants chloroformés sont excessivement rares. Ils sont d'ailleurs rares chez tous les sujets.

La Société médicale de Boston qui a entrepris de détrôner le chloroforme au profit de l'éther, a fait faire une enquête générale par les soins d'un comité de cinq membres choisis dans son sein. Les cas connus qu'elle a pu réunir jusqu'à 1864, s'élèvent à 250. Je suis disposé à croire que tous n'ont pas été publiés. En les doublant, nous arriverons à 500. Il y a dix-huit ans que l'on donne le chloroforme dans toutes les parties du monde, non-seulement pour les opérations, mais pour bien des cas médicaux et pour les accouchements. Il y aurait donc 29 accidents par an survenus sous l'influence du chloroforme dans toutes les parties du monde.

Je me demande si l'on a bien tenu compte de toutes les autres causes de mort qui peuvent agir en dehors du chloroforme chez un individu que l'on va opérer. Le cas de Desault a été déjà cité; lorsque Simpson commença à employer le chloroforme, il devait en faire usage chez un malade du service de Syme. Simpson fut obligé de s'absenter, le malade ne fut pas chloroformé, il succomba cependant subitement. Mackensie le jeune ayant à examiner et à réduire une fracture du radius chez un individu pusillanime propose le chloroforme; il est refusé. A peine le chirurgien avait-il quitté son malade, qu'il est rappelé à la hâte, le malade venait de succomber. Je pourrais citer plusieurs autres exemples.

Je ne voudrais pas innocenter le chloroforme. Je crois que cet agent si puissant peut être dangereux, mais personne n'a démontré que ses dangers fussent tels qu'il fallût l'accuser et le condamner.

M. Marjolin trouve que l'on en abuse chez les enfants : c'est encore une accusation vague et mal fondée. Je suis prêt à reconnaître que le chirurgien qui emploierait systématiquement le chloroforme chez les enfants, serait dans son tort. Mais n'est-ce pas là souvent le moyen le plus sûr de vaincre ces résistances obstinées, ces colères violentes qui rendent toute exploration et toute opération, même la plus simple, impossible chez un enfant?

La chirurgie du premier âge a trop bénéficié de cet agent, il nous rend de trop grands services, pour que je n'aie pas cru devoir prendre sa défense, tout en me refusant à admettre l'immunité du très-jeune âge pour les accidents du chloroforme.

M. Marjolin. Je tiens à dire encore une fois que l'on a tendance à abuser du chloroforme chez les enfants. Il suffit d'admettre avec M. Giraldès que le danger est possible, pour que les réserves que j'ai formulées subsistent tout entières. Je n'ai donc rien à retirer à ce que j'ai avancé.

M. Bouvier. Je remercie M. Giraldès d'avoir ramené la question à son point de départ. Il vient de plaider ma propre opinion et me donne l'occasion de l'exprimer nettement. Comme mon honorable collègue, je suis disposé à prendre la défense du chloroforme et à en préconiser l'emploi chez les enfants. Mais l'évidence m'a forcé à rejeter l'immunité à tort accordée à l'enfance. Ma communication n'a pas eu d'autre but. Ma conclusion sera celle de M. Giraldès : c'est que les mêmes règles et la même prudence doivent présider à l'administration du chloroforme à tous les âges de la vie. Mais j'admets que les conditions particulières que présente la chirurgie de l'enfance obligent souvent à chloroformer là où il ne saurait en être question chez l'adulte; ainsi pour un cathétérisme, si je veux prendre un exemple dans les faits de la discussion.

Je me permettrai de dire à M. Perrin que je le trouve moins exclusif dans ses écrits que dans ses discours. Notre collègue admet, en effet, et prouve de la manière la plus claire que l'état de la respiration, que les modifications survenues dans les fonctions pulmonaires prédisposent à la syncope et en augmentent la gravité. Je n'ai pas dit autre chose. En citant l'expérience de M. Faure, je n'ai pas voulu adopter sa doctrine. Mais cette expérience ingénieuse me paraît bien propre à démontrer l'influence de l'état des fonctions respiratoires sur l'anesthésie. M. Perrin nous répond que la surface d'absorption est diminuée quand le tube est poussé dans la bronche. Je me contente de lui faire observer que la quantité de chloroforme est doublée, triplée, et que cependant l'anesthésie cesse ou n'est pas obtenue.

M. Perrin. Le chloroforme ne se mélangeant à l'air que dans des proportions définies, je crois que l'objection que j'ai présentée contre l'interprétation de l'expérience de M. Faure peut subsister. Quoi qu'il en soit, je tiens surtout à faire remarquer que MM. Chassaignac et Bouvier n'accordent aux modifications de la respiration qu'une influence secondaire et attribuent, en réalité, à la syncope les accidents qui surviennent sous l'influence du chloroforme. Je me félicite d'être d'accord avec eux sur ce point capital. Ce que je n'accepte pas, c'est l'explication par l'asphyxie de la mort sous le chloroforme; mais je n'ai pas contesté, ainsi qu'a bien voulu le rappeler M. Bouvier, l'influence des modifications de la respiration.

M. Guersant. Je suis disposé à ne pas prodiguer le chloroforme, mais je crois qu'il est des circonstances où l'on ne saurait s'en priver chez les enfants. Je ne reviendrai pas sur ce qu'a dit M. Giraldès, relativement aux difficultés toutes spéciales qu'ils peuvent opposer au chirurgien. Je veux seulement poser quelques indications particulières.

J'ai employé le chloroforme chez les enfants disposés aux convulsions, chez les épileptiques, chez ceux qui se mettent dans de tels accès de colère, qu'ils en arrivent à se pâmer. J'ai pu, grâce au chloroforme, pratiquer, dans ces cas, des examens difficiles ou des opérations sans provoquer de crises. Je crois donc qu'en semblables circonstances on éloigne, grâce à l'anesthésie, des accidents fâcheux ou graves. J'ajouterai, en terminant, que ma pratique chez les enfants a été des plus heureuses.

M. le Président prononce la clôture de la discussion.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Le Gouvernement de Votre Majesté a entouré, à toutes les époques, de sa plus vive sollicitude le régime sanitaire qui met

en présence les intérêts impérieux de la santé publique et la liberté des relations, si intimement liée à l'activité des échanges et au développement de la richesse générale.

Depuis 1850, plusieurs actes réglementaires ont introduit dans ce régime les améliorations successivement réclamées par le progrès des faits économiques et par les conseils de la science.

Les plus importants de ces actes sont la convention sanitaire de 1852 et le règlement international de 1853, par lesquels on avait cherché à établir, pour tous les ports de la Méditerranée, au moins quant aux bases générales, l'uniformité de réglementation.

La France et l'Italie avaient admis ce système commun, lorsque la dernière épidémie cholérique a fait ressortir des différences d'appréciation telles qu'il a paru convenable aux deux Gouvernements de se rendre mutuellement leur liberté d'action.

Votre Majesté sait également que, sur l'initiative de la France, une conférence de délégués des puissances intéressées, réunie en ce moment à Constantinople, recherche les moyens de prévenir de nouvelles invasions du fléau d'Orient en Europe.

Il est permis d'espérer que les études auxquelles cette commission se livre avec la plus louable activité aboutiront, de ce côté, à des moyens extérieurs de préservation et fourniront même des données très-utiles à consulter sous le rapport du régime sanitaire intérieur; mais j'ai pensé, Sire, qu'il n'était pas moins du devoir de l'administration de se demander dès à présent si ce régime, quant aux arrivages maritimes des pays atteints du choléra épidémique, ne pouvait pas encore être avantageusement retouché sans imposer aux relations internationales des sacrifices trop considérables, et j'ai chargé de ce soin le comité consultatif d'hygiène publique, dont la haute compétence est connue de tous.

Le comité, après le plus consciencieux examen, a adopté un ensemble de dispositions nouvelles conçues dans un esprit qui m'a paru devoir être approuvé.

Ces dispositions, qui consistent principalement à rendre obligatoires des mesures qui n'étaient que facultatives, à faire compter la durée de l'observation du moment du débarquement, et à en élever le maximum de cinq à sept jours, m'ont semblé devoir faire l'objet d'un décret spécial dont les motifs sont exposés dans le rapport du comité consultatif d'hygiène publique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de Votre Majesté.

Vous daignerez sans doute, Sire, prendre connaissance de cet intéressant travail, et j'ai l'espoir qu'il déterminera Votre Majesté à revêtir de sa signature le projet de décret que j'ai l'honneur de Lui soumettre.

Je suis avec le plus profond respect, Sire, de Votre Majesté, le très-humble et très-obéissant serviteur et fidèle sujet,

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ARMAND BÉHIC.

NAPOLÉON, etc.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics;

Vu la loi du 3 mars 1822;

Vu le décret du 24 décembre 1850;

Vu la convention sanitaire du 3 février 1852 et le règlement général du 27 mai 1853;

Vu les arrêtés ministériels du 30 août 1861 et du 10 juin 1862;

Vu les décrets du 7 septembre 1863 et du 28 juin 1864;

Vu l'avis du comité consultatif d'hygiène publique;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Les mesures sanitaires applicables en cas de patente brute du choléra peuvent, comme en cas de patente brute de fièvre jaune, avoir une durée différente pour les passagers, les hommes d'équipage, le navire et les marchandises.

Art. 2. Les navires sont isolés à leur arrivée et tenus à l'écart jusqu'à l'entier accomplissement des mesures sanitaires dont ils doivent être l'objet.

Art. 3. Constatation faite par le service sanitaire des conditions dans lesquelles se trouvent les navires, il est procédé, avant l'ouverture des écoutilles et préalablement à toute autre opération, au débarquement des passagers et de ceux des hommes d'équipage dont la présence à bord n'est pas indispensable.

Art. 4. Les cholériques et les personnes reconnues par la visite médicale atteintes de cholérine ou de toute autre affection de nature à devenir compromettante pour la santé publique sont immédiatement déposés, pour y être traités à part, au lazaret ou dans un local pouvant en tenir lieu.

Art. 5. Les autres personnes sont retenues en observation, soit dans le lazaret même, soit dans un autre lieu isolé que désigne l'autorité sanitaire, et elles y sont soumises, selon les cas, aux mesures d'hygiène et de salubrité prescrites par les règlements.

Art. 6. L'observation est de trois à sept jours pleins, à partir du débarquement.

Art. 7. Une décision motivée de l'autorité sanitaire détermine, dans les limites ci-dessus fixées, la durée de l'observation pour chaque cas particulier.

Art. 8. Le maximum est applicable aux provenances jugées dangereuses, soit à cause des faits ou accidents sanitaires survenus pendant la traversée, soit à raison de la mauvaise tenue du navire, de la nature et de l'état du chargement, du nombre ou des conditions hygiéniques des hommes d'équipage et des passagers.

Le minimum peut être appliqué lorsque le navire est propre, bien tenu, non encombré, et qu'il n'est survenu aucun fait ou accident sanitaire pendant la traversée.

Art. 9. Lorsque les arrivages ont lieu par des navires de guerre reconnus sains ou par des navires principalement installés pour le transport rapide des voyageurs, dont les cales ont été suffisamment aérées pendant la traversée; qu'il y a à bord un médecin sanitaire commissionné ou en faisant fonctions, et qu'il n'est survenu aucun fait ou accident de nature à compromettre la santé publique, les passagers et l'agent des postes peuvent être admis à libre pratique après l'accomplissement des visites et constatations nécessaires.

Art. 10. Les effets à usage des personnes mises en observation sont soumis aux mesures d'assainissement prescrites par les règlements. Le linge sale est toujours lessivé.

Art. 11. Il est procédé, à l'égard des navires et de leur chargement, conformément aux prescriptions de l'arrêté ministériel du 30 août 1861 et du décret du 7 septembre 1863.

Art. 12. La durée des opérations est réglée par le service sanitaire, d'après les conditions dans lesquelles le bâtiment se trouve et le degré d'insalubrité qu'il présente.

Art. 13. Les hommes de l'équipage qui ont été employés au nettoyage du navire et ceux qui les ont assistés dans ce travail sont, après l'opération terminée, soumis à l'observation de trois à sept jours.

Art. 14. Les lettres et paquets continuent à être soumis aux purifications réglementaires.

Art. 15. Les personnes destinées à reprendre la mer et celles qui voyagent en corps peuvent être tenues de se rembarquer au lazaret même et sans entrer en ville.

Art. 16. Lorsque les circonstances locales ne permettent pas d'exécuter, soit l'ensemble, soit quelques-unes des dispositions ci-dessus, il en est référé par l'autorité sanitaire à notre ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, qui prescrit les mesures nécessaires pour sauvegarder la santé publique.

Art. 17. Les règlements sanitaires antérieurs sont maintenus en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

Fait au palais des Tuileries, le 23 juin 1866.

Signé NAPOLÉON.

— S. M. l'Impératrice est allée visiter les cholériques d'Amiens et leur prodiguer des consolations.

Il est de ces actes où la grandeur d'âme brille d'un si vif éclat qu'on ne saurait que s'incliner et admirer.

Les journées des 4 et 5 juillet ont été meilleures à Amiens, le nombre des décès a diminué sensiblement.

— Le docteur Brière vient de succomber à la suite d'une diphthérie maligne qu'il avait contractée en donnant des soins à un enfant atteint du croup. Médecin à Saint-Côme de Vair (Sarthe) depuis six mois seulement, notre confrère s'était acquis l'estime et l'affection de tous les habitants. Ancien interne des hôpitaux de Paris, le docteur Brière avait été nommé officier d'Académie pour le dévoument exemplaire dont il avait fait preuve pendant l'épidémie cholérique de 1865.

Traité historique et pratique de la syphilis, par le docteur E. LANCEREAUX, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut, de la Faculté de médecine et de l'Académie de médecine. Un vol. grand in-8° de 784 pages, avec trois planches gravées et coloriées. Prix : 15 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Des hôpitaux et des hospices, des conditions que doivent présenter ces établissements au point de vue de l'hygiène et des intérêts des populations, par Hippolyte JAQUEMET, externe des hôpitaux de Paris, ex-interne adjoint à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux. Un vol. in-8° de 184 pages, avec figures. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Les jeunes détenus de la Roquette et dans les colonies agricoles, par O. du MESNIL, médecin adjoint de l'asile de Vincennes. In-18 de 130 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 80. — MARDI 10 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 10 JUILLET 1866. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Rapport sur un projet de modification du régime sanitaire concernant le choléra.

Le comité consultatif d'hygiène publique est appelé à délibérer sur un projet de modification du régime sanitaire actuellement en vigueur, en ce qui concerne le choléra. Ce projet a été renvoyé à une commission dont M. le président Rayer a bien voulu diriger les travaux, et qui se compose de : MM. Herbet, conseiller d'État, directeur des consulats et affaires commerciales au ministère des affaires étrangères; Julien, directeur du commerce intérieur; Mélier, inspecteur général des services sanitaires; Michel Lévy, directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires; Raynaud, inspecteur général du service de santé de la marine; Maurin, administrateur des postes, chargé de la surveillance des exploitations maritimes; Tardieu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, *rapporteur.*

L'importance de la question, les difficultés particulières qu'elle soulève, faisaient un devoir à la Commission de la soumettre à un examen approfondi, et ce n'est qu'après plusieurs séances dans lesquelles ont été discutées, non-seulement au point de vue des principes et des doctrines qui régissent le système sanitaire général de la France, mais encore dans tous les détails de leurs applications pratiques, les dispositions du projet, que la Commission a pris à l'unanimité les résolutions qu'elle m'a fait l'honneur de me charger de soumettre à l'approbation du comité.

Le projet dont il s'agit n'était accompagné d'aucun exposé de motifs; mais M. l'inspecteur général des services sanitaires, et M. le directeur du commerce intérieur, qui l'avaient préparé, ont bien voulu donner à la Commission tous les éclaircissements nécessaires pour lui permettre de se rendre un compte exact des intentions de l'administration supérieure et du sens qu'elle attache aux modifications projetées. Ajoutons, pour écarter une difficulté secondaire dont le comité n'a pas à se préoccuper que, si le projet lui est présenté formulé en articles, il n'y a pas lieu de discuter ici quelle forme définitive de décret ou de règlement lui sera ultérieurement donnée; la question, réservée déjà au sein de la Commission, le sera de même dans ce rapport et est laissée à l'initiative de l'administration.

Les modifications qu'il s'agit d'introduire dans notre régime sanitaire portent exclusivement sur les mesures applicables au choléra épidémique, et si elles s'écartent des règles particulières actuellement suivies en cette matière, il est bon et juste de faire remarquer qu'elles ne dérogent pas à l'esprit et aux lois générales de notre code sanitaire, tel qu'il a été fixé par la convention internationale et le règlement de 1853. Il serait superflu de remettre sous les yeux du comité, qui a pris une si grande part à l'organisation du système actuel, l'ensemble des mesures qu'il embrasse. Nous nous contenterons de rappeler celles qui, jusqu'à ce jour et depuis plus de quinze ans, ont été appliquées aux provenances des pays infectés par le choléra épidémique.

La convention de 1852, s'appropriant les principes du décret du 24 juillet 1850, admet pour celles-ci une quarantaine d'observations facultatives de cinq jours, y compris la durée de la traversée.

Le projet sur lequel S. Exc. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics réclame aujourd'hui l'avis du comité consultatif d'hygiène publique, substitue à ce régime, pour les provenances des lieux où règne le choléra, une quarantaine obligatoire de trois à sept jours, non compris la durée de la traversée.

L'obligatoire remplaçant le facultatif, le maximum de durée de l'observation prolongé de deux jours et celle-ci ne datant que du débarquement; tels sont en résumé les changements que l'on propose d'apporter au régime sanitaire en matière de choléra. Le comité en apprécie l'importance et la gravité; il convient toutefois d'en préciser la signification et d'en mesurer la portée.

Un premier point se présente, sur lequel il importe de s'expliquer nettement. La nécessité d'une réforme en ce qui touche les dispositions de la loi sanitaire, applicables au choléra, résulte-t-elle d'un changement survenu dans la nature de la maladie, ou de données nouvelles que l'observation et la science auraient récemment mises en lumière? Cette réforme est-elle commandée par l'insuffisance reconnue des mesures jusqu'ici employées, et par le besoin de protéger plus sûrement qu'on ne l'a fait dans le passé la santé publique menacée? A ces deux questions, la Commission n'hésite pas à répondre par la négative, et elle est certaine de traduire fidèlement l'opinion unanime du comité en disant : Non, le choléra épidémique n'est pas plus à redouter aujourd'hui qu'il ne l'a été dès l'origine; non, l'administration française n'a pas à se reprocher d'avoir manqué de vigilance, et nulle part, ni à aucune époque dans notre pays, un seul fait n'autorise à penser que des mesures plus sévères eussent pu nous préserver des invasions du choléra épidémique.

Tout le monde est d'accord pour confesser que les mesures sanitaires de protection ne peuvent être pratiquées efficacement que contre les arrivages de mer, et que tout ce qui a été tenté en d'autres temps, tout ce qui, à plus forte raison, serait tenté du nôtre, pour garder les voies de terre contre les communications venant de pays limitrophes infectés, est fatalement et absolument frappé d'une radicale impuissance. C'est donc du côté de la mer seulement que l'on a dirigé le système sanitaire actuel, et que l'on peut continuer à prendre des précautions compatibles avec les enseignements de la science, et avec les exigences politiques et commerciales qui, en un pareil sujet, sont nécessairement dominantes. Les grands ports sont donc, par la force des choses et en tous pays, le but et le théâtre de toutes les grandes mesures sanitaires. C'est là que l'on peut le mieux éprouver et juger la valeur des systèmes mis en pratique. Or il est satisfaisant et tout à fait opportun de constater que, dans la dernière épidémie cholérique qui a sévi en 1865 à Marseille, l'administration supérieure avait usé, avec autant d'énergie et de promptitude que de discernement, des pouvoirs dont elle dispose; et que l'enquête la plus minutieuse, les investigations même les plus ardentes et les plus intéressées, n'ont pu arriver à montrer un seul cas avéré de choléra que l'on pût rattacher d'une manière positive à un arrivage déterminé; qu'enfin aucun cas de choléra ne s'est déclaré parmi les passagers tenus en observation au lazaret.

Il n'est peut-être pas non plus inutile, avant d'arriver à l'examen du projet, de justifier le régime sanitaire qu'il s'agit de modifier, d'un reproche qui tendrait à en fausser complétement le principe, et qui aurait le grave inconvénient de donner aux changements qu'on lui ferait subir l'apparence d'une réparation nécessaire. La possibilité de l'importation du choléra épidémique et de l'introduction possible du fléau dans nos ports, n'est pas un fait nouvellement reconnu, et dont l'administration supérieure n'ait pas jusqu'ici compris la portée. Toutes les mesures qu'elle a prescrites depuis quinze ans, toute sa conduite, ont été inspirées par cette doctrine. Il nous sera permis de citer à ce sujet les paroles convaincues de celui dont le nom restera attaché avec bonheur aux améliorations considérables réalisées dans l'administration sanitaire de notre temps. M. l'inspecteur général Mélier, dans les travaux préliminaires de la conférence internationale, écrivait en 1851 : « On ne nie pas l'origine exotique du choléra, elle est évidente; on ne nie pas non plus qu'il ne soit susceptible d'importation, beaucoup de faits tendent à l'établir. » Tels sont bien les principes qui dictaient le règlement général de 1853, tels sont ceux auxquels le comité et l'administration entendent rester fidèles, tout en modifiant sur quelques points dans la pratique les règles applicables aux provenances des pays où règne le choléra.

Les considérations qui précèdent, et qui nous ont paru nécessaires pour écarter toute fausse interprétation, nous permettent maintenant de rechercher librement les motifs sur lesquels se fonde l'opportunité des modifications que le comité est appelé à examiner.

D'une manière générale, il est permis de dire que tout système sanitaire, destiné à prévenir l'introduction dans une contrée d'une maladie née sur un point plus ou moins éloigné, devra nécessairement suivre dans ses appréciations les variations qui pourront se produire soit dans le mode et le lieu d'origine du fléau, soit dans les voies par lesquelles il sera transmis et importé. De là cette conséquence d'un remaniement inévitable et plus ou moins fréquent des prescriptions sanitaires, en rapport avec les changements que peuvent amener le temps, les progrès de la civilisation et le mouvement des relations internationales. Quelle place occupe aujourd'hui la peste dans la pratique de notre régime sanitaire? et, par contre, n'a-t-il pas fallu, il y a cinq ans, opérer pour la fièvre jaune la révision que l'administration propose aujourd'hui d'étendre au choléra?

En effet, pour ce qui touche cette dernière épidémie, il est impossible de méconnaître qu'au milieu des apparentes irrégularités qu'il a présentées dans sa marche, le choléra a toujours et partout suivi les courants que lui traçaient les déplacements des grandes masses d'hommes, les pèlerins hindous dans l'Inde, les caravanes dans la haute Asie et la Russie orientale, les armées à travers le Caucase ou dans notre expédition de Crimée, les émigrants en Amérique, les pèlerins musulmans de la Mecque, enfin en Égypte et sur le littoral de la Méditerranée. Mais à ce fait, incontestable dans sa généralité, il en faut ajouter un autre plus nouveau et plus complexe; c'est que, d'une part, les transports maritimes sont, parmi toutes les voies d'importation, les plus faciles et les plus à redouter en raison de la concentration du foyer épidémique dans le navire, et que, d'une autre part, en raison de circonstances particulières, sur lesquelles il serait superflu d'insister, et dont on a pu apprécier l'influence l'année dernière par le rapide passage du fléau de la mer Rouge dans les ports de la Turquie, de l'Italie, de la France et de l'Espagne, la navigation a pris un accroissement considérable en nombre et en rapidité.

La menace, d'un côté au moins, est donc incontestablement plus pressante; et, sans se laisser entraîner au courant de certaines passions locales, il est prudent, il est juste de donner aux populations une preuve nouvelle de la sollicitude du gouvernement, en redoublant de vigilance sur les points précisément qui paraissent le plus directement exposés aux invasions cholériques. Le projet répond à cette pensée en rendant obligatoires les mesures qui n'étaient que facultatives.

Par cette raison déjà indiquée que le navire constitue par lui-même une sorte de foyer mobile et comme une portion détachée du lieu infecté d'où il est parti, il est permis de se demander si le passager que transporte ce navire peut bien raisonnablement être considéré comme ayant quitté le milieu contaminé, et s'il est rationnel de faire compter le temps de la traversée comme acquis à l'observation qui est la garantie de la prophylaxie sanitaire. Ne voit-on pas se développer la maladie à bord même, un certain temps après le départ, et dans ces cas, au lieu d'admettre une incubation prolongée et une explosion tardive du mal contracté à terre, ne peut-on pas plus légitimement incriminer l'atmosphère viciée du bâtiment? C'est là, dans tous les cas, une préoccupation qui peut n'être pas sans fondement et à laquelle répond d'une manière complétement satisfaisante le changement de régime qui fait dater l'observation du débarquement effectué et ne tient plus compte de la durée de la traversée. Cette modification, il est bon de le faire remarquer, est capitale et fait disparaître l'un des plus graves motifs de défiance et de doute qu'avait pu inspirer l'ancien système.

Elle entraîne, de plus, comme conséquence logique, la prolongation de la durée de l'observation elle-même, qui, commençant seulement après la mise à terre, doit être assez longue pour suppléer au temps de traversée qui ne doit plus compter. Ainsi s'explique et se justifie le changement qui consiste à reporter de cinq à sept jours la limite extrême de l'observation, c'est-à-dire de l'augmenter de deux jours pleins.

Mais, tout en reconnaissant combien sont fondées et sages les concessions que fait l'administration supérieure au désir d'augmenter les garanties que réclame la sécurité publique et de tenir compte des voies d'introduction plus faciles et plus rapides, qui, dans l'état actuel des choses, semblent ouvertes au choléra épidémique sur certains points du littoral et notamment dans la Méditerranée, il convient de ne pas perdre de vue d'autres éléments très-dignes aussi d'être pris en considération dans l'organisation des mesures à appliquer aux provenances des contrées où règne le choléra. Ces mesures seraient absurdes et iniques; elles nous ramèneraient au régime suranné que la grande réforme de 1850 a si heureusement renversé, si elles s'appliquaient, aveuglément et comme un niveau inflexible, à tous les cas indistinctement et à tous les lieux. La distance qui nous sépare du point d'origine de l'épidémie, l'extension que celle-ci a prise, le chemin qu'elle a suivi, d'une autre part, la nature des arrivages, la qualité et le nombre des passagers, la présence de médecins commissionnés à bord, et plus encore l'état et la tenue du navire, constituent autant de circonstances qui doivent entrer en ligne de compte et peser d'un grand poids dans l'appréciation des mesures sanitaires à prescrire.

Le projet a donc sagement fait de conserver à l'autorité sanitaire, non-seulement la faculté de régler, entre les limites indiquées, la durée de l'observation pour chaque cas particulier, mais encore d'appliquer, sous certaines conditions nettement définies, un régime exceptionnel. La Commission a pensé qu'il était utile d'aller plus loin et qu'il fallait de toute nécessité que l'autorité sanitaire pût, lorsque les circonstances locales l'exigeraient, différer ou modifier provisoirement l'exécution des règlements, sauf à en référer sans délai à l'administration supérieure, souveraine appréciatrice des intérêts divers engagés dans les questions sanitaires. Ce sont ces intérêts, en effet, qui, il ne faut pas l'oublier, ont trouvé satisfaction dans le régime sanitaire inauguré en 1850, régime de progrès qui honore le gouvernement de la France, et qui ne saurait être sérieusement remis en question.

Nous en avons dit assez pour faire comprendre l'objet et les motifs généraux des modifications qu'il s'agit d'introduire dans les mesures sanitaires applicables au choléra épidémique. Le comité nous permettra de passer rapidement en revue les différents articles dans lesquels sont formulées les dispositions qui vont être soumises à sa délibération, et que la Commission lui propose avec confiance de présenter à la haute sanction de S. Exc. M. le ministre.

Les articles 1 à 6 règlent le traitement à imposer obligatoirement à tout navire provenant des lieux où règne le choléra, et pose, comme mesure préliminaire à prendre avant toute autre, la mise à terre des passagers, c'est-à-dire l'évacuation du navire préalablement isolé.

L'observation commence alors et s'opère dans les conditions appropriées à l'état de chacun, mais toujours à distance du port de destination. L'art. 6 fixe la durée de l'observation de 3 à 7 jours pleins. Ces chiffres ne sont pas fixés arbitrairement; ils impliquent une corrélation établie entre la durée de l'observation et le temps calculé le plus largement de l'incubation du choléra épidémique; ajoutons qu'ils sont fondés sur l'expérience et le consentement à peu près unanime des médecins, en tant qu'ils s'appliquent à l'immense majorité des faits. Il est fort à craindre qu'ils ne satisfassent pas ceux qui, frappés surtout, et plus que de raison, de quelques cas exceptionnels, seraient disposés à étendre indéfiniment l'incubation du choléra, et par suite à reculer sans mesure les limites des rigueurs sanitaires. La conférence internationale qui siége en ce moment à Constantinople, et que l'on n'accusera certainement pas de tendances trop téméraires, nous apportent sur ce point un témoignage considérable, par l'organe de son savant rapporteur, M. le docteur Fauvel : « La durée de l'incubation du choléra, dit-il, c'est-à-dire le temps « qui s'écoule entre l'instant supposé où l'agent morbifique pénètre « dans l'organisme et le moment où se manifestent les premiers « symptômes de la maladie, cette durée est généralement très-« courte; l'observation montre, en effet, que, dans l'immense majorité « des cas, quelques jours suffisent à l'incubation, et que parfois cette « période ne dépasse pas quelques heures. Cette règle générale est « mise hors de doute par les premiers cas qui suivent l'importation « de la maladie dans une localité saine; on voit alors que, quand la « maladie est transmise, quelques jours, une semaine au plus s'écou-« lent à peine entre les cas importés et les cas qui en dérivent. »

— Une semaine, c'est précisément le terme assigné à la durée de l'observation dans le projet actuel.

Il est d'ailleurs à remarquer que les cas, en très-petit nombre, d'incubation prolongée que l'on a cités, se sont tous montrés à bord des navires et dans le cours d'une traversée, c'est-à-dire dans les circonstances que nous avons précédemment signalées et où, pour emprunter encore les expressions de M. Fauvel, la « contamination « a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté. »

Les articles 7 et 8 remettent aux mains de l'autorité sanitaire locale le droit de régler la durée de l'observation dans les limites prescrites, en fixant les conditions auxquelles s'appliquent plus spécialement le maximum et le minimum. Le règlement général du 27 mai 1853 fournit d'ailleurs à ce sujet des indications qui subsistent et qui complètent les prescriptions nouvelles par les dispositions en vigueur dans notre code sanitaire.

L'article 9 consacre le régime exceptionnel dont nous avons déjà cherché à démontrer la nécessité et à légitimer l'application. L'usage prudent et libéral à la fois qui en sera fait assurera : d'une part, à la santé publique, les garanties d'un contrôle sévère, et, d'une autre part, tempérera, dans ce qu'elles auraient d'excessif et de vexatoire, des mesures dont l'unique effet serait de ruiner notre commerce et d'arrêter, dans leur magnifique développement, les plus utiles entreprises de notre industrie. Il faut bien admettre, en effet, que tous les navires ne sont pas, au point de vue de l'importation du choléra, dans des conditions identiques, et que le bénéfice de l'immunité peut être justement acquis à quelques-uns. La conférence de Constantinople reconnaît ce fait en des termes qui méritent d'être cités : « Il est certain que les paquebots réguliers qui font le service de l'Inde, depuis un grand nombre d'années, n'ont jamais importé le choléra à Suez ; de sorte que l'on peut dire, sans spécifier pour le moment davantage, que toute provenance de pays atteints de choléra n'est pas apte à propager la maladie. » Il est inutile de rien ajouter ; l'exception stipulée dans l'art. 9, dans les limites étroites où elle est renfermée, paraîtra, nous n'en doutons pas, suffisamment justifiée.

Les articles 10 à 14 reproduisent, en ce qui touche les provenances des pays où règne le choléra, des mesures d'assainissement applicables aux bagages et marchandises, ainsi qu'à une partie des hommes d'équipage, et de tous points analogues aux prescriptions si efficacement mises en pratique contre les arrivages des lieux infectés de la fièvre jaune.

L'art. 15 introduit une disposition nouvelle de police sanitaire dont la gravité n'échappera pas au comité, mais qui, plus qu'aucune autre, est de nature à rassurer les populations contre les invasions cholériques semblables à celles qui ont eu lieu en 1865 sur le littoral de la Méditerranée. Elle est essentiellement défensive, et découle de ce fait incontesté, que les réunions d'hommes voyageant en corps et ayant séjourné dans un lieu où règne le choléra constituent le foyer le plus actif et le plus dangereux où puisse germer et d'où puisse se répandre le fléau indien.

Enfin l'art. 16 contient les réserves que la Commission a jugé utile d'ajouter, et sur lesquelles le rapport s'est déjà suffisamment expliqué.

Telles sont, en conséquence, dans leur ensemble et dans les termes du projet précité, les modifications que la Commission a l'honneur de proposer au comité d'approuver, et qui seraient apportées au régime sanitaire actuellement en vigueur contre le choléra épidémique.

Le rapporteur, A. Tardieu.

Adopté par le comité, dans sa séance du 18 juin 1866.

Le président, Rayer.

Le secrétaire, Amédée Latour.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Du rhumatisme noueux et de la goutte. — Hématologie pathologique de la goutte.

(Leçon recueillie par M. le Dr Ball.)

Messieurs,

Nous venons d'étudier, dans les deux séances précédentes, les caractères généraux que présentent les maladies dans l'âge sénile ; aujourd'hui, je me propose d'appeler votre attention sur l'une des affections chroniques qui se rencontrent le plus communément dans cet hospice.

Il s'agit du *rhumatisme articulaire chronique*, qui constitue, à coup sûr, l'une des infirmités les plus ordinaires du sexe féminin, au moins dans la classe pauvre ; nous la trouvons en effet dans la proportion de 8 p. 100 parmi les femmes infirmes de la Salpêtrière.

Il me semble donc que cette question mérite, au point de vue pratique, de fixer votre attention ; d'autant plus que l'histoire pathologique de cette maladie présente bien des difficultés à résoudre, bien des points à éclaircir. Pendant longtemps, en effet, cette étude, en apparence ingrate, a été négligée ; et malgré toute l'importance de quelques travaux récents, il nous reste, à cet égard, bien des progrès à réaliser. Or ce sont les observateurs placés dans un hospice comme celui de la Salpêtrière, qui seuls peuvent entreprendre un semblable travail ; il est indispensable, en effet, pour remplir ce but, d'avoir sous les yeux un grand nombre de malades, afin de mieux pouvoir comparer entre eux les types si divers que peut affecter le rhumatisme chronique.

Mais, au seuil même de la question, une difficulté nous arrête. Si le rhumatisme et la goutte, envisagés d'une manière générale, se touchent par bien des côtés, et semblent offrir, à bien des égards, une profonde analogie, il faut convenir que c'est surtout dans la forme chronique de ces deux affections que la ressemblance devient frappante, et peut embarrasser l'observateur.

Nous sommes donc amenés, presque malgré nous, à examiner une question de doctrine, et à nous demander s'il faut confondre dans une description commune ces deux diathèses, ou établir entre elles une distinction radicale.

Les grands médecins de l'antiquité, vous le savez bien, s'étaient prononcés en faveur de la première de ces deux opinions ; ou pour parler plus exactement, ils ne paraissent jamais s'être doutés qu'il y eût là un problème à résoudre. Sous le nom d'*arthritis* ou de maladie articulaire (*articulorum passio*), ils nous ont laissé la description d'une maladie dans laquelle nous retrouvons les caractères tantôt de la goutte, tantôt du rhumatisme ; et la tradition antique s'est maintenue à travers les siècles, jusqu'à l'époque où Baillou détourna le mot de *rhumatisme* de son acception primitive, pour l'appliquer à l'ensemble symptomatique que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de *rhumatisme articulaire aigu*. Ce fut un peu plus tard que le rhumatisme articulaire chronique acquit, à son tour, une autonomie longtemps contestée.

Mais la distinction établie par Baillou, qui n'a jamais obtenu l'assentiment unanime, est aujourd'hui vivement combattue par d'éminents observateurs ; et, bien que la plupart des médecins reconnaissent une profonde différence entre la goutte et le rhumatisme, la doctrine de l'identité a trouvé parmi nos contemporains des défenseurs dont le nom fait autorité dans la science.

Ces dissentiments, messieurs, sont fondés en grande partie sur la nature même des choses. Plus d'une fois vous serez appelés à reconnaître, au lit du malade, combien il est difficile de distinguer la goutte du rhumatisme, surtout dans leurs formes chroniques : et le nom de *rhumatisme goutteux*, qu'on applique souvent à ces cas obscurs qui sont placés sur la limite des deux affections, semble renfermer implicitement un aveu d'impuissance.

Et cependant, messieurs, nous sommes profondément convaincu que les mots de *goutte* et de *rhumatisme* répondent à deux types morbides essentiellement distincts, et qui ne doivent pas être confondus. C'est ce que nous espérons vous démontrer en étudiant successivement ces deux maladies, pour les rapprocher ensuite l'une de l'autre, et les comparer entre elles. Peut-être les verrons-nous se réunir sur le terrain de l'étiologie ; c'est là un point sur lequel nous reviendrons plus tard ; mais, une fois constituées, elles suivent une marche parallèle, sans jamais se rencontrer. Ce sont, au dire d'un éminent pathologiste, deux branches issues d'un même tronc. Nous acceptons provisoirement cette ingénieuse comparaison, dont l'exactitude n'est pas encore bien démontrée ; mais qu'il nous soit au moins permis de faire observer, qu'une fois détachés du tronc commun, ces deux rameaux portent des fruits bien différents.

Nous commencerons cette étude, messieurs, par l'histoire de la goutte. Grâce aux travaux récents dont elle a été l'objet, cette affection, dans sa nature intime, nous est mieux connue que le rhumatisme, à beaucoup d'égards ; d'ailleurs, nous la considérons à quelques points de vue comme un type général des affections diathésiques, comme une maladie modèle. En effet, par des circonstances malheureusement trop exceptionnelles en médecine, nous connaissons ici la *matière morbifique*, dont la présence donne lieu à tant de phénomènes divers ; nous possédons un fil conducteur pour nous guider à travers ce labyrinthe, et nous pouvons suivre, jusqu'à un certain point, l'enchaînement logique des symptômes qui se déroulent successivement devant nos yeux, pendant un long espace de temps. Nous espérons donc, messieurs, que l'abondance des détails dans lesquels nous allons entrer ne fatiguera point votre attention bienveillante. Car lorsqu'on est en présence d'une de ces affections qui offrent à nos recherches une base matérielle, la goutte, la syphilis, ou l'intoxication saturnine, il faut creuser le sujet jusqu'au fond ; c'est ainsi, du moins, qu'on peut espérer de dissiper, en partie, l'obscurité qui règne encore sur tant d'autres points de la médecine.

Un mot d'abord sur les caractères généraux de la diathèse que nous allons étudier.

La goutte est une affection chronique et constitutionnelle, le plus souvent héréditaire, et toujours liée à un état dyscrasique particulier ; en effet, la présence d'un excès d'acide urique dans le sang, constitue un des principaux caractères de la maladie. Il est incontestable que la plupart des manifestations morbides, qui donnent à la goutte sa physionomie particulière, relèvent de cette condition spéciale ; c'est ce qui a lieu, par exemple, du côté des articulations malades.

Vous savez en effet, messieurs, qu'au point de vue anatomique, les arthropathies goutteuses sont caractérisées par des dépôts d'urate de soude, soit à l'intérieur des jointures, soit dans les parties voisines.

Mais indépendamment de ces affections articulaires, et de cet état particulier du sang, la goutte peut donner lieu à des affections viscérales nombreuses et variées, tantôt organiques, tantôt purement fonctionnelles. Il y a même lieu de croire que dans quelques cas, rares d'ailleurs, la diathèse se borne à produire, pendant toute l'évolution de la maladie, des troubles intérieurs de cette espèce, sans jamais provoquer ces manifestations extérieures sur lesquelles nous sommes habitués à compter.

C'est là, messieurs, ce que les anciens ont appelé la goutte *irrégulière*, par opposition à la goutte *régulière*, qui répond au type classique de la maladie. Cependant, même ici, nous rencontrons des affections viscérales ; tantôt elles se manifestent brusquement dans le cours des accès (goutte rétrocédée, remontée), ou dans leur intervalle (goutte mal placée) ; tantôt, au contraire, c'est par un développement lent, progressif, et pour ainsi dire latent, que se forment ces lésions organiques profondes, qu'on rencontre si souvent chez les goutteux (néphrite albumineuse, cœur graisseux).

Ainsi, messieurs, toute cette vieille nomenclature, hérissée de termes bizarres, que les anciens appliquaient à la goutte, est fondée en réalité sur l'observation clinique ; nous retrouvons dans l'étude rigoureuse des faits, la goutte franche, régulière, et la goutte irrégulière, larvée, rétrocédée, remontée, mal placée, etc. Il serait utile sans doute de réformer ce langage, qui a beaucoup vieilli ; mais nous ne nous sentons pas encore en mesure de le faire, et nous continuerons à nous servir des termes usités par les anciens, tout en nous réservant d'en préciser le sens.

C'est ainsi, messieurs, que vous nous entendrez parler de *goutte aiguë* et de goutte *chronique*. Or, la goutte est une affection essentiellement chronique, et qui ne peut jamais être aiguë ; cependant ces deux termes correspondent aux deux phases principales de la maladie.

Ainsi, le goutteux éprouvera d'abord des accès articulaires, ayant les allures d'une affection aiguë, et dont les retours sont plus ou moins régulièrement périodiques ; ils peuvent se limiter à un petit nombre d'articulations, et plus spécialement au gros orteil ; c'est alors la goutte aiguë *partielle*. Dans la goutte aiguë généralisée, qui offre une grande ressemblance avec le rhumatisme, toutes les articulations peuvent être prises, même les grandes ; on la voit souvent, par exemple, se porter sur les genoux, les coudes ou les poignets.

Dans l'intervalle des accès, il peut se manifester d'autres affections, placées sous la dépendance de la diathèse goutteuse ; telle est, par exemple, cette dyspepsie, qui tourmente si souvent les goutteux ; telle est aussi la gravelle, dont les apparitions, chez certains malades, alternent avec celles de la goutte.

Il se produit assez fréquemment, dans le cours de la goutte aiguë, des troubles fonctionnels qu'on peut attribuer à la rétrocession de la maladie ; mais les affections viscérales avec altérations organiques sont au contraire assez rares.

La goutte chronique, qui peut survenir d'emblée, ne vient en général qu'à la suite de plusieurs accès de goutte aiguë. Le malade qui jouissait autrefois de longs intervalles de repos voit les accès se multiplier dans le cours de l'année et se rapprocher de plus en plus ; ils augmentent en nombre sans rien perdre de leur durée ; ils finissent enfin par se toucher, par se superposer ; ils deviennent en quelque sorte *subintrants*, pour nous servir d'un terme emprunté à l'histoire des fièvres paludéennes ; enfin, le malade est en proie à des douleurs presque continues, avec des alternatives de rémission et d'exacerbation.

A ces symptômes permanents correspondent des lésions permanentes, d'abord du côté des jointures, puis dans les organes intérieurs ; c'est dans la goutte chronique qu'on trouve surtout ces affections viscérales, profondes, qui sont en général la cause déterminante de la mort. Au reste, quand la maladie se prolonge, on voit à la fin survenir cet état cachectique, qui termine volontiers toutes les grandes maladies constitutionnelles ; c'est alors que se développent les hydropisies, l'anémie et le marasme ; c'est alors que le malade tombe dans un état d'atonie presque complète et que la nature ne semble plus répondre aux moyens thérapeutiques qu'on veut opposer aux progrès de la maladie.

Après avoir formulé ces notions préliminaires, nous allons aborder directement l'histoire de la goutte, en commençant par l'étude des altérations anatomiques qui en sont le cortége obligé ; et comme dans cette affection générale l'état du sang semble dominer toute la situation, nous allons tout d'abord attirer votre attention sur ce point capital.

Hématologie pathologique de la goutte.

Depuis l'époque où Scheele découvrit l'acide lithique, que nous appelons l'acide urique aujourd'hui, beaucoup d'auteurs ont supposé que dans le cours de la goutte ce principe pouvait se développer dans les liquides de l'économie. Wollaston fut le premier à démontrer que les tophus de la goutte étaient composés d'urates alcalins ; depuis lors, Forbes, Murray, Holland, en Angleterre ; Jahn en Allemagne, MM. Rayer et Cruveilhier en France, ont émis l'opinion que le sang des goutteux devait contenir de l'acide urique. Mais c'est à Garrod que revient l'honneur d'en avoir fourni la démonstration positive (1847).

A l'état normal, il existe des traces d'acide urique dans le sang ; mais, pendant l'accès de goutte, le sang peut en contenir de 0gr,05 à 0gr,17 sur 1,000 grammes ($\frac{1}{20{,}000}$ à $\frac{1}{6{,}000}$). Mais pour constater cette proportion, il faut se livrer à des opérations chimiques très-délicates, qui ne sont pas du domaine de la clinique.

Il est un procédé plus simple et d'une application plus facile, qui, sans indiquer d'une manière précise la quantité d'acide urique contenue dans le sang, permet d'en constater la présence. On dépose 5 grammes environ de sérum dans un verre de pendule (et non dans un verre de montre, dont la courbure est trop brusque) ; on y ajoute quelques gouttes d'acide acétique et on y laisse tomber un fil. On laisse reposer le liquide dans un lieu sec pendant trente-six ou quarante-huit heures ; et l'on peut alors constater à l'aide du microscope, que des cristaux rhomboédriques se sont implantés sur le fil immergé dans le liquide. Ces cristaux sont composés d'acide urique.

Pour obtenir ce résultat, il faut user de certaines précautions. Il faut d'abord que le sérum soit frais ; car la présence des

matières albuminoïdes y développe une sorte de fermentation; l'acide urique se décompose alors en acide oxalique, en urée et en allantoïne, comme s'il était mis en présence de l'oxyde pur de plomb.

Il faut éviter aussi de trop dessécher le sérum, car il se forme alors des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, sous forme de végétations très-élégantes. Mais comme ce sel est assez soluble, il suffit d'ajouter un peu d'eau à la préparation pour le fondre; on voit alors apparaître ces masses rhomboédriques, qui sont entièrement composées d'acide urique.

Ce procédé, qui n'est pas assez sensible pour indiquer les traces d'acide urique qui existent à l'état normal, suffit amplement aux besoins de la pratique; il décèle en effet la présence d'un *soixante-cinq millième* d'acide urique dans le sang. (Garrod.)

Lorsqu'on n'a pas de sang à sa disposition, on peut le remplacer par la sérosité d'un vésicatoire, qui donnera les mêmes réactions, pourvu qu'on ait eu soin de ne pas appliquer ce révulsif sur un point envahi par l'inflammation goutteuse; car tout travail phlegmasique a pour effet de faire disparaître l'acide urique.

L'importance clinique de ce procédé est aisée à comprendre: c'est, dans bien des cas, un moyen de diagnostic excellent. Il permet aussi de constater dans quelles circonstances se produit un excès d'acide urique dans le sang. Ce phénomène existe d'une manière permanente dans les cas de goutte chronique; mais il augmente d'intensité avant les accès, pour retomber ensuite au-dessous du taux primitif. Dans la goutte aiguë, il s'efface dans l'intervalle des attaques, au moins à l'origine de la maladie (Garrod); il se manifeste de nouveau quelque temps avant l'explosion de l'accès. Enfin, dans les cas de goutte articulaire, on voit se manifester des accidents variés, qui paraissent liés aux mêmes conditions; car l'analyse révèle la présence de l'acide urique dans le sang.

Par contre, le rhumatisme articulaire aigu (Garrod), ou chronique (Charcot), ne sont jamais liés à cette dyscrasie particulière; ce serait donc là un utile élément de diagnostic dans les cas douteux, car il suffirait alors d'appliquer un vésicatoire au malade, ou de lui tirer quelques grammes de sang, pour s'assurer si c'est à la goutte ou bien au rhumatisme que se rattachent les phénomènes observés.

Toutefois il ne faudrait pas considérer cet excès d'acide urique comme un signe pathognomonique de la diathèse goutteuse; on peut aussi le constater dans la maladie de Bright et l'intoxication saturnine. Il est cependant probable que cette condition spéciale constitue une prédisposition à la goutte, c'est du moins ce qui semblerait résulter de la fréquence de cette affection chez les ouvriers en plomb de Londres (Garrod).

La présence de l'acide urique dans les *humeurs* du goutteux se révèle aussi par la composition de divers liquides, soit normaux, soit pathologiques. Je l'ai trouvé dans le liquide céphalo-rachidien; Garrod l'a rencontré dans la sérosité épanchée dans la plèvre ou le péricarde. On ne sait pas au juste s'il existe dans les sécrétions intestinales; mais on en trouve dans le liquide des pustules de l'eczéma (Golding Bird) et dans la poussière blanche qui se forme quelquefois sur la peau des goutteux; elle se compose surtout d'urate de soude (Petit, O. Henry). Dans tous les cas, il est certain que les sueurs, spontanées ou provoquées, n'en renferment aucune trace (Garrod, de Martini Ubaldini).

Il nous reste à nous demander si, dans la goutte, le sang ne présente pas d'autres altérations dans sa composition chimique. Mais cette partie de la question est encore assez obscure.

Il paraît établi cependant:

1° Que la proportion des globules se maintient dans la goutte aiguë à l'état normal, contraste évident avec l'anémie rhumatismale; tandis que dans la goutte chronique, il se produit, à la longue, une diminution des globules: c'est l'anémie goutteuse;

2° Que la fibrine subit une augmentation dans la goutte aiguë; du moins, les saignées sont couenneuses;

3° Que l'albumine du sang diminue dans la goutte chronique, s'il existe une affection des reins: en pareil cas, on rencontre un excès d'urée;

4° Que l'alcalinité du sang est toujours diminuée, ce qui semble favoriser la production des dépôts goutteux;

5° Enfin, que le sang renferme quelquefois des traces d'acide oxalique.

Comme complément de cette étude, nous devons examiner l'état des urines dans la goutte; il s'agit de savoir si l'acide urique s'y trouve en plus grande proportion que de coutume, comme on l'a prétendu, ou s'il est au contraire en faible quantité, ce qui semblerait rattacher sa présence dans le sang à un défaut d'élimination.

Pour bien résoudre la question, il ne s'agit point d'apprécier la quantité proportionnelle d'acide contenue dans un échantillon d'urine, mais de constater la quantité totale d'acide urique éliminée par les reins dans l'espace des vingt-quatre heures, et cela non-seulement pendant un jour, mais pendant plusieurs jours; car l'excrétion de l'acide urique par les reins est intermittente.

Il est donc indispensable de recourir ici à une analyse méthodique, et l'on doit se rappeler que la présence d'un acide libre dans l'urine, ou le peu d'abondance de la partie aqueuse de ce liquide, suffisent pour provoquer la formation de ces sédiments, auxquels on attache, en général, une importance exagérée.

C'est après avoir tenu compte de toutes les causes d'erreur, que Garrod est arrivé aux résultats suivants:

Dans la goutte aiguë, pendant l'accès, les urines sont rares et foncées en couleur, mais la quantité d'acide urique excrétée dans les vingt-quatre heures est moins considérable qu'à l'état normal (0g,25 au lieu de 0g,50). Il y a donc diminution dans l'excrétion de ce produit, coïncidant avec une augmentation de sa proportion dans le sang.

Dans l'intervalle des accès, on ne sait pas au juste ce qui a lieu; cependant la gravelle est fréquente, ainsi que les dépôts cristallisés d'acide urique, formés avant la miction (Rayer).

Dans la goutte chronique, la tendance à la diminution s'accuse de plus en plus. Pendant les accès, les urines sont pâles et abondantes; il ne s'y forme pas de dépôts, par le refroidissement, aussi longtemps que la maladie est apyrétique; on n'y constate que des traces d'acide. Mais, de temps en temps, il se produit des *décharges* pendant lesquelles l'urine renferme une quantité plus considérable de ce produit.

Dans l'intervalle des accès, ces caractères persistent; souvent on observe de l'albuminurie, et l'urine contient quelquefois des cylindres fibrineux.

En résumé, messieurs, il est évident que sous l'empire de la diathèse goutteuse, il existe une surabondance d'urate de soude, dans le sang et les humeurs, pour parler le langage de l'ancienne médecine; c'est aussi l'urate de soude qui constitue les dépôts articulaires qu'on a de tout temps signalés chez les goutteux; mais cet excès d'acide urique ne se traduit pas par une augmentation de l'excrétion rénale; il semble coïncider, au contraire, avec un défaut d'élimination.

ENQUÊTE MÉDICALE

Sur l'action des eaux de Contrexéville dans la goutte.

Par M. le Dr Legrand du Saulle, médecin consultant à Contrexéville.

Depuis dix ans, il m'a été permis d'observer, à Contrexéville, un nombre très-considérable de goutteux. Sur ce nombre, beaucoup de malades ont été sensiblement améliorés, extrêmement soulagés. Vingt ou vingt-cinq goutteux m'ont même affirmé qu'ils se considéraient comme guéris; mais je crains bien qu'ils ne donnent improprement le nom de *guérison* à ce qui n'est pour moi qu'une très-longue phase de *rémission*. Lorsqu'on s'entend bien sur la valeur des mots, on fait de la science honnête et loyale, et l'on appelle les choses par leur vrai nom.

Ouvrons, du reste, une enquête médicale; citons à notre barre les praticiens les plus autorisés en enregistrant leurs dépositions.

MM. les docteurs Thouvenel et Mamelet ont rapporté dans leurs écrits des observations que je ne peux malheureusement reproduire *in extenso*, mais que je vais essayer de résumer. Il sera possible par là de se faire une idée des succès obtenus à Contrexéville, contre la goutte:

1° M. le chevalier de M... eut un premier accès en 1795. Saison d'un mois à Contrexéville en 1799, après une violente attaque qui avait duré six semaines. Nouvel accès en 1800. Retour aux eaux en 1800 à 1809. Guérison.

2° M. le baron D..., magistrat de la Cour royale de Nancy. Avant 1808, diverses attaques de goutte. Saison à Contrexéville chaque année. Guérison.

3° M. V..., conseiller à la Cour de cassation. Accès de goutte légers. Crise violente en 1817, laryngite, aphonie présumée goutteuse. Saison à Contrexéville en 1820. Disparition de l'extinction de voix et de la goutte au gros orteil. Retour aux eaux en 1821, 1822 et 1823. Guérison complète en 1826.

4° M. F..., propriétaire de forges, à Bains. En 1821, premier accès au pied droit. Saison à Contrexéville. En 1836, il n'avait pas encore eu de rechute.

5° M. de C... (de Saint-Dié). Engourdissement des pieds consécutif à un accès de goutte. Souffrances occasionnées par la marche. Saison à Contrexéville en 1833. Retour aux eaux en 1838. Très-légers ressentiments de la goutte, à cette époque, mais qui ne l'ont jamais empêché de marcher.

M. le docteur Baud a publié l'observation de M. le comte de L..., âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution sèche et nerveuse, goutteux depuis son adolescence, qui n'avait eu qu'à se louer de ses voyages à Contrexéville, mais qui, cédant aux instances de quelques amis, prit pendant trois saisons consécutives les eaux de Vichy à leurs sources, et fit usage de bicarbonate de soude dans les intervalles. Ce malade, en 1854, reprit le chemin oublié de notre modeste village, et arriva dans un état grave. « Il repartit doté du ton organique, de la régularité fonctionnelle, de l'aptitude cérébro-spinale de ses meilleurs jours. A son retour, en 1856, je le retrouvai jouissant encore des bénéfices de cette remarquable réhabilitation... Les bénéfices de la cure contrexévillaine s'étendent pour le goutteux bien au delà des résultats immédiats; l'hiver qui succède à une première saison dans les cas heureux, mais plus sûrement encore ceux qui succèderont à un deuxième et troisième retour à la source, sont de moins en moins fréquemment, et de moins en moins gravement traversés par les orages de la goutte. De nombreux malades ont récupéré d'une manière définitive la liberté de leurs mouvements et le régulier exercice de leurs fonctions. Quelques-uns même de nos anciens habitués affirment qu'après une fréquentation assidue de plusieurs années, ils n'ont plus gardé que quelques rares et insignifiantes manifestations goutteuses.

Nous avons rappelé ailleurs l'opinion qu'a émise M. le docteur Constantin James, et qui est conçue dans les termes suivants: « Les eaux de Contrexéville, administrées pour combattre l'affection goutteuse, *redonnent de la souplesse aux muscles et aux ligaments, et elles préviennent ensuite les incrustations tophacées qui amènent si souvent l'ankylose.* » Nous avons été à même d'apprécier la valeur et la justesse de cette proposition.

« Les goutteux abondent à Contrexéville, dit M. le docteur Auguste Millet (de Tours), et sont presque en aussi grand nombre que les graveleux. (J'entends ici par goutteux, des malades ayant eu un ou plusieurs accès de goutte.) La plupart de ceux que j'y ai vus étaient des malades que Vichy n'avait pas le moins du monde soulagés... Ils étaient venus, confiants dans l'antique réputation de Contrexéville, demander soulagement à ses eaux; et bon nombre d'entre eux s'applaudissaient du choix qu'ils avaient fait.

« Je pourrais citer ici un brasseur d'Alsace, jeune encore puisqu'il n'avait que trente-neuf ans, qui était réduit à marcher avec des béquilles lorsqu'il arriva aux eaux de Contrexéville. Sa physionomie respirait l'anxiété la plus grande; ses efforts pour faire quelques pas à l'aide de ses béquilles dénotaient une souffrance intolérable. Au bout de quelques jours, il y avait une métamorphose complète, une transformation que tous les buveurs ont pu constater... Quelques verres d'eau avaient suffi pour faire taire les douleurs, pour faire cesser l'embarras et la gêne que ce pauvre homme avait à se mouvoir. La gaieté et l'espérance, en rentrant dans son cœur, avaient donné à ses traits une expression de bonheur dont je garderai longtemps le souvenir.

« Je pourrais encore relater l'observation d'un juge au tribunal de la Seine, perclus de douleurs, marchant avec peine dans le parc, appuyé d'une part sur le bras de son valet de chambre et de l'autre sur sa canne. Je l'ai rencontré, quelques jours après son arrivée à Contrexéville, cheminant lestement sur les routes et faisant des promenades de plusieurs kilomètres sans peine et sans souffrance. Son domestique n'en revenait pas et croyait à un miracle. Le vieux juge lui-même, avec lequel j'ai plusieurs fois causé longuement, était émerveillé et vantait à outrance les effets admirables des eaux de Contrexéville dans la goutte.

« Devrais-je aussi parler de quelques vénérables ecclésiastiques, arrivant à cette station d'eau minérale avec des sabots, et ne pouvant mettre d'autres chaussures, tant leurs orteils étaient gonflés et douloureux? Au bout de quelques jours, ils allaient et venaient comme les plus intrépides marcheurs, et faisaient des promenades réellement fort longues, eux qui auparavant pouvaient à peine mettre un pied devant l'autre.

« Évidemment, j'ai vu et rencontré des goutteux qui n'avaient pas retiré des eaux de Contrexéville tout ce qu'ils en attendaient. Évidemment, j'ai causé avec des hommes qui étaient désillusionnés, parce qu'ils n'avaient pas éprouvé plus de soulagement, plus de bien-être, à Contrexéville qu'à Vichy!.. Mais il faut ici faire une confession entière et sans restriction; j'ai demandé à ces hommes, jeunes pour la plupart, quel était leur régime ordinaire, quelles étaient leurs habitudes, quel était leur genre de vie, et, à l'exception d'un seul, j'ai trouvé des malades qui étaient gros mangeurs, amis de la bonne chère, sablant avec bonheur le xérès, les meilleurs crus de Bourgogne et de Bordeaux, le champagne, etc., etc.; se nourrissant de gibier, de truffes; se levant et se couchant tard, fréquentant le monde, courant les bals, les soirées, les concerts, les spectacles; s'exposant au froid, à l'humidité, etc., etc.; en un mot, ne voulant rien sacrifier pour se mettre à l'abri des accidents et des souffrances auxquels ils sont en proie de temps en temps depuis de longues années. Ils se figuraient qu'il suffisait de venir à Contrexéville s'imposer, pour ainsi dire, un jeûne de vingt et un jours, pour être à jamais guéris.... et qu'ils pourraient ensuite reprendre impunément leurs fâcheuses et déplorables habitudes. Quelles amères déceptions ils récoltaient!...

« J'ai vu à Tours un assez grand nombre de goutteux qui avaient fréquenté assidûment Vichy depuis plusieurs années, et qui se plaignaient de n'avoir pas éprouvé le moindre soulagement de l'usage de ces eaux, quoiqu'ils fissent la plus grande attention à leur régime et qu'ils se montrassent excessivement sévères sur la prophylaxie.

« J'ai rencontré d'autres goutteux qui avaient été pendant trois ou quatre ans les hôtes assidus de Contrexéville, et qui n'avaient qu'à s'en louer; ils avaient évité tout excès, tout écart de régime... Ils se montraient satisfaits... N'y a-t-il pas là un certain enseignement, et, sans vouloir généraliser, ne peut-on pas entrevoir que, toutes choses égales d'ailleurs, Contrexéville pourrait bien l'emporter sur Vichy dans la prophylaxie de la goutte? Je ne résous pas la question, je raconte seulement ce que j'ai vu (1). »

Ce qu'il y a de certain, c'est que, d'après mes chiffres statistiques, j'ai obtenu une quantité imposante de *soulagements très-marqués* ou de *rémissions*. Au point de vue thérapeutique, acceptons le résultat tel quel, et ne demandons pas l'impossible. Le mieux est l'ennemi du bien.

(1) *Une saison à Contrexéville*, 2e édition, p. 55-58.

APPAREIL A VACCINATION,

Par le Dr Danet.

Voici l'appareil qu'a présenté mardi dernier à l'Académie M. Bouillaud : ce sont deux aiguilles à injection sous-cutanée, construites, sur les indications de M. Danet, par MM. Robert et Collin, successeurs de M. Charrière. Une de ces aiguilles, spécialement destinée à pratiquer la vaccine, consiste tout simplement en une aiguille creuse très-fine et terminée à une de ses extrémités par une coupule fermée par une membrane en caoutchouc. La seconde aiguille, destinée aux injections médicamenteuses sous-cutanées, a sa coupule munie d'un petit mécanisme fort simple, qui permet de compter le nombre de gouttes de liquide que l'on veut introduire. Avec ces instruments l'on opère d'une seule main, le doigt indicateur faisant le vide dans l'aiguille et en chassant les liquides qui s'y trouvent enfermés par la moindre pression qu'il exerce sur la membrane en caoutchouc.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des hémorrhoïdes internes.

Dans d'intéressantes leçons (1) qu'il vient de publier sur les hémorrhoïdes, M. le professeur Gosselin résume de la manière suivante le traitement des hémorrhoïdes internes qui tourmentent les malades par les pertes de sang et les douleurs au moment de la défécation.

S'il n'y a qu'une seule hémorrhoïde interne excoriée, elle guérira facilement par un seul attouchement avec un pinceau trempé dans l'acide nitrique.

S'il y a deux ou trois hémorrhoïdes excoriées, mais petites, elles seront encore guéries très-facilement en une seule séance de cautérisation.

S'il y a des hémorrhoïdes multiples formant un bourrelet modérément gros après la défécation, quatre à six séances dans l'intervalle desquelles le malade reprendra ses occupations, s'il n'est pas trop animé ou épuisé, seront nécessaires et amèneront, selon toute probabilité, une guérison solide, en laissant peut-être un prolapsus indolent et de courte durée, ou, si l'on veut, des hémorrhoïdes indifférentes.

Quant aux bourrelets extrêmement volumineux, formés par cinq ou six bosselures plus grosses que des noisettes ordinaires, on ne saurait affirmer qu'on réussira toujours avec l'acide nitrique. Peut-être chez certains sujets sera-t-on obligé de renoncer à cet agent après une dizaine de cautérisations, et alors je donnerais la préférence au fer rouge sur l'écrasement linéaire.

Que doit-on faire en présence d'un étranglement douloureux d'hémorrhoïdes internes? On a à choisir entre un traitement médical ou expectant et un traitement chirurgical.

Sous le nom de *traitement médical*, M. Gosselin entend l'emploi de tous les calmants ou palliatifs capables d'amoindrir les souffrances et de faire supporter plus aisément au patient la phase pénible par laquelle il doit passer pour arriver à une guérison, ou du moins à une diminution notable des accidents qu'il avait éprouvés jusqu'alors. Cette conduite est incontestablement la plus sage dans les cas où toutes ou presque toutes les bosselures hémorrhoïdales prennent part à la gangrène plus ou moins profonde amenée par l'étranglement. M. Gosselin n'admet une intervention que dans les cas où un certain nombre d'hémorrhoïdes ont échappé au sphacèle et pourraient continuer les accidents.

Quel doit être alors le *traitement chirurgical?* Il doit consister dans la cautérisation avec l'acide azotique, pendant la crise même, de celles des hémorrhoïdes qui ne sont pas gangrenées. On n'augmente que passagèrement les douleurs par cette cautérisation qu'il n'est pas nécessaire de faire plus d'une fois, et, complétant ainsi le mécanisme par lequel la nature opère quelquefois la guérison, le chirurgien met plus sûrement son malade dans le cas d'être débarrassé à tout jamais de son infirmité hémorrhoïdaire.

Pour les faits de ce genre, Blandin avait proposé, et M. Demarquay a conseillé après lui la section sous-cutanée du sphincter anal. M. Gosselin n'a jamais pratiqué cette opération, mais il croit, avec les deux auteurs qui viennent d'être cités, qu'elle peut bien avoir pour effet de diminuer les souffrances, mais elle ne saurait les faire entièrement disparaître, et elle aurait peut-être l'inconvénient de s'opposer à ce résultat si important pour l'avenir, la formation d'eschares dont la chute doit amener la guérison des accidents.

Mieux vaut en pareil cas, le mal une fois produit, en laisser au malade le bénéfice, et aider même à l'accomplissement de ce bénéfice en ajoutant les effets de la cautérisation à ceux de l'étranglement, lorsque ces derniers ne paraissent pas assez considérables pour amener la guérison définitive.

Quant à l'écrasement et à l'excision, M. Gosselin les rejette plus que jamais dans ces conditions, parce qu'ils feraient naître, sans aucun profit, le danger de l'infection purulente, danger que la gangrène spontanée de la tumeur n'amène pas.

(1) *Leçons sur les hémorrhoïdes*. Paris. A. Delahaye. 1866.

La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance vendredi prochain, 13 juillet.

Ordre du jour :

1° Nomination d'un nouveau président, en remplacement de M. le professeur Béhier, démissionnaire.

2° Lecture d'une observation de maladie de Bright, guérie par les bains sulfureux, par M. Paul Topinard.

— Dans notre dernière revue clinique sur le choléra, il a été imprimé, par erreur, M. le docteur *Seur*, au lieu de M. le docteur *Seux*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude médico-légale sur les assurances sur la vie, par Taylor, professeur de médecine légale à Guy's hospital de Londres, et Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 124 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Notice sur l'épidémie de 1865, contenant : 1° la pathogénie du chloléra ; 2° le tableau météorologique du déclin de l'épidémie à Marseille, par le docteur Armand Jobert, médecin sanitaire. Grand in-8°, avec une carte et un tableau. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Clinique ophthalmologique, par A. de Græfe, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Berlin, membre honoraire des Facultés de médecine de Vienne et de Saint-Pétersbourg ; édition française publiée avec le concours de l'auteur par Édouard Meyer, docteur en médecine des Facultés de Berlin et de Paris. Avec figures. Du traitement de la cataracte par l'extraction linéaire modifiée, avec introduction et un appendice de l'auteur pour l'édition française. In-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Fano, professeur agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris. Deux vol. in-8° de 1319 pages, avec 12 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, A. Delahaye, libraire-éditeur.

Essai sur les caractères physiques, organoleptiques et chimiques que doivent présenter les principales préparations pharmaceutiques officinales, ainsi que les médicaments le plus fréquemment employés, par P.-H. Lepage. In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, L. Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Médecine.

De la coqueluche, essai de traitement par les émanations des usines à gaz, par le docteur Édouard Roques, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 56 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Doctrine médicale matérialiste, par Charles et Hector Jantet. Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. — Paris, 1866, F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JUILLET 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin a presque fait le bilan de sa richesse scientifique. En effet, en ajoutant les maladies infectieuses ébauchées, la diarrhée prémonitoire du choléra, aux mémoires sur la rétraction musculaire, sur la ténotomie et la méthode sous-cutanée, et leurs applications, nous avons l'œuvre de M. J. Guérin.

L'honorable académicien aime décidément à être en cause, et il semble vouloir que l'on le discute ; soit.

Tout en rendant justice au mérite d'un des esprits philosophiques les plus généralisateurs de notre temps, tout en enregistrant les services qu'une personnalité telle que M. Guérin a rendus à la science de la vulgarisation, nous ne pouvons oublier, par exemple, que Chaussier a attribué bien des lésions congénitales à une malformation du système nerveux, que les théories de M. Guérin, ébranlées par Malgaigne à propos du pied-bot et des luxations congénitales, ont dû un soutien à Bonnet, qui a établi les pieds-bots poplités interne et externe. Nous ne devons pas oublier que M. Duchesne (de Boulogne) a renversé la théorie de M. J. Guérin, et a montré que la majeure partie des déformations dues au système musculaire était liée à un défaut d'antagonisme des muscles symétriques ou opposés dans leur action, et qu'une paralysie était presque toujours l'origine du défaut de synergie entre les deux puissances musculaires.

N'est-il pas reconnu aussi que Bell et Boyer déplaçaient la peau pour faire des ouvertures profondes aux articulations ou dans les cavités séreuses? Goyrand (d'Aix) n'a-t-il pas créé le procédé d'extraction des corps étrangers articulaires?

Que M. Guérin ait modifié philosophiquement sa théorie à mesure qu'on lui opposait des contradictions, cela n'est pas douteux. Mais s'il en est ainsi, la théorie n'est point l'œuvre exclusive de l'honorable académicien ; et M. Guérin est, comme nous, d'avis qu'on ne peut être l'inventeur unique de théories générales quand on généralise avec les études et les découvertes d'autrui ; et nous ne voyons guère que les médecins de l'école vitaliste qui puissent soutenir la proposition.

Nous n'avons certes pas à discuter ici une à une toutes les propositions de M. J. Guérin, quoiqu'il y en ait beaucoup de paradoxales ; nous ne devons pas nous placer vis-à-vis de l'Académie comme des argumentateurs, et renverser par anticipation des assertions qu'attaqueront les collègues de M. J. Guérin. Mais si nous avions la parole, nous demanderions à l'Académie de laisser passer désormais sans critiques les lectures de M. J. Guérin. Personne ne le convaincra, sa philosophie est à l'abri d'une défaite, puisqu'il récuse le microscope. M. J. Guérin pourra toujours trouver un côté faible à Hunter pour l'opposer, comme il l'a fait, à d'autres passages du même auteur. La logique classique procède par de telles surprises. Le vitalisme nous a habitués à une guerre de ce genre, où l'on riposte aux faits par des arguments, et la vérité n'a pu en triompher que par les expériences et les examens anatomiques complets.

Mais qui sait l'avenir réservé à la méthode sous-cutanée? ne peut-il pas se produire des expérimentateurs qui montreront que l'air n'est pas la condition favorable exclusive qui permet la cicatrisation des plaies sous-cutanées? et alors n'y aura-t-il pas encore des esprits généralisateurs qui changeront les mots et accuseront M. J. Guérin de n'avoir pas visé des faits qui auront été observés après lui?

Le lecteur trouvera plus loin un résumé du travail de M. Raciborsky. Ce médecin a vu ce que nous avons tous vu, des polypes de l'urèthre au début et des uréthrites chroniques avec état fongueux du méat urinaire. Le présentateur a fait de cette lésion une maladie à part, et nous voulons prémunir nos lecteurs contre une nouveauté apocryphe, dont toute l'histoire est dans les livres modernes de MM. A. Guérin et Churchill.

Dr Armand Desprès.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de pathologie expérimentale (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

CAUSES DES ANÉMIES.

§ 1er. — Des anémies par alimentation insuffisante. Inanitions.

Les alimentations insuffisantes déterminent à la longue les mêmes phénomènes que l'abstinence. Il résulte des travaux de Chossat, Boussingault, Bidder et Schmidt, et des recherches plus récentes de Bischoff et Voït, Panum, Ranke, que si l'organisme, ne recevant du dehors que l'oxygène atmosphérique, reste privé de toute nourriture, il peut, pendant plusieurs jours, vivre de sa substance constitutive ; c'est là l'inanition.

Déperdition des éléments histologiques. — Pendant tout le temps que dure l'inanition, les fonctions du cœur et de la respiration continuant à s'exercer nécessitent une dépense de forces constante, quoique réduite au minimum. A cette dépense correspondent des oxydations qui sont toujours, du moins au point de vue de leur composition, les mêmes que dans l'état physiologique ; l'urée et l'acide carbonique continuent à se produire et à s'éliminer. Or, comme l'aliment fait défaut, leur origine ne peut être que dans les tissus et humeurs de l'économie, c'est-à-dire dans la graisse de réserve, la trame des muscles et parenchymes, et finalement dans les principes albuminoïdes du sang.

(1) Voir les numéros des 14, 19 et 21 septembre.

De là, comme phénomène initial, une perte de poids corporel qui, très-marquée le premier jour, à cause de l'élimination des dernières masses alimentaires, continue ensuite uniformément pendant toute la durée de l'inanition ; dès que cette déperdition atteint 40 centièmes du poids primitif, elle est incompatible avec la vie ; la limite est reculée à 51 centièmes lorsqu'il existait un engraissement préalable. « En nourrissant un animal d'une manière insuffisante, au lieu de le « priver totalement d'aliments, on retarde, il est vrai, plus ou « moins l'époque de la mort ; mais on n'altère en rien la loi « d'après laquelle la mort arrive ; dans l'un et l'autre cas, « l'animal meurt dès que le poids initial a diminué des 40 « centièmes. » (Bouchardat.)

Ce n'est pas tout que d'avoir fixé la loi de la perte intégrale du corps, il importe de connaître le déchet proportionnel que subissent les divers organes, systèmes et liquides de l'économie. C'est la graisse qui se perd d'abord, et cette dépréciation frappe uniformément la graisse préexistant dans l'organisme, c'est-à-dire les matériaux constituant la réserve nutritive ; à la fin de l'inanition, elle a disparu dans la proportion d'au moins 80 centièmes (Bidder et Schmidt), et de 93 centièmes, d'après Chossat.

Le système musculaire est atteint gravement comme le tissu graisseux ; les 66 centièmes de la substance charnue disparaissent pendant l'expérience ; les calculs de Chossat, qui avait surestimé la perte de la graisse, ont par cela même amoindri le degré de la fonte musculaire. Aussi les animaux consument successivement leur graisse, leur chair ; ils deviennent pour ainsi dire autophages.

Du sang dans l'inanition. — Pendant que la graisse et les muscles subissent une si grave dépréciation, que devient le sang? Chossat avait manifestement surfait les déperditions du liquide nourricier, en les fixant arbitrairement à 60 centièmes de la quantité normale ; les expériences de Valentin et de Heidenhain, et les recherches récentes de Panum, sont d'accord pour infirmer ce résultat ; afin d'apprécier la proportion totale du sang, ces expérimentateurs se sont servis de la méthode de Welker, qui consiste à délayer le sang et à le comparer ensuite avec une plaque colorée par l'hématine. Un auteur, Panum, pour éviter toute erreur, chercha à établir d'abord la quantité normale de sang chez le chien, et la quotité relative au poids de l'animal ; en faisant les mêmes recherches sur un chien mis à l'abstinence des aliments solides, il constata d'abord que la contenance des globules en hématine ne se modifie pas sensiblement pendant l'expérience ; d'une autre part, la masse du sang elle-même, dans ses rapports avec le poids du corps, reste à peu près la même ; enfin, la quantité de sang peut bien diminuer d'une manière absolue, mais cette diminution n'est pas plus marquée que celle du poids de l'individu.

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN (1).

I. — CONDITIONS SOCIALES DES MÉDECINS. (*Suite.*)

Si l'esclave d'un particulier, n'ayant pas de volonté propre, pouvait devenir médecin malgré soi, tel n'était pas le cas des esclaves publics. Ceux-ci occupaient une place à part, tellement proche de la liberté qu'on put quelquefois s'y méprendre, et que nous voyons, dans Cicéron, une ville réclamer comme lui appartenant les prêtres de tout un collége qui se prétendaient citoyens Romains et se comportaient comme tels (2). En effet, soit qu'on les eût chargés de garder ou de desservir un temple, ou de dresser comme tabellions les actes et d'en conserver le dépôt, quel que fût en un mot l'office qui leur eût été confié (3), s'ils le remplissaient exactement, les esclaves publics n'avaient pas de compte à rendre du temps qui pouvait leur rester. S'ils en faisaient un emploi lucratif, on ne les dépouillait pas de l'argent qu'ils gagnaient (4), et même, à leur mort, on leur permettait de transmettre par testament moitié de ce quasi-patrimoine (1).

Beaucoup mirent à profit leurs heures de loisir pour pratiquer la médecine et surtout les parties spéciales qu'ils pouvaient aborder plus vite ; car pour inspirer la confiance, n'ayant pas le droit d'abandonner leur ville, il leur fallait au moins se donner l'apparence d'avoir étudié ce qu'ils allaient entreprendre.

S'ils réussissaient, ils sortaient d'esclavage en payant le prix auquel ils étaient estimés et se trouvaient pleinement libres, n'ayant pas de services à promettre avec un peuple pour patron.

Toutefois ils gardaient toujours, comme empreinte de la servitude, la vanité des affranchis. On leur doit plusieurs inscriptions dont une est particulièrement curieuse à ce point de vue (2). Celui qu'elle concerne prenait quatre noms, comme les plus nobles Romains : « *P. Decimius, Eros, Merula ;* » ces derniers malheureusement sentant un peu trop l'esclavage ; il multipliait aussi ses titres « *médecin, clinicien, chirurgien, oculiste,* » et il a craint qu'on ignorât qu'il avait dépensé tant pour sa liberté, tant pour être nommé sévir Augustalis (1) ; tant pour orner de statues le temple d'Hercule ; tant pour l'entretien et la réparation des routes ; et qu'il laissait encore tant à ses héritiers. Ne croit-on pas voir un de ces types si bien mis en jeu par Pétrone dans le festin de Trimalcion (2)?

Les esclaves publics ne comprenaient pas les esclaves des Césars, quoique le trésor public et le trésor des Césars eussent fini par se confondre.

Mais la haute fortune du maître relevait ceux qui tenaient à lui, fût-ce par un lien de servitude ; et les distances s'effaçaient, lorsque autour d'eux les hommes libres se courbaient tremblants sous le poids de la grandeur impériale. Quelle que pût être sa condition, un médecin de l'Empereur, ou d'un membre de sa famille, était toujours un personnage. Aussi n'est-on pas étonné de voir Celadus, médecin chirurgien d'Antonia, femme de Drusus, donner dans une inscription le nom d'épouse à la compagne d'esclavage avec laquelle il avait

(1) Voir nos numéros des 21, 26 et 28 juin 1866.

(2) Cicer. *Pro Cluentio*, cap. XV.

(3) Plin. *Epist.* lib. X, ep. 30, 31, 40, 41. — Tit.-Liv., lib. IX, cap. XXIX. — *Sen.-cons. ap.* Frontin, *de aquad.*, 100. — Cic., *Fam.*, lib. V, ep. 20. — Capitol. *in gord.* — Cod. Theod., lib. VIII, tit. II, 1, 5. — Cod. Just., lib. VII, tit. IX, 3. — *Inscript. ap.* Gruter, p. 1116, 4 — p. 19, 6 — p. 936, 2. — *Ap.* Orelli, 6266, 6267, etc.

(4) D'assez nombreuses inscriptions montrent les esclaves publics de municipes disposant de leur argent, avec l'autorisation de la curie, pour faire édifier des autels, des chapelles, des portiques, des temples, etc. — *Inscript. ap.* Gruter, p. 19, 7 — 21, 2. — *Ap.* Orelli 1250 — 5138 — 5139. — Lorsqu'un esclave de cette catégorie était affranchi, il restait maître de son pécule, s'il ne lui était enlevé expressément. — Fragm. Papin. *in* Dig. *De manum quæ serv. ad univ.* l. 3.

(1) Gaius *comm.* — Certains maîtres permettaient bien aussi, par philanthropie, à leurs esclaves, de faire des *quasi-testaments*, mais seulement, bien entendu, en faveur de leurs compagnons d'esclavage, faisant partie d'une même maison. D'ailleurs, ce n'était là qu'une simple tolérance basée sur le caprice et cessant avec lui. Plin. *epist.*, lib. VIII, ep. 16.

(2) Inscript. ap, Gruter, p. CCCC, 7. *P. Decimius. P. L.* (*publicus libertus*) *Eros, Merula. medicus, clinicus, chirurgicus,* ocularius, *VI vir, hic. pro. libertate. dedit... hic. pro. seviratu. in remp. dedit... (10,000 sext.). Hic. in. statuas. ponendas. in. œdem. Herculis dedit... (30,000 sext.?), Hic. in. vias. sternendas. in publicum. dedit... (37,000 sext.?). Hic pridiè. quam. mortuus. est. reliquit. patrimonii...* (Les sommes sont marquées en signes, pour une partie desquels Orelli propose l'évaluation que j'ai mise entre parenthèses.) — Adde *Inscript. ap.* Orelli, 3334, etc.

(1) Le *sévirat Augustal* était un sacerdoce municipal fondé par Auguste pour le culte des dieux Lares, et réservé par lui aux affranchis seuls. (*Scoliast.* Horatii *ad satyr.* 2, 3, 281. — Porphir.-Acro). — Les inscriptions qui attribuent ce titre à des médecins sont en très-grand nombre dans les divers recueils, sans compter celles qui n'y ont pas été comprises, et dont j'ai relevé une dans les galeries du musée de Lyon. Les médecins affranchis étaient donc loin d'être rares dans l'empire romain, et plusieurs d'entre eux se trouvent complétement caractérisés par ces lettres P. L. (*publicus libertus*) ou M. L. (*municipalis libertus*). V. Gruter, p. 443 — 470 — 474 — 633 — 416 — 488, etc.

(2) Petron., *Satyricon*, cap. XXVIII *et seq.*

Si le sang ne se déprécie pas en totalité, cependant il subit des modifications dans sa composition intime : sur une jeune fille tenue pendant quinze jours à une diète rigoureuse, Denis a vu l'eau du sérum s'élever de 787 (chiffre moyen) à 829 ; cette dilution du sang, cette tendance à l'hydrémie, a été vérifiée par tous les observateurs.

Une autre altération généralement admise depuis les recherches de Lecanu, de Gavarret, de Poggiale, c'est l'abaissement du chiffre des globules ; cependant Panum, en pratiquant les analyses d'après la méthode de Scherer, est arrivé à des résultats différents ; or, s'il y a une diminution absolue de la masse sanguine, il doit y avoir nécessairement une diminution absolue du nombre des globules, ce qui s'accorde parfaitement avec les conclusions de Gavarret et les analyses de Lecanu, qui a vu les globules s'abaisser de 127 à 82 ; mais au moment où cet examen a été pratiqué, le corps n'avait-il pas perdu déjà un tiers de son poids? S'il en est ainsi, on peut dire des globules ce que nous avons dit du sang total, c'est que leur diminution est proportionnée aux déperditions en général, mais ne saurait être ni la cause, ni le point de départ des autres phénomènes de l'inanition. Il en est tout autrement dans l'aglobulie d'origine hémorrhagique ; entre celle-ci et l'aglobulie qui succède à l'inanition, il y a donc à établir une distinction radicale qui domine toute la thérapeutique de ces deux classes d'anémies.

La fibrine ne se modifie pas plus que l'élément globulaire ; elle n'est donc pas, comme on le croit généralement, la matière nutritive des organes ; car, s'il en était ainsi, elle devrait diminuer plus rapidement que les parenchymes, et c'est le contraire qui a lieu. C'est l'albumine qui diminue de la manière la plus manifeste, et cela dès les premiers jours ; la dépréciation est de près de 50 pour 100 ; on peut donc lui attribuer quelques propriétés nutritives.

Au résumé, l'inanition ne déprécie le sang et ses globules que proportionnellement aux déperditions corporelles ; l'aglobulie n'est donc pas primitive, il se développe au contraire une tendance manifeste à l'hydrémie vraie, c'est-à-dire avec perte d'albumine ; or, nous savons que l'analbuminémie présente des conséquences bien autrement graves que l'anémie globulaire.

Urines de l'inanition. — L'urine, pendant les trois premiers jours de l'inanition, diminue plus vite que le poids du corps ; pendant les jours suivants, la diminution est proportionnelle à celle du corps. En même temps, la sécrétion éprouve des changements considérables : l'acidité normale de l'urine persiste ; les acides phosphorique et sulfurique tendent même à augmenter, le chlorure de sodium disparaît au contraire rapidement, et, dès le cinquième jour de l'expérience, il n'y en a plus de traces ; mais le phénomène le plus remarquable est la diminution de l'urée ; l'autophagie, très-manifeste le premier jour, donne encore lieu à une quantité d'urée assez marquée ; l'usure des tissus semble devoir donner les mêmes résultats, c'est-à-dire les mêmes produits éliminatoires azotés qu'une nourriture azotée ; on en avait conclu *a priori* que l'urée qui représente la dénutrition des organes devait se maintenir au chiffre normal ; or, il n'en est rien. Dès le surlendemain, chez le chien, il ne s'élimine plus que 8 grammes d'urée, le sixième jour 4 grammes, et moins de 1 gramme le dix-huitième jour.

La production de l'urée s'amoindrit avec les progrès de l'inanition, ce qui prouve que les oxydations s'affaiblissent partout, surtout dans les tissus organisés. Les mêmes phénomènes s'observent chez l'homme. Après une abstinence de vingt-quatre heures, il ne rend plus que 17 grammes d'urée (ou 9 grammes d'azote). Qu'on ne croie pas d'ailleurs que l'azote qui manque, en pareil cas, se retrouve dans aucun autre principe de l'urine ; l'acide urique qui, dans l'état normal, est représenté par une moyenne de 0,50 par jour, tombe à 0,33 par le fait de la diète. Par rapport à l'urée, l'acide urique diminue également ; ce rapport n'est plus que 1:71 au lieu d'être de 1: 45, chiffre normal.

Pendant que l'urée et l'acide urique diminuent et que les chlorures disparaissent, il se manifeste une autre altération grave, c'est l'albuminurie, qui n'a cependant pas de connexité positive avec aucun des phénomènes indiqués, pas même avec la disparition des sels. E. Rosenthal a constaté en effet, que si on ajoute 2 à 3 grammes de sel marin à une alimentation insuffisante, il reparaît dans les urines, mais l'albumine ne disparaît pas immédiatement. Cette albuminurie ne peut être attribuée qu'à deux causes, ou une lésion des reins ou la dilution du sang ; or, les urines ne contiennent dans ce cas ni globules sanguins, ni corpuscules de pus, ni épithéliums, ni cylindres fibrineux ; tout ce qui, dans les urines, indique une dégénérescence ou une irritation des reins, semble donc manquer d'une manière absolue ; les reins n'éprouvent d'ailleurs pas de modification appréciable de poids par le fait de l'inanition (Chossat). Cependant, il est douteux que l'hydrémie suffise pour provoquer le passage du sérum à travers les tubes urinifères ; l'examen histologique des reins n'a jamais été pratiqué, pas même par Rosenthal ; les urines n'ont pas été examinées au point de vue des épithéliums ; on est donc en droit de supposer qu'une modification intime s'établit dans la texture rénale, soit primitivement, soit sous l'influence de l'altération du sang, qui ne serait par conséquent qu'une circonstance adjuvante, une cause prédisposante de dénutrition du rein.

Combustions respiratoires. — *Température.* — Les phénomènes respiratoires se modifient comme les oxydations des tissus organiques ; pendant les premiers jours, la quantité d'acide carbonique exhalée correspond exactement à la perte totale du poids, de sorte que chaque kilogramme du poids corporel fournit chaque jour la même quantité d'acide carbonique que dans l'état de santé ; plus tard, les rapports changent ; chaque portion de la trame organique semble former et éliminer une plus grande quantité d'acide carbonique ; mais, considéré dans son ensemble et pendant *toute* l'inanition, l'organisme rend moins d'acide carbonique. Ainsi, chez l'homme, au lieu de 216 grammes, le poumon n'expire plus que 185 grammes de carbone ; cette fonction est donc moins atteinte que la formation de l'urée ; mais chez les animaux arrivés à la limite extrême de la vie, l'émission de carbone s'affaiblit rapidement.

En somme, l'absorption d'oxygène s'amoindrit régulièrement du début jusqu'à la fin de l'expérience ; l'animal brûle les matériaux graisseux, puis les chairs, de sorte que le rapport de l'oxygène à l'acide carbonique s'établit alors à peu près comme s'il s'agissait d'une alimentation graisseuse, puis d'un régime protéique insuffisant.

La faiblesse des oxydations détermine une débilitation considérable, une circulation plus faible, une respiration plus lente, mais surtout un abaissement de la température ; le premier jour, il y a un refroidissement marqué, puis il n'est plus que de 3 degrés par jour ; les variations diurnes continuent ; pendant le sommeil, la chaleur se perd ; enfin, quand elle est descendue à 25 degrés, l'animal meurt.

Digestion et absorption. — L'abstinence prolongée détermine dans le tube digestif des modifications telles, que la sécrétion du suc gastrique est enrayée, que la digestion devient difficile ou impossible ; aussi, après la diète, on ne doit revenir que graduellement à l'alimentation normale.

Une diète rigoureuse présente donc ce premier danger ; elle en entraîne un autre, c'est la difficulté de l'absorption à une certaine période de l'inanition ; en effet, chez les malades soumis à l'abstinence, les matériaux de résorption sont puisés pour ainsi dire exclusivement dans les tissus adipeux et musculaires ; si les suppurations diminuent, si les ulcères se tarissent, si les éruptions pâlissent, c'est que les sécrétions s'arrêtent, mais d'une manière temporaire ; en tous les cas, l'absorption est loin de s'exercer sur les produits morbides ; il suffit de citer les épanchements séreux ou fibrineux, les inflammations parenchymateuses, que l'on voit résister aux diètes les plus absolues.

§ 2. — Des anémies par alimentations défectueuses.

Nourriture exclusivement hydrocarbonée. — Le régime non azoté produit rapidement les mêmes désordres que l'abstinence ; l'amaigrissement porte principalement sur les tissus organisés ; il en résulte que l'urée, qui se maintient d'abord à son chiffre normal, finit par diminuer et tomber au minimum, exactement comme dans la diète absolue. L'acide urique diminue aussi, mais dans des proportions moindres ; par un régime mixte, son rapport avec l'urée s'exprime par 1:45 ; sous l'influence du régime hydro-carboné, il n'est plus représenté que par 1:61. L'élimination du carbone, au contraire, se maintient dans la moyenne physiologique pendant un assez long temps ; l'acide carbonique continue à se former aux dépens des aliments féculents et, d'une autre part, aux dépens de la graisse de réserve ; mais comme l'azote absorbé ne suffit pas pour couvrir les pertes de même nature, l'activité nervo-musculaire s'amoindrit et les oxydations des matières hydrocarbonées, d'origine externe ou interne, finissent par s'enrayer à leur tour. On a donc tous les effets de l'inanition.

Nourriture exclusivement animale. — Il paraît étrange qu'une nourriture exclusivement animale puisse produire l'inanition ; cependant rien n'est plus exact. Magendie, en nourrissant un chien avec la fibrine, le vit bientôt dépérir ; cette expérience, qui a été confirmée par tous les physiologistes, ne saurait s'expliquer par l'ancienne doctrine, qui attribue aux aliments albuminoïdes un pouvoir plastique et une propriété nutritive irréprochable ; aussi, a-t-on pensé que le dépérissement était dû en ce cas au dégoût, à la difficulté de digérer ; mais la vérité est celle-ci : pour que l'azote absorbé puisse couvrir la dépense d'azote, il faut qu'il y ait en même temps équation entre la recette et la perte de carbone ; c'est une confirmation irréfutable de la loi posée par Voït. — La nourriture de l'homme ne peut être exclusivement animale ; bien que dans ces dernières années on ait singulièrement préconisé et exagéré ce genre de régime, il produit des inconvénients graves, quoique différents de ceux de l'alimentation défectueuse. La digestion et l'absorption ne s'accomplissent plus d'une manière complète ; chez un homme qui prendrait 1500 à 2000 grammes de viande par jour, le pouvoir digestif ne s'exerce plus que sur les 8 à 9/10 de l'aliment. Un autre fait bien plus étrange s'observe en pareil cas : le poids corporel éprouve une sensible diminution, les quantités les plus considérables d'albuminates ou de syntonine musculaire qu'un homme puisse ingérer et surtout digérer ne suffisent pas pour couvrir les pertes ; qu'arrive-t-il en effet en pareil cas? Les chairs et le sang ne s'usent plus que modérément, et cette transformation ne suffit pas pour fournir le carbone qui doit s'exhaler naturellement ; la proportion de charbon contenue dans la chair dépasse à peine celle qui est expirée pendant l'inanition ; donc la dénutrition doit porter sur les tissus de l'organisme, ils s'épuisent en carbone, sans pouvoir s'annexer l'azote.

Les composés azotifères s'éliminent, en effet, d'une manière excessive ; l'ingestion de 1800 grammes de viande donne à Ranke 86 grammes d'urée, au lieu de 28, chiffre normal ; l'acide urique, d'une autre part, s'élève proportionnellement, et contracte relativement à l'urée le rapport de 1:86 et même 1:23 (le rapport normal est de 1:45) ; ainsi le régime exclusivement azoté augmente à la fois l'urée et l'acide urique ; mais cette augmentation ne se fait pas immédiatement en proportion directe de l'apport ; elle n'est sensible qu'après vingt-quatre heures révolues, puis elle continue le jour suivant.

A un moment donné, si on pouvait obtenir l'équilibre nutritif par l'usage exclusif de la viande, il faudrait toujours tenir compte du régime antérieur. Un chien habituellement nourri de viande consomme pour sa ration journalière d'entretien environ 40 grammes de viande pour chaque kilogramme du poids de l'animal ; si la ration n'est plus que de trente-quatre grammes, l'amaigrissement commence.

---

vécu. « *Christæ conservæ et conjugi Celadus Anton. Drusi medicus chirurg.* (1). »

Dans le Colombarium, où reposent à la fois les affranchis et les esclaves composant la maison de Livia Augusta, figurent un chirurgien, une *medica*, un médecin, un médecin décurion et même un préposé aux médecins, *supra medicos* (2) ; premiers germes d'une organisation palatine que nous verrons se développer plus tard et dont les offices recherchés devinrent les plus éclatants que pussent atteindre les médecins libres.

Les classes étaient confondues dans l'entourage des empereurs, ou pour mieux dire les affranchis y tenaient souvent les premières places. Nous n'avons pas à rappeler combien de fois ce furent les vrais maîtres du monde (3), et que, même sous leurs meilleurs princes, ils jouissaient encore d'une telle influence qu'on n'osait pas plaider contre eux, car on eût trouvé peu de juges assez hardis pour leur donner tort.

Au dire de Dion Cassius, Musa, le médecin d'Auguste, était un affranchi ; ce qui ne l'empêcha pas d'être comblé de distinctions et de richesses par ce prince et par le sénat (4), de voir sa statue être placée, par suite d'un décret public, non loin de celle d'Esculape dans le

(1) Inscript. ap. Gruter, 571, 1.
(2) Inscript. ap. Orelli, 2374.
(3) *Præterea tu semper in libertos Cæsaris dicis?* » « *Nec me, Hercule, inquit, quidquam proficio.* Quintil., *instit. orator*, lib. VI. — « *Quæ hæc summa eorum potentia est? Tantum posse liberti solent.* » Tacit. *Dialog. de Orator*, 13. — Voir dans Pline le Jeune (*Epist.*, lib. VII, 23, et lib. VIII, ep. 6) et dans Tacite (*Annal.*, lib. XII, 53) le sénat. cons. rendu en l'honneur de Pallas, affranchi de Claude. — Adde Plin. *Epist.*, l. X, 13, 15, 17, 23, 36, 37, etc. — Tacit. *Annal.*, lib. XII, 60 ; XIV, 39. *Hist.* lib. I, 87 ; II, 95, etc.
(4) Dio Cassius, 52. *Cesar Aug.*, § 30. — Sueton, *Aug.*, 59, § 1.

temple même de ce dieu, et les villes graver à sa louange des inscriptions tellement flatteuses qu'elles n'eussent pu l'être davantage pour un Fabius ou pour un Scipion. Un autre médecin d'Auguste avait bien reçu l'apothéose. « *Au grand Artérius Asclépiade, médecin de César Auguste, le sénat et le peuple de Smyrne ont décerné les honneurs divins à cause de son savoir immense.* »

Il est vrai que cet Artérius, le jour de la bataille de Philippes, avait sauvé la vie d'Octave, en se disant inspiré par Minerve. Par le récit d'une vision il détermina le triumvir, alors souffrant, à sortir du camp avec les troupes qui se disposaient à combattre (1). Peu de temps après, le camp tombait au pouvoir des soldats de Brutus, qui cherchèrent en vain le neveu de César. Mais on ne raconte rien de semblable sur Ménécrate, médecin affranchi de Tibère, qui reçut les mêmes honneurs (2).

A propos de Musa, je n'ai point parlé du droit de porter l'anneau d'or, car d'après Pline (3), avant Tibère ce droit n'avait pas l'importance qu'il eut depuis.

Ce fut probablement à Musa, comme le prétend Dion Cassius (4), au crédit de cet ancien esclave auprès d'Auguste guéri par lui, que les médecins durent les privilèges que ce prince leur concéda.

Du reste les médecins avaient trop de protecteurs, ils approchaient de trop près les grands, ils leur paraissaient trop utiles, pour être longtemps oubliés dans les faveurs impériales.

Ceux d'entre eux qui ne possédaient pas les droits de la cité romaine, y parvenaient plus aisément que les étrangers d'une autre

(1) Valer. Maxim. *De factis dictisque, mir.* L. I, cap. VII, § 2. — Val. Paterc, *Hist. Rom.*, II, 70.
(2) *Inscript.* Gruter, p. 581.
(3) Plin. *Hist. nat.*, lib. XXXIII, 8.
(4) Dio Cassius, *loc. cit.*

classe. Un instant même ils purent les obtenir par leur profession seule, car Jules César rendit citoyens tous ceux qui pratiquaient la médecine à Rome (1). C'était une mesure transitoire, destinée à combler les vides que la guerre civile avait produits ; et bientôt les médecins n'en profitèrent plus. Mais du moins sous Auguste, dans une grande famine, ils furent encore, seuls avec les précepteurs, exceptés, lorsqu'on expulsa d'Italie les étrangers et le plus grand nombre des esclaves (2), pour avoir moins de bouches à nourrir.

Les provinces ne furent pas l'objet de dispositions générales qui ressemblassent à celles de Jules César ; mais, individuellement, les médecins y trouvaient des facilités exceptionnelles pour acquérir un titre envié. « Il m'a sauvé, il a guéri les miens, » écrivait à l'Empereur un général, un proconsul, un lieutenant civil qu'il aimait, et cette raison toute puissante faisait obtenir au protégé des avantages qu'on eut refusés peut-être à tout autre. Ceux qui soignèrent Pline le Jeune et particulièrement l'égyptien Harpocras (3), ne manquèrent pas de mettre ainsi, pour eux ou leurs proches, sa reconnaissance à profit.

Lorsque Antonin Caracalla eut donné le droit de cité à tous les sujets de l'empire (4), la classe des médecins étrangers fut à peu près supprimée par le fait, car les barbares n'en fournissaient point d'ordinaire.

Dr Victor Revillout.

(1) Sueton. *Cesar*, 42.
(2) Sueton. *August.*, 42. — Paul Oros, *Hist.*, lib. VII, cap. I. — Plin. *Hist. nat.*, XXIX, 8.
(3) Plin., *Epist.*, lib. X, ep. 5, 6, 22, 23.
(4) Fragm. Ulp. in Dig., *de statu hominum*, l. 17. — *Conf.* Nov. Just., 78, cap. v.

Il en est de même chez l'homme; on ne saurait impunément rationner l'individu habitué à une alimentation de luxe. Cette circonstance doit toujours être présente à l'esprit du praticien, qui prescrit un régime spécial.

Pour compléter l'histoire des alimentations exclusives ou insuffisantes, il nous reste à parler des maladies populaires, qui résultent de ces graves défauts de l'hygiène publique.

Inanitions épidémiques. Dans certaines contrées pauvres ou privées de voies de communication, les mauvaises récoltes, les années de sécheresse qui compromettent les pâturages, les épizooties qui sévissent sur le bétail alimentaire, finissent par produire parfois des ravages considérables. La rareté et le renchérissement des viandes, conséquence inévitable de ces périodes calamiteuses, déterminent toujours l'insuffisance alimentaire ou le défaut d'azote; dans tous les cas, les populations affamées ou mal nourries ne tardent pas à subir les effets d'une inanition lente, dont les phénomènes présentent, dans leur manière d'être et dans leur enchaînement, l'identité la plus absolue avec ceux de l'abstinence. Pour s'en convaincre, il n'est malheureusement pas nécessaire de remonter aux siècles précédents. En 1818, il régna en Belgique une famine dont Mersman a tracé le plus saisissant tableau. En 1843, Virchow fut délégué pour étudier les moyens de combattre les effets de la misère qui désolait les villages de la Silésie. Plus près de l'époque actuelle, on a pu observer en Irlande les suites désastreuses de l'usage exclusif des pommes de terre. Enfin, en 1865, la chaleur et la sécheresse qui régnèrent en Hongrie amenèrent la perte des fourrages, et par suite la mort du bétail; il en résulta une famine des plus graves. Dans toutes ces pénibles circonstances, les effets ont été et sont toujours les mêmes.

La pâleur et l'amaigrissement constituent les premiers signes qui caractérisent la dénutrition; puis les mouvements deviennent lents et faibles; les digestions se troublent, et bientôt se manifeste la série des altérations du sang. Par suite de la privation d'aliments, les matières plasmatiques du sang s'usent pour l'entretien du fonctionnement organique; puis, comme elles ne sont pas remplacées, le sang devient séreux, en même temps que les globules diminuent d'une manière absolue, et que l'albumine subit une dépréciation de plus de moitié : si les lésions et leurs causes persistent, il peut en résulter une désalbuminémie et par conséquent une disposition à l'hydropisie. En 1771, Arand observa à Eichfeld l'*hydrops famelicus* avec toutes ses conséquences; mais de pareils phénomènes sont au moins rares. Virchow, qui a observé la famine de Spessart et en même temps une épidémie de typhus pétéchial, n'a pas constaté les infiltrations séreuses; il conclut de là que ce phénomène ne se produit qu'autant qu'il se joint à une autre cause, telle qu'une intoxication paludéenne, un état cachectique.

§ 3. — Des anémies d'origine dyspeptique.

A côté des anémies de privations doivent naturellement figurer celles qui résultent d'un défaut d'assimilation; il suffit que les digestions soient troublées pendant un certain temps pour qu'il s'en suive une inanition semblable à celle qui résulte d'une alimentation insuffisante. Quand le suc gastrique est diminué ou altéré par suite des lésions des glandes à pepsine, lors même que ces lésions n'auraient pas le caractère des dégénérescences, la dyspepsie qui en est la conséquence entraîne la dénutrition d'une manière fatale; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de dyspepsies dites nerveuses, et surtout de gastralgies; les troubles nervo-musculaires de l'estomac, tels que les crampes, les anesthésies et les hyperesthésies de l'organe, peuvent persister longtemps, sans que la nutrition en souffre. La raison en est bien simple; la sécrétion du suc gastrique n'est que médiocrement influencée par l'innervation; nous le prouverons en parlant des phénomènes digestifs qui ont lieu chez les anémiques.

Les dyspepsies et leurs diverses formes ont, en effet, le double privilége d'être à la fois causes et symptômes des anémies. En tant que causes, elles produisent les anémies d'inanition; en tant que signes des anémies en général, elles contribuent souvent à aggraver l'état des malades.

HYDROPISIE HYDATIQUE DE LA MATRICE,

Ayant simulé une grossesse,

Par M. le Dr Malichecq (de Mont-de-Marsan).

L... (Marie), vingt-quatre ans, douée d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, habitant la campagne dans le voisinage de Mont-de-Marsan, mariée depuis quatre ans, était accouchée le 12 juillet 1863, pour la première fois, d'un enfant à terme, qui mourut huit jours après.

Lorsque je suis appelé, le 8 novembre 1865, cette femme se plaint de langueurs d'estomac, d'anorexie et de vomissements; elle a la figure un peu bouffie et les jambes enflées. Depuis quatre mois les menstrues sont supprimées; toutefois il y a eu pendant ce temps quelques pertes légères, toujours avec absence de douleurs hypogastriques ou lombaires. Le toucher permet de constater que la matrice est développée de manière à occuper toute l'excavation du bassin et à s'élever au-dessus des os pubis où elle est sentie bien distinctement; le col est un peu mou et dirigé en arrière. Les urines sont soumises à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique et elles donnent lieu à un abondant précipité d'albumine. En présence de tels symptômes, je ne puis me défendre de croire à l'existence d'une grossesse compliquée d'albuminurie.

Le 14 novembre dans la soirée, je suis de nouveau appelé en toute hâte; la jeune femme, après avoir eu dans la journée une forte céphalalgie, fut prise subitement de véritables accès d'éclampsie. A mon arrivée il y en avait eu déjà cinq ou six; la perte de connaissance était complète. Une saignée de 750 grammes, des applications réfrigérantes sur la tête, deux larges vésicatoires aux cuisses, ont rendu les accès éclamptiques plus rares et moins intenses; le dernier a lieu à six heures du matin, et le 16 la connaissance revient à la malade. Aucun travail ne s'était annoncé du côté de la matrice. Une préparation de digitale fut prescrite comme diurétique.

Dans la soirée du 19, je suis de nouveau appelé; il s'était produit des contractions utérines comme pour une véritable fausse couche. J'en félicitai la famille, parce qu'il y avait toujours à craindre le retour d'une nouvelle attaque d'éclampsie capable d'emporter la jeune femme. Après trois heures de temps les contractions utérines s'arrêtent brusquement par l'expulsion entière d'une masse d'hydatides sans perte apparente de sang.

Anatomiquement, cette masse d'hydatides représentant les deux poings réunis, était constituée par une multitude de vésicules transparentes, variant depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une grosse noisette, se tenant ensemble et paraissant avoir été contenues par une enveloppe commune mince, qui s'est déchirée au moment de l'expulsion. Aucune trace d'embryon ni de placenta n'y a été remarquée.

La malade, dont la vie a été si compromise, a eu une dyspepsie chloro-anémique qui a rendu très-lent le retour à la santé. L'infiltration générale et l'épanchement péritonéal de nature albuminurique ont été longs à disparaître.

En 1860, j'eus l'occasion d'observer le premier cas d'hydrométrie hydatique. C'était chez une femme âgée de vingt-six ans, qui avait eu des enfants. Pendant le temps qu'elle porta les hydatides dans la matrice, elle se crut et on la considéra comme enceinte; mais elle eut l'estomac très-dérangé et des vomissements pour ainsi dire incoercibles. Lorsqu'un travail semblable à celui d'un avortement eut amené l'expulsion des hydatides qui se fit en masse, la malade resta si épuisée qu'elle succomba quelques jours après.

Chez Marie L..., quelles sont les conditions pathogéniques qui ont présidé à la formation de l'hydropisie hydatique utérine? Comment celle-ci, à son tour, a-t-elle pu se compliquer d'albuminurie, d'anasarque et finalement d'éclampsie? Comme point de départ de ces hydatides ou comme explication étiologique rationnelle, il est difficile de se départir de la pensée d'un commencement de grossesse qui fait fausse route. A part peut-être quelques rares exceptions, tel que le cas remarquable cité par le célèbre Percy, relatif à une fille vierge qui en fut atteinte, les hydatides utérines sont observées chez les femmes mariées. Si elles ne résultaient pas de la déviation d'un germe, et si elles se produisaient spontanément comme dans le foie, la rate, etc., leur développement pourrait se faire d'une manière latente, sans troubler si profondément l'harmonie des grandes fonctions jusqu'à provoquer des accidents capables de mettre sérieusement la vie en danger. S'il n'y a plus conception, l'impulsion n'en vient pas moins de là, et les phénomènes morbides qui se déroulent se ressentent de cette origine tant par leur nature que par l'ordre de leur succession. Chez la femme Marie, l'arrivée de l'ovule fécondé dans la cavité utérine admise, il y a formation immédiate des hydatides au lieu et place d'un germe rudimentaire; suppression des menstrues, développement de l'organe gestateur, qui prend un surcroît de vitalité comme pour une véritable grossesse et en réveillant les mêmes troubles sympathiques; dyspepsie gastralgique et vomissements d'abord; albuminurie bientôt après s'accusant par un état d'anasarque; agitation dans l'appareil circulatoire, oppression et lassitude générale. Quand les symptômes albuminuriques sont déjà avancés, que les épanchements séreux s'établissent, l'éclampsie apparaît précédée d'une céphalalgie intense, phénomène précurseur d'une grande importance et que j'ai toujours noté avant l'explosion de cette affection si redoutable. A propos d'éclampsie, il y a quelques jours, la *Gazette des hôpitaux* a parlé de la valeur relative des divers traitements employés contre cette terrible névrose : les émissions sanguines, les anesthésiques et l'accouchement provoqué. Une saignée large et copieuse a réussi chez la jeune femme Marie. Comme MM. les professeurs P. Dubois et Depaul, je sais en apprécier tout le mérite, mais le plus souvent l'accouchement forcé est la seule branche de salut à laquelle on doit s'attacher.

De l'observation rapportée plus haut et des réflexions qui la suivent, il est permis de conclure :

1° Que l'hydrométrie hydatique peut facilement simuler la grossesse dans les premiers mois;

2° Qu'en général elle paraît se rapporter à un commencement de grossesse;

3° Que cette maladie, à raison même de son siége, peut provoquer des troubles fonctionnels et les accidents les plus graves de la gestation;

4° Que si le diagnostic, malgré les sérieuses difficultés qu'il présente, pouvait être établi, il faudrait amener l'utérus à se débarrasser de la tumeur hydatique.

DU CHLORATE DE POTASSE

contre les affections de l'ovaire.

Bien que l'ovariotomie ait aujourd'hui fait ses preuves, quiconque pourrait la remplacer par un traitement interne aurait encore de grands droits à la reconnaissance de l'humanité. Sans donner le chlorate de potasse comme un spécifique à cet effet, M. Graig l'a employé avec succès comme absorbant du liquide, de telle sorte qu'il ne serait plus permis désormais de pratiquer l'ovariotomie sans en avoir préalablement fait usage à haute dose. Car, tout en admettant, d'après l'expérience universelle, que beaucoup de cas doivent rester réfractaires à son action, dont le succès dépend sans doute de certaines conditions indéterminées du liquide enkysté ou de son enveloppe, l'incertitude où l'on est à ce sujet fait une loi d'y recourir en présence des succès obtenus. En effet, quatre cas sont relatés où la disparition du kyste a été complète dans deux, incomplète dans un, et incertain dans l'autre par cessation du remède. Il suffit de citer le premier comme exemple :

Miss S...., d'une bonne constitution, porte une tumeur, grosse comme une tumeur de fœtus à terme, dans la région iliaque gauche, mobile, sans adhérences, dont le début remonte à cinq ans. Elle a suivi plusieurs traitements depuis quatre ans, sans amélioration, et elle allait être opérée, quand la mort de son médecin empêcha peut-être la sienne. Soumise en effet à l'usage d'une solution saturée de chlorate de potasse, une cuillerée à dessert trois fois par jour, cette malade en éprouva une amélioration sensible après deux à trois semaines; la tumeur diminua graduellement et était entièrement disparue après dix ou douze mois d'usage de ce médicament, ainsi que le malaise et tous les symptômes qui y étaient inhérents.

Le deuxième fait est aussi concis et concluant. En pareil cas, des détails cliniques mieux circonstanciés seraient sans doute utiles au diagnostic; mais il suffit qu'un médicament aussi inoffensif paraisse même avoir été favorable dans un cas de kyste ou de tumeur quelconque de l'ovaire, pour que des essais se renouvellent bientôt afin d'élucider cette question. (*Edimb. med. Journ.*, 1866.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juillet 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Un rapport de M. le docteur Manissa, de Thuir (Pyrénées-Orientales), sur une épidémie de scarlatine qui a régné à Castalnen;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1865, dans les départements de l'Aveyron, du Tarn-et-Garonne, et de l'Ardèche. (Commission des épidémies.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 3 juillet, qui approuve l'élection de M. Peisse, comme académicien libre, en remplacement de M. Trébuchet, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Peisse prend place à la séance.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

L'Académie reçoit :

1° Une observation de lithotritie, par M. le docteur Cazenave, membre correspondant, à Bordeaux;

2° Un travail de M. Colin, membre de l'Académie, qui envoie un travail sur le mode de contagion des maladies parasitaires.

M. le président annonce que M. le docteur Picard (de Louviers), membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

LECTURE.

M. Raciborsky lit une note intitulée : *Description d'un état pathologique encore peu connu de la partie antérieure de l'urèthre chez la femme,* précédée de quelques nouvelles considérations anatomiques sur cette partie de l'urèthre.

L'auteur décrit sous ce titre des petites tumeurs douloureuses qui rappellent la consistance d'une tumeur hémorrhoïdale enflammée. Les malades qui en sont atteintes éprouvent des épreintes, des douleurs abdominales, et deviennent quelquefois hypochondriaques.

Suivant le présentateur, l'excision, les scarifications et l'écrasement, sont le meilleur traitement à opposer à cette lésion.

Discussion sur l'organisation immédiate des tissus.

M. J. Guérin. En 1857, lors de la grande discussion académique, il a été dit tout ce qui devait être dit. Cependant, un des membres de cette assemblée a reproduit un discours d'autrefois, et y a ajouté ce mot que l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, dont je parlais, était illusoire.

L'honorable M. Velpeau a commenté mon travail, avec une politesse qui m'a été très-sensible et que je voudrais lui rendre, mais je m'exposerais à des redites, et tout le monde connaît l'immense érudition, la remarquable sagacité et le grand bon sens de notre savant collègue.

Il a eu aussi la bonté de me dire que je travaillais encore à un âge où d'autres se reposent; je pourrais faire à mon honorable adversaire le même compliment, et avec plus de force, car M. Velpeau travaille au moins autant que moi, et il a dix ans de plus.

Mais notre collègue m'a fait une révélation : quelques-uns de mes égaux ici ne me prendraient pas au sérieux. Cela est possible; ils n'ont pas pris l'homme au sérieux, mais ils ont recueilli avec soin mes idées, dont quelques-unes leur ont donné honneur et profit. Mais ce n'est certes pas de M. Velpeau dont il est question, car il est assez riche de son propre fond.

M. Guérin entre ensuite en matière. Il dit que dans toutes ses publications il a parlé de l'organisation immédiate des tissus lorsque les plaies sont placées à l'abri du contact de l'air. Cette proposition de physiologie générale est exposée depuis longtemps, et M. J. Guérin en a cherché et trouvé aujourd'hui des applications, et à son sens il pense que toutes les théories de la cicatrisation des plaies non exposées doivent être remplacées par la sienne, à savoir : que dans les plaies sous-cutanées, la réparation des tissus se fait par le même mécanisme que les tissus se forment dans l'embryon, et que les diverses méthodes opératoires chirurgicales doivent être toutes ramenées, autant que possible, au principe de la méthode sous-cutanée.

M. Velpeau, ajoute M. Guérin, me reproche d'avoir dit qu'il y avait organisation immédiate; il n'a pas compris que je voulais dire organisation commençant immédiatement : il a dit que cela était connu. A cela je réponds que les vérités ont l'air souvent d'être banales, et il semble que tout le monde sache qu'il y a une différence entre l'or-

ganisation immédiate des tissus et la cicatrisation avec interposition de bourgeons charnus ou avec suppuration.

M. Guérin défend son droit de propriété à la théorie, quoique beaucoup d'auteurs la lui aient disputée. On m'a accusé, dit l'orateur, d'avoir considéré comme admises des propositions contestées, pour faire ressortir le mérite de ma découverte. Je répondrai que l'on considérait la suppuration dans les opérations sous-cutanées comme une chose sans importance, et que la théorie de Hunter a encore de grands partisans, M. Bouley, M. Robin et M. Velpeau lui-même. Dans son livre sur la réunion en chirurgie, M. Jobert a dit qu'il y avait une inflammation adhésive admise.

M. Robin, qui vous a apporté ici les lumières du microscope, n'a pas donné de conclusion de doctrine. Il y a, disait-il, une reproduction de tissu au sein d'un produit exsudé, et même cela existe dans les plaies qui suppurent. Mais cliniquement, ne sait-on pas que l'inflammation est plus grave que l'organisation immédiate? Il y a donc quelque chose que le microscope laisse à désirer, et vous voyez que la théorie n'était pas faite.

Hunter dit que dans la réunion immédiate il y a une sorte de colle qui unit les parties, mais il n'admet cela que pour le cas où les tissus sont rapprochés.

Mais le physiologiste anglais n'avait pas pu viser le cas, où un tendon étant coupé et ses bouts s'étant écartés, il y a néanmoins reproduction.

J'ai dit que la suppuration empêche la réparation. Je l'ai vu par le lavage des plaies, dans le premier jour il n'y a aucun travail réparateur. La suppuration est donc un arrêt de développement de la cicatrisation. Le pus, quoi qu'en ai dit M. Robin, est un liquide anomal; il est dangereux d'abord, parce que sa production est accompagnée d'un phénomène général grave, la fièvre de frisson. Le liquide est d'ailleurs d'un caractère spécial, puisque un peu de pus introduit dans le sang peut tuer.

Dans les plaies sous-cutanées, au contraire, il n'y a pas de pus. Il y a quelquefois du sang épanché, mais ce sang se résorbe, il se transforme, se modifie, mais il n'arrête pas la cicatrisation.

Je maintiens que les plaies sous-cutanées se guérissent sans qu'il se forme de membrane pyogénique, parce que la membrane pyogénique ne vient qu'après le pus.

Toujours il y a organisation immédiate dans les tissus coupés sous la peau, à l'abri du contact de l'air.

Il y a régénération, je l'ai dit, de tous les tissus, tendons, muscles, aponévroses, nerfs : les tendons en six semaines, les nerfs en quatre mois. Bonnet (de Lyon), a vu la régénération des tendons. MM. Robin et Raynal vous ont cité les cas de régénération des nerfs. Ces auteurs sont venus confirmer mon dire.

M. Velpeau a nié la régénération des nerfs.

M. VELPEAU. J'ai nié la régénération immédiate des nerfs.

M. J. GUÉRIN. Je suis heureux d'entendre M. Velpeau me faire cette réponse, cela me permettra de lui dire qu'il s'est trompé en m'argumentant, puisqu'il croit que je veux dire organisation immédiate dans le sens de réunion immédiate.

M. Robin a dit que les muscles ne se régénéraient pas. Je n'accepte pas ce jugement; il y a des faits qu'il ne faut pas juger avec le microscope.

Pour moi, le muscle se répare comme le tendon. D'ailleurs, le raisonnement indique que la chose est possible : le tendon est une portion de muscle. Le muscle devient tendon, le muscle devient fibreux; et on a vu des cas où un tendon était devenu musculaire. Du reste, les mollusques acéphales, tels que l'huître, ont un muscle destiné à fermer les deux coquilles, qui ressemble tout à fait à un tendon. Du reste, les tendons sont contractiles comme les muscles, puisque M. Sappey y a trouvé des nerfs.

M. Robin a dit que le microscope n'avait pas vu les muscles se régénérer; cela me rappelle un mot de Cour d'assises. On disait à un accusé : on vous a vu. Qui? répondait le prévenu. Deux personnes. Eh bien! fait le coupablo, il y en a cent mille qui ne m'ont pas vu. Le raisonnement est le même, et il suffit qu'un ou deux aient vu la régénération des muscles pour affirmer un fait.

M. J. Guérin montre un dessin d'un muscle des gouttières vertébrales, qui s'était régénéré après une section sous-cutanée. Les fibres, dit l'orateur, se continuent sans ligne de démarcation.

Il faudrait aussi, à côté de ce fait pertinent, faire des distinctions. Si le muscle était divisé de telle sorte que ses bouts soient très-écartés, il n'y aurait pas possibilité d'organisation immédiate.

J'ai dit que la fonction faisait l'organe, en comparant les muscles à des barres de fonte granuleuse que l'étiration rend fibrillaire. Je maintiens mon dire et ma comparaison; la contraction des muscles amène la réparation du tissu musculaire par un mode analogue.

M. J. Guérin rappelle que dans les plaies larges il y a suppuration et interposition de tissu fibreux sans réparation, et que dans les plaies profondes, là où une exsudation a lieu au fond de la plaie, il y a des tissus qui se trouvent dans les conditions des tissus coupés par la méthode sous-cutanée, et qui se réparent par organisation immédiate.

L'inflammation est forcée dans les plaies exposées. M. Robin dit que le fait de la production du pus, qui est le caractère de l'inflammation, n'empêche pas la cicatrisation; que le pus est mêlé à des éléments plastiques. C'est le microscope qui dit cela. Mais ce sont là des résultats illusoires. Le pus est le caractère d'une inflammation. Je ne me laisse donc pas ébranler par les discours de M. Robin.

En terminant, M. J. Guérin dit que les exceptions qui ont été signalées, les cas de suppuration après des opérations sous-cutanées, sont très-rares, et qu'il a pratiqué dans les hôpitaux de nombreuses opérations et même devant une commission, et que l'on n'a pas enregistré de faits de suppuration; il cite plusieurs opérations récentes exécutées dans le service de M. Maisonneuve, puis dans le service de M. Deroubaix, à Bruxelles, et avec succès pour des kystes hydatiformes, et cela grâce à l'occlusion pneumatique de la plaie après l'ouverture des kystes.

Quant à la suppuration qui suit les luxations, elles ne sont pas analogues aux plaies sous-cutanées que nous produisons dans nos opérations; il y a des désordres graves.

Enfin M. Guérin dit qu'il pourrait revendiquer la priorité de l'invention de la méthode sous-cutanée. Il se bornera cependant à rappeler qu'il a eu trois prix à l'Académie des sciences, pour le mémoire sur la rétraction musculaire, pour celui sur la ténotomie et pour celui sur la méthode sous-cutanée.

J'ai vu, dit M. Guérin, que le strabisme était attribué, avant moi, à une faiblesse des yeux, était dû à des troubles musculaires; que les déviations du rachis étaient dues à une rétraction musculaire; que les luxations congénitales attribuées à des positions vicieuses dans le sein de la mère, étaient en relation avec un trouble musculaire; et j'ai généralisé en rapportant l'origine première à des lésions de l'encéphale. J'ai généralisé encore en pratiquant pour toutes ces lésions la ténotomie. Enfin j'ai tiré de toutes ces études la méthode sous-cutanée, c'est-à-dire une théorie reposant sur ces ordres de faits que les tissus coupés sous la peau se cicatrisent sans inflammation, parce que les parties coupées ou malades sont à l'abri du contact de l'air.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats à la place de membres correspondants étrangers.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Le choléra diminue toujours sensiblement à Amiens. A Armentières, dans le duché de Luxembourg, dans les départements de la Meurthe et de la Moselle il y a quelques cas; plusieurs communes surtout ont été frappées; il y a quelques cholériques à Rouen.

Anvers, Berlin, Saint-Pétersbourg offrent un chiffre de cholériques assez élevé.

A Nantes, le choléra a presque cessé, mais à Pornic et à Paimbœuf l'épidémie existe.

En somme, l'épidémie est partout en France, ou peu intense ou en voie de décroissance. Il faut considérer qu'à cette époque de l'année, il y a des cas de choléra sporadique, et que le souvenir de l'année dernière fait peut-être un peu voir plus de choléra épidémique qu'il n'y en a en réalité.

— On nous annonce la mort de M. Furnari, professeur de clinique ophthalmologique à Palerme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebørda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'iridectomie, par le docteur Dubrueil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 90 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Notes et réflexions médico-chirurgicales sur les phlegmasies muqueuses de la matrice, par le docteur Alexandre Boggs. In-4°. Prix : 3 fr. 50 c.—Paris, 1866, L. Leclerc, libraire, 14, rue de l'École de Médecine.

Éléments de pathologie interne et de thérapeutique, par Niemeyer, professeur de pathologie à l'université de Thubingue. Traduction de l'allemand par MM. les docteurs L. Culmann et Ch. Sengel (de Forbach); revue et annotée par le M. le docteur V. Cornil, précédée d'une introduction, par M. le professeur Béhier. Tome second. Un vol. grand in-8° de 919 pages. Prix : 9 fr. Le prix de l'ouvrage complet (deux vol. grand in-8°) est fixé à 20 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Aperçu sur l'ovariotomie, suivi de tableaux analytiques et synoptiques, fondées sur 644 observations, par le docteur Négoni. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delabaye.

Des causes de la stérilité chez l'homme et chez la femme et de leur traitement, par le docteur L. Mourier. In-8° de 130 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 82. — SAMEDI 14 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 14 JUILLET 1866. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du prétendu antagonisme de la fièvre typhoïde et de la variole.

La vaccine, si gravement compromise aujourd'hui par ceux-là même qui devraient avoir pour mission de la propager et de la défendre, a résisté déjà à de bien rudes attaques, et telle est sa puissance qu'elle sortira certainement victorieuse de cette nouvelle lutte comme des précédentes.

Cependant on ne saurait se dissimuler que la confiance qu'elle inspire a été légèrement ébranlée ; nous voyons ses anciens adversaires profiter de ce moment d'hésitation pour reproduire à nouveau, contre elle, des arguments spécieux sans doute mais déjà bien des fois réfutés. Dans le nombre, nous retrouvons cette hypothèse que si le vaccin préserve de la variole, ce n'est que pour prédisposer à la fièvre typhoïde, de telle sorte qu'à l'aide de cette dernière maladie la mort prélèverait sur l'adolescence le tribut qui, pendant l'enfance, a échappé à la variole.

Des chiffres habilement groupés ont pu en imposer un instant jusqu'à laisser croire que les choses pouvaient, en effet, se passer ainsi ; mais un examen plus attentif et plus sérieux a montré que les relevés des tableaux mortuaires ne justifient en aucune façon une semblable assertion.

A côté de cette démonstration indirecte, résultant de la statistique, il en est une directe et par conséquent plus probante que l'on peut demander à la clinique : c'est l'apparition de la fièvre typhoïde chez les individus non vaccinés, qu'ils aient ou non été antérieurement atteints de variole.

Or, les faits de ce genre sont extrêmement nombreux ; on les rencontre à chaque instant, et ils font tellement partie intégrante de l'observation journalière, que personne ne songe à les publier. Le fait suivant que nous avons eu occasion d'observer cet hiver, dans le service de M. Gallard, à la Pitié, nous paraît devoir mériter une mention spéciale, parce que les deux maladies, fièvre typhoïde et variole, se sont produites presque en même temps chez le même sujet, de telle sorte que la première, au lieu de créer une sorte d'immunité pour la seconde, aurait bien plutôt déterminé une véritable prédisposition.

Il s'agit, dans le fait que nous avons observé, d'un garçon de dix-neuf ans, raffineur, n'ayant jamais été vacciné ; il était tombé malade dans les premiers jours de janvier, et il était entré le 19 à l'hôpital souffrant et malade déjà depuis une huitaine de jours. Il avait le visage abattu, prostré, la langue sèche, salie d'un enduit noirâtre, la peau brûlante et sèche, et sur le ventre et le devant de la poitrine on voyait quelques taches rosées lenticulaires.

Le ventre est un peu ballonné et douloureux à la pression ; il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite ; le malade a des selles diarrhéiques.

Le pouls marque 108 pulsations, et on entend, à l'auscultation de la poitrine, des râles sous-crépitants nombreux.

Deux jours après, le 21, le malade, qui a été purgé la veille, est encore plus abattu : la langue est sèche, fendillée ; le pouls dicrote, dépressible, marque 120 pulsations ; le malade a du délire, il répond avec incohérence aux questions qui lui sont faites et qu'il ne semble pas comprendre ; on entend, comme la veille, des râles sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons ; le malade rend ses selles involontairement. Le lendemain, l'incohérence, le délire augmentent ; le malade ne dit plus un mot de raisonnable ; le pouls mou et dépressible peut à peine se compter ; la peau est toujours brûlante et sèche.

Après environ une semaine, la fièvre se calme un peu, le malade cesse de délirer, l'intelligence revient, l'oppression diminue ; mais la diarrhée persiste et le ventre est toujours ballonné.

Vers le 9 février, c'est-à-dire dix jours environ après l'alternation des premiers symptômes, le délire revient ; on voit se former, au niveau du coccyx, une petite escharre et l'on voit apparaître sur la face postérieure des cuisses, une éruption papuleuse ; au bout de quinze jours, vers le 25 février, le malade est en pleine convalescence et l'escharre s'est presque entièrement cicatrisée.

Ainsi, à cette époque, le malade ne se levait point encore ; mais il n'avait plus de fièvre, plus de douleur de ventre, lorsque le 1er mars, après l'un et l'autre des deux repas de la journée, il est pris de nausées et de vomissements.

Le lendemain, les vomissements ont continué et le malade se plaint en même temps de douleurs le long du rachis ; le malade, qui commençait à manger, n'a plus d'appétit ; le pouls redevient fréquent ; des pustules à base rouge, des boutons de variole très-nettement distincts se montrent sur le visage, puis, vingt-quatre heures après, se sont étendus sur tout le corps, donnant lieu à une éruption assez confluente ; les vomissements ont cessé, mais la fièvre est toujours intense, la peau brûlante, le pouls fréquent (116 à 120 pulsations). Le malade a du délire et dans les intervalles il est abattu, prostré.

Les pustules nombreuses s'accroissent et commencent à s'ombiliquer ; la face et les poignets sont très-tuméfiés ; mais, vers le 5 mars, l'éruption ne fait plus de progrès, les boutons cessent de s'ombiliquer ; l'éruption est presque entièrement flétrie, la peau violacée ; le délire continue, le pouls est redoublé et très-fréquent et le malade meurt le 7 mars dans l'après-midi. L'autopsie n'a pu être faite.

Du reste, elle n'aurait offert qu'un médiocre intérêt, le diagnostic des deux fièvres essentielles, qui se sont si rapidement succédées, n'ayant jamais donné lieu à la moindre hésitation.

Il est incontestable que le malade qui fait le sujet de cette observation a présenté une fièvre typhoïde des mieux caractérisées et de plus graves, bien qu'il n'eût jamais été vacciné ; il est également incontestable que dans la convalescence de cette fièvre typhoïde heureusement guérie, ou qui tout au moins était en bonne voie de guérison, il a été pris d'un variole grave qui l'a emporté au sixième jour ; ce qui démontre de la façon la plus péremptoire qu'il n'y a pas, comme on l'a prétendu, antagonisme entre la variole et la fièvre typhoïde et que la vaccine, tout en préservant de la première de ces deux affections également redoutables, ne prédispose en aucune façon à l'autre. En attirant l'attention de ses élèves sur cette particularité intéressante, M. Gallard leur rappelait qu'il a publié, il y a de cela une dizaine d'années, le relevé de 44 cas de fièvre typhoïde observés par lui, dans le service de Valleix et qu'il avait cherché à en faire ressortir un commencement de démonstration de cette vérité, que la fièvre typhoïde sévit tout autant sur les sujets non vaccinés que sur ceux qui l'ont été. Sur les 44 malades auxquels nous venons de faire allusion, 16 n'ayant pas été interrogés à ce point de vue, il en reste 28, sur lesquels 17 seulement avaient été vaccinés et n'avaient pas eu la variole ; 2 disaient avoir été vaccinés, mais on ne trouvait sur les bras aucune trace de vaccine ; 1 n'avait jamais eu la variole quoiqu'il n'eut point été vacciné ; parmi les autres, 8 avaient eu antérieurement la variole, 5 sans avoir été vaccinés, 3 après vaccination.

Ces chiffres sont trop peu nombreux pour suffire à une démonstration ; mais ils établissent une présomption déjà considérable en faveur de cette idée, qu'il n'existe aucun antagonisme entre la variole et la fièvre typhoïde ; et cette présomption se trouve encore confirmée par le fait que nous venons de rapporter.

De la polyurie.

Divers travaux ont été publiés récemment sur la polyurie. Parmi ces travaux, il en est un qui mérite de fixer l'attention, nous voulons parler de la dissertation inaugurale du docteur Kien. Adoptant le mode de classement proposé par Vogel, c'est-à-dire la prédominance des caractères empruntés à la chimie, il admet les trois formes suivantes :

1° Augmentation de l'élément eau, les autres parties constituantes de l'urine conservant leur proportion normale ; c'est l'*hydrurie ;*

2° Augmentation de l'eau et des autres éléments, la somme de ceux-ci dépassant de beaucoup le chiffre de 62 grammes ; c'est le *diabète insipide* proprement dit ;

3° Augmentation de l'eau et de la somme des parties solides en même temps que présence de la glycose ; c'est la *polyurie glycosurique.*

Il n'est plus permis aujourd'hui de rechercher dans les reins la cause de la polyurie, aussi le docteur Kien, à l'exemple de la plupart des auteurs modernes, recherche-t-il cette cause dans le système nerveux.

Tout le monde sait, d'après les expériences célèbres de M. Claude Bernard, que la piqûre du quatrième ventricule immédiatement au-dessus de l'origine des nerfs auditifs produit la polyurie : tandis que si la piqûre est faite entre l'origine des pneumo-gastriques et celle des nerfs auditifs, il y a glycosurie et polyurie à la fois.

Schiff, plus tard, parvint à produire le diabète au moyen de diverses expériences ; par la section de la moitié du pont de Varole, par la piqûre de toute la moelle allongée, l'irritation avec destruction de la moelle à l'origine du plexus brachial, la section des cordons postérieurs de la moelle, ou celle des cordons antéro-latéraux, enfin par la galvanisation et l'acupuncture du foie.

Moos confirma ces expériences de Schiff, et détermina un diabète temporaire par la galvanisation de la moelle cervicale.

Thiernesse produisit une glycosurie en plongeant un gros fil de fer dans le lobe occipital d'un chien.

Enfin Pavez fit naître la maladie en liant les nerfs qui accompagnent l'artère vertébrale dans le canal des apophyses transverses et en enlevant un ganglion lymphatique de la partie supérieure du cou.

Pour expliquer comment la lésion de parties si différentes pouvaient produire le même effet, M. Fischer avait opposé qu'aux cellules sympathiques du cerveau, du cervelet, de la moelle, correspondent des nerfs sympathiques ; qu'arrivé au plancher du quatrième ventricule, le faisceau végétatif se résout en filaments qui rayonnent dans tous les sens, et que l'irritation en un point donne lieu à une dilatation active des vaisseaux.

L'existence d'un réseau sympathique dans l'intérieur de la moelle, du cerveau et du bulbe, est formellement niée par le docteur Kien. Le système sympathique, dit-il, a son individualité propre ; il tire son origine de la moelle, mais ne lui envoie pas de rameaux. De plus, les vaisseaux sont innervés par deux ordres de nerfs, le grand sympathique et les nerfs spinaux ; les nerfs spinaux sont dilatateurs, ceux du grand sympathique, constricteurs ; les premiers unissent les fibres longitudinales, les seconds les plus circulaires. On comprend, ajoute-t-il, pourquoi ces deux phénomènes polyurie et glycosurie, sont si souvent réunis : c'est que leurs centres nerveux, c'est-à-dire les groupes cellulaires d'où partent les nerfs dilatateurs des vaisseaux hépatiques et rénaux, sont situés l'un près de l'autre et plus ou moins reliés ensemble, et que les agents qui irritent l'un des deux propagent facilement leur action au second.

Ces centres sont situés dans le plancher du quatrième ventricule, mais le trajet des filets nerveux qui partent de là pour aller aux vaisseaux du foie ou des reins, n'est pas bien connu ; il est probable qu'ils font un certain chemin dans la moelle ; ainsi s'expliquerait cette expérience de M. Claude Bernard, où, après avoir produit une polyurie glycosurique par la piqûre du quatrième ventricule, il la fit cesser par la section de la moelle, tandis qu'en laissant celle-ci intacte, la section des nerfs sympathiques ou du pneumo-gastrique n'empêcha en rien la continuation du phénomène.

Les lésions de ce plancher, en intéressant l'un ou l'autre de ces centres, ou les deux ensemble, agissent par suite d'une irritation directe des racines nerveuses qui en émanent ; cette irritation chemine le long des vaso-moteurs spinaux, jusqu'aux vaisseaux hépatiques et rénaux, et donne lieu à une dilatation active de ces vaisseaux et à une augmentation dans la tension du sang ; de là nécessairement une exagération du fonctionnement de ces glandes traduite au dehors par l'apparition du sucre et la surabondance des urines.

Si ces phénomènes sont dus à des lésions siégeant dans l'encéphale ou la moelle épinière, l'irritation descend ou remonte, par des raisons que nous ignorons, jusqu'au bulbe par les fibres nerveuses qui y aboutissent, et là se réfléchit à travers les groupes cellulaires du plancher sur les filets vaso-moteurs à la façon des phénomènes réflexes, et arrive jusqu'au foie et aux reins.

Le mécanisme est le même si l'agent irritant se trouve sur un cordon nerveux périphérique, comme dans le cas d'une contusion du plexus brachial, par exemple, ou même sur une partie du grand sympathique, car il est aujourd'hui hors de doute que ce nerf peut être le point de départ comme le point d'arrivée d'excitations réflexes qui ont passé par l'axe spinal.

Si, au contraire, l'irritation porte directement sur les filets qui, de la moelle, vont se rendre directement aux organes rénaux, il est clair qu'intéressant des nerfs centrifuges elle ne remontera pas vers le bulbe, mais se transmettra directement à la glande où ils aboutissent.

C'est de cette façon, suivant le docteur Kien, que l'on peut expliquer aujourd'hui la plupart des cas de diabète et de polyurie expérimentaux et pathologiques connus jusqu'à ce jour.

Des arthropathies syphilitiques.

M. le docteur Lancereaux vient de faire paraître un *Traité complet de la syphilis.* Dictées par un esprit généralisateur éclairé,

les pages de ce livre nous montrent la syphilis comme un type de maladie chronique, révélée par une foule de lésions dissemblables, mais qui toutes ont un cachet commun.

Parmi les lésions de la syphilis, il en est une peu connue encore, qui mériterait une discussion, l'arthropathie syphilitique.

Si M. Lancereaux n'avait pas trouvé dans les articulations ou au moins dans leur voisinage des produits analogues aux gommes, et cela chez une malade atteinte de syphilis du foie, nous ferions des réserves à l'égard de la signification des observations données comme des tumeurs blanches syphilitiques. Mais devant pareille constatation, il n'y a pas à nier l'existence des arthropathies tertiaires.

Il n'en est pas de même des arthropathies secondaires, que M. Lancereaux a étudiées dans un mémoire communiqué à la Société de chirurgie et dont il a fourni deux exemples dans son livre. Sauf que les malades atteints d'arthropathies étaient syphilitiques et que le mal a cédé à l'iodure de potassium, il n'y a pas d'autres preuves de la nature syphilitique de l'affection.

Les lésions articulaires liées à la syphilis ont été, dit M. Lancereaux (1), observées par MM. Richet et Follin, mais il manquait des faits anatomiques à l'appui des faits cliniques. Puis l'auteur rapporte une observation où les lésions anatomiques de la syphilis ont vérifié les phénomènes syphilitiques remarqués pendant la vie, même du côté des articulations.

— L'examen des pièces a montré que le tissu cellulaire sous-synovial et le tissu fibreux était le siége d'un néoplasme, lequel ne différait, ni par sa consistance, ni par sa coloration, ni par sa composition histologique, des productions pathologiques sous-cutanées. Il y avait des masses jaunes élastiques un peu molles, sèches, situées de chaque côté du ligament rotulien dans les deux genoux ; la séreuse les tapissait, et elles faisaient saillie sous les toiles fibreuses ou celluleuses qui passent au-devant de l'articulation. La membrane synoviale, dans cette affection, n'est pas sensiblement lésée, mais les cartilages sont secondairement érodés en plusieurs endroits, et c'est ainsi sans doute, à la suite de l'irritation secondaire de la membrane synoviale, que s'est produit l'épanchement séreux articulaire.

Au point de vue anatomique, cette altération se distingue nettement de l'arthropathie scrofuleuse qui a pour point de départ la membrane synoviale et que caractérisent des masses molles, fongueuses et vasculaires; elle diffère aussi des arthropathies rhumatismales, qui ne présentent jamais de dépôts analogues aux dépôts gommeux.

Les symptômes qui correspondent à la lésion articulaire en question sont remarquables par leur faible intensité et par la lenteur de leur évolution.

Il y a, ajoute l'auteur, une tuméfaction lente de l'articulation avec hydropisie souvent intermittente, sensation sur les côtés des ligaments rotuliens de masses élastiques limitées en un ou plusieurs points, au niveau des replis synoviaux, et de plaques indurées analogues à des corps étrangers. Il y a absence de réaction fébrile et la conservation d'une grande partie des mouvements de la jambe lésée; car si les malades en viennent à tirer la jambe et à boiter, ils sont rarement dans l'obligation de rester au lit. Un fait mérite d'être mentionné : c'est que l'articulation d'un genou est en quelque sorte le siége de prédilection de cette localisation tardive, tantôt un seul genou est affecté, tantôt les deux genoux sont simultanément atteints. Cependant, d'autres articulations peuvent être envahies par la même lésion, et ce sont en général les grandes articulations plutôt que les petites.

Il est d'autres lésions articulaires également syphilitiques, dont le point de départ est non plus le tissu cellulo-fibreux péri-articulaire, mais bien les os qui concourent à la formation de l'articulation. Dans ce cas, le gonflement occupe une plus ou moins grande étendue de la continuité de l'os; la douleur vive et lancinante revient surtout la nuit, et la pression des membres est douloureuse. Par suite de cette altération, un liquide séreux s'épanche dans l'articulation, et si le tissu séreux est simultanément affecté, on peut observer, ainsi que l'ont vu MM. Richet et Cullerier, des corps durs, véritables corps étrangers, situés au niveau des replis de la membrane synoviale.

Pour terminer ce qui a trait aux maladies syphilitiques des articulations, l'auteur dit que les tumeurs gommeuses voisines des articulations ont quelquefois fini par pénétrer jusque dans la cavité articulaire. C'est ainsi que Coulson a vu une tumeur syphilitique de la partie inférieure de la cuisse communiquer avec l'articulation du genou.

La lenteur de l'évolution des arthropathies syphilitiques rend leur durée généralement fort longue, mais heureusement sans grand inconvénient pour les malades. Ces affections, comme toutes celles qui reconnaissent la même origine, n'ayant aucune tendance à suppurer, peuvent encore guérir lors même qu'elles sont déjà très-anciennes. La guérison est leur mode de terminaison, quand elles sont reconnues et traitées (par l'iodure de potassium à l'intérieur et la compression méthodique de l'articulation). Autrement, elles continuent leur évolution sans éprouver le moindre changement de la part des traitements non spécifiques.

Les lésions articulaires liées à la scrofule et au rhumatisme chronique, certaines hydarthroses qui n'éveillent qu'un léger mouvement fébrile, telles sont les affections que l'on peut confondre avec les arthropathies syphilitiques ; mais il faut savoir que dans la tumeur blanche scrofuleuse le gonflement est plus rapide et plus considérable, les parties tuméfiées donnent au doigt la sensation d'une sorte d'empâtement général et non celle de plaques circonscrites et indurées. L'articulation affectée perd bientôt de ses mouvements, et fréquemment l'altération finit par l'ankylose. Les lésions articulaires du rhumatisme chronique ne tardent pas à présenter des déformations caractéristiques, elles sont d'ailleurs plus étendues que celles de la syphilis. Dans l'arthrite sèche, un frottement rude et sec se fait sentir pendant le jeu de l'articulation ; enfin les hydarthroses simples ne se montrent pas en général chez les individus cachectiques et pour ainsi dire toujours marqués au coin d'une maladie sérieuse et profonde telle que la syphilis. L'arthrite blennorrhagique se distingue par les circonstances au milieu desquelles elle apparaît, par la douleur et le gonflement qui l'accompagnent, comme par une certaine tendance à la suppuration.

— Le pronostic et le traitement sont ceux de la syphilis, et en particulier de la syphilis à la période des productions gommeuses.

(1) *Traité de la syphilis*, Paris, J. B. Baillière, 1866.

Des variations des quantités de sang dans l'inanition.

M. Panum, à la suite de nombreuses expériences relatives aux variations de quantité du sang et de ses parties constituantes dans l'inanition, résume ainsi les conclusions auxquelles il est arrivé.

Les proportions de matière colorante dans les globules rouges ne varient pas essentiellement dans l'inanition.

Le rapport de la quantité de sang au poids du corps, ainsi que les rapports de quantité des principes constituants du sang (principalement les globules et la fibrine), ne varient pas non plus.

La quantité absolue de sang diminue, mais pas en proportion plus forte que la masse totale du corps.

Les proportions relatives des différents principes constituants du sang ne varient pas essentiellement.

Il n'y a pas de solidarité entre la totalité des principes solides du sang et la nutrition, et le sang doit être considéré non comme un matériel de nutrition, mais comme un agent de transport pour ce matériel.

Ni la fibrine, ni les globules ne sont des matériaux de nutrition ; l'albumine seule, qui diminue un peu dans l'inanition, doit être regardée à ce point de vue comme servant à la nutrition du corps.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de l'anémie.

Nous extrayons d'un remarquable article de M. Potain, publié dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (t. IV), les considérations suivantes sur le traitement de l'anémie.

Il importe de distinguer parmi les anémies : 1° celles qui ne demandent aucun traitement ; 2° celles à qui suffisent les moyens de l'hygiène ; 3° celles qui réclament les secours de la thérapeutique.

1° Beaucoup d'anémies guérissent en peu de temps sans aucune intervention médicale. Ce sont, d'une part, les anémies secondaires qui suivent les hémorrhagies ou les maladies aiguës de courte durée ; de l'autre, l'anémie primitive récente, quand la cause qui l'avait fait naître a complétement cessé d'agir ;

2° Le rôle de l'hygiène devient plus considérable quand les causes de l'anémie sont de sa dépendance, comme l'alimentation insuffisante, le mauvais état des dents, l'inaction forcée ou le travail excessif, l'allaitement prolongé, etc.

3° La thérapeutique devient nécessaire dans toutes les anémies profondes et persistantes. Quand, dans les anémies secondaires, la maladie primitive persiste, c'est à elle que le traitement doit s'adresser surtout. Il faut arrêter tout d'abord les hémorrhagies, supprimer les flux, guérir les affections utérines, combattre les accidents dyspeptiques, traiter la syphilis.

Il devient nécessaire de recourir au traitement spécial et direct de l'anémie dans les cas suivants : 1° quand la maladie primitive disparue a laissé derrière elle une anémie persistante ; 2° si, existant encore, elle se trouve au-dessus des ressources de la médecine ; 3° quand l'anémie est née sous l'influence de causes qu'on ne peut faire disparaître ni modifier, ou bien quand elle est assez profonde et assez ancienne pour qu'on n'en puisse avoir raison par un simple changement de régime et les seuls moyens de l'hygiène. Les agents dont ce traitement dispose sont : le fer, le manganèse, l'arsenic, le sel marin, le sang de bœuf, le sucre de raisin, les toniques amers ou névrosthéniques, l'hydrothérapie, les eaux minérales et l'aérothérapie.

Le fer est, entre tous, l'antianémique par excellence, mais son mode d'action est encore incertain. Pour les uns, il irait simplement remplacer la quantité de ce métal qui manque dans le sang ; pour d'autres, il ne remplirait ce but que d'une façon très-indirecte, soit en absorbant le gaz acide sulfhydrique, qui, dans les voies digestives, précipite le fer des aliments ainsi enlevés tout entier à l'absorption (Hannon), soit en agissant sur la muqueuse de ces organes pour y exciter la digestion des liquides digestifs et l'absorption du chyle (Cl. Bernard), soit en rétablissant dans toute l'économie la tonicité affaiblie du système vasculaire (Richter), soit enfin en éveillant dans l'organisme entier l'énergie des fonctions végétatives et la force plastique (Trousseau et Pidoux).

L'indication des ferrugineux est formelle dans les cas où il y a aglobulie ou hydrémie, et la pratique, d'accord ici avec la théorie, montre que leur action est généralement, dans ces cas, très-favorable et très-rapide. L'indication est moins précise quand la masse du sang est diminuée plutôt que sa composition n'est altérée, toutes les fois enfin que la nutrition paraît se faire difficilement.

Le fer doit être donné avec ménagement aux individus oliguémiques, et autant seulement que les forces digestives et plastiques semblent capables de fournir à une nutrition suffisante ou de se relever sous l'influence de l'ensemble de la médication. Pour M. Trousseau l'imminence de la phthisie pulmonaire est une contre-indication absolue de la médication ferrugineuse qui hâterait, selon lui, l'évolution des tubercules. Quoique bon nombre de médecins assurent, d'un autre côté, avoir combattu utilement l'anémie des phthisiques par cette médication, les observations apportées par M. Millet à l'appui de M. Trousseau, doit faire adopter, dans son emploi, la plus grande réserve. Au contraire, dans les maladies chroniques qui appauvrissent le sang et produisent l'hydrémie sans atteindre au même degré la nutrition générale, le fer peut rendre d'incontestables services.

On a proposé le manganèse comme succédané du fer par la raison que ces deux métaux existent conjointement dans les globules, et, par ce motif aussi, M. Pétrequin a conseillé de les administrer simultanément, assurant qu'on réussissait ainsi là où le fer seul avait échoué. Quelques faits semblent favorables à la médication dont il s'agit ; toutefois, ses indications particulières n'ont pas encore été convenablement précisées.

Le sel marin, mélangé aux aliments en forte dose, paraît activer la nutrition et rendre le sang plus riche en globules. Comme il paraît agir surtout en augmentant l'absorption, en sorte que le poids des individus soumis à cette médication s'accroît sensiblement, il mériterait, sans doute, la préférence sur le fer dans les cas d'anémie vraie avec nutrition insuffisante et tendance à l'état cachectique.

Le sucre de raisin, à haute dose, est conseillé contre l'anémie chlorotique, par Maak, de Kiel, qui s'appuie sur des idées théoriques empruntées au chimiste Lehmann, et suivant lesquelles l'insuffisance du sucre hépatique serait la cause prochaine de la chlorose.

M. Bouchut conseille l'emploi de l'arséniate dans l'anémie des jeunes enfants. Enfin, pour terminer la liste des agents qui constituent la médication interne, citons les diverses préparations de quinquina, les eaux minérales en boisson.

La médication externe prend ses principaux agents dans les eaux minérales employées à l'extérieur. Elles ont toutes pour effet d'exciter les fonctions de la peau et la circulation périphérique ; l'action spéciale de chacune d'elles s'adresse particulièrement aux diathèses reconnues ou soupçonnées.

L'hydrothérapie s'adresse plus spécialement et plus directement à la curation de l'anémie, à cause de l'activité qu'elle imprime à la circulation, et parce qu'elle réveille puissamment l'action des fonctions digestives. Chez les individus trop faibles pour supporter les douches, les lotions, les frictions au drap mouillé rendent encore d'incontestables services. Les frictions sèches et le massage, agissant dans le même sens, peuvent leur être associés ou s'employer isolément. Enfin les bains de mer joignent, à l'action du froid et de la percussion, celle d'une minéralisation très-forte.

On a tenté d'opposer à l'anémie plusieurs moyens de traitement qui se peuvent comprendre sous le nom d'aérothérapie, et consiste à faire respirer aux malades un air modifié dans ses qualités physiques ou chimiques ; c'est ainsi qu'on peut citer la respiration de l'oxygène pur ou d'un air artificiellement chargé de ce gaz pendant quelques minutes (Demarquay); le séjour fréquent dans l'air comprimé (Tabarié et Pravaz), etc.

A ces divers modes de traitement, il en faut ajouter un dernier : la transfusion. L'expérience a démontré qu'elle est surtout applicable aux cas d'anémie excessive déterminée par une abondante hémorrhagie. Mais quand on a voulu la mettre en usage dans les anémies secondaires, celles, par exemple, qui suivent les longues suppurations, on n'a plus obtenu que des revers.

Indications et contre-indications. — Le choix à faire parmi les divers moyens de traitement qui viennent d'être énumérés doit être guidé par les considérations suivantes : 1° la forme de l'anémie; à l'hydrémie s'adresse le mieux la médication ferrugineuse; à l'anémie vraie, les toniques reconstituants; 2° l'état des voies digestives ou leur aptitude à supporter tel ou tel médicament ; 3° l'état du système nerveux dont l'excitabilité très-grande contre-indique certains moyens (notamment les bains de mer), et dont l'énergie insuffisante oblige, d'autre part, à des ménagements extrêmes dans l'emploi des forces; 4° la prédominance de certains symptômes (palpitations, syncopes, dyspepsie, névralgie, etc.), qui exigent parfois une médication spéciale; 5° les maladies concomitantes qui peuvent, *a*, appeler sur elles les principaux efforts du traitement (ex., hémorrhagie habituelle) ; *b*, rendre plus urgent et plus nécessaire un traitement actif de l'anémie (ex., névrose développée sous l'influence de l'état anémique) ; *c*, exclure certains agents thérapeutiques comme le fer dans l'anémie des tuberculeux, la gymnastique et les bains de mer dans les maladies du cœur ou de certaines affections utérines, les toniques et les excitants de l'estomac dans le cancer de cet organe, etc. Les hémorrhagies fournissent encore quelques indications spéciales. Il est toujours utile de les modérer ; mais quand elles sont anciennes

et très-abondantes, on ne les supprime pas brusquement sans quelque danger, même chez les anémiques (Nélaton). Celles que l'anémie semble favoriser (par exemple les métrorrhagies des chlorotiques), se trouvent toujours bien de la médication ferrugineuse ; par contre, chez quelques sujets, chez certains hémophiles en particulier, l'excitation produite par le fer exagère les pertes de sang, de telle sorte que le médicament augmente l'anémie qu'elle était destinée à combattre.

Traitement de l'eczéma.

Chez les enfants, le docteur Erasme Welson recommande, dans les cas d'eczéma, de petites doses d'arsenic et 5 à 6 centigrammes de calomel dans la soirée, deux fois chaque semaine, comme médication externe il emploi la pommade de zinc, étendue en couches épaisses, et qu'on laisse sur place pendant huit jours. Au bout de ce temps on l'enlève avec une spatule. La guérison arrive ordinairement après quinze jours d'un pareil traitement.

Le prurit causé par l'eczéma et d'autres affections cutanées, est promptement dissipé par une lotion contenant 30 centigrammes de sulfate de zinc par 30 grammes d'eau. (*The Lancet*, mai 1866).

Traitement du céphalématome par l'emploi du collodion.

Voici un mode de traitement ingénieux de céphalématome, indiqué par M. Guinier dans le numéro du 31 mai de la *Revue médicale française et étrangère*. Ce mode de traitement a été préconisé d'abord par le professeur Dumas (de Montpellier). Après une ponction préalable dans le cas de tumeur volumineuse ou même sans autre préliminaire, on étend une couche de collodion sur toute la surface de la tumeur et au-delà. Les jours suivants, nouvelle application de collodion sur les couches précédentes. Bientôt la tumeur décroît et sa diminution la sépare de la calotte de collodion qui la recouvre, et qu'on détache à l'aide de pinces ou de ciseaux. On la remplace par un nouveau badigeonnage de collodion, et l'on renouvelle chaque jour ce pansement jusqu'à disparition de la tumeur, ce qui arrive en moyenne avant le quinzième jour. On peut, de la sorte, causer sur la tumeur une compression modérée, complète, régulière et graduée.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juillet 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— M. Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie, présente un appareil en cuir, moulé sur plâtre, pour traiter les torticolis. Des appareils analogues sont fabriqués dans sa maison depuis 1846.

A propos du procès-verbal :

Accidents dus au chloroforme.

M. DESPRÉS. Je désire m'inscrire contre deux propositions qui ont été émises devant la Société, dans les intéressantes allocutions de MM. Le Fort et Perrin.

M. Le Fort a dit que le meilleur traitement pour rappeler à la vie les malades que le chloroforme met en danger était l'électrisation. M. Perrin a dit que c'était la respiration artificielle qui était le moyen le plus avantageux.

Du moment où la syncope est reconnue l'accident capital qui entraîne la mort pendant l'application du chloroforme, placer la tête dans une position déclive, placer le malade la tête en bas surtout, est le premier traitement à employer. Ce moyen, que M. Nélaton met en usage, enseigne à tous ses élèves comme le meilleur et le plus urgent, et que nous avons vu réussir entre les mains de notre maître, devait être cité avec sa grande valeur dans la discussion sur le chloroforme devant la Société de chirurgie.

M. GIRALDÈS. Le précepte que M. Després rapporte à M. Nélaton a été en particulier bien indiqué par M. Denonvilliers, dans l'ancienne discussion sur le chloroforme.

M. BROCA. Puisque M. le président paraît accorder la priorité à M. Denonvilliers, je dirai qu'elle est incontestablement due à M. Stanski. Mettre la tête en bas est d'ailleurs un bon moyen, mais sa valeur est loin d'être absolue.

M. PERRIN. La priorité appartient bien à M Stanski. Je rappellerai à M. Després que, même dans la discussion actuelle, le moyen dont il parle a été indiqué à son rang et avec sa véritable valeur. On a rappelé qu'il était utile de l'employer, mais du moment qu'il n'est pas suffisant, il faut se hâter d'arriver à autre chose et en particulier à l'insufflation.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations dites congénitales de la hanche.

M. BOUVIER. L'intéressante communication de M. Verneuil comprend deux parties : une de faits, une de raisonnements.

La première partie nous a fait connaître un fait nouveau : c'est que, dans certaines paralysies partielles du membre inférieur, surtout dans celles qui portent sur les muscles fessiers, on peut facilement luxer le fémur en arrière pour peu que l'on pousse la cuisse dans cette direction après l'avoir placée dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. La luxation disparaît dans une attitude opposée. M. Verneuil suppose, quoiqu'il ne paraisse pas l'avoir constaté, que cette luxation pouvait se produire d'elle-même dans certaines attitudes des enfants qu'il a observés.

C'est là un trait de plus à ajouter au tableau qu'on a déjà tracé de la luxation paralytique en général, et de celle du fémur en particulier.

Il en résulte une conséquence importante pour le diagnostic des luxations fémorales, anciennes ou congénitales, de l'enfance. J'avais donné autrefois, après notre regrettable confrère Després, comme signe pathognomonique de ces luxations, la saillie de la tête du fémur à la fesse dans la flexion de la cuisse. Il faudra maintenant se rappeler que, suivant les nouvelles observations de M. Verneuil, cette saillie peut aussi se produire dans le simple relâchement articulaire lié à la paralysie des muscles fessiers, sans déplacement permanent du fémur; ce déplacement ne pourra donc être regardé comme certain que lorsqu'il sera confirmé par d'autres signes.

Dans sa seconde partie, M. Verneuil commence par déclarer erronée, inexacte, l'opinion de ceux qui pensent que la luxation congénitale existe toujours à la naissance. Cela veut dire sans doute que l'on a tort de croire congénitales une partie des luxations réputées telles.

Je répondrai qu'on ne tient une luxation du fémur pour congénitale que lorsque, outre les caractères habituels, mais non exclusifs, de ce genre de déplacement, le commémoratif apprend que l'enfant en a présenté les signes dès qu'il a marché, et qu'il n'a éprouvé antérieurement aucun accident, aucune affection de nature à pouvoir produire cette luxation. Il me paraît naturel de conclure alors que la luxation existait à la naissance. Ce n'est que dans ces circonstances que les auteurs ont attribué la congénialité aux déplacements du fémur, et j'avoue que je ne saurais les en blâmer.

M. Verneuil va plus loin ; il veut qu'on change le langage, qu'on ne fasse plus une classe des luxations congénitales, mais qu'on les dénomme toujours d'après leur cause, qu'elles soient antérieures ou postérieures à la naissance. Aux causes connues de la luxation, notre savant collègue en ajoute une nouvelle, qui serait cette même paralysie des fessiers ou du groupe des muscles pelvi-trochantériens, dont il nous a entretenus dans la première partie. Les faits qu'il nous a communiqués appartiendraient à la première période de cette luxation ; la dernière période revêtirait les caractères cliniques attribués aux luxations dites congénitales, et le nom de *luxation paralytique* devrait désigner celles-ci, lorsqu'elles ne seraient pas le résultat de quelqu'une des autres causes qui peuvent les produire avant ou après la naissance, comme la coxalgie, une violence extérieure, une malformation osseuse, etc.

L'origine des luxations congénitales du fémur n'est pas seulement obscure eu égard à ce qui peut s'accomplir pendant la vie intra-utérine. Leur première phase, après la naissance, n'est guère mieux connue, parce qu'on a trop rarement occasion de l'observer avant l'âge où les enfants commencent à marcher. De là diverses suppositions sur l'état de la hanche avant ce moment. Le plus grand nombre admet que ces luxations sont à la naissance ce qu'on les trouve un an ou deux plus tard. D'autres disent qu'elles sont d'abord incomplètes et ne deviennent complètes que plus ou moins longtemps après la naissance. Pravaz, Richard (de Nancy), ont parlé de luxations analogues aux congénitales, souvent confondues avec elles, qui se formeraient lentement après la naissance, sans coxalgie ni autre affection douloureuse locale.

L'hypothèse de M. Verneuil vient grossir le nombre de ces théories diverses. Est-elle mieux démontrée ?

Notre collègue s'appuie des faits de production lente, tardive de la luxation. J'ai examiné de nouveau, depuis sa communication, les observations de ce genre publiées par Richard (de Nancy), Pravaz et d'autres; je n'en ai pas trouvé une seule dans laquelle il fût hors de doute que la luxation n'existait pas à la naissance.

Qu'il y ait des luxations paralytiques du fémur, on ne peut en douter; je l'ai dit en commençant. Mais il faudrait au moins deux choses pour justifier l'hypothèse de M. Verneuil : 1° que l'on eût vu la luxation temporaire qu'il a décrite passer à l'état de luxation permanente et présenter alors tous les caractères des luxations dites *congénitales*; 2° que l'on trouvât dans celles-ci la paralysie fessière, qui devrait subsister comme le témoignage de leur origine. Quant à moi, je ne l'ai jamais rencontrée dans les cas ordinaires de luxation congénitale du fémur, je veux dire dans les cas exempts de complication. Je conviens qu'elle peut m'avoir échappé ; je la chercherai désormais avec plus de soin; mais, en attendant, je ne puis que faire des réserves sur une question dont la solution attend encore ses preuves.

M. VERNEUIL. Lorsque j'ai fait devant vous l'exposition d'une théorie nouvelle sur l'étiologie des luxations dites congénitales du fémur, je savais bien qu'on me demanderait des preuves, qu'évidemment je n'avais point données. Je vais compléter aujourd'hui ma communication et répondre de mon mieux aux objections que mon honorable collègue, M. Bouvier, a bien voulu m'adresser. Mes arguments seront-ils péremptoires et sans réplique? je ne le crois pas, et j'avoue volontiers que mon opinion est, en plusieurs points, fort discutable. Peut-être aurais-je dû différer encore, et n'arriver devant vous qu'armé d'observations complètes et tout à fait convaincantes. Mais j'ai préféré réclamer votre concours et votre assistance, pour achever l'étude de cette question, ou tout au moins pour l'agiter de nouveau. Ma seule prétention est de montrer que mon hypothèse n'est pas dépourvue de base ni même d'un commencement de démonstration.

Je répondrai d'abord quelques mots à certains reproches. M. Bouvier me dit que les luxations paralytiques sont connues et bien décrites, à la hanche elle-même. Je n'ai jamais cru avoir découvert cette variété de déplacement pathologique, mais je n'ai pas vu davantage qu'on ait songé à établir leur affinité, leur analogie, encore moins leur identité avec les luxations dites congénitales.

En énonçant la possibilité de faire à volonté sortir et rentrer la tête fémorale, suivant l'attitude donnée au membre, par conséquent de produire et de réduire la luxation, il est clair que je diminuais singulièrement la valeur d'un signe considéré jusqu'à présent comme pathognomonique de cette luxation. Je veux parler de la saillie très-apparente que fait la tête quand la cuisse est dans la flexion avec adduction. Ce signe a surtout beaucoup servi à nier la réductibilité et la réduction de la luxation congénitale, et par conséquent à affirmer sa persistance en dépit de tous les traitements orthopédiques. C'était justement ce signe qu'invoquait M. Martin, pour soutenir l'existence d'une luxation que je contestais formellement. J'avais déjà suspecté sa valeur en voyant la petite malade qui nous a été présentée l'année dernière, par M. Pravaz. Sans doute, la tête du fémur proéminait dans la flexion de la cuisse, mais dans l'extension du membre il me paraissait impossible qu'elle ne fût pas dans le cotyle, et je me demandais vainement dans quel point de la fosse iliaque elle pouvait résider, pour se dérober aussi complétement à la recherche. Aussi dirai-je incidemment que je crus alors et crois encore légitimes les prétentions de M. Pravaz fils, qui pense, dans ce cas, avoir obtenu la réduction.

J'ai cherché à montrer que le mot congénitales, appliqué aux luxations de l'enfance, était vicieux parce que les auteurs lui donnaient un double sens; les uns l'appliquant à toutes les luxations observées à la naissance, quelle qu'en soit la cause; les autres, l'appliquant encore à des déplacements qui certainement ne s'effectuent que plus ou moins longtemps après, et dans le cours même de l'enfance. M. Bouvier me reproche d'avoir mal compris les auteurs. J'espérais pourtant m'être clairement exprimé sur ce point de nomenclature. Je sais fort bien qu'à l'autopsie d'enfants morts en naissant, on a trouvé le fémur déboîté. MM. Parise, Broca, Morel Lavallée ont observé de ces cas, et j'en ai moi-même publié un exemple; mais il s'agissait de luxations coxalgiques et non point de ces déplacements qui, plus tard, d'après leurs symptômes et leur marche, sont désignés comme luxations congénitales. En ce qui concerne ces dernières, malgré leur fréquence dans la jeunesse, elles n'ont guère souvent été prouvées par l'autopsie, car je ne pense pas qu'il faille appeler luxations les malformations de la hanche, dans lesquelles la tête ou le col du fémur est absent. Il faut, pour le moins, en faire un genre à part, de même que, dans la classification des pieds-bots, on fait un genre pour les déviations causées par l'absence du péroné ou d'un des os du tarse.

J'ai ajouté qu'il serait au moins singulier d'appeler congénitale une luxation survenant longtemps après la naissance chez un enfant qui, pendant plusieurs mois et même plusieurs années, aurait marché normalement et joui de l'intégrité absolue de l'articulation coxo-fémorale.

M. Bouvier a compris la gravité de l'argument, car il s'est efforcé de mettre en doute les faits de ce genre rapportés par MM. Maissiat, Pravaz et d'autres, il ne les trouve pas concluants. Je vais fournir un nouveau que je viens d'observer et qu'il me paraît difficile de ne point accepter.

Une dame, cliente de M. Bazin, et qui suivait les avis chirurgicaux de Michon et de Martin, vint me consulter pour un enfant de sept ans et demi, affecté de luxation congénitale du fémur gauche. C'est vers l'âge de quinze mois que se montrèrent les premiers symptômes d'une lésion de la hanche, qui aboutit au déplacement qu'on observe aujourd'hui. A la naissance et jusqu'à un an passé, l'articulation fut absolument normale; cette assertion de la mère est entourée d'un cortége de preuves irrécusables, et voici comment.

Cette dame, fort intelligente d'ailleurs et très au courant de la question, est atteinte elle-même, depuis sa plus tendre enfance, d'une double luxation des fémurs; sa démarche en fait foi; elle se maria nonobstant, et mit au monde une première petite fille, âgée actuellement de neuf ans, et qui ressemble beaucoup à son père.

L'hérédité du déplacement originel des fémurs étant démontrée par des faits, les parents étaient fort anxieux; dès les premiers jours, ils firent donc visiter l'enfant. On constata l'intégrité absolue des hanches; de mois en mois l'examen fut renouvelé, et l'on eut soin de consulter successivement les chirurgiens les plus distingués de Paris qui, tous sans exception, nièrent tout déplacement et avec raison, puisque la fillette, âgée de neuf ans aujourd'hui, marche solidement et n'a jamais boité.

Une seconde fille naquit dix-huit mois environ après son aînée; elle était chétive et tenait manifestement de la mère. Les craintes de celle-ci se renouvelant, on procéda de la même manière, et de mois en mois, on explora très-attentivement les membres inférieurs, résultat absolument négatif pendant quinze mois. A cette époque, et aux premiers essais de marche, on remarqua de la faiblesse et de la claudication; on prescrit des moyens divers qui n'empêchent pas la luxation de se produire, ce qui fut facilement constaté par tous ceux qui jusqu'alors avaient rassuré si formellement la mère.

N'est-il pas évident, qu'en pareil cas, l'articulation est restée longtemps indemne et n'a commencé à se disloquer que tardivement; or, puisque, en général, on ne reconnaît les luxations dites congénitales que vers l'âge de deux ans ou plus tard encore, qui pourrait affirmer qu'au sortir du sein de la mère les enfants sont déjà infirmes, quand rien ne le démontre et alors que les signes d'un déplacement du fémur sont si faciles à constater chez l'adolescent et l'adulte.

M. Bouvier reconnaît avec moi que les diverses causes assignées aux luxations dites congénitales sont fort obscures. Le champ, dit-il, est ouvert aux hypothèses, je n'ai fait qu'en ajouter une à celles qui existaient déjà, mais je n'ai rien prouvé, et la paralysie des muscles fessiers reste à démontrer; pour sa part, M. Bouvier ne l'a jamais observée. J'ai été plus heureux, sans parler des cas invoqués dans ma communication première, où j'avais constaté la coïncidence remarquable entre l'atrophie de la fesse et la saillie considérable de la tête fémorale dans la flexion de la cuisse. J'ai retrouvé cette atrophie dans des cas de luxation permanente bien confirmée; et d'abord chez la petite fille de sept ans et demi, dont je viens de raconter l'histoire, puis chez une autre fille de quatre ans que j'ai examinée publiquement dans mon service de Lariboisière; ici la luxation est double et la tête se laisse percevoir au toucher dans toutes les attitudes.

Cette atrophie, cette faiblesse, cette paralysie plus ou moins complète des muscles fessiers, est facile à constater dans le cas de luxation unilatérale, par la comparaison avec le côté sain qui conserve sa forme et sa vigueur accoutumées. La chose est plus malaisée dans les luxations doubles où ce critérium manque, et où la saillie de la tête semble plutôt augmenter que diminuer le volume des fesses. Voici pourtant comment on reconnaît l'atrophie en question : 1° en saisissant entre les doigts la saillie fessière, on ne trouve qu'une masse molle, au centre de laquelle aucun faisceau musculaire ne s'accuse par la contraction; 2° en exagérant la saillie de la tête, on sent celle-ci très-superficiellement sous la peau doublée seulement de son pannicule graisseux ; 3° à l'aide de l'électricité, on provoque à peine quelques mouvements d'extension de la cuisse, et l'on ne voit pas la fesse s'élever et se rétrécir transversalement, comme cela arrive quand la région est fournie de muscles sains; dans l'atrophie unilatérale, le contraste entre les deux côtés est extrêmement évident; 4° à défaut d'électricité, quelques explorations fort simples démontrent le même fait. On sait que la région anale et le pli interfessier sont d'une grande sensibilité. Le moindre attouchement, la plus petite douleur, provoquent, par action réflexe, la contraction énergique des muscles et surtout celle du grand fessier; les deux fesses se rapprochent, font saillie et un méplat très-évident se dessine au côté externe. Or j'ai vu et fait voir que, dans le cas de luxation congénitale unilatérale ou double, le côté affecté ou les deux à la fois restent immobiles alors même qu'on pique ou qu'on pince, en un mot qu'on irrite faiblement ou fortement les ligaments des régions anales ou interfessières.

Il est donc démontré pour moi que l'atrophie et l'affaiblissement des muscles fessiers existent : 1° dans le cas où, sans être luxée d'une manière permanente, la tête fémorale quitte le cotyle et y revient, suivant l'attitude ; 2° dans le cas où la luxation dite congénitale est permanente et réalisée depuis longtemps. Enfin j'ai constaté que cette lésion des fessiers n'est pas isolée et qu'elle se retrouve d'ordinaire sur l'ensemble des muscles du membre inférieur, qui sont plus grêles, moins énergiques que d'ordinaire et surtout que ceux du membre opposé, quand l'infirmité est bornée à un seul côté. Reste à appuyer la dernière partie de l'hypothèse, c'est-à-dire la relation de cette paralysie avec la luxation congénitale du fémur et avec la paralysie dite essentielle de l'enfance. Ici je reconnais l'insuffisance de mes preuves qui, pour la plupart, sont seulement indirectes et procèdent de l'induction.

Et d'abord, nulle difficulté pour admettre qu'à la suite de la paralysie de l'enfance, un groupe musculaire circonscrit peut rester frappé de débilité et d'atrophie consécutive. Ce fait est, je crois, surabondamment démontré pour les muscles moteurs du pied, ce qui donne naissance aux pieds-bots paralytiques, et aussi pour le groupe musculaire qui entoure l'articulation scapulo-humérale, deltoïde sus-épineux, etc., ce qui engendre dans cette jointure un diastasis décrit sous le nom de luxation congénitale de l'humérus. Dans cette dernière affection deux faits sont évidents : le relâchement des ligaments et des muscles périarticulaires, puis la perte de rapport des surfaces diarthrodiales. Cependant la cavité glénoïde et la tête humérale restent, sauf l'écartement, dans des rapports de direction à peu près normaux. Mais supposons qu'on fasse marcher à quatre pattes un sujet atteint de la sorte, la capsule incessamment pressée en haut, en arrière et en dehors par la tête, et n'étant plus soutenue par les muscles, la capsule, dis-je, céderait lentement, et nous verrions se produire graduellement une luxation sous-épineuse qui représenterait exactement la luxation du fémur dans la fosse iliaque externe.

Admettons *a priori* la paralysie du groupe pelvi-trochantérien, et nous nous expliquons sans peine ses conséquences ultérieures. L'extension de la cuisse sur le bassin devient difficile. La tête fémorale tend incessamment à presser sur la partie postérieure de la capsule ; celle-ci n'étant plus soutenue par les muscles contenteurs se dilate lentement en arrière et devient très-lâche. La tête est imparfaitement maintenue contre le fond du cotyle, et dans les mouvements de flexion glisse peu à peu en arrière ; dans l'extension, elle reprend sa place. La répétition continuelle de ces migrations augmente l'élongation du ligament orbiculaire et du ligament rond. Le sourcil cotyloïdien se déprime et s'échancre, ou bien la tête, un beau jour, le franchit et s'installe définitivement dans la fosse iliaque.

Ainsi s'explique la marche lente du mal, l'élongation de la capsule qui ne saurait être, à coup sûr, ni primitive, ni instantanée ; enfin cette longue préparation qui est nécessaire pour que la tête du fémur puisse abandonner sa cavité de réception.

Tout cela, j'en conviens, ne prouve pas encore la relation intime entre la paralysie essentielle et la luxation ; j'ai en ce moment, dans mon service, une malade dont je rapporterai l'observation et qui servirait à confirmer mon hypothèse ; c'est une fille de vingt-deux ans qui fut affectée, à l'âge de trois ans, de convulsions. Il en résulta un pied-bot qui fut traité par la ténotomie, et dont il reste actuellement encore des traces assez évidentes pour qu'on reconnaisse sans peine la variété paralytique. Or le membre tout entier est atteint d'atrophie, et l'extrémité supérieure du fémur est luxée dans la fosse iliaque.

M. Bouvier, reconnaissant la possibilité de l'atrophie des muscles fessiers, me demande si, au lieu d'être primitive et cause de la luxation, elle ne serait point consécutive et par conséquent effet du déplacement ; or je ne puis répondre à cette question ; il y a là hypothèse de sa part comme de la mienne ; mais comme, en d'autres régions, la paralysie primitive est évidemment démontrée comme cause de déplacement consécutif, j'incline à penser qu'il en est de même à la hanche.

Au reste, et en terminant, je ne puis que remercier M. Bouvier d'avoir bien voulu répondre à mon appel et me faire des objections dont je tiendrai compte. Dans un sujet aussi difficile, on ne saurait avoir la prétention d'arriver d'emblée à la vérité ; j'ai exposé mes doutes, mes incertitudes sur un point qui paraissait clair et qui ne l'est pas. J'ai fait des efforts pour introduire dans le débat un élément nouveau ; l'observation ultérieure montrera si j'ai eu tort ou non de faire un rapprochement entre la paralysie de l'enfance et certains déplacements du fémur, que les causes admises jusqu'à ce jour n'expliquent point d'une manière satisfaisante.

M. BOUVIER. M. Verneuil vient d'ajouter, aux faits déjà connus de claudication tardive, un cas qui lui est personnel. Rien ne semble plus probant, et cependant j'affirme que l'enfant avait une luxation dès la naissance. Comment admettre que cet enfant, scrupuleusement examiné tous les mois, au quatorzième comme aux autres, et qui boite dès qu'il essaie de marcher, c'est-à-dire au quinzième mois, ait eu une luxation justement produite dans l'intervalle du quatorzième au quinzième mois. Ce fait prouve une fois de plus que le diagnostic des luxations de naissance est fort difficile à établir dans les premiers mois. Des chirurgiens très-habiles s'y trompent, et j'ai trop souvent été témoin de faits semblables pour ne pas avoir à ce sujet une conviction bien arrêtée.

Je me suis bien gardé de mettre en doute la paralysie et l'atrophie des fessiers. J'ai dit que je ne l'avais jamais rencontrée ; j'ai pu me tromper ; les faits que nous annonce M. Verneuil sont de nature à m'engager à vérifier de nouveau un fait sur lequel je me croyais édifié. Je veux seulement faire observer à mon honorable collègue que rien ne prouve que la paralysie qu'il a constatée fût primitive. La luxation a pu se faire d'abord et l'atrophie lui succéder, être l'effet et non la cause, comme le voudrait M. Verneuil. On comprend d'ailleurs qu'un sujet atteint de déplacement congénital du fémur ne soit pas à l'abri de la paralysie de l'enfance et que les deux affections puissent être constatées chez le même sujet. Ce sont des hypothèses, j'en conviens, mais M. Verneuil lui-même n'est pas encore en mesure de donner la preuve de ce qu'il avance.

Je n'aurais plus rien à répondre si M. Verneuil n'avait paru justifier les prétentions de M. Pravaz fils, relativement au sujet qu'il nous a présenté comme jouissant des bénéfices d'une réduction. J'ai fait à ce sujet un rapport très-attentif et très-modéré. J'ai contesté la réduction ; les membres de la commission ont partagé mon avis ; nous avons établi devant la Société, qui a approuvé le rapport, qu'il n'y avait pas eu réduction et je le maintiens.

M. VERNEUIL. L'argumentation de M. Bouvier, relative à la très-grande difficulté du diagnostic des luxations congénitales dans les premiers mois de la vie, pourrait être employée contre lui. Si la luxation est aussi difficile à reconnaître, comment peut-on affirmer qu'elle existe dès la naissance?

Je crois que l'observation a été trop nettement provoquée, trop répétée et trop attentive dans le cas que j'ai cité, pour que l'on n'admette pas que, chez cet enfant, la luxation s'est produite après la naissance.

M. Bouvier me fait encore observer que la luxation peut avoir précédé la paralysie musculaire ; je suis disposé à l'accorder pour certains cas. Mais ne connaissons-nous pas des déviations qui, comme le pied-bot paralytique, succèdent incontestablement à la perte d'action des muscles ?

J'ai disséqué plusieurs fois des luxations anciennes : on trouve, après bien longtemps, des muscles encore pourvus de fibres. Et cependant, chez un enfant de trois ans, l'examen ne m'a pas permis de reconnaître la faculté contractile. Si l'on admet dans ce cas une atrophie consécutive, il faudrait accepter qu'elle s'est bien rapidement produite.

M. TRÉLAT. Le langage chirurgical est bien loin d'avoir toute la précision désirable dans le sujet en question.

M. Verneuil cherche à prouver que, dans le groupe des luxations dites congénitales, il en est qui sont dues à une paralysie des fessiers. Ce sont, à vrai dire, des luxations paralytiques de l'enfance.

L'épithète de congénitale devrait, par contre, être appliquée à toutes les luxations de naissance, quelle qu'en soit la cause. Si elles étaient dues à une coxalgie, par exemple, ce seraient des luxations congénitales coxalgiques. M. Verneuil les écarte au contraire du groupe des luxations congénitales ; je crois que c'est à tort et qu'une luxation est congénitale par cela même qu'elle existait avant la naissance.

M. VERNEUIL. Il est, à mon avis, bien préférable de prendre pour base de classification, la cause et non l'époque d'apparition de la luxation.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

270. Études sur le Sénégal d'après des observations recueillies pendant une campagne de deux ans sur la côte occidentale du Sénégal, par M. E. Mondot.
271. Étude sur le goître épidémique, par M. A. Saillard.
272. De l'avortement, par M. Chevaillier.
273. De l'étranglement intestinal, par M. B. Anger.
274. Du cancer de la langue et de son traitement, par M. E. Miallet.
275. Quelques mots d'hygiène et de médecine sur une expédition au Fouta, en janvier et février 1863, par M. F. Lelarge.
276. Essai sur l'ulcère simple du duodénum, par M. P. Morot.
277. De l'infection paludéenne, par M. A. Juffin.
278. De la variole et du vaccin chez les nouveau-nés à l'hospice des Enfants assistés pendant l'année 1864, par M. Brière.

Nous apprenons à l'instant que M. le professeur Grisolle est assez gravement malade.

— Rien de nouveau sur le choléra.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ. — M. TRÉLAT.

Phlébite cérébrale et méningée, dans l'état puerpéral.

Rétrécissement du bassin. — Crâniotomie. — Céphalotripsie. — Intoxication puerpérale à marche lente. — Mort. — Autopsie. — Ovarites suppurées. — Péritonite circonscrite (iliaque et pelvienne). — Phlébite de la veine ovarique droite, de la veine cave inférieure, des veines iliaques et crurales. — Phlébite des veines méningées, cérébrales, du sinus longitudinal supérieur. — Hémorrhagie cérébrale double, etc.

(Observation recueillie par M. CHANTREUIL, interne.)

Il y a bientôt vingt ans, M. le docteur Ducrest insérait dans les *Archives de médecine*, cette phrase : « La phlébite se développe rarement dans le cerveau et les méninges des femmes « en couche, du moins ne l'ai-je rencontrée que cinq fois sur « deux cent cinquante-neuf cerveaux que j'ai examinés, à la « maison d'accouchements. » (Ducrest, *Arch, gén. de médecine*, 4e série, tome XV, page. 1, 1847, de la phlébite cérébrale et méningée chez les femmes en couche.)

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies puerpérales, soit avant soit après Ducrest, ne paraissent pas avoir plus souvent rencontré la phlébite encéphalique et méningée.

L'attention des médecins avait été attirée, sur ce sujet, par une observation de Ribes, publiée en 1825, et surtout par le travail de Tonnelé, sur l'inflammation des sinus de la duremère (*Gaz. heb.*, 1829); mais les faits cités dans ce travail, sont en dehors de l'état puerpéral. Il est vrai que dans une note, cet auteur dit avoir vu deux cas de phlébite des sinus crâniens, dans le service de M. Désormeaux, à la Maternité; seulement il n'en fait pas connaître les observations, et c'est en vain qu'on les recherche dans sa thèse sur « les fièvres puerpérales observées à la Maternité, en 1830. »

Si nous lisons les observations contenues dans le travail de Dance sur la phlébite puerpérale (1829); dans les thèses inaugurales de M. Alexis Moreau (1844), de MM. Lefebvre-Lacazette (1847), de M. Amédée Chanier (1855), de M. Tarnier (1857), sur la fièvre puerpérale ; si enfin nous cherchons dans les ouvrages plus modernes, dans les leçons cliniques de M. le professeur Béhier (1864), dans le traité de Churchill (traduction de MM. Wieland et Dubrisay, 1866), nous ne trouvons pas de cas où l'autopsie ait révélé les lésions de la phlébite encéphalique et méningée, et cependant, dans la plupart des nécropsies, le crâne a été ouvert.

Nous avons trouvé, dans les *Archives de médecine* (5e série, 1857, tome X, page 2), un fait qui, sans être identique à celui que nous allons produire, est très-analogue; c'est un cas de phlébite des gros troncs veineux du cou après l'accouchement.

D'après le résultat de ces recherches, nous sommes fondés à croire que cette lésion n'est pas très-commune, et c'est cette rareté relative qui nous a engagé à publier cette observation, du reste assez complexe, mais dont nous dégagerons le fait sur lequel nous désirons appeler l'attention.

La femme H..., primipare, entre à la Maternité le 24 janvier 1866, enceinte de huit mois environ. Enfant vivant, bruits du cœur en bas et à gauche. Angle sacro-vertébral accessible, diamètre sacro-souspubien, 92 millimètres sans réduction.

Le travail de l'accouchement commença le 20 février au soir. A onze heures, l'orifice utérin souple et épais était ouvert de 2 centimètres, membranes intactes, bruits du cœur normaux, sommet élevé en première position. Contractions utérines faibles et rares. Toute la nuit et la matinée du lendemain se passèrent sans que le travail progressât sensiblement. A onze heures du matin, le 21 février, on fit la rupture artificielle des membranes. Le liquide amniotique peu abondant était coloré en vert. Néanmoins, les contractions utérines restèrent insuffisantes; la dilatation avait à peine doublé depuis la veille (2 à 4 centimètres). Les bruits du cœur fœtal devenaient irréguliers, et la femme était visiblement fatiguée. A cinq heures du soir, le travail durant alors depuis vingt heures, M. Trélat, qui avait été mandé, jugea nécessaire de terminer l'accouchement. Après avoir fait quatre incisions sur le pourtour de l'orifice, il appliqua le forceps. Des tractions soutenues et énergiques faites à tour de rôle par ce chirurgien et par nous, ne produisirent aucun résultat. La tête du fœtus conservait sa position sans aucun changement. En face de cet insuccès, et les bruits du cœur fœtal offrant alors une irrégularité des plus prononcées, faiblesse, accélérations et silences; M. Trélat perfora le crâne et appliqua le céphalotribe. L'extraction fut opérée sans difficulté; petite déchirure au périné; trois serres-fines; délivrance naturelle. L'enfant à terme (fille), pesait 2,220 grammes sans compter la portion de substance cérébrale évacuée.

La femme H... fut transportée, après son accouchement, salle Sainte-Adélaïde, n° 3 (service de M. Trélat).

Le 22 février, lendemain de son accouchement, pouls à 96, chaleur modérée à la peau, langue humide, pas de garde-robe depuis la veille. Miction facile, lochies normales.

Prescription. — Bouillons, potages, thé sp. 2 p., trois injections à l'eau simple. Même état et même traitement jusqu'au 26 février.

Le 26, pouls à 100, peau chaude, langue blanche; douleur dans la fosse iliaque gauche, surtout marquée à la pression; lochies normales, miction facile, une garde-robe, à la suite d'un lavement émollient.

Prescription. — Six ventouses scarifiées *loco dolenti;* cataplasme laudanisé sur l'abdomen. Trois injections à l'eau-de-vie camphrée; régime, une portion.

Le 27, insomnie et douleurs dans la région iliaque droite.

Prescription. — Six ventouses scarifiées sur cette région; cataplasme laudanisé.

Le 28, pouls à 80; lochies normales, douleurs abdominales persistantes.

Julep morphiné : potion au citrate de magnésie, 25 grammes.
Tisane de groseille : une portion.

Le 1er mars, quatre selles liquides; douleurs abdominales moins aiguës.

Le 4, nuit sans sommeil à cause de la reprise de l'intensité des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Prescription. — Nouvelle application de ventouses scarifiées; cataplasme laudanisé ; injections : eau-de-vie camphrée. Régime : une portion ; Bordeaux, 120 grammes; groseille, 2 p.

Le 8, on constate dans la fosse iliaque droite un empâtement assez considérable, plongeant dans l'excavation pelvienne et s'étendant jusqu'à la partie antérieure et latérale droite du vagin, au niveau de l'insertion de ce conduit sur l'utérus. Douleurs vives, quatre selles diarrhéiques; face pâle; parole saccadée.

Du 9 au 20, persistance des mêmes phénomènes.

Le 20, pouls à 104, peau chaude, langue blanche, sommeil nul, douleurs très-vives dans la fosse iliaque droite. M. Trélat, en déprimant la paroi abdominale antérieure, au niveau de cette région, constate une fluctuation profonde. On pouvait également percevoir la fluctuation en plaçant, d'une part, la main gauche sur la tumeur, au niveau de la fosse iliaque droite, tandis que l'index de l'autre main déprimait la saillie qu'elle faisait dans le cul-de-sac latéral droit du vagin. Ponction faite dans le cul-de-sac, évacuation d'une petite quantité de pus; sonde en gomme introduite dans le foyer et laissée à demeure pendant le jour et la nuit suivante. Pendant plusieurs jours, écoulement de pus mélangé aux liquides vaginaux. Amélioration locale, douleurs moins vives; cependant état général peu satisfaisant. Pouls à 104, anorexie, insomnie, assoupissement, diarrhée.

Le 26, douleur débutant par la cuisse droite et s'étendant à tout le membre. Pas d'œdème, mais la pression, sur le trajet de la veine fémorale, de la veine poplitée et sur les muscles du mollet, est douloureuse.

Le 27 et le 28, l'œdème se manifeste. Cordons veineux appréciables au toucher. Douleurs plus intenses. Le membre inférieur gauche est pris consécutivement de douleurs et d'œdème présentant les mêmes caractères.

Prescription. — Ouate et laudanum sur les membres inférieurs.

Julep avec { ext. de q. q. : 2 gr. / sp. ratanhia : 30 —

Le 29, on substitue au laudanum l'onguent napolitain opiacé. Les membres sont placés sur un plan incliné de manière que le pied soit la partie la plus élevée. Aucun fait notable ne se produit jusqu'au 4 avril.

Le 4 avril, apparition de douleurs au niveau de l'hypochondre droit.

Prescription. — Application de quatre ventouses sèches.

Douleurs persistant les jours suivants, surtout marquées quand on exerce une pression sur la région.

Le 8 et le 9, la malade se plaint à chaque visite de douleurs de tête.

Le 10, pouls à 100. Peau chaude. Céphalalgie intense. Vers le soir perte de connaissance pendant quelques minutes; puis mutisme absolu, auquel succède un embarras très-marqué de la parole. Hémiplégie faciale, contracture des membres.

Dans la nuit du 10 au 11, résolution complète des muscles des membres supérieurs et inférieurs.

Le 11, à la visite du matin, la malade a l'air hébété et n'entend que difficilement; la face est agitée; du côté gauche de petites convulsions momentanées. Selles involontaires. Miction idem. Pupilles dilatées et immobiles. Strabisme. État demi comateux dont on ne peut tirer la malade que par des questions brusques et faites à très-haute voix. Pouls à 100.

Prescription. — Sinapismes.

Le 12, mort à trois heures du matin.

Autopsie. — Si on ouvre l'abdomen, on ne trouve pas de péritonite généralisée, pas de liquide plastique ou purulent baignant toutes les circonvolutions intestinales. La lésion principale est la suppuration des ovaires. L'ovaire droit surtout est volumineux (de la grosseur d'un œuf de poule), bosselé à sa surface. En l'incisant, une quantité considérable de pus sortit de sa cavité distendue par ce liquide. L'ovaire gauche était également enflammé et contenait du pus, mais il était bien moins volumineux. Autour de l'ovaire droit, il existait de la péritonite circonscrite suppurée; le foyer se propageait dans

---

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN (1).

I. — CONDITIONS SOCIALES DES MÉDECINS. (*Suite.*)

Dans cette revue, aussi rapide que possible, des diverses conditions sociales que pouvaient avoir les médecins, nous avons omis tous les détails qui ne nous semblaient point essentiels; nous aurions encore beaucoup à dire; mais nous craignons déjà d'avoir fatigué l'attention. D'ailleurs si nous voulions aller jusqu'aux limites de ce sujet, nous ne saurions où nous arrêter, puisque personne ne rencontrait d'obstacle à pratiquer la médecine. Il suffisait d'oser, et le hasard aidant, on pouvait devenir en vogue. Cette perspective était trop brillante pour que le corps médical ne fût pas encombré par le nombre de ceux qui tentaient la fortune. Les plus heureux gagnaient des millions; car sous les premiers empereurs on pouvait faire marché à l'avance, et le malade qui s'adressait à quelque praticien célèbre, aurait promis toute sa fortune, si celui-ci l'eût exigé.

Lorsque le marseillais Charmis demanda 200,000 sesterces pour entreprendre la guérison d'un provincial qui croyait en lui, il fit acte de modération; non moins que Stertinius en se contentant de 500,000, comme pension annuelle, pour soigner la santé du prince (1). Crinas, un autre marseillais, qui consultait les astres sur les traitements à suivre, après avoir fait reconstruire les murs de sa ville natale et de plusieurs autres cités avec le prix de ces conseils, laissait encore 10 millions de sesterces à partager entre ses héritiers.

Voilà l'idéal qui séduisait plus d'un intrigant sans ressources, la vocation qui l'attirait. S'il réussissait, à sa mort il faisait graver sur le marbre, en guise de trophées, l'indication des sommes qu'il s'était procurées par l'exercice de son art. S'il échouait, s'il restait confondu parmi ces médecins pauvres soignant des pauvres dont Galien parle (2), il s'en consolait aisément, car il pouvait toujours entreprendre quelque métier plus lucratif, et le temps qu'il avait perdu pour ses études était trop court pour qu'il eût à le regretter.

Il ne s'agit pas ici bien entendu de tous les médecins de l'empire; mais seulement de ceux qui mettaient l'absence de diplôme à profit.

Si tous avaient été semblables, on n'aurait pas vu soulever dans les écoles de rhéteurs une question de prééminence qui s'y discutait journellement comme thèse délicate de controverse (3) : celle de savoir qui pouvait rendre le plus de services à sa patrie, d'un orateur qui la dirigeât par son éloquence, d'un philosophe qui formât les mœurs publiques, ou finalement d'un médecin.

Heureusement il en existait d'autres, consciencieux et savants à la fois, qui se plaignaient amèrement du voisinage de ces intrus.

C'était Galien, c'était Oribase qui leur reprochait de prendre un titre dont à peine ils avaient appris tel ou tel accessoire servile; Soranus d'Ephèse qui les accusait de déshonorer la profession, et de l'exposer à la risée publique (1); ceux en un mot dont le temps a respecté les œuvres, et qui, sous une forme ou sous une autre, portent les mêmes témoignages contre la plupart de leurs confrères.

Ces témoignages ne sont pas suspects. Ils nous apprennent que les mêmes abus, sous le régime du libre exercice se perpétuèrent malgré tous les efforts que l'on fit pour y mettre un terme, et nous verrons quelle fut l'énergie des mesures qu'on essaya.

Il était passé en proverbe de dire que certains médecins ignoraient tout, moins un seul remède qu'ils appliquaient à tout venant, sans s'occuper des différences de maladies, de constitutions, de sexes ou d'âges. On trouve cette phrase répétée encore à l'agonie de l'empire par saint Jérôme, Ænée de Gaza (2) et d'autres Pères de l'Église.

Du reste, il faut avouer qu'à cette dernière époque les circonstances au milieu desquelles la médecine s'exerçait et dont nous devons dire quelques mots avant de terminer ce chapitre, étaient moins que

(1) Voir nos numéros des 21, 26, 28 juin et 12 juillet 1866.

(1) Plin. *hist. nat.*, lib. XXIX, passim.

(2) Galen. *De comp. pharm. sec. loc.*, lib. VI. *Satis enim scio, non solùm multos pauperes esse medicos, sed et qui ab ipsis curantur.* — *Id.*, lib. VI, cap. III.

(3) Quintil. *Instit. orat.*, lib. VII, cap. II. *Qui tres liberos habebat, oratorem. philosophum, medicum, testamento quatuor partes fecit et singulas singulis dedit, contendunt ; qui primus dicat incertum est, etc.*

(1) Galen., *loc. cit.* — Oribas, *Euporiston ad Eunap. pr.* — Soran., *in art. med. isagog.*, c. iv.

(2) Hieronim., *liber contra Joan. Jerosol.* Æneas Gazaï, *Theophrastus.*

l'excavation et avait des rapports assez immédiats avec le cul-de-sac latéral droit; en un mot péritonite iliaque et pelvienne du côté droit.

Enfin au niveau des hypochondres, on trouve aussi des traces de péritonite localisée, toute récente, constituées par des fausses membranes peu adhérentes, minces, transparentes, allant de la paroi abdominale antérieure au foie, à la rate, etc.

L'utérus est revenu presque à son volume normal. Aucune trace de phlébite dans les veines utérines. La surface interne de l'organe présente une teinte ardoisée.

Gras à la coupe. Petites granulations jaunâtres. Quelques conduits biliaires distendus par la bile. Pas d'abcès métastatiques.

Rien, si ce n'est les adhérences signalées.

A la surface de la substance corticale, magnifique injection des étoiles de Verheyen. Si on fait une coupe suivant la longueur de l'organe, on voit que la substance corticale est décolorée; cette pâleur persiste dans les prolongements qu'elle envoie entre la substance médullaire.

Voici les lésions des veines :

La veine ovarique droite a des parois verdâtres, épaissies; elle contient dans son intérieur un caillot jaunâtre dans certains points, verdâtre dans d'autres. Le caillot remonte jusqu'à l'embouchure de la veine ovarique, dans la veine cave inférieure; à ce niveau la veine cave elle-même contient un magma épais, jaunâtre, qui se prolonge de quelques centimètres dans sa partie supérieure et qui se continue dans toute sa portion inférieure où il se modifie. Dans les veines iliaques et crurales de chaque côté, on trouve aussi les lésions qui caractérisent la phlébite. Caillots adhérents, les uns jaunâtres fibrineux, les autres noirâtres : quelques-uns de ces caillots ont subi une transformation particulière qui consiste dans un ramollissement et dans une teinte jaunâtre spéciale; cette modification du caillot est considérée comme purulente suivant les uns, graisseuse dite régressive suivant les autres. Quoi qu'il en soit, les caillots se prolongeaient des veines fémorales dans les veines poplitées et les veines de la jambe. Les parois des vaisseaux étaient épaissies et ressemblaient à celles des artères.

Après avoir ouvert la boîte crânienne, on trouve des reliefs assez volumineux, à la surface de la dure-mère qui tapisse la face supérieure du cerveau. Ces reliefs, à reflets bleuâtres, sont formés par des portions de veines dilatées rampant dans l'intérieur de cette membrane d'enveloppe avant de pénétrer dans le viscère lui-même. En ouvrant ces reliefs, on trouve que leur contenu se compose de caillots tantôt noirâtres le plus souvent jaunâtres, fibrineux adhérents aux parois épaissies des veines. Les veines, qui d'une part plongent dans la substance encéphalique où l'on peut suivre les caillots, vont d'autre part aboutir au sinus longitudinal supérieur, lui-même oblitéré par un caillot occupant toute sa longueur. Ce caillot est noirâtre vers la partie moyenne de son étendue, mais il est décoloré, jaunâtre, résistant dans le reste de la longueur du sinus. On ne trouve ces lésions anatomiques qu'au niveau de la face supérieure du cerveau. Rien à la base.

Après avoir enlevé la dure-mère, on voit une surface lisse, polie, maculée de taches rouges, sur lesquelles un courant d'eau n'a aucune influence. Ces taches sont dues à du sang situé sous l'arachnoïde viscérale (hémorrhagie méningée). Si on veut enlever la pie-mère on constate que celle-ci est adhérente, de sorte qu'on enlève en même temps les portions les plus superficielles de la masse cérébrale. Après avoir enlevé la pie-mère, on constate que la substance grise des circonvolutions de la face supérieure des lobes antérieurs du cerveau, est infiltrée et criblée, pour ainsi dire, de petits points hémorrhagiques, tellement nombreux et rapprochés, que leur ensemble présente une teinte uniforme, au milieu de laquelle on ne peut distinguer çà et là que quelques points de substance intacte. Si on fait les différentes coupes horizontales, qui constituent les centres de Vicq d'Azyr, on retrouve les mêmes lésions qui caractérisent le ramollissement rouge ou l'apoplexie capillaire de M. Cruveilhier, jusqu'à ce qu'on arrive au centre ovale de Vieussens. A ce niveau tout piqueté disparaît à la partie interne de chaque hémisphère, pour apparaître à la partie externe, autour d'une lésion plus considérable (véritable foyer hémorrhagique), mais il est bon alors de distinguer ce qui se passe à droite et à gauche.

A gauche, le foyer est constitué par une série de caillots noirâtres assez volumineux et mêlés à des détritus de substance encéphalique ramollie, le tout formant une masse grosse comme un œuf de pigeon occupant toute la hauteur du lobe antérieur.

A droite, les mêmes coupes horizontales font arriver aussi sur un foyer hémorrhagique, plus considérable encore que le précédent et situé également dans l'épaisseur du lobe antérieur. On y trouve un grand nombre de caillots noirâtres, résistants, quelques-uns présentant des ramifications, ce qui fait voir que les veines lésées aboutissent au foyer; tous ces caillots sont entremêlés de substance cérébrale ramollie et altérée. Enfin autour du foyer la substance blanche présente une teinte jaune verdâtre et une fluidité qui sont l'indice d'un ramollissement extrême et probablement de la suppuration de la masse périphérique. Les parties centrales du cerveau, couches optiques, corps striés, et le cervelet sont intacts. Un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules.

Poumons. — Les poumons sont emphysémateux, congestionnés dans une grande partie de leur masse, donnant à la coupe une surface d'un rouge vermillon; il sort des bronches une grande quantité de liquide spumeux accompagné, dans les dernières divisions bronchiques, de petites gouttelettes de muco-pus.

Cœur. — Volume normal. Parois légèrement chargées de graisse.

Cette observation comprend deux parties : la partie obstétricale et la partie médicale; l'accouchement et les suites de couche ; c'est sur ces dernières que porteront nos réflexions.

Ce qui frappe d'abord, c'est la durée de la maladie (50 jours). Chez la femme H.... les accidents puerpéraux s'éloignent du type morbide, observés chez les autres accouchées, par la lenteur de leur marche et aussi par les particularités qu'ils présentent. La suppuration des ovaires, la péritonite circonscrite, la phlébite, furent d'une manière générale les lésions trouvées à l'autopsie.

L'utérus était sain; le point de départ paraît être l'inflammation des ovaires plus marquée à droite qu'à gauche. Et c'est cette ovarite qui devient probablement la source de la péritonite circum-ovarique (iliaque et pelvienne) et aussi de la phlébite de la veine ovarique droite, se propageant à la veine cave inférieure, aux veines iliaques, crurales, etc.

Quant à la phlébite des sinus, des veines méningées et cérébrales, nous devons à son égard nous poser plusieurs questions. D'abord, est-elle isolée, ou bien est-elle le résultat de la propagation de l'inflammation? La première supposition nous parait la vraie. Et ensuite est-elle primitive ou consécutive? Pour certains auteurs, la lésion des veines serait le phénomène initial et la formation des caillots le phénomène secondaire. Pour d'autres, au contraire, la phlébite, quand elle existe, serait presque toujours consécutive à la production de thromboses veineuses, survenant volontiers dans l'état puerpéral; sous l'influence d'une modification dans la composition du sang, désignée par le nom d'inopexie.

Quoi qu'il en soit, nous trouvons réunis chez notre malade, tous les accidents consécutifs à l'oblitération des sinus et des veines encéphaliques : l'hémorrhagie méningée, signalée par MM. Tonnelé, Andral et Cruveilhier; le ramollissement rouge avec apoplexie capillaire de Cruveilhier; l'hémorrhagie cérébrale en foyer, comme il en existe plusieurs exemples dans les observations de M. Ducrest; enfin l'encéphalite autour du foyer hémorrhagique.

M. le docteur Proust, dans sa thèse d'agrégation (1866), a consacré un chapitre aux ramollissements par phlébites et thromboses, des sinus et des veines du cerveau; cet auteur fait remarquer que ce ramollissement s'accompagne souvent d'hémorrhagie superficielle sous-arachnoïdienne et aussi d'hémorrhagie profonde cérébrale. Il ajoute qu'il n'est pas rare d'observer des lésions symétriques placées sur les deux hémisphères, lorsqu'il y a oblitération du sinus longitudinal supérieur ; c'est bien là le fait de notre malade. Les parties centrales au contraire sont intactes.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur les symptômes, si ce n'est qu'ils sont différents de ceux qu'on observe dans l'infection purulente.

Le diagnostic de la phlébite des sinus de la dure-mère et des veines du cerveau, est difficile pendant la vie, car la symptomatologie de ces lésions est peu avancée. C'est l'opinion qu'expriment MM. Hardy et Béhier dans leur *Traité de pathologie interne* (tome II, page 1022). On a signalé un phénomène qui n'a pas manqué chez notre malade, c'est l'existence d'une céphalalgie persistante et assez intense. L'état puerpéral, la coexistence de phlébites concomitantes appréciables, les accidents cérébraux consécutifs pourront mettre sur la voie du diagnostic.

L'ORTIE CONTRE LES HÉMORRHAGIES PASSIVES.

Guidé sans doute par l'indication du sirop d'ortie, signalé dans quelques traités de matière médicale, le docteur Benavente en a employé la décoction, 30 grammes pour 500 grammes d'eau, contre les hémorrhagies, à la dose de plusieurs tasses par jour. Elle a réussi dans deux cas de ménorrhagie passive et quatre de métrorrhagie symptomatique contre lesquels le seigle ergoté, le tannin et l'opium avaient échoué. Elle s'est montrée également efficace dans six cas d'hémoptysie et une épistaxis rebelle. Le docteur Gallego l'a employée de même d'après la pratique populaire à Almaden, ainsi que plusieurs autres médecins espagnols, et tous avec succès.

Les propriétés excitantes de l'ortie étant bien avérées, il est facile de prévoir son action et d'en déterminer l'emploi. Toutes les hémorrhagies passives en sont tributaires. C'est en excitant ainsi tout l'organisme qu'elle a réussi également comme fébrifuge. D'autres stimulants réussiraient au même titre. Par son action intense, elle peut offrir cependant des avantages particuliers. C'est ce qu'une étude expérimentale et comparative à faire avec la décoction ou l'extrait de cette plante commune, peut seule élucider. (*Siglo medico*, 1866.)

LUXATION DU CUBITUS EN ARRIÈRE,

Récidive de la luxation.

Par M. le docteur Cyrille MATHIEU.

Mademoiselle X..., pensionnaire au couvent des dames de Sainte-Marie, à Langogne, jeune fille de dix-sept ans, ayant toutes les apparences d'une santé parfaite, fait une chute sur le coude droit, le 27 janvier dernier, à cinq heures du soir, dans la cour de l'établissement.

Je la vois le lendemain 28, à dix heures du matin.

Depuis l'accident, douleur, gonflement dans l'articulation, gêne considérable des mouvements.

L'avant-bras est très-légèrement fléchi, et dans la pronation, la malade exécute à peine, et non sans douleur, la supination ; quant à la flexion et à l'extension, ces mouvements sont à peu près spontanément impossibles.

J'essaye moi-même. Je parviens bien à ramener le membre dans la supination, mais il ne m'est pas possible de faire exécuter à l'avant-bras les mouvements de flexion et d'extension; je me sens arrêté par une résistance osseuse. L'avant-bras tout entier est déjeté en dedans. A la face postérieure du coude, l'olécrâne fait une saillie considérable, au-dessus de laquelle se trouve un vide où s'enfoncent les doigts; le pouce et l'index, placés l'un sur l'épicondyle, l'autre sur l'épitrochlée, il est aisé de constater que l'olécrâne est situé plus haut que ces deux tubérosités. En dedans de l'articulation, au-dessous de l'épitrochlée, sensation de vide; en dehors, bien que là le gonflement soit plus considérable, il est cependant possible de s'assurer que l'articulation radio-humérale est intacte. A la face antérieure du coude, nulle saillie anomale. Le diagnostic n'était point obscur; je m'étais bien assuré qu'il n'y avait de fracture ni à l'humérus, ni à aucune partie de l'un ou de l'autre des deux os de l'avant-bras; ce n'était pas non plus une luxation complète du coude en arrière; l'absence de saillie antérieure ci-dessus indiquée, tout aussi bien que l'existence normale des rapports du radius avec l'humérus, l'indiquaient suffisamment; il était patent que le cubitus seul était déplacé en dedans, en arrière et en haut.

Immédiatement je procède à la réduction.

Un aide saisit la partie inférieure du bras pour faire la contre-extension. De ma main droite je saisis moi-même l'extrémité inférieure de l'avant-bras et je pratique l'extension, tout en ramenant cette section du membre dans la supination. Le talon de ma main gauche appuie en même temps sur l'olécrâne et le repousse en bas.

Je sens le cubitus descendre, je fléchis brusquement l'avant-bras sur le bras; immédiatement tout rentre à sa place, je ne perçois aucun bruit, mais la jointure a repris son aspect normal, chaque saillie osseuse est à sa place respective, tous les mouvements peuvent s'exécuter sans difficulté, la réduction est complète.

L'avant-bras est mis sur une écharpe et tenu rapproché du tronc; l'immobilité du membre est expressément recommandée; des com-

---

jamais de nature à la rendre véritablement scientifique et sérieuse.

Au sein d'une société en grande partie immobilisée, pour ainsi dire, par suite de causes dont l'examen ne rentre pas dans le sujet de ce mémoire, elle s'offrait comme une facile industrie qui n'était pas soumise aux règlements dont un système par trop protecteur avait entouré toutes les autres. C'était presque la seule profession qu'on pût aborder sans appartenir par le fait, avec sa famille et ses biens, à quelque vaste corporation sur laquelle pesaient de lourdes charges, où chacun était solidaire, et dont on ne pouvait plus sortir une fois qu'on y était agrégé. Les enfants étaient généralement attachés à la condition de leurs pères, et bien plus encore leurs patrimoines dont ils ne pouvaient disposer; les mêmes principes s'appliquaient également aux fils des sénateurs, décurions, employés des administrations diverses, comme à ceux des cultivateurs, armateurs, industriels, boulangers, marchands de bétail (1), etc.

Si donc on se trouvait naître exempt de telles chaînes et si l'on ne voulait pas entrer comme un rouage dans cette organisation sociale, avait peu d'états à choisir.

L'enseignement libre et public de la philosophie, de la grammaire et de la rhétorique venait d'être supprimé (2), et les belles lettres ne nourrissaient plus guères que les précepteurs particuliers et les professeurs officiels. Restait la médecine, où l'on pouvait se créer une situation indépendante, sans être au nombre des élus qui recevaient des honneurs et des priviléges; mais on y rencontrait une rude concurrence.

Depuis le christianisme, tout le monde s'en mêlait un peu par esprit de charité.

Il y avait des prêtres et des diacres médecins; comme ce Dorothée et ce Nilammon auquel sont adressées plusieurs lettres de saint Isidore (1) : une entre autres sur l'excellence de cette double profession ; des moines qui traitaient les malades et auxquels Cassiodore recommande la lecture de Dioscoride, d'Hippocrate, de Galien et de Cœlius Aurelianus (2). Entre les mains de ces moines, qui s'y distinguèrent en grand nombre au dire des abbés Nestoroté et Piammon (3), étaient les hôpitaux d'Égypte et particulièrement ceux d'Alexandrie.

En outre dans cette même ville, sous le nom de Parabolains « *Parabolani*, » il existait, pour secourir les malades et les infirmes une sorte de confrérie; qui, sur bien des points comparable à ce qu'on nomma plus tard un tiers ordre, fut, au commencement du ve siècle (4), réorganisée par les empereurs, mise sous l'autorité directe de l'évêque et limitée par élimination au nombre de cinq cents, puis de six cents membres.

Il va sans dire que, plus d'une fois, ces pieux parabolains ont dû, conformément au précepte de l'abbé Nil (1), contre les maladies, user plutôt de prières que de remèdes proprement dits.

Les pèlerinages devinrent à la mode tellement qu'on y recourait pour les affections les moins rebelles. Le moine Anastase du Sinaï raconte qu'étant allé un jour au sanctuaire de saint Epiphane, en Chypre, il s'y rencontra avec un médecin philosophe. Celui-ci, voyant dans la foule qui se pressait auprès des reliques un très-grand nombre de malades, se mit à les examiner, et les déclara pour la plupart faciles à guérir par un traitement rationnel. L'expérience se fit par ordre de l'évêque, qui fut témoin de cures nombreuses opérées par le médecin sous les yeux du moine Anastase (2).

Les formules magiques avaient aussi leur vogue. Des mots étranges tels qu'*Abracadabra* (3) qui devaient s'écrire d'une certaine ma-

(1) Cod. Just., lib. X, tit. xxxi, xxxiii, lxix — lib. XI, tit. i, ii, vi, vii, ix, xv, xvi, xvii, etc. — Cod. Theod., lib. XII, tit. i, ii — lib. XIII, tit. v, vi, — lib. XIV, tit. iii; iv, vii, et *passim im utrisq. cod.*

(2) Lex Juliani *in* Cod. Just. *De prof. et med.*, I, 7. — *Id in* Cod. Theod., lib XIV, tit. iii, I. 5.

(1) Isidor, *Epist.* lib. III, 74. — Lib. IV, 131.

(2) Cassiod., *divin. lect.*, 27.

(3) Abb. Nostorote, *De spirit. scient.*, cap. cap. iv. — Abb. piammon. *De trib. gener. monach.*, *cap.* vii.

(4) Lex Theod. jun. *in* Cod. Theod., *De Episc. Eccles. et Cleric.* l. 42 et 43. — Cod. Just. lib. I, t. III. l. 15.

(1) S. Nil, *Parœnesis*.

(2) Anast. Sinai. quæst, xcio.

(3) Ce mot n'est sans doute pas autre chose que la transcription en lettres latines des expressions hébraïques : BRK. DBR. (*benedictum, benedictionis verbum*), précédées ou non de l'aspiration douce qui servait d'article en hébreu, et prononcées en suppléant par la lettre A toutes les voyelles non écrites (les points voyelles n'existaient point alors).

C'est ainsi que prononcent encore les Samaritains, à ce que raconte M. l'abbé Bargès, qui a entendu leur grand prêtre lire une partie des livres

presses imbibées d'eau blanche sont tenues en permanence sur le siége de la lésion.

Le lendemain, la douleur a disparu, mais le gonflement a considérablement augmenté, et une ecchymose énorme apparaît à la région externe du coude ; le même traitement est continué et, dès le jour d'après, le gonflement diminue et l'ecchymose disparaît petit à petit.

Le 4 février, je fais exécuter à l'articulation quelques mouvements, et j'insiste, par précaution, pour que, de quelques jours encore, la jeune blessée ne se serve point de son membre.

Le 11 février, au matin, appelé à l'établissement pour d'autres malades, je vois, en passant, mademoiselle X..., la guérison est complète.

Ce même jour, à deux heures après-midi, on amène, dans mon cabinet, cette même jeune personne ; elle vient de faire une nouvelle chute sur le coude gauche et ne peut plus se servir de son membre.

L'accident est récent, il n'y a aucun gonflement ; aussi j'examine à mon aise. Les symptômes sont les mêmes que ceux décrits plus haut ; seulement la saillie en arrière de l'olécrâne apparaît bien plus considérable, et il m'est bien plus facile de constater l'intégrité de l'articulation radio-humérale ; je distingue, en effet, très-bien la rainure qui sépare les deux surfaces articulaires. La réduction, tentée sur-le-champ, s'effectue avec beaucoup plus de facilité, et s'accompagne, cette fois, d'un bruit sourd, caractéristique.

Même traitement consécutif ; guérison aussi prompte et aussi complète.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De quelques préparations de musc et de castoréum.

Voici la formule que vient de donner M. Deschamps (d'Avallon), pour préparer les potions au musc ou au castoréum.

Musc.	30,50 centig. à 1 gramme.
Gomme arabique pulvérisée. .	10 grammes.
Sirop de musc.	30 =
Eau, q. s. pour une potion de 150 grammes.	

Mettez le musc dans un mortier de pierre ou de marbre, versez dessus, en trois fois, autant de gouttes d'alcool à 56 degrés centésimaux, qu'il y a de centigrammes de musc prescrit (30 centigrammes, 30 gouttes, 10 gouttes à chaque fois) et triturez vigoureusement après chacune des deux premières instillations, pour réduire le musc en pâte fine. Instillez la troisième partie de l'alcool, triturez, ajoutez du sirop pour délayer la pâte, mettez la gomme dans le mortier, faites le mucilage, etc.

En opérant ainsi, le musc est en poudre très-fine et l'aspect de la potion n'est pas désagréable.

Une cuillerée contient ou 3, ou 5, ou 10, etc., centigrammes de musc.

On suit ce *modus faciendi* pour préparer les potions dans lesquelles on fait entrer du *castoréum;* seulement il faut employer de l'alcool à 80 degrés centésimaux.

Voici maintenant la formule que M. Deschamps (d'Avallon) recommande pour les lavements au musc :

Musc.	50 centig. à 1 gramme.
Gomme arabique pulvérisée. . .	10 grammes.
Eau, q. s. pour un quart de lavement.	

Mettez le musc dans un mortier, instillez dessus, en trois fois, autant de gouttes d'alcool à 56 degrés centésimaux qu'il y a de centigrammes de musc prescrits, c'est-à-dire 16 ou 32 gouttes à chaque fois et triturez vigoureusement, après chacune des deux premières instillations, afin de réduire le musc en pâte très-fine ; instillez la troisième partie de l'alcool, triturez légèrement, ajoutez la gomme, triturez pour avoir une poudre homogène, faites le mucilage, etc. L'alcool des deux premières instillations se vaporise entièrement. Quand on n'a pas un nombre de centigrammes de musc divisible par 3, on conserve les gouttes en plus, pour les ajouter la troisième fois, c'est-à-dire que, pour 50 centigrammes de musc on instillera 18 gouttes d'alcool la dernière fois.

On suit ce *modus faciendi* pour préparer le *lavement au castoréum*, mais on emploie de l'alcool à 80 degrés centésimaux.

(*Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 avril 1866.)

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

Du traitement de la pneumonie par les alcooliques.

L'usage interne du vin et de l'alcool dans les maladies aiguës, acquiert parmi nous une faveur croissante.

Deux méthodes, à cet égard, règnent en Angleterre, l'une dite des stimulants, a été exposée en 1860, par Todd, dans ses *Clinical lectures on acute diseases,* l'autre dite des toniques, est professée par Bennett, à Edimbourg, depuis une quinzaine d'années.

Pour Todd : « l'inflammation est une maladie de faiblesse, un état asthénique eu égard à l'état de santé. » C'est l'idée de Brown. « La rougeur, la chaleur et l'accroissement de vascularité ne sont pas plus les indices d'un état sthénique que l'hyperesthésie dans un membre paralysé n'est l'indice d'une augmentation de force. » « La maladie n'est curable par l'influence directe d'aucun médicament, d'aucun agent connu, à moins que celui-ci ne soit un antidote. » « Elle guérit par des procédés naturels pour le développement desquels il faut relever les forces vitales. »

Partant de là, il recommande comme méthode, non pas générale, mais habituelle et presque exclusive de traitement des maladies aiguës, une bonne alimentation, du vin et de l'eau-de-vie à doses élevées et fractionnées. Il insiste, dans son ouvrage, principalement sur le rhumatisme articulaire aigu ou fièvre rhumatismale, sur l'érysipèle et la pneumonie. Dès qu'il y a tendance à la dépression des forces, et à ses yeux cette tendance se manifeste souvent, il faut ordonner de l'alcool potable.

Son mode d'administration est une cuillerée, à café ou à soupe, d'eau-de-vie, toutes les une ou deux heures, étendue dans de l'eau. Il y a plus à redouter de rester en deçà que d'aller au delà.

M. le professeur Béhier a expérimenté la méthode à la Charité. La *Gazette des hôpitaux,* dans son numéro du 1er avril 1865, a fait connaître les résultats satisfaisants qu'il a obtenus sur 47 malades atteints de pneumonie, de rhumatisme aigu, d'érysipèle, d'accidents puerpéraux, etc. La quantité de cognac dont il a fait usage, par jour, a varié de 80 à 300 grammes par malade.

Ses conclusions furent que l'alcool potable, bien manié et à doses fractionnées, n'est pas nécessairement dangereux, qu'il fait très-rapidement cesser le délire dans les maladies aiguës, qu'il ne résulte de cette pratique aucun effet fâcheux, et qu'il hâte la convalescence.

Depuis lors, le docteur Trastour, de Nantes, a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique,* janvier 1866, la relation de huit faits de pneumonie adynamique et ataxo-adynamique, soit primitive, soit secondaire, survenue tant chez le vieillard et l'enfant que chez l'adulte, et guérie par l'emploi du vin de Constance, du vin blanc et de l'eau-de-vie. Voici la formule dont il a fait usage :

Eau.......................	100 grammes.
Cognac	80 grammes ou plus.
Sirop de quina............	30 grammes.

A prendre par cuillerées à soupe, d'heure en heure, et à renouveler, s'il y a lieu, dans la journée.

Son travail termine en ces termes : Pour conclure, je dirai, avec Stokes, qu'il n'est aucune inflammation locale qui contre-indique d'une façon absolue l'administration du vin, lorsque l'état du malade réclame l'emploi de cet agent, et avec M. le professeur Béhier, que l'usage prolongé, mais prudent et méthodique de l'alcool lui-même, à hautes doses, est une ressource de grande valeur *qu'il faut savoir et oser utiliser* dans les maladies aiguës.

La seconde méthode, plus répandue, celle dite des toniques, de Bennett, repose sur la proposition suivante : la phlegmasie dans les poumons et au delà comprend une série d'actes dont il faut favoriser l'évolution physiologique. Il suffit donc, en général, de soutenir les forces par une bonne alimentation et une petite quantité d'alcooliques de vin par préférence.

Dans le système de Todd, les alcooliques sont donnés à titre d'aliment, de stimulant général, de sudorifique même, et à des doses fractionnées certainement, mais assez élevées pour produire quelquefois l'ivresse. Dans la conduite de Bennett, l'alimentation est l'essentiel, l'alcool est l'accessoire et n'intervient qu'à titre d'excitant local de la digestion, de condiment ; ses doses sont limitées et s'il est prescrit comme excitant général, c'est-à-dire à des doses plus fortes, c'est par exception et pour obéir à des indications spéciales.

Récemment, dans un mémoire intitulé : « *The restorative treatment of pneumonia,* » Bennett a fait connaître les résultats de sa pratique dans la pneumonie, pendant les dix-sept dernières années, tels que les registres de l'hôpital d'Edimbourg les établissent. Ces résultats sont *fabuleux*.

Sur 129 cas, parmi lesquels vingt-six fois la phlegmasie occupait les deux poumons et quinze fois un poumon tout entier, il n'y a eu que 4 morts ; et encore furent-elles dues à des maladies intercurrentes : une entérite aiguë, une maladie de Bright et deux méningites.

Le traitement y est, en général, ainsi formulé : lait, thé de bœuf, en quantité aussi considérable que le malade désire ; et dès que le pouls commence à baisser : côtelette, beefsteacks et 100 à 200 grammes de vin chaque jour.

En présence de pareils chiffres on est en droit de douter que le génie endémique soit le même, pour les pneumonies, à Edimbourg qu'à Paris et ailleurs. Il m'est facile de répondre à cette objection. Un élève, dans chaque hôpital anglais, est attaché à la tenue de registres sur lesquels sont inscrites, jour par jour, les notes sur les malades ; mesure simple, mais extraordinaire pour nous, et qui donne naissance à des documents du plus grand intérêt. On va en juger.

De 1812 à 1837, 102 observations de pneumonie traitée par douze médecins différents, en général par la méthode antiphlogistique, figurent sur les registres de l'hôpital d'Edimbourg ; elles ont donné 41 morts. Avec de la sévérité et en ne tenant compte que des observations détaillées, cette liste se réduit à 50 cas sur lesquels il y a eu 19 morts.

De 1839 à 1849, maintenant, 648 autres cas traités de même par diverses méthodes, mais principalement par la méthode antiphlogistique, sous la direction de cinq chefs de service différents, ont donné 222 morts. C'est donc 1 mort par 3 cas, tandis que les 129 cas traités dans le même hôpital, de 1848 à 1865, par Bennett, et enregistrés comme les précédents, par un élève spécial, n'ont fourni que 1 mort pour 34 cas.

Ces chiffres nous dispensent de tout commentaire. (Voir *Principles and Pract. of medicine,* p. 120, Bennett, Edinburgh, 1859.)

Mais 100 et 200 grammes de vin, par jour, pour un Anglais c'est peu, et il n'y a pas lieu de désigner cette manière d'agir du nom de traitement par les alcooliques. L'on oublie trop, en effet, que les Anglais sont plus habitués que nous aux boissons fermentées, que leur qualité d'hommes du nord les y autorise, et que leur wiskey mélangé d'eau, chez les gens du peuple, remplace notre vin.

Aussi n'ai-je rangé la méthode de Bennett à côté de celle de Todd que parce qu'en Angleterre le premier est considéré comme le précurseur du second. A proprement parler, c'est de l'expectation. Tout le traitement de Bennett se résume à alimenter le patient à son gré et à proportionner les doses de vin et de liqueurs à ses habitudes antérieures.

L'observation suivante, empruntée à l'*Edinburgh medical Journal,* février 1866, et l'analyse de la leçon à laquelle elle a donné lieu, compléteront cet aperçu du traitement de la pneumonie par les alcooliques en Angleterre. L'auteur y suit la méthode du médecin d'Edimbourg, avec cette différence qu'il emploie le wiskey au lieu de vin.

---

nière, figurent comme très-efficaces dans les formulaires du temps (1) ; parmi lesquels se distinguait le recueil de recettes plus ou moins compliquées, plus ou moins innocentes, composé tant en prose qu'en vers par Marcellus, dit l'*empirique,* maître des offices de Théodose, mal à propos donné comme médecin par Suidas (2).

Voici quelques passages de la préface que ce haut dignitaire adresse à ses enfants au début de son livre, et qui donne une juste idée de la situation des esprits vers la fin du IVe siècle (3).

« J'ai pris pour modèles et pour guides les œuvres de ces studieux « personnages qui, bien qu'ils fussent étrangers à l'apprentissage « médical, n'en ont pas moins admis les questions de médecine dans « les objets de leurs nobles soins ; et j'ai composé ce petit livre de « recettes empiriques, avec le plus qu'il m'a été possible d'habileté et « de diligence, en rassemblant de toutes parts les indications et les « formules de remèdes physiques et rationnels que je trouvais çà et « là dispersées... — Ainsi des membres déchirés et épars de Virbius, « Esculape fit un seul corps... Je n'ai rien négligé, pas même ces « moyens simples et fortuits que l'expérience fait connaître aux cam- « pagnards et aux gens du peuple. Il m'a semblé que ce serait par « excellence une œuvre pie que de vous munir, ô mes très-chers en- « fants, par mon labeur et par mes veilles, pour les nécessités de « l'humaine faiblesse. Veuille la divine miséricorde qu'il ne naisse « jamais pour vous ou pour les vôtres aucune nécessité d'en faire « l'expérience ; et que du moins, si quelque cause venait à mettre « en danger votre vie, ou vous forçait à veiller sur votre santé, ce « soit le cas de vous féliciter de mon labeur et de mes veilles qui, « sans intervention de médecin, vous auront fourni les secours né- « cessaires et la guérison. »

« Les bienfaits d'une telle science, les devoirs réciproques de l'hu- « maine charité vous obligent à en faire libéralement part à tous les « malades, amis, connus ou inconnus ; mais surtout aux étrangers et « aux pauvres ; car la miséricorde la mieux accueillie par Dieu et « la plus louable pour l'homme est celle qui s'exerce envers l'hôte, « l'étranger et l'indigent infirme. »

Dr Victor REVILLOUT.

---

sacrés ; et c'est exactement d'après la même méthode de prononciation et de transcription qu'ont été rapportés dans les Évangiles les termes hébraïques qui s'y rencontrent dans la bouche de Jésus-Christ : *Raca* (S. Matthieu, v. 22) *Lamma* (S. Marc, xv, 64), ou *Lama* (S. Matthieu, XXVII, 46) *Sabacthani.*

Dans cette dernière phrase, qui devait s'écrire en hébreu : LMH SBK ATH ANI, non-seulement toutes les voyelles absentes sont suppléées par la lettre A, mais cette même lettre remplace le Hé, et le C représente le Caph ; comme il en est, selon nous, dans *Abracadabra.*

Quant à voir dans ce mot une dérivation, à coup sûr assez indirecte, d'*Abracac*, formule magique qu'on suppose avoir été le nom de quelque dieu de l'Orient, cette opinion, généralement admise, ne nous semble pas soutenable.

Sur ce mot *Abracac* lui-même, et ses diverses transformations, nous aurions aussi beaucoup à dire ; mais cela nous mènerait trop loin.

(1) Q. Serenus Scamon, *de medic. prc.,* lib. II. — Adde Macer. frorid. *de virib. herbar.,* etc.

(2) Suidas, *Lexicon,* verbo Μαρκελλος.

(3) Marcell. imp. *de medicinâ* pr. « *Secutus opera studiosorum virorum, qui licet alieni fuerint ab institutione medecinæ, tamen ejusmodi causis curas intulerunt, libellum hunc de empiricis, quanta potui solertia, diligentiaque conscripsi. Remediorum physicorum sive rationabilium confectionibus fartum undique collegi...Et in unum corpus, quasi disjuncta et lacera Esculapius Virbii membra, composui... Sed etiam ab agrestis et plebeis remedia fortuita atque simplicia quæ experimentis probaverunt didici.*

Quorum vobis copiam labore nostro vigiliaque faciendam, filii dulcissimi pro necessitate infirmatis humanæ, piissimum duxi ; orans primùm divinam misericordiam ne vobis vestrisque experiundi hujus libelli necessitas ulla nascatur ; tùm si quæ fuerit prospiciendæ salutis et tuendæ valetudinis causa, gratulemini super hâc re labori studioque nostro, quæ vobis absque medici intercessione opem necessariam curationemque præstabit.

Cujus scientiæ beneficia, vice mutuâ charitatis humanæ, cum omnibus infirmis, amicis, notis ignotisque, immò verò advenis magis et pauperibus communicare debetis, quia et Deo acceptior et homini laudabilior misericordia, quæ ægrohospiti ac peregrino egenoque defertur.

Sull'idrope ovario sua natura, diagnose, e cura, risultato de trente anni d'esperinza, per Baker Brown, traduzione sulla, 2e edizione inglese con note e aggiunte, ed una memoria intitolata l'ovariotomia in Italia fino al guigno 1865, par le docteur PERUZZI. Un vol. in-8° de 288 pages. Prix : 5 fr. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Pneumonie adynamique traitée par l'alimentation et le wiskey à doses modérées, guérison par W. T. Gairdner.

W. R..., âgé de vingt-quatre ans, ouvrier mineur, fut admis à l'hôpital le 8 novembre 1865. Dès son entrée dans le service des fiévreux, la solution suivante lui fut ordonnée par le docteur Aitken : 10 centigrammes de tartrate d'antimoine dans 240 grammes d'eau, à prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure.

Le lendemain il passe dans la section de médecine. Il est visiblement oppressé. Les inspirations, au nombre de 40 à la minute, sont pénibles, anxieuses, un peu sifflantes et s'opèrent avec grand effort. Sa physionomie est plutôt pâle que livide. Le pouls est mou et à 116. L'expectoration peu abondante est formée d'un mucus transparent, un peu visqueux et écumeux. La langue est humide et revêtue d'un enduit blanchâtre. Il est abattu et n'a pu prendre depuis son entrée que très-peu de nourriture. Il raconte que sa maladie a commencé il y a sept jours, et en pleine santé, par un frisson suivi de toux et d'oppression. Tout dans son extérieur atteste qu'il a été fort négligé depuis. Il est sale et couvert de gale (*scabies*.)

L'examen du thorax, pratiqué nécessairement avec rapidité à cause de la prostration, fait connaître d'abord dans toute son étendue l'existence de râles sibilants, puis, à gauche, depuis le milieu du dos jusqu'en bas, une matité relative, une diminution de la respiration et peut-être du souffle, enfin à trois ou quatre pouces de l'épine, à égale distance de la base et du sommet, une crépitation distincte, à bulles rares et grosses en comparaison de celles qu'on regarde comme caractéristiques de la pneumonie.

Quant aux habitudes antérieures, le sujet dit user habituellement des alcooliques les soirées de paye, mais affirme ne pas en abuser.

Habituellement mal nourri, il exprime le désir qu'on lui donne du potage et du lait sucré qui lui ont fait plaisir hier au soir.

Traitement : Potage et lait, thé de bœuf (1) et 120 grammes de wiskey à prendre par petites quantités à la fois, en mangeant, comme cela lui plaira.

Le 10 novembre, le patient est manifestement mieux ; l'anxiété est moindre ; le pouls est à 88, les inspirations à 33 ; la peau est modérément humide et chaude ; la langue est moins chargée ; l'expectoration est plus écumeuse, sans traces de sang. Le râle crépitant s'entend encore, mais avec des caractères qui le rapprochent davantage du râle type de la pneumonie, de celui de retour surtout. Le timbre tubaire de la respiration persiste aussi dans une petite étendue. Le sujet a pris la nourriture ordonnée, et s'est contenté de 60 grammes de wiskey.

Le 11, pouls de 84 à 86. Inspiration de 24 à 25, presque calme. La langue est humide et nettoyée. Il demande un bouillon qu'on lui accorde.

Le 13, il entre en convalescence. *Exeat* sur sa demande.

Résumé de la leçon faite à cette occasion. En somme, il s'agit d'une maladie aiguë des poumons (d'une pneumonie si vous le voulez), dont les chances de guérison et de terminaison fatale se balançaient à peu près, d'un cas si grave, qu'après sept jours de durée, le sujet se trouvait dans un état ressemblant fort au typhus. Le diagnostic de *typhus fever* fut même porté à son entrée, et il fut admis comme tel dans le service des fiévreux. L'abattement et la débilité sont certainement chez lui le caractère fondamental.

Eh bien, qu'un tel malade tombe aux mains d'un médecin élevé dans les vieilles traditions de la méthode antiphlogistique, c'est-à-dire de la diète, des saignées et autres systèmes de déplétion, on trouvera dans le nom même de la maladie : bronchite, pneumonie ou broncho-pneumonie, et dans quelques-uns des symptômes : la fièvre, l'oppression, etc., de bonnes raisons de la mettre en pratique.

S'il échoit en partage, au contraire, à un partisan de l'école moderne qui préconise l'emploi régulier et systématique des stimulants à hautes doses, dans la plupart des maladies aiguës, et à toutes leurs périodes, dès qu'elles s'accompagnent d'état typhoïde, je suis sûr que le patient sera stimulé au plus haut degré possible. Je ne doute pas, par exemple, que Todd et ses imitateurs de Londres, que certains praticiens de Glascow ne lui fassent ingérer jusqu'à une bouteille d'eau-de-vie ou de wiskey par jour. On arguerait de ces habitudes probables d'intempérance et, pour le moins, on lui en ordonnerait de 8 à 15 grammes toutes les heures ou deux.

Quant à nous, considérant que les chances de salut et de mort s'équilibraient dans ce cas, que le danger procédait autant de la prostration quo de l'embarras des fonctions respiratoires, j'ai agi comme je le fais depuis nombre d'années. J'ai prescrit une bonne alimentation. Et par bonne alimentation j'entends ce que l'estomac acceptera facilement, une alimentation adaptée à l'état de langueur des organes digestifs, une alimentation légère, de bonne qualité, et donnée en quantité suffisante.

En outre, j'ai donné une petite quantité de stimulant (wiskey) en considération de ce que le malade en fait usage habituellement et en vue d'aider à la digestion et à l'assimilation. Retenez le précepte suivant : *Les liqueurs fortes ne doivent être employées dans les maladies, qu'après avoir interrogé avec soin les habitudes antérieures du sujet. Elles doivent toujours être données à doses modérées, non pas à titre d'aliment, mais dans le but de favoriser l'alimentation par les moyens ordinaires.*

A cela je n'ai rien ajouté en fait de médicament, m'abstenant toutefois de les interdire au docteur Aitken (suppléant). Je lui ai laissé toute liberté si l'oppression augmentait ou s'il survenait de l'asphyxie par rétention des crachats, de revenir au tartrate d'antimoine, de donner du carbonate d'ammoniaque associé à un puissant expectorant, ou même d'élever la dose des stimulants (alcooliques) selon les indications.

Ma conduite n'est ni de l'expectation, ni la méthode stimulante ou tout autre. J'ai simplement suivi et rempli les indications présentes, comptant sur les forces de l'organisme, et convaincu que dans les cas où les bonnes et les mauvaises chances se partagent, comme dans celui-ci, le mieux est de laisser franc jeu à la nature et de ne pas la troubler par une intervention intempestive.

Revenons sur quelques points. Pourquoi n'avons-nous pas saigné, donné des stimulants à plus hautes doses, ou de l'émétique.

Nous n'avons pas saigné, parce que les émissions sanguines ne constituent pas une méthode de traitement dans les maladies inflammatoires, qu'elles ne conviennent que dans un petit nombre d'exceptions, et que notre cas ne rentrait pas dans ce petit nombre. Notre malade ne pouvait disposer de la moindre goutte de son sang, et toute action tendant à le débiliter l'eût probablement tué. Rappelez-vous, à ce propos, que *la saignée, dans les quelques circonstances où elle rend service, n'agit pas en déprimant. Lorsqu'elle arrive à affaiblir, c'est qu'on l'a pratiquée à tort.* Si donc vous tirez jamais du sang, et que votre malade, au bout de vingt-quatre heures, se sente moins fort qu'auparavant, concluez-en que votre opération a été inutile et peut-être nuisible. On ne saigne pas pour ralentir la circulation et affaiblir le patient, afin d'atteindre la maladie, mais au contraire pour relever les forces et mettre le reste du sang dans de meilleures conditions pour mener à bonne fin la maladie.

Nous n'avons pas usé de stimulants au degré que d'autres eussent atteint. Il y avait cependant quelques raisons pour cela. Cet homme vraisemblablement était habitué aux alcooliques, une dose élevée, chez lui, n'eut produit qu'une stimulation médiocre. Pourquoi ne pas lui en avoir donné davantage. C'est que l'alcool, je le répète, n'est pas un aliment; il ne nourrit pas, ne fortifie pas par lui-même; il n'agit qu'indirectement en facilitant l'assimilation des véritables aliments. En d'autres termes, je crois que chaque goutte de wiskey ou de vin, mais surtout de wiskey et autres liqueurs ne renferment aucune des substances salines et organiques qui concourent à donner au vin ses propriétés reconstituantes, que chaque goutte ingérée au delà de la quantité voulue pour la digestion est, — non pas perdue, pis que cela, — employée à empoisonner la masse du sang comme le ferait de la belladone, de l'aconit ou de l'opium.

Nous n'avons pas donné l'émétique enfin, ou toute autre préparation antimoniale, parce que ces préparations sont non moins dangereuses dans certains cas, — à une période avancée de la pneumonie par exemple, — qu'elles sont utiles dans d'autres. Elles sont contre-indiquées toutes les fois que la nutrition est défectueuse, que le patient a le corps amaigri et les yeux hagards, que les forces vitales sont déprimées et les tissus mal nourris, et surtout que l'estomac ne supporte pas les aliments. Dans tous ces cas, l'indication de nourrir prime les autres au contraire. Aussi m'avez-vous vu m'informer avec soin de la façon dont il avait vécu les jours suivants. Apprenant que depuis longtemps son alimentation était insuffisante, je me suis dit : « Il n'y a plus à songer à l'antimoine tant que les fonctions digestives ne se seront pas rétablies. » Le succès que nous avons obtenu par l'alimentation et les alcooliques, à petites doses, a été si prompt et si décisif, qu'il n'y a plus eu lieu d'y songer.

Paul Topinard.

(1) Le thé de bœuf est une infusion de viande crue de digestion plus facile que le bouillon. On prend une livre de faux filet, on hache menu et l'on jette dessus un litre d'eau bouillante. On passe plus tard et l'on fait boire, par tasses, chaud ou froid, à volonté. L'usage de cette boisson commence à prendre chez nous. Je m'en suis bien trouvé en ville.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

279. Du mode d'action physiologique des alcaloïdes, par M. G. Lemattre.

280. Du hoquet comme symptôme dans les maladies et de son traitement, par M. A. Loquet.

281. De l'héméralopie et de son traitement, par M. G. Colin.

282. Des enfoncements et fractures du crâne produits chez le nouveau-né pendant l'accouchement, par M. A. Jouslain.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 84. — JEUDI 19 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 19 JUILLET 1866. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JUILLET 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Outre un travail envoyé par M. Colin sur la contagion des maladies parasitaires causées par le strongle, une lecture de M. Tarnier, candidat à la place vacante dans la section d'accouchement et maladies des femmes, sur l'imperforation de l'œsophage, des rapports de M. Gubler sur des remèdes secrets constituent la partie scientifique de la séance académique.

La nouvelle de la maladie de M. Grisolle a vivement affecté les académiciens. Espérons que l'Académie aura de meilleures nouvelles de son ancien et aimé président.

Il y a eu ensuite une élection d'un correspondant étranger et un comité secret pour la présentation de la liste des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. Lebert, présenté le premier sur la liste du comité, n'a pas été élu. Nous le regrettons sincèrement. La meilleure partie de l'œuvre de ce savant a été accomplie chez nous et pour nous. Nos lecteurs connaissent les mérites d'un des anatomo-pathologistes les plus distingués de ce temps; et le récent livre de M. Broca sur les tumeurs a vulgarisé, on le sait, beaucoup de bonnes idées de M. Lebert.

Eu égard à la liste de présentation de la commission et des hommes de notre époque, nous nous permettrons de faire une supposition. Nous imaginerons que la presse médicale, tenue en très-grande estime par tous les corps savants, sollicitée par eux, aurait le pouvoir et la mission de faire, elle aussi, sa liste de présentation. Jouissant alors de ce nouveau droit, nous présenterions les candidats dans l'ordre suivant. En première ligne, M. Chassaignac; en seconde ligne, la liste de l'Académie.

Que M. Chassaignac ne se soit pas présenté; que, reculant devant l'épreuve des visites, il ait renoncé à demander les voix des académiciens, cela peut être un prétexte d'éloignement; mais l'écrasement linéaire et le traitement des collections purulentes par le séton perforé sont des titres de médecine opératoire que seraient bien fiers de posséder, nous en sommes persuadés, les candidats classés par l'Académie.

Les journaux passent vite; cette page suivra sa destinée. Nous ne nous en plaindrons certes pas, car nous ne voulons pas faire de scandale. Seulement, ceux qui chercheront plus tard dans les journaux trouveront que la presse, soucieuse de son rôle, a eu de la mémoire pour des contemporains oublieux. — Dr Armand Després.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant de M. JOBERT (de Lamballe).

Absence congénitale du vagin. — Création d'un vagin artificiel. — Guérison.

(Leçon recueillie par M. Jules BESNIER, interne du service.)

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'une maladie, ou plutôt d'une difformité qui n'est pas très-commune, mais qu'il est important de bien connaître, en raison des questions intéressantes qui s'y rattachent.

La malade dont j'ai à vous parler est couchée au n° 1 de la salle Saint-Maurice. C'est une jeune fille de quinze ans, au teint pâle, à la taille grande et régulière, et dont la santé paraît assez délicate.

Cependant les renseignements fournis par sa famille apprennent qu'elle n'a jamais fait de maladie grave, mais qu'elle n'est pas encore réglée. Elle a deux frères et une sœur qui sont morts en bas âge. Elle a également perdu de bonne heure son père et sa mère; le premier est mort du choléra en 1854, la seconde d'une affection abdominale; et elle est restée confiée aux soins de ses grands parents, près desquels elle se trouve dans une aisance supérieure à celle dont jouit la population habituelle des hôpitaux. Les premiers accidents qui ont donné quelque inquiétude n'ont apparu que dans ces dernières semaines. Ils ont consisté dans des douleurs très-vives dans les reins et le bas-ventre, douleurs qui ont débuté assez brusquement, sans cause appréciable, et qui se sont accompagnées de nausées, de vomissements et d'un état fébrile assez intense. Ces accidents n'ont d'abord duré que quelques jours. Un mois après, ils se sont renouvelés sous la même forme, mais avec une intensité telle, qu'ils ont un instant fait craindre une terminaison funeste. Cependant on est arrivé à tout calmer et à rétablir assez complétement la santé de la jeune malade.

Le retour périodique d'accidents de ce genre, chez une jeune fille de cet âge et non réglée, ne devait pas passer inaperçu. Aussi le premier médecin, appelé à lui donner ses soins, songea-t-il tout d'abord aux troubles qui accompagnent ou entravent la première menstruation. En conséquence, il procéda à un examen des parties sexuelles, et cet examen lui permit de constater l'existence, de ce côté, d'un vice de conformation.

C'est pour remédier à cette difformité congénitale qu'on s'est décidé, quoique avec peine, il faut bien le dire, à faire entrer cette jeune fille à l'Hôtel-Dieu.

Voyons maintenant en quoi consiste le vice de conformation de notre malade, à quels accidents il expose, et si la chirurgie peut intervenir avec quelque chance de succès.

Lorsqu'on examine les parties les plus externes de la génération, on est loin de se douter de l'étendue et de la gravité de la difformité qu'on va rencontrer plus profondément. Toutes ces parties sont, en effet, parfaitement conformées. Les grandes et les petites lèvres existent et ont leur développement normal. Le clitoris est à sa place ordinaire, et par derrière on trouve le méat urinaire normalement situé. Au-dessous de ce dernier se voit l'hymen, offrant son aspect normal, et arrivant en arrière jusque près de la commissure postérieure des grandes lèvres. Au premier abord on est porté à croire que c'est l'hymen, hypertrophié et non perforé, qui est la cause des accidents qu'éprouve la malade. Il n'en est rien; cet organe offre à son centre un petit orifice qui peut recevoir l'extrémité d'un stylet. Mais cet instrument est à peine introduit qu'il est brusquement arrêté; il ne peut pénétrer au delà de quelques millimètres.

Pour compléter autant que possible l'examen des parties génitales, trois modes d'exploration sont encore praticables dans la circonstance : le toucher rectal, le palper abdominal et le cathétérisme de la vessie; chacun d'eux fournit des indications fort importantes pour le cas actuel.

Le doigt introduit dans le rectum rencontre, à une distance de six centimètres environ, une saillie correspondant à sa paroi antérieure, c'est une sorte de boudin qui semble remonter du côté du pubis. Cette saillie n'est pas exclusivement sur la ligne médiane, elle empiète un peu à droite. Elle est d'une consistance très-dure, et donne presque la sensation d'une tumeur fibreuse; en aucun point elle n'offre de mollesse. On sent que le doigt n'est évidemment séparé de cette saillie ou de cette tumeur, que par la paroi antérieure du rectum; quant à la paroi postérieure de cet organe, elle est complétement saine.

Le palper abdominal ne donne que des signes très-vagues; cependant en le combinant avec le toucher rectal, on sent du côté droit du bas-ventre, une certaine résistance, et la main éprouve, par des pressions alternatives, un léger mouvement de va-et-vient qui lui est communiqué par le doigt introduit dans le rectum et pressant sur la tumeur. Du reste, au-dessus du pubis, en aucun point on ne trouve rien qui corresponde au fond de l'utérus.

La sonde pénètre facilement dans l'urètre, mais lorsqu'on maintient le doigt dans le rectum, on constate, par le voisinage de la sonde, que la paroi postérieure de ce conduit est en contact direct et dans l'étendue de quatre centimètres avec la paroi antérieure du rectum, jusqu'au niveau de la tumeur qui vient les séparer.

L'ensemble de ces signes, messieurs, vous a déjà conduits à cette conclusion : le conduit vaginal n'existe pas chez notre jeune malade; cette circonstance est démontrée par l'accollement immédiat et anomal du rectum avec l'urètre.

Mais quelle est cette tumeur que nous trouvons par le toucher rectal? Je vous rappellerai qu'elle est dure, assez volumineuse, qu'elle semble se prolonger du côté du pubis, et qu'elle est à six centimètres de l'orifice anal. Ces caractères rapprochés des accidents périodiques qu'a éprouvés la jeune fille, permettent d'affirmer que la tumeur est formée par une accumulation de sang menstruel, et non par l'utérus seul. Mais la menstruation, qu'elle soit interne ou externe, suppose nécessairement un utérus et des ovaires.

Notre jeune malade est donc pourvue des organes internes de la génération, et elle a une menstruation qui reste incomplète ou plutôt interne, faute d'un conduit pour verser les règles à l'extérieur.

D'après les faits analogues et parfaitement connus, il est probable que cet utérus n'est pas lui-même régulièrement conformé, mais qu'il est bifide ou bicorne, c'est-à-dire partagé en deux loges par une cloison intermédiaire. Et, d'après la position de la tumeur, à droite, il est également probable que le sang provient de sa corne droite, qu'il remplit et distend. Enfin j'ajouterai que le sang ne séjourne pas dans l'utérus seul, mais qu'il occupe la partie supérieure ou cervicale du vagin, qui chez notre malade ne doit pas faire défaut.

Un mot sur le développement des organes externes et internes de la génération chez la femme va vous faire comprendre la production de la difformité à laquelle nous avons affaire.

Ces deux ordres d'organes se développent indépendamment l'un de l'autre. Les organes externes suivent exactement l'évolution du périnée; à un moment donné, vers la cinquième semaine de la vie embryonnaire, il existe une fente commune aux organes génito-urinaires et à l'appareil défécateur. Plus tard cette fente médiane se rétrécit et finit par se diviser en deux portions : une postérieure qui représente l'ouverture anale; une antérieure qui correspond aux organes génitaux externes et aux organes urinaires; elle prend le nom d'orifice uro-génital. Sur cette dernière il ne tarde pas à se développer de chaque côté de petites éminences qui forment par leur allongement les grandes et petites lèvres, puis le clitoris et la membrane hymen, en un mot l'orifice vulvaire. En même temps cet orifice uro-génital se rétrécit et se subdivise en deux parties, une antérieure à laquelle vient s'aboucher le conduit urinaire, et qui forme le méat urinaire; une postérieure qui correspond à la partie la plus externe du vagin.

Les organes internes se développent aux dépens des corps de Wolff ou d'Oken, qui, des parties latérales de la colonne vertébrale, envoient de chaque côté une série de prolongements; ces derniers, par leur évolution progressive, finissent par former chez la femme la trompe, l'ovaire, le ligament rond. Chacun de ces prolongements est double, mais celui qui correspond à la trompe et qui porte le nom d'oviducte, se prolonge en bas et s'accolle à celui du côté opposé; plus tard la cloison qui sépare les deux oviductes est résorbée, et il en résulte un cavité unique qui constitue l'utérus. Vous comprenez dès lors que, si ce travail de résorption n'a pas lieu, on aura un utérus bifide, offrant deux loges séparées d'une manière plus ou moins complète; et c'est précisément un vice de conformation qui coïncide fréquemment avec l'absence du vagin.

La fente vulvaire et l'utérus développés ou en voie de développement ne sont pas contigus, mais bien séparés par un espace compris entre l'urètre qui est en avant et le rectum qui est en arrière. C'est dans cet espace que, par un travail de résorption progressive, se creuse peu à peu le conduit vaginal qui les met en communication l'un avec l'autre; la partie supérieure ou cervicale suit l'évolution de l'utérus et se développe en même temps que le col utérin; la partie inférieure ou externe se développe aux dépens de la fente vulvaire qui s'accentue de plus en plus. Mais il suffit qu'à un moment donné, ce travail de résorption ne s'effectue pas pour que le vagin reste plus ou moins incomplet, et que le rectum et l'urètre soient maintenus en contact direct. Chez notre malade, cet accollement de l'urètre et du rectum remplace toute la partie antérieure du vagin, dans une étendue de près de cinq centimètres. On a prétendu que, dans ces cas, le méat urinaire était situé un peu plus en bas et plus en arrière que dans l'état normal; ici, il n'en est rien, il occupe sa place ordinaire.

Nous avons donc, messieurs, chez notre jeune malade, une absence du vagin, par suite d'un arrêt de développement, absence qui porte sur la presque totalité de ce conduit. Il importe de ne pas confondre cette difformité avec l'oblitération du vagin, qui survient à la suite des ulcérations et des sphacèles dont la muqueuse vaginale peut être le siége, comme cela s'observe dans les maladies graves et notamment dans la fièvre typhoïde. C'est là une affection tout accidentelle qui n'a aucun rapport avec l'arrêt de développement dont nous venons de parler.

L'absence congénitale du vagin est un fait assez rare, mais qui cependant est bien connu dans la science. Elle peut être plus ou moins complète, suivant l'époque à laquelle a eu lieu l'arrêt de développement, et il n'est pas fréquent qu'elle soit aussi étendue que dans les cas que nous avons sous les yeux. Souvent elle coexiste avec un vice de conformation des parties externes de la génération, ou bien, ce qui est beaucoup moins rare, avec une absence des parties génitales internes. Dans ce dernier cas, il y a également absence de règles; par consé-

quent le vagin n'a plus de fonction physiologique à remplir, il n'a plus lieu d'exister.

Lorsque l'utérus manque en même temps que le vagin, il n'y a donc pas d'accidents à redouter, et dans ces cas, nous pensons que le chirurgien n'a pas le droit d'intervenir; mais il n'en est plus de même, lorsque l'utérus et les ovaires existent, et que la menstruation vient à se produire, comme cela a lieu chez notre malade. Des accidents très-graves peuvent se développer d'un moment à l'autre. Déjà sous l'influence de deux époques menstruelles, le sang s'est accumulé dans l'utérus et dans la partie cervicale du vagin; telle est la cause de cette tumeur que nous sentons du côté du rectum. Qu'une nouvelle menstruation survienne dans l'état actuel, les mêmes accidents que la jeune fille a déjà éprouvés, et auxquels elle n'a échappé qu'avec peine, se produiront de nouveau. De plus, la tumeur augmentant de volume, le sang, accumulé dans une cavité trop étroite, tendra à se frayer une voie à l'extérieur ; cette tumeur déjà volumineuse fait une saillie considérable du côté du rectum, peut-être y aurait-il rupture dans ce conduit. C'est là certainement une des plus heureuses terminaisons qu'il soit permis d'espérer, si on n'intervient pas; mais cette rupture expose elle-même à de graves dangers : le sang ne pourrait s'écouler que difficilement; la cavité qu'il remplit ne tarderait pas à devenir un foyer putride des plus pernicieux; l'ouverture accidentelle, en supposant que les choses se passent pour le mieux, ne tarderait pas à se refermer, et par là même, à chaque époque menstruelle, notre malade serait exposée aux mêmes accidents. Ces inconvénients ont tellement frappé les chirurgiens, qu'on a renoncé à intervenir de ce côté, bien que l'opération à pratiquer alors soit des plus faciles : une simple ponction en effet suffirait. Mais le rectum peut résister, le sang alors distendra outre mesure la cavité utérine, et devra s'échapper par une autre voie. L'utérus peut-il se rompre? On n'en a pas d'exemple; mais le liquide peut refluer par les trompes et venir s'épancher dans l'abdomen, en donnant lieu à la production d'une hématocèle rétro-utérine, dont vous connaissez tous les dangers : c'est là un mécanisme de la production de cette affection, sur lequel M. Bernutz a insisté. Ainsi, quoi qu'il arrive, l'expectation expose à des dangers certains, et qui peuvent être extrêmement sérieux. Le chirurgien a donc le droit d'intervenir, et c'est un devoir pour lui de le faire s'il peut espérer prévenir ces dangers; mais si l'indication est précise, les moyens pour la remplir ne sont pas sans offrir des difficultés, sans exposer eux-mêmes à des accidents également sérieux. Avant d'exposer les ressources de la chirurgie, je tiens à répéter encore qu'il ne faut créer ici un vagin que comme moyen de laisser couler les règles; si la menstruation manquait je crois qu'il faudrait s'abstenir. Dans les conditions actuelles, à quelle opération pouvons-nous recourir? Je vous ai parlé de la ponction par le rectum, et des inconvénients qu'elle entraîne. La ponction par le périnée a été pratiquée par quelques chirurgiens; mais cette opération doit être éloignée absolument, elle est incertaine et périlleuse : le chirurgien, en effet, ne pouvant guider sûrement l'instrument, est exposé à perforer l'urètre ou le rectum, ou même à tomber dans l'un des culs-de-sac péri-utérins du péritoine, et par là même il peut déterminer des accidents très-graves et même mortels. En admettant même que la ponction soit heureusement exécutée, de graves dangers menacent encore les opérées : l'écoulement du sang est mal assuré, et l'expérience a démontré que l'infection putride peut survenir et déterminer la mort.

Il est une autre opération qui a été proposée et exécutée par Amussat dans un cas analogue au nôtre, c'est le décollement du rectum et de l'urètre. Ce chirurgien procéda de la manière suivante : il fit porter l'urètre en avant à l'aide d'une sonde, et d'une main il porta le rectum en arrière, et de l'autre main il refoulait à l'aide de ses doigts les parties molles intermédiaires, et il parvint ainsi à creuser progressivement et lentement en plusieurs séances, une sorte de conduit vaginal; mais arrivé au niveau de la tumeur, il fallut employer l'instrument tranchant, et ponctionner cette tumeur. La malade guérit, et plus tard vit apparaître ses règles. Auguste Bérard a également eu recours à ce procédé opératoire; mais sa malade n'eut jamais de règles, et il est probable qu'il y avait chez elle absence des ovaires et de l'utérus. Mais, je le demande, pourquoi ces manœuvres digitales, longues et douloureuses? est-ce là une opération chirurgicale? Il me semble plus convenable, tout en profitant de l'idée d'Amussat, séparation par décollement du rectum et de l'urètre, de faire une opération régulière.

Voici ce que je me propose de faire : l'urètre porté en avant à l'aide d'un cathéter, avec le doigt je porterai le rectum en arrière, et entre les deux conduits je ferai sur le périnée une incision transversale, comme pour la taille prérectale du professeur Nélaton. Cette ouverture faite, j'essaierai de décoller les parties molles; si je rencontre des résistances, je reprendrai le bistouri et les sectionnerai avec précaution, pour ne rien léser d'important. Arrivé sur la tumeur, j'en pratiquerai l'ouverture aussi largement que possible, de manière à avoir un écoulement facile. Ne soyez pas étonné, si le liquide que nous obtiendrons est plus ou moins décoloré, ressemble à du blanc d'œuf par exemple; c'est là un fait qui n'est pas rare dans ces cas, et qui tient au séjour du sang dans une cavité anomale, où il subit une désagrégation plus ou moins considérable. Souvent même on ne retire qu'un liquide filant très-résistant et complétement décoloré; ces modifications du liquide nous donnent l'explication de cette sensation de tumeur solide, que l'on a par le toucher rectal. L'opération terminée, nous verrons s'il y a lieu d'introduire dans la plaie une canule ou une mèche pour la maintenir béante : cela dépendra et de la largeur de l'ouverture que nous aurons pratiquée, et de la quantité du liquide qui s'écoulera. Cette opération au premier abord paraît très-simple, et permet d'espérer d'excellents résultats. Cependant, il ne faut pas se le dissimuler, c'est une opération très-grave; même dans le cas de simple oblitération accidentelle et partielle du vagin, on voit survenir des accidents qui peuvent mettre les jours des malades en danger. A plus forte raison, devons-nous le craindre dans le cas auquel nous avons affaire. Ce sont, soit des péritonites générales, soit des métro-péritonites; dans d'autres cas, la plaie plus ou moins sinueuse devient un foyer d'infection putride, et les malades succombent à l'empoisonnement septique. Je ne vous parle pas des autres accidents qui viennent si souvent entraver toutes nos opérations dans les hôpitaux, et auxquels nous sommes encore exposés; mais je suppose, et je puis l'espérer, qu'aucune de ces complications ne survienne. Qu'obtiendrons-nous par l'opération dont je viens de vous parler? La malade d'Amussat, je vous l'ai dit, a guéri et a vu ses règles apparaître; mais le chirurgien a dû intervenir de nouveau de temps en temps, pour maintenir béant le canal qu'il avait pratiqué. M. Debrou d'Orléans en a opéré une également, par le procédé que nous allons employer : sa malade a guéri comme celle d'Amussat, et qui plus est, elle a pu se marier et devenir enceinte. Malheureusement il a fallu recourir au forceps pour l'accoucher, et elle a succombé aux suites de l'opération obstétricale. Ces faits vous prouvent que nous pouvons espérer atteindre au moins le but que nous avons en vue; mais, comme vous le voyez, messieurs, l'opération que nous nous proposons de pratiquer, et qui est la seule rationnelle, fait courir à la malade des dangers sérieux. Aussi, je vous l'ai déjà répété, ce n'est pas dans le but de créer un vagin qui fait défaut, mais bien pour prévenir ces accidents graves et certains, auxquels cette jeune fille est sans cesse exposée, comme je vous l'ai dit, que nous nous décidons à intervenir; l'indication est ici précise, et nous devons la remplir. Je vais pratiquer cette opération devant vous; je me propose de vous en parler de nouveau, afin de vous tenir au courant de l'histoire de cette malade qui ne peut manquer de vous intéresser.

Le 23 juin, M. Dolbeau, revenant sur l'histoire de cette malade, la complétait de la manière suivante :

Vous m'avez vu, messieurs, le 22 mai, et par conséquent il y a aujourd'hui un mois, pratiquer une opération grave pour remédier à une absence congénitale du vagin. Je vous ai déjà plusieurs fois depuis parlé de cette malade; je vais résumer ce que je vous en ai dit et vous indiquer ce que nous avons obtenu pour le moment. Je ne vous rappellerai pas le procédé opératoire que j'ai suivi; c'est exactement celui que je vous avais annoncé. Tout s'est passé régulièrement : l'incision du périnée faite, le décollement a été complétement et facilement exécuté avec deux doigts; aucune ligature de vaisseau n'a été nécessaire. Arrivé sur la tumeur, quelques-uns des chirurgiens qui m'entouraient se sont demandé s'il n'était pas prudent d'attendre qu'une nouvelle menstruation vînt achever spontanément, pour ainsi dire, l'opération, en déterminant la rupture de la poche que nous avions sous le doigt. Mais qu'eussions-nous gagné ainsi? Nous eussions eu des difficultés considérables à maintenir béant le conduit, que nous venions de pratiquer, et rien ne nous assurait que nous ne fussions pas forcé d'intervenir de nouveau et de ponctionner nous-même la tumeur : nous aurions eu deux opérations au lieu d'une. De plus, le danger de cette opération réside, d'une part, dans les accidents aigus immédiats qui peuvent se développer, d'autre part, dans la décomposition du foyer sanguin. Attendre une nouvelle menstruation, c'était donc se placer dans de mauvaises conditions, puisque alors le foyer sanguin eût été augmenté par l'arrivée d'une nouvelle quantité de sang. Nous avons dû passer outre et terminer l'opération séance tenante. L'incision n'a donné lieu à la sortie que d'une quantité assez peu considérable de caillots sanguins noirâtres et assez résistants. Le doigt introduit au fond de la plaie, a pu sentir immédiatement le col de l'utérus très-peu volumineux, entouré encore de caillots sanguins, et logé dans une cavité lisse et membraneuse, de date ancienne, et qui ne peut être que la portion cervicale du vagin.

Les suites de l'opération, comme je vous l'ai déjà dit, ont été très-simples. Pendant les trois ou quatre premiers jours, le nouveau canal a continué à rejeter à l'extérieur quelques caillots noirâtres, qui ont fini par faire place à une suppuration de bonne nature. Celle-ci a d'abord été assez abondante, puis elle a diminué peu à peu, et aujourd'hui elle ne consiste plus que dans un suintement à peine appréciable. La malade n'a éprouvé aucun accident de péritonite, ni de métro-péritonite. Cependant le 26, quatre jours après l'opération, elle a été prise de légers frissons, de très-courte durée, et d'un mouvement fébrile assez intense pour nous donner quelque inquiétude, et en même temps d'une douleur assez vive du côté de la plaie. Un grand bain et un léger purgatif ont été ordonnés, et tout s'est calmé au bout de quarante-huit heures; il y a lieu de croire que ces accidents n'étaient dus qu'à l'établissement de la suppuration. Depuis, la malade a toujours été de mieux en mieux; toutefois, je dois vous dire que, il y a une dizaine de jours, nous avons vu se développer sur son bras gauche un érysipèle autour d'un vésicatoire qu'elle portait depuis l'âge de sept ans. Heureusement cette complication, indépendante de l'opération, n'a pas eu de suite sérieuse, et a guéri rapidement. Inutile de vous dire que nous nous sommes hâté de faire sécher ce malencontreux vésicatoire, dont on s'était bien gardé de nous parler.

Aujourd'hui notre jeune malade est dans un état aussi satisfaisant que possible; grâce à un régime tonique et fortifiant, elle reprend de jour en jour ses forces.

Le pansement de la plaie a été très-simple. Le conduit que nous avions pratiqué étant très-large, nous n'avons pas cru devoir recourir ni à des canules, ni à des mèches ; nous l'avons abandonné, pour ainsi dire, à lui-même, dans la crainte d'éveiller quelque inflammation de voisinage. Seulement, tous les deux jours, nous avons eu soin de pratiquer le toucher vaginal, manœuvre que nous répétons encore actuellement et qui se fait, à peu de chose près, comme si ce conduit avait toujours existé. Cependant nous devons dire qu'elle est douloureuse, et que le doigt est assez fortement serré par les parois vaginales, surtout au niveau des parties profondes. Ce fait nous indique qu'il y a évidemment tendance au retrait des parties molles et à l'atrésie du vagin. Il serait donc imprudent de cesser toute surveillance ; mais on peut espérer qu'en continuant pendant un certain temps à pratiquer régulièrement le toucher, comme nous le faisons depuis un mois, on arrivera à lutter avantageusement contre cette atrésie.

Nous avons opéré cette malade quelques jours avant le retour probable de la menstruation, et il y a plus d'un mois; cependant nous n'avons pas eu la satisfaction de voir les règles apparaître. Mais, remarquez-le, cette jeune fille est au début de la menstruation, elle est d'une constitution délicate, elle a subi une opération grave du côté des parties génitales ; ce sont là certes autant de raisons qui rendent compte du retard de la menstruation et qui doivent nous rassurer sur son évolution future. Nous aurions voulu cependant attendre encore l'époque menstruelle prochaine; mais depuis plusieurs jours cette jeune fille insiste pour rentrer dans sa famille. Actuellement que notre tâche est pour ainsi dire terminée, nous ne saurions la retenir plus longtemps. Avant qu'elle nous quitte, j'ai tenu à vous en parler de nouveau, car c'est là un fait rare et qui mérite au plus haut point de fixer votre attention.

NATURE DE LA SYSTOLE DES VENTRICULES DU CŒUR

Considérée comme acte musculaire,

Par M. Marey.

(Lu à l'Académie des sciences, séance du 9 juillet.)

Dans une note présentée à l'Académie, le 28 mai dernier, j'ai exposé les résultats d'expériences qui confirment les idées de Helmholtz sur la nature de la contraction musculaire. La méthode graphique m'a permis de recueillir le tracé des vibrations multiples qui se passent dans un muscle lorsque celui-ci est soumis à des excitations électriques ou traumatiques répétées à de courts intervalles. On voit sur les graphiques reproduits dans cette note, que la contraction musculaire est essentiellement constituée par ces vibrations ou *secousses*. On voit aussi comment ces secousses se fusionnent entre elles de telle sorte que, pour la vue et pour le toucher, le muscle contracté semble immobile, tandis qu'en réalité il est agité par des mouvements rapides.

L'expérience montre que pour chaque excitation portée sur un muscle ou sur son nerf moteur, il se produit une secousse unique dont la durée est très-courte, 6 à 8 centièmes de seconde. Tout mouvement d'une plus longue durée ne saurait être produit par un muscle volontaire qu'au moyen d'une succession de secousses fusionnées entre elles.

Les muscles de la vie organique semblent avoir des caractères différents, en ce que, chez eux, chaque secousse présenterait une durée beaucoup plus considérable. Ainsi, la systole du cœur, qui peut durer plus d'une seconde, serait constituée par une secousse unique; elle n'est donc point assimilable aux contractions proprement dites. Cette manière de comprendre la nature de la systole du cœur, considérée comme acte musculaire, est fondée sur les raisons suivantes :

1° Une secousse musculaire et une systole du cœur présentent des formes analogues. Les graphiques recueillis sur un cœur détaché de l'animal et battant à vide sous le levier enregistreur, et les graphiques obtenus sur un muscle également séparé de l'animal et placé dans les mêmes conditions, se ressemblent beaucoup entre eux. De part et d'autre on trouve une courbe à sommet arrondi qui s'élève et s'abaisse, mais pour ces deux mouvements la durée est bien différente, comme on vient de le voir.

Mais on conçoit que, si l'on recueille le graphique musculaire sur un papier qui chemine très-vite, et si l'on enregistre, au contraire, la systole du cœur sur un papier à translation lente, on puisse ramener ces deux graphiques à des longueurs égales. On constate alors la ressemblance que présentent pour leur forme ces deux sortes de mouvements.

Mais la durée si différente de la secousse d'un muscle volontaire et de la systole du cœur ne saurait établir une démarcation réelle entre ces deux mouvements.

En effet, on voit chez certaines espèces animales cette différence de durée disparaître entièrement. Ainsi, chez la tortue terrestre, j'ai constaté que la secousse des muscles volontaires dure plus d'une seconde, et qu'elle égale au moins la durée de la systole du cœur chez le même animal.

Il semble donc légitime de rapprocher, au point de vue de leurs formes, une systole du cœur et une secousse musculaire, et l'on doit considérer comme une différence peu importante

l'inégalité de durée de ces deux actes, puisque cette inégalité n'est pas constante.

2° La secousse d'un muscle volontaire et la systole d'un cœur se modifient toutes deux de la même manière, lorsque ces organes, séparés de l'animal, s'épuisent peu à peu et perdent leur mouvement. J'ai représenté, dans ma dernière note, les graphiques fournis par un muscle qui s'épuise sous l'influence de secousses successives. Or un cœur séparé de l'animal s'épuise de même et donne des graphiques qui montrent qu'une modification analogue se produit dans l'un et dans l'autre muscle sous l'influence de la même cause.

3° Une secousse musculaire et une systole cardiaque produisent, sur une patte galvanoscopique de grenouille, les mêmes effets d'induction, c'est-à-dire provoquent toutes deux une secousse unique dans la patte galvanoscopique.

Tous les physiologistes connaissent les phénomènes découverts par M. Matteucci, et désignés par ce savant sous le nom de *contraction induite*. Ils consistent en ceci : un muscle qui se contracte, et sur lequel repose le nerf moteur d'un autre muscle, induit dans ce dernier une contraction.

En étudiant les phénomènes de la contraction induite avec les idées que j'ai exposées précédemment, c'est-à-dire en distinguant la secousse, phénomène simple, de la contraction, phénomène complexe, j'ai observé les faits suivants. La secousse d'un muscle n'induit qu'une secousse, tandis que la contraction induit une contraction. J'ai vu de plus que le muscle induit n'emprunte pas au muscle inducteur les caractères de lenteur ou de brièveté de la secousse de celui-ci, de sorte que si l'on prend comme inducteur un muscle épuisé, dont la secousse, par conséquent, soit lente, on aura dans le muscle induit une secousse brève si ce muscle n'est pas épuisé.

Ces faits m'ont paru fournir un nouveau moyen d'analyser un acte musculaire. En effet, si un mouvement, quelque prolongé qu'il puisse être, n'induit dans un autre muscle qu'une secousse unique, c'est probablement qu'il n'est constitué lui-même que par une secousse musculaire.

En conséquence, j'ai placé le nerf d'une patte galvanoscopique sur le cœur d'une grenouille, et j'ai vu que chaque systole n'induisait dans la patte qu'une secousse unique, bien reconnaissable à la brièveté qui lui est propre.

Je n'ai pu, jusqu'ici, étendre ce genre de recherches aux autres muscles de la vie organique ; mais il me semble que, pour le cœur du moins, on est en droit de conclure que sa systole n'est point assimilable aux contractions des muscles volontaires. Mais elle correspond à ce mouvement élémentaire, pour lequel je propose le nom de *secousse*, et qui est à la contraction ce qu'une vibration isolée est à la série de mouvements qui produit un son.

DES ACTIONS MUSCULAIRES

capables de déterminer l'extension latérale du rachis et de leur application au redressement des déviations de la taille,

Par M. le docteur Pierre BOULAND.

(Conclusions d'un mémoire lu à l'Académie des Sciences.)

Sur un jeune sujet atteint de scoliose commune, lorsqu'on électrise un peu énergiquement les sacro-spinaux au niveau d'une des convexités, on sent les apophyses épineuses de la courbure voisine se diriger vers la concavité. Cet effet est surtout appréciable à la région lombaire. La contraction volontaire produit le même résultat. M. Dubreuil, dans un mémoire publié en 1859, attribue ce phénomène à une détorsion qui changerait de direction à chaque courbure. M. Bouland conclut de ses expériences sur le cadavre et sur le vivant, à une simple extension latérale qui, en vertu des insertions multiples des sacro-spinaux, agit directement sur chaque pièce osseuse par plusieurs points à la fois et détermine, par cette simultanéité d'action, un redressement uniforme que les appareils les plus énergiques sont impuissants à réaliser.

L'auteur examine ensuite les applications thérapeutiques de ces actions musculaires. Il rapporte en détail une observation intéressante de scoliose triple, arrivée au troisième degré, et qui, après trois mois de traitement, la déformation des os restant à peu près la même, était cependant modifiée à ce point que la flèche de la courbure dorsale avait rétrogradé de 29 millimètres à 20 millimètres, ainsi que l'attestent les moulages placés sous les yeux de l'Académie.

M. Bouland résume l'objet de son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Dans la majorité des cas, lorsque la scoliose ne dépasse pas le commencement du troisième degré, le traitement par l'extension musculaire latérale, peut être appliqué par les parents eux-mêmes, sous la surveillance du médecin ;

2° Les appareils, dont il est possible de se passer dans un grand nombre de circonstances, sont nécessaires lorsque le malade est obligé de se livrer à un travail manuel ;

3° L'état général doit être l'objet de l'attention la plus soutenue.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

LES EAUX SULFUREUSES D'ENGHIEN,

Conseils hygiéniques et conclusions générales,

Par M. le docteur A. MIRBEL.

Nous avons précédemment démontré toute l'efficacité des eaux d'Enghien, lorsqu'on les appliquait au traitement des anciens accidents syphilitiques, des affections des voies respiratoires, des lésions cutanées et des maladies nerveuses. Entrons maintenant dans quelques considérations physiologiques indispensables, faisons entendre quelques conseils, au nom de l'hygiène, et, afin de faire bien ressortir nos études hydrologiques antérieures sur Enghien, posons des conclusions générales.

Les sujets dont les facultés digestives sont depuis longtemps affaiblies, dont l'estomac manque de la stimulation nécessaire à l'accomplissement régulier des fonctions de nutrition, éprouvent de très-bons effets des eaux d'Enghien. Sous leur influence, les fonctions digestives se réveillent, des aliments qui jusqu'alors n'étaient pas digérés deviennent d'une digestion facile ; et ce premier effet des eaux influe favorablement sur le moral des malades et les dispose à suivre avec plus de confiance le traitement prescrit.

La sécrétion intestinale est tantôt modifiée par l'eau d'Enghien, tantôt, au contraire, il n'y a aucune action sensible. Le plus ordinairement, après quelques jours de traitement, le malade remarque une plus grande facilité que de coutume dans ses évacuations alvines, puis à ce léger dérangement succède la constipation. Chez les individus habituellement constipés, l'eau sulfurée détermine des garde-robes plus fréquentes. Nous avons remarqué, comme nos confrères des eaux minérales, que la constipation paraissait être en rapport avec une plus grande abondance de la transpiration cutanée ou de la sécrétion urinaire ; la diarrhée, au contraire, avec une diminution de ces mêmes sécrétions. On conçoit alors le parti que la thérapeutique peut tirer des eaux minérales dans certaines affections chroniques.

Un effet qui n'est pas particulier aux eaux d'Enghien, mais qui lui est commun avec d'autres eaux minérales, est celui qu'en éprouve la menstruation. Est-elle supprimée, irrégulière, peu en rapport avec le développement physique et le tempérament individuel, elle reparait sous l'influence des eaux et devient d'une régularité parfaite. C'est principalement aux douches et aux douches générales qu'il faut rapporter ce résultat. Si, par suite d'un appauvrissement du sang résultant d'une chlorose, ou d'un état anémique, il arrive que la menstruation, par son extrême abondance, constitue une véritable hémorrhagie, on retire un immense avantage des douches froides et générales. On parvient par ce moyen à la ramener à son type physiologique.

La surface tégumentaire, ainsi que les surfaces gastro-intestinales et urinaires, se partagent le privilége d'être les principales voies où se passent les crises produites par les eaux minérales. Ce sont les grands appareils éliminatoires critiques de Bordeu. Tout le monde connait les relations intimes, ou mieux les sympathies de ces organes entre eux : l'un ne peut être affecté sans que l'autre en ressente immédiatement l'influence ; aussi voyons-nous les affections du tube digestif, les affections de la peau, coïncider, les premières avec une diminution de la perspiration cutanée, les secondes avec celle de la sécrétion intestinale. La suppression de la transpiration cutanée joue un très-grand rôle dans l'étiologie des maladies, elle entraîne des affections de toute nature ; aussi le médecin, au début de la maladie, fait-il tous ses efforts pour la rappeler.

La médication sulfurée, s'adressant le plus souvent à des constitutions délicates ou affaiblies, c'est au régime tonique qu'il faut recourir dans la grande majorité des cas pour en seconder l'action. Il est cependant des circonstances où ce régime exclusif ne peut être prescrit ; cela dépend de l'état des voies digestives ou du dégoût quelquefois insurmontable pour toute espèce d'aliments solides : dans ce cas, il faut consulter le désir et l'instinct des malades qui, à mesure que la santé générale se rétablit, arrivent d'eux-mêmes à prendre les aliments pour lesquels ils avaient le plus de répugnance.

Nous n'avons pas remarqué que la privation ou l'usage de certains aliments aient sur la médication sulfurée une très-grande influence ; aussi, quand il n'y a pas urgence absolue de suivre un régime particulier, nous conseillons volontiers une alimentation variée. Cependant, comme il arrive que chez certains sujets, au début du traitement, l'eau d'Enghien occasionne des nausées, des éructations, et souvent un sentiment de pesanteur épigastrique, il est bon d'avertir les malades de ne pas faire usage d'aliments de digestion difficile ; dans ces circonstances, il faut s'abstenir de certains végétaux féculents. Il en est de même des fruits acides, non pas tant en raison de leur acidité, mais parce qu'étant incomplétement digérés, ils peuvent amener une complication du côté de l'intestin. Les boissons spiritueuses, à l'exception toutefois du vin dont on doit faire un usage modéré aux repas, doivent être proscrites ; une vie sobre enfin est de rigueur et indispensable au succès du traitement.

En résumé et comme conclusions générales, les eaux d'Enghien conviennent :

1° Dans les affections diathésiques, et notamment dans les diathèses scrofuleuse, tuberculeuse, rhumatismale et herpétique ; elles sont nuisibles, ou pour le moins inutiles, dans les diathèses goutteuse et cancéreuse. Dans la diathèse syphilitique les eaux d'Enghien agissent sur l'ensemble de la constitution, soit que celle-ci ait été profondément lésée par la maladie elle-même, soit par les moyens employés pour la combattre. Quant aux syphilides proprement dites, les eaux sulfurées ont sur elles une action analogue à celle qu'elles ont dans les autres dermatoses.

2° Les eaux d'Enghien doivent être classées au premier rang dans le traitement des affections catarrhales, telles que la bronchite, la laryngite, et les diverses espèces de pharyngite chronique. Elles ont une action efficace sur la sécrétion morbide qu'elles tendent d'abord à modifier, puis à faire disparaître.

Dans d'autres affections catarrhales, telles que celles du tube intestinal, de l'utérus, de la vessie, du vagin, dont la sécrétion par son abondance porte atteinte à la constitution, c'est sur les fonctions générales et principalement sur les phénomènes de nutrition, que les eaux sulfurées dirigent toute leur action.

3° La médication sulfurée convient dans ces troubles fonctionnels généraux que déterminent la chlorose, l'anémie, et dans certains autres états pathologiques où prédomine l'élément scrofuleux ou lymphatique.

4° Dans les engorgements chroniques du corps ou du col de l'utérus, les eaux sulfurées ne sont applicables qu'autant qu'elles sont administrées sous forme de douches révulsives.

5° Les eaux d'Enghien ne sont efficaces que dans les névroses qui attaquent les fonctions de nutrition et qui, par conséquent, réagissent d'une manière fâcheuse sur l'état général ; quant à celles qui portent spécialement sur la sensibilité ou le mouvement, on n'obtient de résultats favorables qu'en les attaquant par la méthode perturbatrice.

6° Les eaux d'Enghien trouvent encore leur application dans certaines maladies locales où une stimulation est indiquée ; dans celles aussi qui, par leur durée, retentissent sur la santé générale et dont la cause initiale peut être rapportée à une des diathèses précédemment indiquées.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des diarrhées de l'enfance.

La diarrhée des jeunes enfants est souvent fort rebelle ; aussi croyons-nous devoir reproduire ici les résultats thérapeutiques suivants, obtenus par le docteur Binz.

1° La diarrhée des nourrissons soumis à une alimentation artificielle, cède ordinairement à l'adjonction d'une cuiller à café de la solution de bicarbonate de soude (à 1/48) conseillée par Vogel, par chaque bouteille de lait. Si ce sel paraît trop rapidement résorbé, pour arriver jusqu'au siége anatomique probable de la lésion, on lui substituera avec avantage le carbonate de chaux, sous la forme d'yeux d'écrevisse. Ce n'est que dans un petit nombre de cas de la première période de la vie, que la diarrhée résiste à ce remède et à tous ceux qu'on peut y opposer.

2° Dans les diarrhées d'été, survenues sans cause appréciable, on se trouve surtout bien de petites doses de calomel associé à l'ipécacuanha (quatre fois par jour, de 1 à 3 centigrammes de chaque, selon l'âge). Mais si un refroidissement a amené l'indisposition et qu'il n'y ait pas de saburres, des doses minimes d'opium atteignent le but.

3° Les diarrhées chroniques, de causes très-diverses, cèdent particulièrement au nitrate d'argent à doses croissantes jusqu'à 0gr,075 et même 1 centigramme, dont l'auteur n'a jamais vu d'inconvénients. Toutefois, dans quelques cas, ce remède est vomi chaque fois, bien que donné à très-faible dose (3 milligrammes et demi), et on le remplace alors avec avantage par les toniques et les astringents végétaux.

4° Les diarrhées unies à de l'atrophie et de l'anémie, et dans lesquelles il n'est pas rare de trouver du sang décomposé, sont combattues avec un très-grand succès par le proto-iodure de fer. Parfois le sous-nitrate de bismuth échoue complétement dans de tels cas, tandis que c'est le roi des remèdes dans les diarrhées produites par des ulcérations tuberculeuses, à la dose de 1gr,50, trois fois par jour, sans que l'auteur en ait jamais eu de suites fâcheuses. On ne peut néanmoins méconnaître que, dans l'étude des catarrhes intestinaux, on est souvent assez peu éclairé sur les causes pour être réduit à tâtonner empiriquement. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, n° 13, 1866.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juillet 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Depouve (de Saint-Omer), et Prestat (de Pontoise) ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques, qui ont régné en 1865 dans les départements du Gers, des Côtes-du-Nord, et de la Savoie. (Commission des épidémies.)

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Carcanière (Ariége), par M. le docteur Campouny, et d'Aulus, par M. le docteur Borde-Pagès. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. J. Morin sur des appareils perfectionnés pour l'application de l'électricité. (Commissaire : M. Gavarret.)

2° Une observation de M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant, sur un cas de mort subite causé par la frayeur d'une opération de taille. (Commissaire : M. Ségalas.)

3° Un pli cacheté adressé par M. Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant de l'Académie, contenant : *a* la description d'un nouveau mode de contention des hernies ; *b* celle d'un nouveau procédé pour remplacer tous les exutoires. (Accepté.)

4° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Gallard. (Accepté.)

M. COLLIN, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, membre

de l'Académie de médecine, envoie un travail sur le mode de contagion des maladies vermineuses des voies respiratoires chez les animaux.

L'auteur établit d'abord que trois espèces d'helminthes vivent dans les voies respiratoires des animaux domestiques, le strongle des bêtes bovines, le strongle filaire du mouton et de la chèvre, le strongle paradoxal du porc et du sanglier.

Ces strongles se logent dans les vésicules pulmonaires au milieu de petites tumeurs d'apparence tuberculeuse. Ces tumeurs sont plus ou moins multiples et confluentes; pendant que les choses sont en cet état, l'animal est petit et microscopique, et se développe lentement. Comme les helminthes sont en grand nombre ils se développent en passant dans les ramifications bronchiques, où ils trouvent plus d'espace. C'est vers la fin de l'été que le développement excessif de ces vers a lieu.

Jusqu'ici il semble évident que ce sont surtout les poumons où les vers se développent, pour passer de là soit dans les bronches, soit dans la bouche.

Les animaux sont vivipares.

M. Collin étudie ensuite la contagion de cette maladie parasitaire.

Il a d'abord fait les expériences suivantes : il plaçait sur du pain des helminthes adultes tirées des bronches d'un porc. Ces vers ne se sont point attachés à la bouche et ils ont été avalés, et la contagion n'a pas eu lieu.

Dans une seconde expérience, M. Colin prend des embryons en ouvrant des vers adultes; il dépose ensuite les embryons dans du fourrage, dans des débris alimentaires et dans de l'eau tiède; ceux des embryons qui étaient dans l'eau tiède ont seuls vécu. Remarquant alors, d'autre part, que les mères adultes abandonnées à l'extérieur crèvent en laissant échapper une grande quantité d'embryons qui ont la propriété de vivre dans les substances humides, l'auteur pense que les veaux, les moutons et les porcs rejettent des helminthes adultes et des embryons avec les mucosités bronchiques; que les premiers meurent et que les seconds sont aptes à se transplanter sur un autre animal.

D'autres expériences ont été faites, pour chercher dans quelles eaux les helminthes embryonnaires se conservent le mieux, et il en est résulté que c'est dans les eaux douces que les vers se conservent le mieux lorsqu'ils abandonnent leur demeure naturelle.

M. Collin arrive alors à cette conclusion, que la contagion des maladies parasitaires, constituées par les strongles, a lieu par l'intermédiaire d'embryons de strongles qui, plus que les adultes, résistent à la mort quand ils ont quitté leur milieu favorable et qui s'introduisent dans un nouvel hôte par le moyen des aliments humides et des boissons, où ils ont été déposés accidentellement et où ils peuvent vivre assez longtemps.

— **M. BOUILLAUD** fait hommage à l'Académie :

1° Du compte rendu du congrès médical de Bordeaux;

2° Un travail de M. le docteur Delmas, sur la nature, les causes et le traitement du rhumatisme.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce avec regret la maladie de M. Grisolle; il ajoute qu'il a cru être l'interprète de l'Académie en allant chaque jour prendre des nouvelles de la santé de M. Grisolle.

M. LOUIS. J'ai donné mes soins à M. Grisolle; il a été atteint d'apoplexie, il a repris sa connaissance depuis quelques jours, mais il ne parle pas. Les facultés affectives sont néanmoins conservées.

RAPPORT.

M. GUBLER lit une série de rapports sur les remèdes secrets; les conclusions tendant à établir qu'il n'y a pas lieu à l'application des décrets sont mises aux voix et adoptées.

ÉLECTIONS.

La commission propose comme candidat au titre de membre correspondant étranger :

En première ligne, M. Lebert, de Breslau.
En deuxième ligne, M. Decaisne, d'Anvers.
En troisième ligne, M. Bennett, d'Édimbourg.

Votants, 50; majorité, 26.

Au premier tour de scrutin :

M. Lebert obtient 22 voix.
M. Decaisne obtient 28 voix.
M. Bennett obtient 0 voix.

En conséquence, M. Decaisne est nommé membre correspondant étranger.

LECTURE.

M. TARNIER, candidat à la place vacante dans la section d'accouchement, lit un travail sur l'imperforation de l'œsophage. Après avoir rapporté une observation recueillie par lui-même, le présentateur étudie les conditions de l'imperforation de l'œsophage en comparant les douze observations anciennes à celle qu'il lui a été permis de recueillir. L'auteur discute la valeur des opérations que l'on pourrait appliquer pour remédier à l'imperforation de l'œsophage, et il dit que la gastrotomie est l'opération la plus rationnelle, mais que la petitesse de l'estomac et l'étendue du foie se sont opposées à l'exécution du manuel opératoire dans les tentatives qu'a faites M. Tarnier sur des cadavres.

Dans l'observation du petit malade il y avait plusieurs points importants, l'enfant ne tétait point, le cathétérisme de l'œsophage avait été impossible et l'enfant rejetait par la toux une assez grande quantité de mucosité, sans que l'auscultation révélât de trouble respiratoire, ce qui indiquait bien la nature du vice de conformation, l'absence d'une partie de l'œsophage et l'ouverture anormale de la portion inférieure de l'œsophage dans la trachée.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

La commission a proposé :

En première ligne, M. Broca.
En deuxième ligne, M. Follin.
En troisième ligne, M. Legouest.
En quatrième ligne, M. A. Guérin.
En cinquième ligne, M. Demarquay.
En sixième ligne, M. Verneuil.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Les nouvelles du choléra en France sont relativement bonnes.

Nous n'avons pas appris que le choléra ait fait des progrès dans les villes du centre de la France.

A Armentières, dans les départements de la Meurthe et le duché de Luxembourg l'état de l'épidémie est le même.

Il y a eu quelques cas de choléra sporadique à Paris.

La Hollande a été frappée assez cruellement, le chiffre des décès depuis le commencement de l'épidémie s'est élevé à 3866.

Il y a eu ces jours-ci quelques cas de choléra dans les hôpitaux. Un cas de choléra foudroyant à l'hôpital Saint-Louis, et plusieurs cas suivis de mort à l'hôpital Necker, à l'Hôtel-Dieu et à Cochin. En ville il y a eu aussi quelques cas isolés.

Aux dernières nouvelles, il y avait 30 décès cholériques à Amiens, c'est-à-dire une recrudescence, puisque, il y a quelques jours, les décès n'étaient plus qu'au nombre de 7.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets du 7 juillet, ont été nommés dans la Légion d'honneur, en récompense de leur dévouement pendant l'épidémie cholérique:

Au grade d'officier: MM. Lherminier, chirurgien major, médecin en chef de l'hospice civil à la Pointe-à-Pitre; — Pellarin, médecin de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier: MM. Batby-Berquin, médecin de 2e classe de la marine; Cabre, chirurgien major, médecin chargé de l'hospice civil à la Basse-Terre; Duchassaing, docteur médecin au Moule; Loyseau, second médecin de l'hospice civil à la Pointe-à-Pitre; Richaud, médecin de 2e classe de la marine.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 20 juillet, à 3 heures et demie, à l'Hôtel de Ville.

Ordre du jour : Rapport de M. Collineau, sur les travaux de M. le Dr Pravaz, candidat au titre de membre correspondant.

— Le numéro de juillet des *Archives de médecine navale* vient de paraître; voici le sommaire: Contributions à la géographie médicale, littoral de la Chine. — Matériaux pour servir à l'histoire médico-chirurgicale de la Rébellion (guerre des Etats-Unis). — Bulletin clinique des hôpitaux de la marine. — Note sur une épidémie de fièvre articulaire observée en Gorée, par M. le Dr Thaly. — Chimie appliquée aux expertises; nouveau procédé pour reconnaître le chanvre roué de celui qui ne l'a pas été, par M. E. Le Moine. — Bibliographie. — Variétés. — Bulletin officiel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebordа, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la constriction permanente des mâchoires et des moyens d'y remédier, par le docteur Berrut. In-8° de 60 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Des tumeurs des muscles, par le docteur A. Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris. In-8, de 142 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De la mortalité des nourrissons en France, spécialement dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, par le docteur Brochard, chevalier de la légion d'honneur, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, de la prison et des épidémies de Nogent-le-Rotrou. In-8° de 166 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 85. — SAMEDI 21 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 21 JUILLET 1866. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des courants continus et de leur action sur l'organisme.

Les courants continus peuvent avoir, en médecine et en chirurgie, des applications variées : comme on se sert le plus souvent des courants induits que donnent seules les machines électro-médicales usuellement employées, il est utile de dire dans quels cas on devra préférer à ces courants induits les courants continus.

Un récent mémoire du docteur Wintrebert, sur l'action physiologique et thérapeutique des courants continus, nous permet de donner, sur cette question, des détails intéressants pour la pratique.

I. — Remak (de Berlin), qui s'est surtout occupé de l'application du courant continu, établit en ces termes un parallèle entre les deux ordres de courants : « Le courant induit est un bien faible moyen de modérer, dans certains cas, des douleurs locales et d'être parfois d'une certaine utilité dans des cas de paralysie ou d'atrophie, par la rigidité musculaire qu'il développe ou bien encore parce qu'il constitue une espèce de gymnastique électrique; mais il est hors d'état d'attaquer dans leurs racines les plus profondes ou d'empêcher dans certains cas le développement d'affections morbides considérables.

« Les effets que produit avec beaucoup de peine le courant induit sont, au contraire, obtenus avec la plus grande facilité par le courant constant, et il n'est pas rare de le voir guérir par sa puissance électrolytique des altérations trophiques qui, l'expérience nous l'apprend, peuvent être l'origine des plus grandes infirmités. »

On doit distinguer, dans les courants continus, divers modes d'application : 1° le courant continu stable dans sa direction : les réophores étant placés en deux points convenablement choisis, on laisse le courant agir pendant quelques minutes, en ayant soin de n'imprimer aux réophores aucun mouvement et de ne pas faire varier la pression qu'on exerce sur eux, pour les maintenir en contact avec la peau.

Le courant stable est calmant (Remak); on devra donc y avoir recours dans les cas où il s'agira de faire disparaître le symptôme douleur.

2° Le courant continu à direction mobile : l'un des réophores restant fixe, on promène l'autre tout autour, en des positions différentes, sans cesser pendant ce mouvement de maintenir le contact avec la peau.

Le courant mobile est excitant : il conviendra donc dans les états atoniques, paralytiques, quand il s'agit de réveiller l'activité dans un organe.

Il nous faut maintenant rappeler très-brièvement les principales affections dans lesquelles on a conseillé et employé les courants continus, et auparavant, dire quelques mots des conditions de fonctionnement des piles et du temps pendant lequel le courant doit être maintenu.

Le nombre des éléments dont on doit composer la pile varie dans les différents cas; cependant, on peut dire en général, que le nombre doit croître avec la distance des points d'application par rapport à l'encéphale. Quant au temps pendant lequel on doit faire agir le courant, il est de cinq à dix minutes, suivant l'intensité de la pile.

Lorsque dans les cas de lésions traumatiques il y a paralysie sans douleur ni contraction, l'action du courant mobile sera très-favorable; lorsqu'il y a douleur et contraction, il convient de faire succéder à l'action du courant mobile quelques interruptions.

On peut utiliser les contractions et le relâchement articulaire qui les suit pour ramener dans leur position normale des membres affectés de luxations incomplètes; dans ce but, l'un des réophores étant maintenu en un point fixe, on applique l'autre, de seconde en seconde, sur les muscles dont on veut obtenir la contraction. Remak a pu réduire ainsi une traction de l'épaule qui avait résisté, pendant quarante-deux heures, à d'ignorantes tentatives de réduction; le réophore fixe était placé dans la fosse sous-claviculaire; il suffit de deux minutes pour obtenir la réduction.

Pour abolir la sensibilité exagérée d'une partie devenue douloureuse par suite d'inflammation, on placera le pôle positif sur cette partie et le pôle négatif en un point plus éloigné; dans tous les cas, il faut avoir soin de maintenir les électrodes bien appliqués, de manière à ce que l'aiguille du galvanomètre reste fixe; il suffit en général d'une pile de quinze à vingt-cinq éléments.

Dans les cas d'arthropathie, lorsque la maladie est locale, qu'elle n'est pas accompagnée de fièvre ou que la fièvre a disparu, on doit employer le courant continu : il fera disparaître rapidement la sensibilité exagérée des articulations, la roideur des membres, enfin toutes les perturbations causées par l'inflammation.

Les douleurs rhumatismales cèdent en général à l'action des courants : on doit, dans ces cas, employer les courants stables; ces mêmes courants ont un effet vraiment remarquable dans les névralgies.

Pour prendre un exemple dans la névralgie sciatique, on commence par la partie supérieure, en plaçant les réophores à environ 2 décimètres l'un de l'autre et en poussant devant soi la douleur, depuis le point d'émergence du nerf jusque sur le dos du pied, en un mot en descendant le long du trajet du nerf; quand la douleur résiste et semble se fixer en un point limité du trajet, on revient sur ce point, et, plaçant l'un des réophores sur l'endroit douloureux, on fera agir l'autre successivement tout autour, à une distance d'environ 1 décimètre, jusqu'à ce que la douleur ait disparu.

Dans les paralysies musculaires, sans altération trophique, on doit, maintenant fixe le pôle négatif sur le point d'émergence du nerf dont la lésion se traduit par la paralysie musculaire localisée, promener le pôle positif sur les muscles paralysés; dans les cas où il y a paralysie avec altération trophique, il faut chercher à diriger l'action du courant sur ceux des ganglions du grand sympathique qui sont en rapport avec le siége de l'affection.

Les centres nerveux ne sont pas inaccessibles à l'action des courants, et si l'on se rappelle la célèbre expérience de Dubois-Reymond sur l'électrotinos, on admettra facilement que les courants dirigés sur les nerfs sortant de l'encéphale puissent produire une certaine action sur ces organes, puisque l'action d'un courant sur un nerf ne se limite pas entre les points d'application des électrodes.

Dans certains cas de paraplégie, Remak prétend avoir obtenu d'heureux résultats : il en serait de même dans les cas de contractures, liées à des affections encéphaliques (hémorrhagie, ramollissement, etc.).

Les spasmes réflexes chroniques, tels que la crampe des écrivains, sont diminués et quelquefois disparaissent par l'action d'un courant interrompu, tandis que les courants stables ou mobiles ne produisent aucun effet.

II. — Nous n'avons parlé jusqu'ici que des applications médicales : l'idée d'appliquer l'action de la pile à la destruction des tumeurs, quoique déjà fort ancienne, n'a été mise en pratique d'une manière rationnelle que dans ces dernières années. Ce n'est qu'en 1860 que Ciniselli (de Crémone) posa les règles de l'électrolyte appliquée à la destruction des tumeurs. De son côté, Middeldorpff (de Breslau) indiquait les moyens d'utiliser la chaleur que développe le passage d'un courant dans un fil mauvais conducteur, pour cautériser et détruire les tissus morbides.

Suivant que le circuit conducteur est continu ou interrompu, dans un cas, le courant passe dans l'organisme, les fils métalliques qui l'amènent ne fonctionnent pas; c'est la galvanopuncture; autrement, le passage n'a pas lieu par suite de la continuité métallique du circuit (galvano-caustic).

1° La galvano-puncture consiste à enfoncer dans les tumeurs une ou plusieurs aiguilles mises en communication avec les pôles d'une pile plus ou moins puissante : on peut se proposer dans cette opération, soit d'obtenir la simple coagulation des liquides d'une tumeur sans formation d'eschare, soit la destruction de cette tumeur après escharification.

Pour obtenir la coagulation sans désorganisation, on pourra employer une pile de tension assez faible et fournissant cependant une certaine quantité d'électricité; on peut traiter de cette façon toutes les tumeurs vasculaires superficiellement situées : anévrysmes, varices, tumeurs érectiles, etc.; pour obtenir l'action destructive, il convient d'employer une pile de forte tension, mais de faible intensité. (Ciniselli.)

2° Dans la galvano-caustic, on se sert de la chaleur produite par le passage d'un courant dans un fil de platine, pour la cautérisation et l'ablation des tissus morbides de l'économie.

L'appareil de Middeldorpff, le plus fréquemment employé, est composé :

a. D'une pile de Grove formée de quatre couples de 17 centimètres sur 12, et qui peuvent être associés en tension et en quantités;

b. De manches en bois ou en ivoire traversées dans leur longueur par deux tiges en ivoire qui les dépassent à chaque extrémité, et communiquent d'une part avec les deux réophores, de l'autre avec

c. Une armature de platine toujours d'une seule pièce, ayant la forme d'une lame ou d'un fil et contournée de façon à former une anse dont les extrémités s'adaptent sur celles des deux tiges de cuir.

On peut, au moyen d'un coulant, ouvrir ou interrompre le courant; par suite, placer l'instrument à froid, le faire pénétrer lentement au fond des cavités; puis lorsqu'on s'est assuré qu'il est bien placé, on détermine l'élévation de température du fil par une pression sur le coulant; puis, une fois la cautérisation faite, on rompt le circuit et on retire l'instrument déjà refroidi, car il lui suffit pour cela de quelques secondes.

La cautérisation, lorsqu'elle n'est pas faite à une température trop élevée (800°), n'aurait pas d'hémorrhagie; elle se limite parfaitement en ce sens que l'instrument, vu son peu de volume, n'agit pour ainsi dire que sur les tissus qu'il touche, et ne provoque point de réaction dans les tissus voisins.

Il est rare que l'opération soit suivie d'accidents généraux : érysipèle, phlébite, infection purulente, etc.

Les couteaux galvaniques peuvent servir dans les hémorrhagies, les ulcérations du col utérin, les frisures, les fistules à l'anus, etc.; le couteau et l'anse coupante ont servi avec succès à l'ablation de diverses tumeurs (névrômes, polypes, tumeurs sanguines, lipômes), et à certaines amputations, à la résection des amygdales.

Les détails dans lesquels nous sommes entré montrent que les courants continus ont déjà rendu à la médecine et à la chirurgie de très-grands services, et il y a tout lieu d'espérer qu'à mesure que les recherches se poursuivront dans cette voie, elles donneront lieu à d'utiles applications pratiques et ajouteront encore aux précieuses ressources que l'électricité fournit chaque jour à l'art de guérir.

Recherches statistiques sur les opérations d'ovariotomie.

Nous trouvons dans un récent travail du docteur Negroni (*Aperçu sur l'ovariotomie*, Paris 1866), des tableaux analytiques et synoptiques, basés sur le relevé de 645 observations. Nos lecteurs seront à même de juger, par ces importants résultats numériques, du danger réel de l'ovariotomie et de ses résultats comme moyen de guérison radicale des kystes ovariques.

L'extirpation des kystes ovariques n'offre pas plus de dangers que les autres grandes opérations; elle est même moins dangereuse que certaines d'entre elles, la désarticulation et l'amputation de la cuisse par exemple.

Ainsi, si nous nous reportons aux diverses statistiques publiées, nous trouvons pour l'ovariotomie complète, les résultats suivants :

M. W. L. Atlee, de 1849 à 1851, sur 159 cas, obtenu 97 guérisons, soit 61 p. 100.

M. Fock, 1856, sur 292 cas, obtenu 172 guérisons, soit 58,90 p. 100.

M. Simon, 1858, sur 44 cas, obtenu 12 guérisons, soit 27,27 p. 100.

(Opérations pratiquées en Allemagne.)

M. J. Hamilton, 1859, sur 37 cas, obtenu 21 guérisons, soit 56,75 p. 100.

(Opérations pratiquées dans l'état d'Ohio, Amérique.)

M. J. Clay, 1860, sur 395 cas, obtenu 212 guérisons, soit 53,67 p. 100.

M. Negroni, 1865, sur 247 cas, obtenu 154 guérisons, soit 62,34.

Ainsi le nombre de guérisons par rapport au chiffre total des opérations est de 50 à 60 p. 100. Comparons maintenant à ce résultat celui des autres grandes opérations.

Dans les ligatures d'artères, suivant Inmann et Philips, la proportion des guérisons est de 66,75 p. 100; elle est de 61 pour les amputations de membre (Malgaigne); de 39 pour les amputations de cuisse (Malgaigne); de 12,30 pour les désarticulations de la hanche (Legouest).

Et si, au lieu de prendre, comme nous l'avons fait, la statistique générale des opérations d'ovariotomie, faites de telle à telle année, nous prenons les statistiques particulières de di-

vers opérateurs, nous trouvons la proportion des guérisons beaucoup plus élevée.

Baker Brown a obtenu une proportion de guérisons de 57,17 p. 100 ; Kœberlé, de 72,22 p. 100 ; Tyler Smith, de 81,25 p. 100, et Spencer Wells, de 66,21 p. 100.

Mais ce n'est pas seulement pour l'ablation des ovaires qu'on a pratiqué la section abdominale ; un grand nombre de fois, des tumeurs fibreuses de l'utérus ont été ainsi enlevées : Washington Atlee en compte 45 cas dans sa seule pratique ; sur 18 cas publiés dans l'*American journal of medical science* (avril 1855), on trouve 11 cas de guérison, 9 de mort ; la proportion se poursuit à peu près la même que lorsqu'il s'agit d'ovariotomies proprement dites. Dans *The Lancet* (décembre 1863, janvier 1864), nous trouvons sur 19 cas, 7 guérisons, 12 morts ; sur 16 cas d'extirpation de l'utérus, on compte 5 guérisons. Il y a quelques semaines, Spencer Wells, poussant trop loin sans contredit les indications de la gastrotomie, enlevait une rate de six livres et demie.

Une opération aussi grave ne doit être tentée que dans les cas de nécessité absolue, et dans ces cas mêmes, les chiffres que nous avons donnés prouvent que l'ovariotomie n'est pas une ressource extrême, une opération désespérée, puisqu'elle réussit dans presque la moitié des cas.

De la mort subite causée par la frayeur d'une opération de la taille.

Au moment où il vient d'être question des cas de mort par le chloroforme, on lira avec intérêt l'observation suivante de M. Cazenave (de Bordeaux).

M. D..., médecin-vétérinaire très-distingué de Clairac (Lot-et-Garonne), âgé de soixante-ans, d'une bonne constitution, d'une grande force morale, avait été traité de plusieurs coarctations uréthrales, souffrait beaucoup de la vessie et de l'urèthre depuis un an, rendait difficilement et très-fréquemment des urines purulentes et ammoniacales, avait beaucoup maigri, sentait ses forces l'abandonner et pouvait à peine marcher.

Le docteur Crébessac et un autre confrère avaient fait quelques explorations avant que je visse M. D..., et avaient constaté la présence d'un ou de plusieurs corps étrangers dans la vessie. Je fis des recherches aussi et découvris quatre calculs qui me parurent être libres dans le bas-fond de la vessie, et n'avoir que d'assez petites dimensions. Chaque fois que le malade urinait, et il urinait très-souvent, les douleurs du col de la vessie et de l'urèthre étaient aiguës et constamment accompagnées de spasmes violents dont la durée était indéterminée. Il résultait d'un tel état de choses qu'on ne pouvait pénétrer dans la vessie que très-rarement, et qu'au prix de douleurs qui aggravaient les spasmes déjà existants. Bien que cette circonstance me parût devoir s'opposer à l'application fructueuse de la lithotritie, je dus essayer de combattre ces spasmes, de dilater l'urèthre, et d'habituer ce canal au contact de l'instrument. Ce fut vainement que je consacrai dix-huit jours à ces manœuvres, que M. D... supportait avec une grande résignation.

Mais parler au malade de le tailler était chose fort délicate, car il avait compté sur les bienfaits de la lithotritie. Je fus obligé cependant de lui démontrer l'impossibilité et même le danger de l'opération dans les circonstances insolites où il se trouvait placé.

La taille, dont il ne m'avait parlé que pour déplorer le sort de ceux qui n'avaient pas même, disait-il, les chances d'un soldat qui va au feu, la taille ne pouvait donc être proposée qu'avec des précautions infinies à un calculeux qui savait malheureusement trop bien les dangers auxquels il serait exposé en se faisant opérer par un moyen aussi compromettant.

Quoi qu'il en fût des répugnances de M. D..., il accepta résolûment ma proposition, ne fit aucune observation, ne me parut pas faire parade d'un courage qu'il n'avait pas, conserva, du moins en apparence, le calme moral dont il jouissait habituellement, malgré les tortures qu'il endurait sans se plaindre, et fut convenablement préparé pour être opéré.

Les docteurs Crébessac (de Tonneins), Arthaud et G. Dupont (de Bordeaux), voulurent bien m'assister.

Par précaution, et vu les éventualités auxquelles je craignais d'être exposé, je m'étais muni de tous les instruments nécessaires pour faire, ou la taille hypogastrique, ou l'une des tailles périnéales, ou même la taille recto-vésicale que j'ai pratiquée deux fois avec succès, ainsi qu'on peut le voir dans le quatrième volume, page 559, *Des nouveaux éléments de médecine opératoire*, de l'illustre professeur Velpeau.

Bien que je préférasse la taille bilatérale aux autres méthodes, je crus devoir prévenir mes confrères que si le spasme, à peu près incessant de l'urèthre, s'opposait à ce que je pusse introduire le cathéter, je ne m'exposerais pas à pénétrer dans la vessie sans guide, ce qui a pourtant été fait, dit-on, par deux chirurgiens aventureux, et que je procéderais alors à la taille hypogastrique, mais à la manière de Baudens, empêché que j'étais et de distendre la vessie par une injection, et de recourir à la sonde à dard, à cet instrument si ingénieux, si simple et que rien ne saurait complétement remplacer. Je sais bien qu'en faisant la taille suivant ce procédé, la vessie n'étant ni distendue, ni soulevée, on s'expose, ainsi que cela est arrivé à de très-habiles chirurgiens, à tailler à côté de la vessie, à pénétrer dans le péritoine, à donner lieu à la sortie des intestins, à des épanchements d'urine ou à des inflammations. Cependant, comment faire en pareille occurrence? Personne assurément ne se serait avisé de tailler par la méthode recto-vésicale sans cathéter en pénétrant dans la vessie par l'un des deux procédés indiqués par Sanson.

Quoi qu'il en fût, mes confrères et moi décidâmes que j'essayerais de faire la taille bilatérale. Conséquemment le malade fut placé, fut contenu par des aides, et j'allais introduire le cathéter dans l'urèthre quand M. D.., que nous venions de voir calme et serein en présence des préparatifs de l'opération, pâlit subitement, s'affaissa, perdit connaissance, n'eût plus de pouls et mourut dix minutes après, quoique mes honorables confrères et moi eussions pu faire. Force nous avait donc été d'assister les bras croisés à une catastrophe qui n'avait heureusement pas été provoquée par la douleur, puisque nous n'avions pas encore touché le malade quand la syncope nerveuse survint.

J'ai vu trois fois des calculeux avoir des syncopes produites par l'appareil effrayant de l'opération de la taille, et cette opération être prudemment ajournée ; mais je n'avais jamais vu une syncope causée par la frayeur avoir un aussi déplorable résultat.

Je n'ai pas à m'expliquer ici sur le mécanisme de la syncope occasionnée par les vives émotions morales, par la frayeur surtout, elles ont pour premier effet d'agir sur le cerveau qui est excité de manière à suspendre les mouvements du cœur, bien que dans l'état ordinaire ces mouvements de l'organe central de la circulation soient indépendants de l'action du cerveau. Qui ne sait d'ailleurs que les affections vives de l'âme peuvent tuer soudainement en supprimant, en éteignant tout à coup l'influence nerveuse sur le cœur, ce que les médecins disent être un affaissement nerveux ? Tout le monde connaît l'histoire de Diagoras, de Sophocle, de Léon X, de l'héritière de Leibnitz, qui moururent de joie ; de Zeuxis et du philosophe Chrysippe, qu'un rire excessif fit périr. Que d'exemples ne pourrais-je pas citer de gens frappés d'une mort soudaine à l'occasion d'un violent accès de colère ou d'une terreur subite et forte ?

Mais si la mort occasionnée par la frayeur d'une opération est rare avant cette opération, on cite d'assez nombreux exemples de morts survenues pendant, immédiatement ou presque immédiatement après. S'il m'était permis de rapporter ici quelques-uns de ces faits, que j'emprunterais à diverses sources, je contribuerais peut-être à faire tenir sur leurs gardes quelques chirurgiens, heureusement très-rares de nos jours, qui opèrent leurs malades sans précaution aucune, sans les encourager, sans les enhardir, sans les consoler, sans écouter leurs doléances, sans calmer leurs frayeurs, leurs angoisses, leurs tortures morales, sans s'emparer de leur esprit, sans capter leur confiance, sans les traiter enfin avec toute la douceur et tous les ménagements qu'on doit à l'être qui souffre et qui redoute l'*ultima ratio* du chirurgien, l'opération.

DE L'APPLICATION DE L'AIR COMPRIMÉ

Au traitement de la surdité catarrhale,

Par le Dr J. PRAVAZ,

Directeur de l'Institut orthopédique et pneumatique de Lyon.

Parmi les diverses applications auxquelles a donné lieu l'introduction de l'air comprimé dans la thérapeutique, celle qui en a été faite au traitement de la surdité a surtout éveillé l'attention du public et des médecins. La fréquence de l'affection, le peu d'action qu'ont trop souvent sur elle les moyens ordinaires de l'art, devaient nécessairement donner un certain intérêt à l'application d'un nouveau moyen de traitement. Aussi, lorsqu'en 1863, M. Lefèvre Duruflé publia, dans divers journaux politiques, les résultats observés sur quelques sourds à la suite d'un séjour plus ou moins prolongé dans l'air comprimé, cette communication eut-elle un assez grand retentissement.

Cette application de l'air comprimé à la thérapeutique des maladies de l'ouïe n'était cependant pas aussi nouvelle qu'elle le parut alors, et le fait de l'influence de la compression de l'air sur la surdité était connu depuis de longues années, quoiqu'il fût passé à peu près inaperçu.

Un ingénieur distingué, M. Triger, qui présenta, en 1841, un mémoire à l'Institut, sur l'emploi de l'air comprimé dans les travaux industriels, avait déjà noté les bons effets de la condensation de l'air sur un ouvrier devenu sourd au siége d'Anvers, et, bien antérieurement à cette observation, le docteur Hamel, dans une relation adressée au professeur Pictet, et insérée en 1820 dans la bibliothèque de Genève, et le docteur Colladon, dans une brochure publiée en 1826, avaient, à la suite d'une descente dans la cloche à plongeur de Hoath près Dublin, exprimé l'opinion que l'air comprimé pourrait être employé avec succès contre la surdité.

D'un autre côté, dès 1837, le hasard avait conduit Charles Pravaz à employer d'une manière méthodique les bains d'air comprimé, dans le traitement de diverses formes de surdité, et l'on trouve, dans son ouvrage sur l'emploi médical de l'air comprimé, un certain nombre d'observations de guérisons dues à l'usage de ce moyen.

Une grande partie des observations publiées par Charles Pravaz ont trait à des surdités catarrhales dues à un engorgement et à une congestion chronique de la trompe d'Eustache. Telle était aussi la nature de la surdité dont j'ai pu dernièrement recueillir l'observation, et contre laquelle l'air comprimé a été employé avec succès.

Une jeune fille de dix-sept ans me fut adressée de Marseille au mois de juin 1864, pour une surdité survenue à l'âge de deux ans, à la suite d'une angine assez grave. La surdité, d'abord peu prononcée jusqu'à l'âge de huit ans, était devenue, vers cette époque, à peu près complète, sous l'influence d'une rougeole, et la maladie avait résisté aux soins éclairés des docteurs Ménière et Deleau, qui avaient pratiqué à plusieurs reprises le cathétérisme et la cautérisation de la trompe d'Eustache, accompagnés d'injections dans la caisse du tympan.

Un examen attentif me fait constater les symptômes suivants :

Conduit auditif et oreille externe parfaitement sains. Nulle trace d'écoulement récent ou ancien. La membrane du tympan n'offre aucune altération. L'arrière-bouche et le pharynx présentent une vascularisation notable, résultat de la fréquence des angines auxquelles la malade est sujette pour la plus faible cause. La voix est nasonnée, quoiqu'on ne puisse remarquer une augmentation de volume des amygdales.

La malade, témoignant une certaine répugnance pour le cathétérisme des trompes d'Eustache, opération à laquelle elle a été soumise un grand nombre de fois, je m'abstiens de la pratiquer, mais je puis m'assurer que les trompes sont perméables en faisant souffler fortement la malade, le nez et la bouche étant fermés. L'air pénètre alors par bulles dans la caisse du tympan. La marche et la cause de la maladie, l'ensemble des symptômes et enfin la constitution lymphatique du sujet indiquaient du reste suffisamment le siége et la nature de l'affection.

L'ouïe est très-affaiblie du côté droit et à peu près abolie du côté gauche. Les battements d'une montre sont perçus à 12 centimètres à peu près à droite et seulement au contact à gauche. La malade paraît au premier abord entendre assez bien la voix, mais il est facile de remarquer qu'elle lit plutôt sur les lèvres qu'elle n'entend réellement la parole, car en se plaçant de telle sorte qu'elle ne puisse voir son interlocuteur, il faut élever considérablement la voix.

La surdité augmente du reste ou diminue, suivant l'état atmosphérique, et devient plus sensible dans les temps humides.

D'après l'ensemble de ces symptômes, la surdité me paraissant de nature catarrhale et tenir à l'engorgement et à l'état de congestion chronique de la trompe d'Eustache, je pensai que la malade pourrait avoir recours avec avantage aux bains d'air comprimé, et, vu la constitution lymphatique du sujet et le peu d'activité des fonctions de la peau, je conseillai de joindre à la médication pneumatique l'emploi des purgatifs répétés deux fois par semaine, des préparations iodées et des bains sulfureux.

Les premiers bains sont donnés à la pression de 60 centimètres de mercure (4/5 d'atmosphère environ), pression qui est graduellement portée à 85 centimètres (1 atmosphère 1/7 environ). Sous l'influence de l'air condensé, une amélioration très-sensible dans l'étendue de l'audition se produit immédiatement et dès les premiers jours. La malade entend mieux dans l'air comprimé, et sent, suivant son expression, *ses oreilles se déboucher*. Au sixième bain, on trouve déjà, comme limite de l'audition à l'air libre, à droite 27 centimètres, à gauche 10.

Pour combattre plus énergiquement encore la congestion chronique de l'arrière-gorge, et ne rien négliger de ce qui pourrait aider l'action de la médication pneumatique et présenter quelque utilité pour la malade, je joins à l'emploi des moyens précédemment prescrits quelques insufflations d'alun porphyrisé.

Sous l'influence de ce traitement, les progrès de l'audition deviennent de jour en jour plus évidents, et, après trente-neuf bains, la jeune malade termine son traitement pneumatique, entendant les battements de la montre à 40 centimètres du côté droit et 37 centimètres du côté gauche.

Cette observation me paraît avoir une grande valeur au point de vue de l'efficacité réelle de l'air comprimé dans le traitement de la surdité catarrhale. En effet, chez la malade dont je viens de rapporter l'histoire, la surdité avait jusque-là résisté aux médications les mieux dirigées, et l'amélioration de l'ouïe s'est produite immédiatement et avant que les moyens adjuvants, et qui, pour la plupart, avaient déjà été employés sans succès, aient eu rationnellement le temps de produire un effet quelconque sur une affection aussi ancienne. Cette observation acquiert encore une plus grande valeur si on la rapproche des faits déjà rapportés par mon père et de ceux qu'a publiés M. le docteur Bertin, dans le numéro d'avril 1865 du *Montpellier médical*.

Examinons maintenant comment agit l'air comprimé, appliqué au traitement de la surdité qui se lie au catarrhe de la trompe et de la caisse du tympan.

Ce mode d'action peut être ramené à deux chefs principaux : 1° désobstruction de la trompe d'Eustache, dont le calibre est oblitéré par des mucosités; 2° modification de la muqueuse au point de vue de sa vascularisation et de sa vitalité.

En premier lieu, par quel mécanisme le bain d'air comprimé rétablit-il la perméabilité de la trompe ?

Ici la réponse est facile.

Sous la pression ordinaire de l'atmosphère, l'équilibre de pression entre l'air extérieur et l'air contenu dans la caisse du tympan étant parfait, les mucosités qui obstruent la trompe n'ont, à cause de l'étroitesse de ce canal presque capillaire, aucune tendance au déplacement; mais si, le sujet étant placé dans la cloche pneumatique, on vient à élever dans ce récipient la pression atmosphérique, l'équilibre se trouve rompu, et l'air tend, d'une part à refouler la membrane du tympan de dehors en dedans, d'autre part à s'introduire par la trompe pour rétablir l'égalité de pression. D'où le sentiment de tension dans la membrane du tympan que ressentent presque tous les sujets, dès que la pression de l'air s'élève de quelques degrés. Ce sentiment de tension devient très-prononcé dans les cas d'étroitesse ou d'engorgement de la trompe, et persiste jusqu'à ce que l'air ait pénétré dans la caisse, pénétration que l'on favorise singulièrement en ouvrant fortement la bouche, car dans ce mouvement l'orifice de la trompe tend à devenir béant. Lorsque la pression de l'air est arrivée à un degré capable de vaincre l'adhérence des mucosités qui obstruent la trompe, l'air pénètre par bulles dans la caisse, et son entrée s'accompagne d'un clapotement particulier que les malades apprécient parfaitement et tout à fait semblable à celui qui se produit lorsque, dans le but de diagnostiquer la perméabilité de la trompe, le nez et la bouche étant fermés, on leur fait exécuter de fortes expirations pour faire pénétrer l'air dans la caisse du tympan.

Tels sont les phénomènes que l'on observe lorsqu'on élève la pression atmosphérique : des phénomènes inverses se remarquent si l'on vient à la diminuer, c'est-à-dire pendant la *décompression*. A mesure que la pression diminue dans l'appareil pneumatique, l'équilibre étant de nouveau rompu *en sens inverse* entre les pressions intérieure et extérieure, l'air contenu dans la caisse acquiert une tension supérieure à l'air contenu dans l'appareil, presse plus fortement sur la face *interne* de la membrane du tympan (d'où une nouvelle sensation de tension dans les oreilles, analogue à celle éprouvée par les malades

au début du bain), et tend à s'échapper par la trompe, en chassant devant lui au dehors les mucosités qui l'obstruent. Les sujets plongés dans l'air comprimé sentent alors distinctement l'air sortir par bulles, qui viennent éclater à l'orifice inférieur de la trompe.

On comprend dès lors facilement comment l'air comprimé peut parvenir à désobstruer la trompe et à évacuer les mucosités contenues dans la caisse. En effet, dans le premier temps du bain, pendant lequel l'air est accumulé dans l'appareil pneumatique, ce fluide, en pénétrant dans la trompe, chasse devant lui les mucosités qui en occupent le calibre, et le dégorge une première fois, comme le feraient le cathétérisme et les insufflations par la méthode usuelle; et, dans le second temps, c'est-à-dire pendant la décompression, l'air contenu dans la caisse cherche à son tour, en vertu de son excès de tension, à s'ouvrir une issue, et projette au dehors les mucosités contenues dans la caisse et que leur poids tend à accumuler à la partie inférieure de cette cavité, près de l'orifice supérieur de la trompe.

Le mode d'action de l'air comprimé dans l'acte mécanique de la désobstruction de la trompe diffère essentiellement du cathétérisme ordinaire opéré au moyen des sondes. Il est, de plus, beaucoup plus énergique et le cathétérisme est ainsi beaucoup plus parfait. En effet, lorsque la sonde est introduite dans le pavillon de la trompe et que le chirurgien cherche par l'insufflation à déplacer les mucosités qui obstruent ce canal, si ces mucosités sont assez adhérentes pour que la résistance qu'elles présentent soit supérieure à la force développée par l'insufflation, l'air, au lieu de pénétrer dans la caisse, reflue entre la sonde et les parois de la trompe, et l'effet est complétement nul. Dans l'air comprimé, au contraire, l'air contenu dans la trompe représente une tige pleine qui se moule sur toutes ses anfractuosités, et qui est poussée en avant par une force que l'on peut augmenter à volonté. Tout reflux est donc impossible, et l'effet produit est le même que celui que l'on obtiendrait au moyen d'une sonde que l'on introduirait directement jusque dans la caisse du tympan, ce que ne permet pas l'étroitesse extrême de ce canal. Cet effet est, de plus, beaucoup plus grand que celui que l'on peut obtenir de l'insufflation, car la force développée par l'insufflation au moyen de la bouche ou de la poire en caoutchouc généralement mise en usage, ne dépasse pas la pression de quelques centimètres de mercure, tandis que la puissance de l'air comprimé est en quelque sorte illimitée.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'action curative de l'air comprimé, dans les cas de surdité catarrhale, reconnaît également pour cause les modifications qu'il imprime à la vascularité et la vitalité de la muqueuse de la trompe et de l'arrière-gorge.

Chez les sujets plongés dans une atmosphère plus dense que l'atmosphère normale, il est un phénomène que l'on remarque d'une manière très-évidente, c'est l'influence que cet agent physique exerce sur la circulation tant artérielle que veineuse. D'une part, en effet, le pouls se ralentit d'une manière notable, ce qui diminue l'afflux du sang artériel dans les tissus congestionnés, et, de l'autre, la circulation veineuse, si intimement liée à la pression atmosphérique, s'opère avec une facilité beaucoup plus grande, le sang veineux tendant à chaque mouvement d'inspiration à se précipiter avec plus d'énergie dans le vide produit par la dilatation du poumon. Il résulte de là que les parties périphériques de l'organisme, qui sont soumises d'une manière immédiate à l'action de l'air comprimé, éprouvent dans leur vascularisation des modifications notables. Le sang contenu dans leur tissu tend à diminuer de quantité, et cet effet devient surtout très-apparent quand ces parties sont le siége d'une congestion ou d'une stase sanguine. On les voit alors pâlir par suite de la compression qu'elles éprouvent, compression qui en exprime en quelque sorte le sang. On comprend dès lors que par l'emploi de l'air comprimé on puisse faire céder d'abord momentanément la congestion de la membrane muqueuse de la trompe et de la caisse, puis que, par la répétition du même moyen, la tonicité des vaisseaux distendus reparaissant graduellement, la stase sanguine disparaît définitivement.

Si l'air comprimé agit principalement en rétablissant la perméabilité de la trompe et en combattant la stase sanguine qui accompagne l'inflammation chronique de la muqueuse de l'oreille moyenne, il est probable qu'il intervient aussi dans la guérison des surdités liées à la phlogose chronique de la trompe et de la caisse, en modifiant la vitalité de la muqueuse. Les bons effets obtenus par plusieurs médecins auristes et par M. Deleau en particulier, au moyen des injections d'air dans la caisse, viennent à l'appui de cette opinion, partagée par M. Bertin, que la tendance de la muqueuse à une sécrétion anomale et exagérée est avantageusement modifiée sous l'influence d'un fluide qui est son stimulant naturel.

Enfin, dans certains cas, on doit admettre également, d'après les observations de Pravaz et de M. Bertin, que l'air condensé, par la puissance d'action dont il jouit sur l'économie en général, en activant la rénovation organique, exerce aussi une grande influence sur l'affection locale, en modifiant l'état diathésique des sujets lymphatiques qui sont plus spécialement atteints de surdité catarrhale.

Si nous résumons en peu de mots notre travail, nous en tirerons les conclusions suivantes :

1° L'air condensé peut remplacer avec avantage le cathétérisme ordinaire, et spécialement chez les enfants et les personnes irritables;

2° Il agit d'une manière mécanique dans le traitement des surdités catarrhales, en désobstruant la trompe, en évacuant les mucosités de la caisse et en régularisant la circulation des muqueuses atteintes de phlogose chronique;

3° Il agit dynamiquement, d'abord comme modificateur naturel de la muqueuse de l'oreille moyenne, puis secondairement, comme modificateur général de l'économie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'obstruction intestinale traitée par la pompe stomacale.

Voici un nouveau mode de traitement de l'obstruction intestinale mis en usage par M. Ebenezer Fleming, et sur lequel nous désirons appeler l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-neuf ans, qui avait déjà été à trois reprises atteint d'obstruction des intestins. A la suite d'une de ces crises, il eut une attaque de goutte qui céda sous l'influence de doses répétées de calomel et d'opium.

Le 25 novembre 1865, cet homme, malgré plusieurs purgatifs, fut pris de tous les symptômes d'une obstruction intestinale : vomissements noirâtres et billeux, urine rare et fortement ammoniacale; langue sèche, pouls à 72, abdomen fortement distendu. A la percussion on trouvait dans la fosse iliaque droite une matité considérable; d'ailleurs pas de douleurs à la pression. Il fut alors décidé par le docteur Fleming que l'on injecterait, par le rectum, de l'eau chaude savonneuse, au moyen d'un tube fixé à la pompe stomacale. Ce tube, qui avait un mètre de long, passa facilement et sans causer de douleur. Mais, vu la distension déjà considérable de l'abdomen, le liquide injecté produisit une grande gêne. Il n'y eut pas encore de selle, et il ne sortit qu'une petite quantité de sérosité mousseuse. (Pilules d'hydrargyre et de jusquiame prescrites pour la nuit.)

Le lendemain, l'abdomen était de plus en plus distendu; les vomissements avaient cessé depuis la dernière nuit; pour le reste, mêmes symptômes. Il fut décidé que l'on introduirait de nouveau le long tube et que l'on injecterait dans le colon 600 grammes d'une infusion de séné additionné de sels purgatifs et de 75 grammes d'huile de térébenthine. Ce lavement ne produisit encore aucun effet.

A quatre heures, la dilatation de l'abdomen en était arrivée au point de gêner la respiration (2 grammes 50 de poudre de jalap. Pas de selle.)

A six heures, même lavement que dans la journée, additionné de 8 grammes de teinture *d'assa fœtida*. Pour ce dernier lavement on se servit de l'irrigateur ordinaire.

Après d'inutiles tentatives pour aller à la garde-robe, le malade pâlit tout à coup, le pouls monta subitement à 132 pulsations; l'abdomen était distendu jusqu'à sa dernière limite. Cet état ne faisant que s'aggraver, on se décida à passer de nouveau le tube qui fut fixé à la pompe stomacale dont on se servit comme aspirateur. Le premier effet fut de ramener des gaz, puis des matières fécales demi-fluides, plein une cuvette. On sentait nettement l'abdomen s'affaisser sous l'influence de chaque coup de piston; un soulagement très-grand fut produit sur-le-champ.

Trente grammes d'huile de ricin furent alors administrés, et pendant la nuit il y eut trois garde-robes très-copieuses. Tous les symptômes graves ne tardèrent pas à disparaître. (*Med. Times et Gaz. hebd.*, n° 19, 1866.)

Injection hypodermique dans la syphilis constitutionnelle.

On sait que divers essais de traitement de la syphilis par des injections hypodermiques ont déjà été tentés en Italie. Le docteur Barkeley Hill vient de soumettre à ce genre de traitement onze individus atteints d'affections plus ou moins chroniques. Les injections furent faites avec une solution de bichlorure de mercure, à la partie externe du bras ou de l'épaule. Chez quatre de ces individus, 5 centigrammes environ de ce sel amenèrent la mercurialisation; chez quatre autres, il en fallut 7 centigrammes.

La quantité injectée à la fois était de 1 centigramme environ. Lorsqu'on dépassait cette dose, les malades éprouvaient des coliques et de la diarrhée, et l'endroit où l'on avait pratiqué l'injection restait douloureux pendant un certain temps. Une seule fois on vit se développer des pustules au niveau des piqûres.

En somme, dix fois sur onze, le médecin anglais observa la saturation mercurielle sous l'influence de très-petites doses de médicament. (*The Lancet*, mai 1866.)

Traitement de l'asphyxie par la transfusion du sang.

Le fait suivant de transfusion du sang dans un cas d'asphyxie montre combien cette opération peut quelquefois rendre de très-grands services. Nous l'empruntons au *Medical press and circular*. Un jeune homme cherche à s'asphyxier par les vapeurs de charbon. Lorsqu'on pénètre chez lui, on le trouve inanimé. La respiration artificielle, pratiquée aussitôt, permit de le ramener à la vie. Mais au bout de quelques heures on s'aperçoit que le pouls tombe et que les mouvements respiratoires deviennent plus faibles. Craignant une mort imminente, on recourt à la transfusion au moyen de sang fourni par le frère du malade. L'opération fut faite sur la ligne médiane. Les symptômes changèrent immédiatement : la respiration s'accéléra, devint plus ample, le pouls plus fort, les joues se colorèrent. L'amélioration se soutint et le lendemain ce jeune homme était hors de danger.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juillet 1866. — Présidence de M. Follin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— **M. le Dr Azam**, membre correspondant à Bordeaux, adresse un mémoire imprimé intitulé : *De la thrombose consécutive aux traumatismes et de la mort subite qui peut en être la suite.*

MM. Robert et **Collin** adressent une nouvelle aiguille pour les injections sous-cutanées, construite d'après les indications du docteur Danet.

— **M. Broca** offre, de la part du docteur Bélin, médecin-adjoint à l'hôpital de Colmar :

1° Une brochure intitulée : *De la valeur du palper abdominal, comme moyen de déterminer la position du fœtus et surtout de rectifier les présentations vicieuses, soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.*

Hydro-encéphalocèle.

2° Une observation imprimée, intitulée : *Tumeur congénitale située sur la petite fontanelle et enlevée avec succès.* Cette observation est suivie d'un rapport de M. Stoltz. M. Broca attire l'attention de la Société sur ce fait intéressant. L'écoulement continu et abondant d'un liquide séreux pendant plusieurs jours permet de penser que la tumeur enlevée était en communication par son pédicule avec la cavité sous-arachnoïdienne. L'enfant guérit cependant sans accidents cérébraux.

M. Blot. Je crois que l'opération pourrait être tentée pour certains encéphalocèles. J'ai eu l'occasion d'observer un enfant qui portait à la racine du nez une tumeur aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme. Après la mort j'examinai avec grand soin cette tumeur; M. Nélaton désira prendre part à cet examen. Elle ne contenait aucune portion du cerveau, mais renfermait un prolongement de ses enveloppes. La communication était si étroite que je me demandai si à l'aide d'une ligature on ne serait pas arrivé à détruire cette tumeur sans grand danger.

M. Broca. Je ferai remarquer que souvent cette disposition a été rencontrée dans le spina bifida, et que, tout compte fait, les indications chirurgicales restent fort incertaines.

Moignons coniques. — Résection de l'extrémité osseuse.

M. Verneuil fait hommage à la Société de la thèse inaugurale de M. Alphonse Deu, l'un de ses élèves. Ce travail, où l'auteur s'occupe de la saillie de l'os après l'amputation de la cuisse, a surtout pour but de montrer l'avantage de la résection de l'extrémité osseuse saillante. En incisant la couche des bourgeons charnus, en refoulant les tissus qui recouvrent immédiatement l'os, on arrive sans délabrement, par une opération simple, à modifier heureusement la forme du moignon.

— **M. Trélat** a eu l'occasion de pratiquer une opération semblable à la Charité, sur un malade chez lequel le fémur faisait une saillie de 00,5 à 00,6. Les résultats en furent avantageux, malgré le mauvais état général du malade, qui mourut plus tard d'une phthisie pulmonaire.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations dites congénitales de la hanche.

M. Broca. Lorsque M. Verneuil nous fit son intéressante communication, je crus qu'il voulait seulement ajouter une nouvelle variété de luxations spontanées à celles qui étaient déjà réunies sous le nom de luxations congénitales. Mais après avoir lu son mémoire dans les *Bulletins*, et après avoir entendu la discussion de mercredi dernier, je me suis aperçu qu'il s'agissait de tout autre chose. Notre collègue ne se borne pas à demander l'hospitalité pour la variété nouvelle qu'il apporte, il soutient que cette variété représente, à elle toute seule, l'affection connue sous le nom de *luxation congénitale*.

Sa doctrine peut se résumer en ces deux propositions : 1° les luxations dites congénitales ne sont pas congénitales; 2° ces luxations sont la conséquence de la paralysie des muscles de la hanche, paralysie qui n'est qu'un cas particulier de l'affection connue sous le nom de *paralysie de l'enfance*. De là le nom de luxations paralytiques qu'il propose de donner d'une manière générale à celles que nous avons jusqu'ici appelées congénitales.

M. Verneuil, toutefois, ne nie pas l'existence de certains déplacements congénitaux de l'articulation coxo-fémorale, mais il nie que ces déplacements congénitaux, de natures très-diverses, puissent constituer une unité pathologique et fournir l'étiologie de l'affection décrite par les cliniciens sous le nom de luxation congénitale. N'est-ce pas en effet constituer une luxation artificielle que de réunir en un seul et même groupe les luxations par malformation, celles qui sont produites par des arthrites ou des hydarthroses intra-utérines, celles qui sont dues à la rétraction convulsive des muscles du fœtus, et celles qui sont la conséquence des manœuvres obstétricales?

M. Verneuil avait pu donner plus de force encore à son argument, en allongeant beaucoup la liste des causes auxquelles on a cru pouvoir attribuer les luxations congénitales de la hanche. Je le remercie de ne l'avoir pas fait, mais je trouve que sa liste, quoique modérée, est encore trop longue, car des quatre causes qu'il a énumérées, je ne puis en admettre que deux.

Et d'abord il a reconnu lui-même que les luxations obstétricales sont tout à fait étrangères au débat. Si elles existent, ce qui jusqu'ici est plus que douteux, elles se rangent tout simplement parmi les luxations traumatiques; la déchirure nécessaire de la capsule les différencie absolument de celles que nous étudions. Il est clair d'ailleurs qu'elles ne sont pas congénitales; nous sommes parfaitement d'accord sur ce point. Les quatre causes énumérées par M. Verneuil se trouvent donc déjà réduites à trois.

Je lui demanderai maintenant la permission de les réduire à deux, en rejetant les luxations par rétraction musculaire. Je sais bien que M. J. Guérin a émis une théorie générale en vertu de laquelle la plupart des difformités congénitales seraient dues à la rétraction musculaire qui accompagne les convulsions du fœtus. Cette théorie, établie principalement en vue de l'explication des pieds-bots congénitaux, a été appliquée, entre autres, aux luxations congénitales de la hanche. Je ne pourrais la répéter sans déplacer entièrement la discussion, mais je puis m'en dispenser, car je crois savoir que M. Verneuil ne l'admet pas plus que moi. Nous sommes donc encore d'accord sur ce point, et, des quatre causes qu'il a énumérées, il n'en reste plus que deux, savoir : les malformations primitives du squelette de la hanche et les lésions pathologiques des parties molles de cette articulation (ligaments, synoviale, paquet graisseux cotyloïdien).

L'argument de M. Verneuil se trouve ainsi atténué, mais ne perd pas pour cela toute sa force. Et en effet il peut, au premier abord, sembler difficile de réunir en une seule et même espèce morbide appelée luxation congénitale, deux groupes de lésions aussi différents que le sont les malformations et les maladies articulaires intra-utérines.

Mais je ferai remarquer que l'espèce ici est caractérisée par le déplacement et non par la cause du déplacement. Deux causes différentes peuvent aboutir au même résultat, surtout lorsque celui-ci consiste seulement en une disposition qui donne prise à des actions mécaniques. Ce qui existe au moment de la naissance, le plus souvent du moins, c'est moins une luxation véritable qu'une tendance à la

luxation. La luxation, presque toujours, ne se manifeste ou du moins ne se complète que lorsque l'enfant commence à marcher, et lorsque le poids du corps vient exercer une action mécanique sur une articulation dont l'équilibre et la solidité sont insuffisants. S'il s'agit d'une malformation, si par exemple la tête fémorale et la cavité cotyloïde n'ont pas cette forme rigoureusement sphérique qui leur permet de coïncider exactement et d'être maintenues en rapport, même après la destruction de tous les ligaments, par la pression atmosphérique, l'articulation est peu déformée, mais elle est privée d'une des conditions essentielles de son équilibre, et lorsque l'enfant vient à marcher elle cède sous le poids du corps. S'il s'agit d'une maladie qui a diminué la résistance, ou accru la longueur des ligaments, la déformation primitive de la hanche est encore relativement très-légère; mais elle s'aggrave ensuite par la marche. Et même dans les cas, assez rares du reste, où le déplacement articulaire est assez prononcé au moment de la naissance, pour pouvoir être reconnu avant l'autopsie, il est encore bien moindre qu'il ne le deviendra lorsque l'enfant aura marché. Ainsi, malgré la diversité primitive, nos deux groupes de causes préparent le même résultat, en produisant un défaut d'équilibre et de solidité qui modifie les conditions de la station et de la marche; et si l'affection au bout de quelques années revêt la même forme, présente les mêmes symptômes, et jusqu'aux mêmes lésions, il ne faut pas s'en étonner, puisque, dans l'un et l'autre cas, la relaxation relative des os et des ligaments est déterminée par la même cause : le poids du corps pendant la marche.

M. Verneuil est le premier à reconnaître la réalité de ces déplacements articulaires chez certains nouveau-nés. Il en a disséqué un cas, il en cite un autre qui m'appartient, il connaît et admet ceux de M. Parise, etc. Mais pour lui ce ne sont pas des luxations congénitales; sous quel nom pourtant pourrait-on les désigner? Le déplacement des os le plus souvent n'est pas achevé, mais il est commencé, il est destiné *inévitablement* à se compléter plus tard, à devenir très-considérable. C'est donc une luxation, et cette luxation est congénitale, puisque elle a débuté pendant la vie intra-utérine. De sorte que, si M. Verneuil parvenait à prouver que la maladie attribuée jusqu'ici par les cliniciens à une luxation congénitale est toujours consécutive à la naissance et due à la paralysie de l'enfant, le nom de luxation congénitale devrait être réservé précisément pour les déplacements congénitaux dont je viens de parler, et auxquels mon honorable collègue veut refuser ce nom.

Mais, ajoute-t-il, ces déplacements constatés chez les nouveau-nés, sont trop rares, trop exceptionnels pour rendre compte d'une espèce de claudication qui, sans être commune, se présente pourtant de temps à autre à tous les chirurgiens. Mais est-il vrai que les déplacements en question soient si rares au moment de la naissance? J'en connais pour ma part onze cas, et c'est beaucoup si l'on songe que la plupart des fœtus apportés dans les amphithéâtres ne sont pas disséqués, ne sont pas même examinés. Le hasard peut faire qu'on ouvre leur articulation, mais il est clair que dans l'immense majorité des cas on les mène au cimetière sans avoir procédé à cet examen. Voilà pourquoi les autopsies de luxation congénitale sont si rares. Il n'existe dans la science qu'une seule série de recherches faites dans ce but. Lorsque M. Parise était interne à l'hôpital des Enfants-Trouvés, Auguste Bérard l'engagea à disséquer l'articulation coxo-fémorale de tous les très-jeunes enfants qui mouraient dans l'hôpital. Sur 332 cadavres qui furent ainsi étudiés, M. Parise en trouva trois qui présentaient d'un seul côté ou des deux côtés, des luxations congénitales de la hanche. Il trouva plus tard un quatrième cas de luxation double, mais je ne le compte pas ici, parce qu'il ne fait pas partie de la série des 332. Ainsi, d'après la seule série connue, les luxations congénitales du fémur sont si loin d'être rares, qu'elles paraissent exister près d'une fois sur 100, soit une fois sur 110. Certes, il n'en faudrait pas tant pour expliquer le nombre des cas de luxation congénitale que nous rencontrons dans la pratique, dans une proportion indéterminée mais probablement beaucoup moindre. La différence s'explique sans doute par cette circonstance que les luxations congénitales se produisent de préférence chez les fœtus chétifs et peu vivaces.

Quelque sommaire que soit l'exposé qui précède, j'en ai dit assez, je pense, pour montrer que la doctrine classique repose sur des faits parfaitement précis, sur des observations suffisantes nombreuses, et qu'elle n'est nullement hypothétique.

Je n'oserai en dire autant de la doctrine de M. Verneuil. A l'appui de cette doctrine, et pour nous montrer comment il y a été conduit, il nous cite trois observations que je vous demande la permission de rappeler.

La première est celle du petit garçon des Ardennes qui boitait depuis l'âge de deux ou trois ans. Dans la flexion exagérée, la tête du fémur devenait saillante, il y avait relâchement des liens articulaires, mais non pas luxation. Le succès de l'électrisation conseillée comme traitement en donne bien la preuve.

Je puis en dire autant du second fait, où d'ailleurs un diagnostic contradictoire fut posé. Sans me permettre de choisir entre les deux opinions émises, je puis du moins penser que le cas était douteux.

Du reste, dans ces deux cas, la paralysie musculaire suffisait bien pour expliquer la claudication.

Ces deux premiers faits me paraissent étrangers au sujet. Le troisième s'y rattache peut-être, mais il diffère essentiellement des deux autres. Dans ce cas, la tête du fémur rentrait et sortait à volonté de son cotyle. Cet enfant avait eu à quatre ans une maladie aiguë et des convulsions. Il avait été ensuite affecté de paralysie de différents groupes musculaires, il avait été, en un mot, atteint de cette maladie aujourd'hui bien décrite sous le nom de paralysie essentielle de l'enfance. M. Verneuil ne pouvait manquer de le reconnaître, et dans sa pensée cette paralysie essentielle, lorsqu'elle atteint le groupe des fessiers, serait la véritable cause de la luxation dite congénitale du fémur.

Les objections à faire à une semblable manière de voir sont très-nombreuses. Tout d'abord, la paralysie essentielle n'a aucune prédilection pour un sexe déterminé. Tout au contraire, les luxations congénitales du fémur sont surtout observées chez les petites filles, la proportion est comme 4 est à 1.

La paralysie essentielle a une marche bien connue, et les phénomènes qui la préparent ou qui l'annoncent ne peuvent passer inaperçus. Sans doute, elle peut débuter quelquefois sans phénomènes généraux. Mais cela a été à peine observé dans un dixième des cas, et l'on m'accordera qu'il n'y a aucune raison de penser que c'est précisément dans ces cas silencieux que se produit de préférence la luxation.

Ces symptômes du début, si connus, si frappants, la fièvre, quelquefois les convulsions, puis subitement la paralysie ordinairement très-étendue venant effrayer et surprendre alors que le diagnostic était encore en suspens; tout cela ne saurait échapper à l'attention même des personnes étrangères à la médecine. Rien de pareil n'a jamais été écrit dans l'histoire des enfants atteints de luxations congénitales. Je pourrais maintenant prendre la période de retour des fonctions musculaires abolies et dire que la paralysie rétrogradant de haut en bas, c'est plutôt sur les muscles de la jambe et de la cuisse que sur ceux du bassin, que porteront la paralysie et l'atrophie qui lui succède, mais je crois inutile de pousser plus loin ce parallèle.

L'observation nous fournit, contre l'hypothèse proposée par M. Verneuil, des arguments aussi prérемptoires.

Si la luxation, en effet, avait succédé à la paralysie et à l'atrophie, les muscles fessiers devraient être paralysés et atrophiés chez tous les individus jeunes ou adultes, atteints de luxation congénitale. Il n'en est rien. L'examen des malades permet de retrouver des muscles fessiers, et la dissection vient à l'appui de la clinique. J'ai, pour ma part, déposé au musée Dupuytren une pièce disséquée chez un adulte. Ces fessiers n'étaient nullement graisseux et présentaient un volume très-convenable.

Je me résume et je dis, d'une part, que le groupe morbide désigné sous le nom de luxation congénitale est parfaitement démontré, et d'autre part, qu'en voulant créer une nouvelle espèce à ajouter à ce groupe, M. Verneuil n'a pas fourni une suffisante démonstration de ce qu'il avance.

Je dois, avant de terminer, aborder un argument dont s'est servi M. Verneuil. Il nous dit que les luxations dites congénitales peuvent en définitive se produire à diverses époques de la vie ou au moins de l'enfance. Je lui accorde que l'on peut voir se produire chez les enfants des déboitements spontanés faciles à confondre avec les luxations de naissance. Je vais même plus loin, et je lui accorde que la paralysie des muscles fessiers peut être l'une des causes de ces luxations spontanées.

Mais si je crois à la possibilité de ces derniers faits, je ne puis encore admettre que leur réalité soit bien établie. C'est une question toute à l'étude ; les observations sont peu claires, et je n'ai pas eu l'occasion d'en recueillir.

Ces faits, d'ailleurs, s'ils venaient à être démontrés, obligeraient à créer un groupe particulier bien distinct des luxations congénitales, et ils ne sauraient non plus permettre de douter de leur existence.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Par suite de réparations dans son local, la Société de chirurgie a décidé que ses séances n'auraient pas lieu pendant un mois, du 25 juillet inclusivement jusqu'au 25 août.

Des moyens pratiques de constater la mort par l'électricité à l'aide de la faradisation, par le docteur Bonnejoy, ancien élève des hôpitaux. In-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur la mort, son mécanisme, déductions pratiques, par le docteur Ferrano. In-8°. Prix : 2 fr. 50.— Paris, 1866, P. Asselin.

Traité de la dyspepsie, par M. le docteur Beau, médecin de l'hôpital de la Charité, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine. Un vol. in-8, cartonné à l'anglaise, prix : 6 fr. — Paris, 1856, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 86. — MARDI 24 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 24 JUILLET 1866. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Anatomie pathologique de la goutte.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs, dans la dernière conférence, nous avons vu qu'à toutes les périodes de son évolution, la goutte coïncidait avec un excès d'acide urique dans le sang.

Nous allons aujourd'hui vous montrer que les altérations locales de cette maladie se rattachent, pour la plupart, aux conséquences directes de cette altération générale, et que les dépôts qui se rencontrent au sein des organes ou des tissus sont presque toujours formés d'urate de soude.

Les altérations sur lesquelles nous allons appeler votre attention sont depuis longtemps connues. Depuis longtemps on savait, que chez les goutteux, des *tophus*, des *dépôts* crayeux se produisaient autour des jointures; mais on regardait ces faits comme exceptionnels ; on les rattachait aux cas les plus invétérés et les plus graves. Il appartenait à Garrod de montrer que *le moindre accès de goutte* laisse une empreinte indélébile sur les tissus envahis, qui sont frappés, pour toujours, du cachet de la maladie.

Commençons par étudier ce qui se passe dans les articulations malades : nous y verrons la goutte se montrer avec des caractères anatomiques constants et vraiment caractéristiques.

I. Dès la première attaque, des dépôts d'urate de soude se forment dans le cartilage diarthrodial : ils en occupent la partie la plus superficielle et sont logés, soit dans l'intervalle des cellules, soit dans leur intérieur même, ainsi que nous l'avons constaté, M. Cornil et moi. Ils sont en général situés vers le centre de cette surface libre, aussi loin que possible des insertions de la synoviale, qui, comme on le sait, s'arrête au pourtour du cartilage d'encroûtement.

Vous comprendrez sans peine le motif de cette élection singulière. Les points accessibles à la circulation sont les moins exposés à la formation de ces dépôts, qui occupent de préférence les tissus privés de vaisseaux; or, la synoviale et l'os possèdent une structure éminemment vasculaire; aussi les concrétions goutteuses se forment-elles à la surface du cartilage, pour s'éloigner de l'os; et au centre même de cette surface, pour s'éloigner de la synoviale.

A une période plus avancée de la maladie, quand l'état chronique a succédé aux accès aigus, la synoviale elle-même se laisse envahir : ce sont les appendices des franges de cette membrane, moins riches en vaisseaux, qui subissent les premières atteintes; plus tard, la synoviale elle-même présente des incrustations. C'est alors dans les cellules épithéliales que se forment les dépôts, d'après M. le professeur Rouget ; aussi, la boue blanchâtre qu'on rencontre parfois dans les articulations goutteuses n'est-elle que de l'urate de soude provenant de la desquamation épithéliale?

Nous savons enfin, que les ligaments eux-mêmes participent quelquefois à cette incrustation. Mais ce n'est point encore là que s'arrête le processus pathologique ; il peut aller plus loin et envahir les parties étrangères à l'articulation ; les tendons, les bourses synoviales peuvent en devenir le siége ; et lorsque les concrétions se sont développées dans le tissu cellulaire voisin, elles prennent le nom de *tophus*. On sait qu'elles acquièrent parfois des dimensions considérables. Mais ces lésions extra-articulaires, qui correspondent à un degré plus avancé de saturation, sont toujours consécutives à l'altération du cartilage diarthrodial, qui peut exister seule, mais qui ne saurait jamais manquer, lorsque des dépôts uriques ont envahi le pourtour de l'articulation.

Voyons maintenant quelle est la composition de la matière qui constitue ces dépôts. Examinée à l'œil nu, elle paraît amorphe et ressemble à du plâtre de Paris; mais vue au microscope, elle paraît entièrement formée de cristaux aciculaires; il est vrai que l'on trouve parfois dans le cartilage affecté des amas disséminés de matière amorphe; mais Garrod prétend qu'à l'aide du polariscope, on peut constater que ces agglomérations elles-mêmes ont une structure cristalline.

Lorsqu'on fait intervenir l'acide acétique, il se produit des cristaux rhomboïdiques d'acide urique. C'est à l'aide de ce réactif qu'on peut démontrer la présence des dépôts à l'intérieur des cellules du cartilage. Mais on possède d'autres moyens de déterminer la composition chimique de ces incrustations. Si l'on traite le cartilage affecté d'abord par l'eau froide, puis par l'alcool, puis par l'eau chaude, il devient parfaitement transparent ; et les réactifs qui ont servi à ce lavage laissent déposer, par évaporation, des cristaux d'urate de soude pur ; en effet, ces cristaux fournissent par incinération du carbonate de soude, et, traités par l'acide azotique bouillant, puis par l'ammoniaque, ils donnent naissance à du purpurate d'ammoniaque, ou murexide, dont la couleur est si caractéristique.

N'insistons pas davantage sur la partie chimique de la question : contentons-nous de faire observer que le cartilage, ainsi débarrassé de ses incrustations, offre une structure parfaitement normale, et ne présente aucune altération visible soit au microscope, soit à l'œil nu.

Quant au liquide souvent boueux que renferme parfois la cavité articulaire, il offre assez souvent une réaction acide, et présente, au microscope, des débris épithéliaux et des cristaux aciculaires.

II. Signalons maintenant d'autres lésions, qui, pour n'être pas constantes, n'en méritent pas moins une description détaillée.

Lorsqu'on ouvre une articulation goutteuse à une époque voisine de l'accès, on trouve presque toujours la synoviale rouge, injectée, vascularisée; ces phénomènes ne vont cependant jamais jusqu'à la suppuration; mais on trouve souvent un excès de liquide dans la cavité articulaire.

Dans les cas de goutte invétérée, on peut rencontrer sur le point malade toutes les lésions de l'arthrite sèche; l'usure des cartilages, les ulcérations consécutives, les bourrelets osseux, ont été signalés par divers observateurs, et j'en ai vu moi-même quelques exemples; mais ce sont là des faits exceptionnels dont la nature est encore mal connue, et qui mériteraient une étude attentive.

Faut-il voir dans ces cas singuliers une sorte de transition entre la goutte et le rhumatisme ? Seraient-ils le résultat d'une sorte de combinaison entre les deux diathèses? ou bien ne s'agit-il que d'une simple complication?

C'est là une question que nous nous réservons de discuter plus tard.

Enfin l'ankylose peut résulter des altérations que nous venons de décrire : elle se réduit quelquefois à une simple rigidité, qui résulte de l'incrustation des ligaments; mais on rencontre aussi de véritables ankyloses osseuses, ainsi que l'ont observé Garrod et M. Ranvier; et cela, dès le premier accès, comme l'ont signalé Todd et M. le professeur Trousseau.

III. La goutte, on le sait depuis la plus haute antiquité, ne siége pas indistinctement sur toutes les jointures. C'est l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil qui jouit du fâcheux privilége d'en attirer les manifestations les plus fréquentes ; viennent ensuite les doigts de la main : puis, à une grande distance, les genoux, les coudes ; la hanche et l'épaule sont habituellement respectées.

On voit cependant quelquefois le gros orteil demeurer à l'abri de la goutte, tandis que d'autres articulations sont envahies ; et ce fait est d'une grande importance pratique ; il permet de comprendre pourquoi la goutte généralisée aiguë présente quelquefois une si grande ressemblance avec le rhumatisme articulaire aigu ; et l'on peut s'expliquer ainsi comment certains observateurs ont été amenés à les confondre. Il est évident, par exemple, qu'un accès de goutte aiguë, occupant simultanément les genoux, et les poignets, pourra être difficile à distinguer au lit du malade, d'une affection purement rhumatismale.

Parmi les cas rares et exceptionnels on peut citer ceux où la goutte se porte sur la colonne vertébrale; sur l'articulation temporo-maxillaire (Ure); sur les cartilages aryténoïdes (Garrod); enfin sur les osselets de l'ouïe (Hawey) et il en résulte un nouveau genre de surdité.

IV. Nous déduirons de cette étude nécroscopique un certain nombre de faits cliniques, dont l'importance ne saurait être contestée :

1° Remarquons d'abord que l'incrustation des cartilages est inséparable de la goutte articulaire, et paraît exister dès le premier accès ;

2° Chez un sujet goutteux, les jointures qui ont été malades sont les seules qui présentent cette lésion du cartilage ; on ne la trouve quelquefois que dans une seule articulation.

3° L'incrustation d'urate de soude persiste en dehors des accès; dans leur intervalle, elle peut ne se révéler à l'extérieur par aucune déformation appréciable.

4° Cette lésion est propre à la goutte, et ne se rencontre jamais dans le rhumatisme articulaire, soit aigu, soit chronique.

Il resterait à se demander quel est le rapport qui existe entre l'accès de goutte et la formation d'un dépôt. Ce dernier phénomène est-il la cause ou la conséquence des accidents qui l'accompagnent? Question difficile à résoudre, et que nous discuterons plus loin.

V. Nous avons vu qu'à l'extérieur des articulations malades, il se formait des dépôts d'urate de soude. On en rencontre : 1° dans les tendons, et plus particulièrement dans le tendon d'Achille ; 2° sur le périoste, mais jamais dans le tissu osseux ; 3° dans les bourses séreuses (olécrânienne, prérotulienne); enfin, 4° dans le tisssu cellulaire sous-cutané; et 5° dans la peau. Ces deux derniers points méritent une attention spéciale.

Les dépôts sous-cutanés, qui se forment au voisinage des jointures, constituent une partie importante de la symptomatologie de la goutte chronique, car leur présence se révèle souvent pendant la vie. On les connaît sous le nom de *tophus*, ou de *concrétions tophacées*, expression dont on a souvent abusé ; elle s'applique exclusivement aux amas périarticulaires d'urate de soude, et ne doit jamais être employée pour désigner les tumeurs osseuses du rhumatisme articulaire chronique.

Ces masses crayeuses, à la première période de leur évolution, sont d'une consistance molle et pâteuse ; plus tard, elles se durcissent, et acquièrent une certaine solidité. Au point de vue chimique, elles se composent d'urate de soude, mêlé d'urate et de phosphate de chaux. Elles présentent, au microscope, de fines aiguilles cristallisées.

Elles siégent de préférence aux mains, et occupent le côté de l'extension ; on en trouve également autour du gros orteil, et sur d'autres points. Ce sont des tumeurs ovoïdes, bosselées, tantôt sessiles, tantôt pédiculées, qui peuvent atteindre le volume d'un œuf de pigeon ; elles sont placées au voisinage des jointures, sans reposer exactement sur elles; mobiles latéralement, elles ne reproduisent pas exactement la forme et les contours des têtes osseuses qui leur sont juxtaposées. Elles exercent sur les jointures une pression latérale, qui ne les déforme pas toujours. Elles n'offrent aucune symétrie dans leur distribution. La peau qui les recouvre est luisante, quelquefois d'un blanc mat; par transparence on peut voir les dépôts qu'elle recouvre.

Ces divers caractères permettent de distinguer les tophus des déformations caractéristiques du rhumatisme noueux, que nous étudierons plus tard. Mais il ne faut pas se dissimuler qu'il existe quelquefois des cas difficiles dans lesquels il se manifeste une déviation angulaire des doigts, analogue à celle du rhumatisme chronique; le diagnostic devient alors à peu près impossible, s'il n'existe point de tophus extérieur. Il faut avoir recours à l'étude chimique du sang, et aux autres symptômes généraux ou locaux, qui peuvent caractériser la diathèse goutteuse.

VI. Les concrétions qui se forment dans l'épaisseur même du derme offrent, au point de vue pratique, un intérêt spécial.

Au premier rang, se placent ces concrétions de l'oreille externe signalés par Ideler, Scudamore, et M. le professeur Cruveilhier ; Garrod a su montrer tout le parti qu'on en pouvait tirer, hors le rapport clinique.

Ces petits dépôts siégent en général sur le rebord de l'hélix ; mais ils peuvent occuper l'anthélix, ou la face interne du pavillon ; ils traversent trois périodes dans leur évolution ; d'abord ils se durcissent, pour former de petites masses blanchâtres ; mous, ils peuvent enfin tomber, en laissant derrière eux une petite cicatrice, dont on pourra constater l'existence, quand le tophus lui-même a disparu.

Sur 37 cas, Garrod a rencontré 17 fois des tophus extérieurs ; 7 fois sur l'oreille seulement ; 8 fois sur l'oreille et près des jointures ; une seule fois au niveau d'une articulation, sans coïncidence d'un dépôt tophacé de l'oreille.

Ces indices accusateurs se révèlent quelquefois de très-bonne heure ; j'ai pu, chez un dyspeptique, prédire à l'avance l'explosion de la goutte, grâce à la présence d'un tophus de l'oreille ; cependant jamais le malade n'avait eu d'accidents articulaires à l'époque où il me consulta. Garrod a vu ces concrétions se former chez un de ses malades, cinq ans avant l'apparition d'aucun symptôme du côté des jointures (1). On

(1) Ces faits exceptionnels ne sauraient infirmer la règle générale. Les accidents articulaires précèdent presque toujours la formation de ces dépôts extérieurs.

comprend par là, quelle est leur importance au point de vue du diagnostic.

A défaut des concrétions de l'oreille externe, on examinera :

1° Les paupières ;
2° Les ailes du nez ;
3° Les joues ;
4° La paume des mains ;
5° Les corps caverneux.

Sur tous ces points, on a vu se montrer des dépôts cutanés, identiques à ceux que nous venons de décrire.

Il nous reste maintenant à parler de l'anatomie pathologique de la goutte viscérale. Nous consacrerons à cette étude la première partie de notre prochaine conférence.

OBSERVATIONS

De deux cas d'hypéresthésie de la pulpe dentaire, guéris par trépanation et cautérisation,

Par M. le Dr Moreau, chirurgien-dentiste.

Parmi les nombreuses questions qui sont du domaine de la chirurgie dentaire, il en est peu qui offrent un sujet d'étude aussi intéressant, sous tous les rapports, que l'escarrification de la pulpe des dents.

Chacun sait que la pulpe dentaire remplit exactement une cavité lisse, située au niveau du collet de chaque dent, et qui, sauf le volume, en représente bien la forme. Cette pulpe, ou organe central, reçoit des rameaux qui émergent des troncs vasculoso-nerveux maxillaires supérieurs et inférieurs; ces rameaux, d'un volume considérable si l'on a égard à la grosseur de l'organe, sont en nombre proportionnel à celui des racines de la dent.

Dans la pratique ordinaire, les cas pathologiques dont nous avons à nous occuper, sont presque toujours le résultat d'une carie plus ou moins avancée de la couronne qui, mettant la pulpe à découvert, donnent accès à l'action des agents extérieurs sur les ramifications du nerf dentaire. Lorsqu'il en est ainsi, la guérison s'opère facilement à l'aide de certains caustiques qui, en détruisant la pulpe, laissent la dent assez insensible pour permettre d'en faire avec succès la restauration.

Mais un autre cas, moins fréquent il est vrai, peut se présenter; c'est celui dans lequel la dent est douloureuse à la simple inspiration de l'air froid ou au contact d'un liquide froid ou chaud, sans que cependant l'inspection la plus minutieuse laisse apercevoir la moindre solution de continuité de l'émail ou de l'ivoire. Que faire dans cette circonstance? Les expériences précises sur ce point font complétement défaut, car c'est en vain que l'on interroge les livres ou la mémoire des praticiens les plus exercés, la difficulté est toujours tranchée par l'avulsion de la dent malade.

Deux opérations que j'ai tentées dans le but de conserver deux grosses molaires, ayant été couronnées d'un plein succès, je crois devoir publier mes observations, heureux de combler un vide qui existe dans la thérapeutique dentaire.

1° M. G..., 5, rue de la Chaussée-d'Antin, quarante ans, d'une vigoureuse constitution, vient réclamer mes soins pour une première grosse molaire supérieure gauche. Les douleurs qu'il ressent, par l'impression du froid et du chaud, soit en respirant, soit aux repas, durent depuis six mois; elles sont si intolérables qu'il est venu chez moi avec la ferme résolution de faire extraire sa dent. Il est d'autant mieux déterminé à le faire que plusieurs dentistes éclairés, consultés par lui, ont tous été de cet avis.

A l'examen de la bouche, je constate que les dents sont saines, exemptes de carie, et qu'elles ont une légère tendance au déchaussement. La bouche est complète, à l'exception du côté gauche supérieur; là en effet, sur cinq molaires, il ne reste que la première petite et la première grosse. Je projette sur cette dernière quelques gouttes d'eau froide; il se développe aussitôt une si vive douleur qu'il n'y a plus de doute pour moi sur le siége du mal. J'examine alors avec beaucoup de soin cette dent et je puis me convaincre de l'absence de toute cavité à sa surface. Je suis tout d'abord frappé du déchaussement considérable dont elle est affectée : la racine interne est à moitié dénudée; à la face postérieure et à la face externe, on peut voir l'origine de la fourchette; à la face antérieure, bien que moins dénudée, le collet de la dent est à découvert. L'inspection est d'autant plus facile que la dent est isolée, puisqu'il n'y a pas d'autre grosse molaire et qu'un intervalle de 3 à 4 millimètres la sépare de la petite. Malgré cela aucun ébranlement notable, la dent est très-solide et nullement douloureuse à la percussion. De cet examen découle pour moi la certititude que les douleurs éprouvées sous l'influence de la moindre variation de température ont leur cause dans la pulpe dentaire, qui, au niveau du collet, dans ce cas, ne se trouve protégée contre les agents extérieurs que par une paroi peu épaisse et dépourvue de tissu gengival.

Je propose alors à M. G... d'insensibiliser sa dent en escarrifiant la pulpe au moyen d'une ouverture pratiquée artificiellement.

2° La personne qui fait l'objet de ma seconde observation est Mme de P..., à Neuilly; elle est âgée d'une cinquantaine d'années et jouit d'une bonne santé. Elle se présente à ma consultation se plaignant d'éprouver, depuis plusieurs mois, au contact du chaud et du froid, une douleur assez vive à la deuxième grosse molaire supérieure droite. J'examine la bouche ; il n'existe aucune dent cariée. La mâchoire inférieure est complète, tandis que la supérieure est dépourvue des canines et des premières petites molaires; celles-ci ont été extraites, sans doute pour donner plus d'espace aux autres, et lorsque Mme de F... était encore très-jeune, car elle n'en a conservé aucun souvenir. Les deux canines, au contraire, ont été enlevées il y a quelques années, non pour cause de carie, mais par suite d'une sensibilité permanente à la pression. Les dents, très-belles, sont toutes un peu déchaussées; la première et principalement la seconde grosse molaire supérieure droite présentent cet inconvénient. Cette dernière, qui est le siége supposé de la douleur ressentie par Mme de F..., est l'objet d'une exploration plus spéciale : aucune cavité à sa surface; la racine interne est au tiers dénudée; aux trois autres faces on peut voir seulement le collet de la dent. Je projette sur celle-ci quelques gouttes d'eau froide qui développent une sensation très-pénible. Cet examen, comme dans l'observation précédente, me prouve une fois de plus qu'il est possible de rendre à la dent son insensibilité en détruisant la pulpe.

Je rapporterai donc succinctement l'opération que j'ai exécutée et le traitement que j'ai cru devoir instituer dans les deux cas ci-dessus:

Immédiatement au-dessus du collet de la dent, à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la face antérieure, lieu d'élection, vu le peu d'épaisseur de la paroi en cet endroit, je pratique avec un trépan assez fin une ouverture, d'un millimètre de diamètre, donnant accès dans la cavité dentaire; puis à l'aide d'un équarrissoir, je l'agrandis de façon à porter son diamètre à 3 millimètres environ. Par cette ouverture, il m'est permis de faire pénétrer une mèche imprégnée du mélange suivant : acide arsénieux, hydrochlorate de morphine, glycérine; puis occlusion avec un bourdonnet de coton imbibé de teinture de benjoin. Pendant une à deux heures, douleurs assez vives dans un cas, presque nulles dans l'autre, se terminant par quelques légères sensations, de loin en loin, dans le courant de la journée; dès le soir même, M. G... et Mme de F... ont pu dîner sans éprouver aucune gêne. Le lendemain, les pansements sont retirés; il est même possible, sans provoquer de douleurs, d'arracher quelques fragments de pulpe mortifiée; mais en me dirigeant sur les orifices internes des racines, je détermine encore de la sensibilité; une mèche arsénicale est placée plus profondément. Le jour suivant elle est renouvelée encore une fois et retirée vingt-quatre heures après. Je puis m'assurer alors de l'insensibilité absolue dans toute l'étendue de la cavité de la pulpe, et dès lors tout pansement arsénical est suspendu. Pendant les cinq ou six jours suivants, un bourdonnet de coton imbibé de teinture de benjoin est laissé dans la cavité, afin de me rendre compte qu'il ne s'est pas développé d'inflammation du périoste alvéolo-dentaire. Au bout de ce laps de temps, j'obture par des feuilles d'or condensées la cavité de la pulpe, ainsi que l'ouverture artificielle.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de revoir M. G... et Mme de F...; aucun accident ne s'est présenté de nouveau et j'ai pu m'assurer de leur complète guérison.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours d'ophthalmologie du Dr Édouard Meyer.

De l'astigmatisme.

(Leçons recueillies par M A. L. Roulet.)

Pour que la vision s'exécute d'une façon normale, il faut que les divers rayons émanant d'un même point d'un objet lumineux se réunissent sur un seul point de la rétine. Cette condition est accomplie pour tous les objets éloignés par la seule réfraction, c'est-à-dire par la combinaison de la force de réfraction des différents milieux de l'œil.

Dans la *myopie* l'œil est trop réfringent, les rayons lumineux sont donc plus convergents qu'à l'état normal; les images des objets, au lieu de se former sur la rétine, se forment en avant de cette membrane; celle-ci n'est plus atteinte par les foyers des points lumineux, mais par des cercles de diffusion, après croisement des rayons réfractés.

Dans l'*hypermétropie* l'œil n'est pas assez réfringent, les rayons lumineux sont donc moins convergents qu'à l'état normal, les images se forment, ou plutôt tendent à se former en arrière de la rétine; celle-ci, comme dans la myopie, n'est plus atteinte par les foyers des points lumineux, mais par des cercles de diffusion; seulement ici ces cercles sont antérieurs au croisement des rayons lumineux.

Les termes *myopie* et *hypermétropie* n'expriment donc que des états anomaux de la réfraction de l'œil. A proprement parler, ils ne devraient s'appliquer qu'à la vision des objets éloignés, puisque pour la vue de près, l'accommodation intervient et apporte un élément de plus.

A l'état normal ou dans les cas de myopie ou d'hypermétropie simple, les différents diamètres ou méridiens de l'œil possèdent une force de réfraction identique. L'image formée sur la rétine est donc parfaitement *semblable* (géométriquement) au corps lumineux. Lorsqu'il arrive cependant que la force de réfraction varie dans les divers méridiens de l'œil, il en résulte une anomalie qui prend le nom d'*astigmatisme*.

Mais ici, faisons une remarque importante. Il n'existe peut-être pas un seul œil qui ne soit ou myope ou hypermétrope, pas un seul non plus qui ne soit plus ou moins astigmatique.

Seulement, pour que ces imperfections dans la structure de l'œil arrivent à être rangées parmi les états pathologiques, il faut : 1° pour la myopie et l'hypermétropie, qu'elles soient assez fortes pour que les cercles de diffusion formés sur la rétine soient plus étendus que les images des points lumineux; 2° pour l'astigmatisme, que la différence de force réfringente dans les divers diamètres de l'œil soit assez prononcée pour déformer l'image sur la rétine, et amener par là des troubles notables dans l'exercice de la fonction visuelle.

Ainsi nous définissons l'astigmatisme :

« Un trouble de la vision, produit par des différences de force de réfraction dans les divers diamètres ou méridiens de l'œil. »

On peut comparer l'œil astigmatique à une lentille biconvexe dont une des faces, au lieu d'être régulièrement sphérique, serait taillée dans un sens sur une sphère d'un rayon R, par exemple, dans un autre sens sur une sphère d'un rayon

$$R + n \text{ ou } R - n.$$

On reconnaît plusieurs formes d'astigmatisme et dans chaque forme des variétés.

On a ainsi le tableau suivant :

1° *Astigmatisme simple*, myopique ou hypermétropique;
2° *Astigmatisme composé*, avec myopie générale ou avec hypermétropie générale ;
3° *Astigmatisme mixte.*

I. Un œil peut être myope dans le diamètre vertical, et normal dans le diamètre horizontal. Soit la myopie verticale de 1/24 (1). A une distance très-éloignée, les rayons lumineux horizontaux arrivant normalement, une sphère lumineuse sera vue sous une forme ellipsoïde à grand diamètre horizontal. A 24 pouces, le malade verra les rayons verticaux, et ne verra plus distinctement les rayons horizontaux ; la sphère sera vue sous une forme ellipsoïde à grand diamètre vertical; en effet, pour la voir distinctement, il serait obligé d'accommoder son œil à la distance de 24 pouces, et cela seulement dans le diamètre horizontal, ce qui est impossible, l'œil s'accommodant toujours également dans tous les diamètres. Ainsi les figures perçues différeront en ceci, qu'en se rapprochant, leur diamètre horizontal diminuera, tandis que leur diamètre vertical augmentera. En faisant passer rapidement devant l'œil astigmatique alternativement un verre concave et un verre convexe, le malade perçoit, en vertu des lois des spectres consécutifs, la figure d'une croix (Donders). Si l'on montre au même sujet astigmatique une figure en forme de croix, tantôt à une certaine distance, tantôt à 24 pouces, le malade verra distinctement d'abord le trait vertical seul, puis à 24 pouces le trait horizontal seul.

L'astigmatisme peut être reconnu par d'autres moyens plus commodes et surtout plus précis. Lorsque par exemple on n'arrive pas à procurer une vision distincte à un myope ou à un hypermétrope à l'aide de verres concaves ou convexes, que d'ailleurs, on ne constate pas de lésions expliquant la persistance du trouble de la vue, on peut soupçonner le malade d'être astigmatique. On emploie alors la *lunette sténopéique* (de στενός étroit, et ὀπή, fente, fenêtre). C'est un disque métallique porté sur un manche comme le miroir de l'ophthalmoscope. Ce disque est percé d'une fente pouvant être agrandie et rapetissée à volonté ; de plus le disque est mobile dans sa monture, de sorte que l'on peut donner à la fente une direction quelconque. On fait alors regarder le malade à travers la fente ; l'œil voit *le mieux* dans une des directions de la fente, *le moins bien* dans une autre direction. L'expérience nous apprend que ces deux directions sont toujours perpendiculaires l'une à l'autre.

Il ne reste plus alors qu'à déterminer, à l'aide de verres appropriés, l'état de la réfraction dans ces deux directions et l'astigmatisme est reconnu. La différence entre la force de réfraction d'un diamètre et celle du diamètre perpendiculaire au premier nous donne ainsi le *degré* de l'astigmatisme.

Par exemple, dans la direction horizontale, à l'aide de la lunette sténopéique, le malade voit très-bien, l'œil est normal; dans la direction verticale, il ne voit bien qu'armé d'un verre concave n° 10 (2). On dit alors que le malade est atteint d'*astigmatisme simple myopique* 1/10, ce qui se formule ainsi :

Am 1/10.

L'œil étant normal dans la direction horizontale, il peut être hypermétrope dans la direction verticale. Admettons que cette hypermétropie soit de 1/10 (3). L'astigmatisme sera dit alors *simple hypermétropique* 1/10, ce qui se formule :

Ah 1/10.

Ce sont là des cas d'*astigmatisme simple.*

II. Mais il peut se présenter d'autres cas. Par exemple, dans la direction horizontale, un verre concave n° 24 procure au malade une vue distincte ; dans la direction verticale, c'est un verre concave n° 12 qu'il lui faut. Ici nous avons affaire à de l'*astigmatisme composé* : l'œil a une *myopie générale* de 1/24; de plus, dans le sens vertical, l'œil est myope de 1/24 en sus, puisque, dans cette direction, il est myope d'une façon absolue de 1/12. On exprime ceci en disant : c'est un *astigmatisme composé, avec myopie générale de 1/24, plus astigmatisme myopique de* 1/24, ce qui se formule comme suit :

A composé

M 1/24 + Am 1/24.

De même pour l'hypermétropie. Que l'œil voie distinctement dans le sens vertical avec un verre + 30, dans le sens horizontal avec un verre + 20, on a une *hypermétropie générale* de 1/30, plus une hypermétropie pour ainsi dire complémentaire dans le sens horizontal de $1/20 - 1/30 = 1/60$, ce qu'on exprime par la formule :

A composé

H 1/30 + Ah 1/60.

III. Il y a encore une troisième forme d'astigmatisme, l'*astigmatisme mixte.* Il est assez rare; approximativement, sur 100 cas d'astigmatisme on le rencontre cinq fois. L'œil, dans ce cas,

(1) Ce qui signifie que le point le plus éloigné de la vision distincte est à 24 pouces; ou encore qu'il faut un verre concave n° 24 (de 24 pouces de foyer) pour corriger la myopie.

(2) Verre concave n° 10 ou verre — 10 signifie lentille biconcave de 10 pouces de foyer, c'est-à-dire, dont les surfaces appartiennent à des sphères de 10 pouces de rayon. De même, verre + 10 ou verre convexe n° 10, signifie lentille biconvexe de 10 pouces de foyer, taillée sur une sphère de 10 pouces de rayon.

(3) Ce qui signifie que le point le plus rapproché de la vision distincte est à 10 pouces, ou bien encore qu'il faut un verre convexe n° 10 pour corriger l'hypermétropie.

est hypermétrope dans une direction, et myope dans la direction perpendiculaire à la première. Ainsi que l'œil soit myope de 1/24 dans la direction horizontale, hypermétrope de 1/24 dans la direction verticale, on dira : *astigmatisme mixte, myopie générale de* 1/24, *plus astigmatisme hypermétropique de* 1/12.

On prend ici pour base de détermination de l'astigmatisme, la force de réfraction du méridien horizontal. Par rapport à cette myopie 1/24, l'hypermétropie verticale est de 1/12, tandis qu'elle n'était que de 1/24 par rapport à l'œil normal. Ceci se comprend facilement si l'on réfléchit que, pour rendre myope un œil hypermétrope, il faut d'abord augmenter sa force réfringente pour le rendre normal, puis l'augmenter encore pour le rendre myope. L'écart entre une myopie 1/24 et une hypermétropie 1/24 est donc :

$$1/24 + 1/24 = 1/12.$$

La formule est ici :

A mixte.

M. 1/24 + Ah 1/12.

On pourrait de même prendre pour base de détermination de l'astigmatisme l'hypermétropie verticale, et alors on aurait la formule :

A mixte

H 1/24 + Am 1/12.

En choisissant nos exemples d'astigmatisme, nous avons supposé les *méridiens principaux* de l'astigmatisme l'un vertical, l'autre horizontal. Le plus souvent ils sont un peu inclinés sur l'horizontale et la verticale, ce qu'on reconnait facilement à la direction de la fente de la lunette.

La lunette sténopéique est le moyen le plus commode que nous ayons pour reconnaître l'astigmatisme et en déterminer le degré ; elle est d'ailleurs d'une exactitude très-suffisante pour la pratique. Il existe encore quelques autres moyens par lesquels on peut reconnaître l'astigmatisme. D'abord l'astigmatisme prononcé se voit lorsqu'on examine l'œil à l'ophthalmoscope. L'astigmatisme étant déterminé par des courbures anomales des divers milieux réfringents de l'œil, il se forme une image anomale de la papille. Celle-ci paraîtra allongée ou raccourcie, selon que l'on placera devant l'œil une lentille biconvexe ou non. Mais ce sont de petites nuances dans la forme de la papille, difficiles à percevoir pour un observateur ordinaire, même pour un bon observateur, si l'astigmatisme est faible ; à plus forte raison ne peut-on arriver à diagnostiquer le degré de l'astigmatisme d'après la forme de la papille, ou du moins ne peut-on le faire qu'à force d'habitude et très-approximativement.

Lorsque l'astigmatisme est produit par une courbure anomale de la cornée, on peut soupçonner l'existence de cette anomalie en examinant l'image des objets extérieurs qui se réfléchit sur la cornée (1). Cette image est allongée ou élargie, suivant que la cornée est aplatie dans le sens horizontal ou dans le sens vertical. Mais c'est là un moyen de diagnostic assez peu précis. On peut encore reconnaître l'astigmatisme cornéen lorsqu'il est très-prononcé, en examinant la cornée directement et en constatant des différences de courbure.

L'astigmatisme est le plus souvent congénital. Il ne devient très-gênant que lorsque le malade doit s'occuper de travaux exigeant une grande acuité de vision ; mais dans les cas prononcés la lecture peut devenir très-difficile ou même impossible. Les astigmatiques ne viennent guère consulter avant quinze ou vingt ans, et alors même c'est plutôt la myopie ou l'hypermétropie coexistantes qui nous amènent le malade. L'astigmatisme peut alors s'accompagner des lésions propres à la myopie, par exemple, staphylôme postérieur, irido-choroïdite chronique, épanchements dans le corps vitré.

L'astigmatisme peut aussi être acquis. En effet, les abcès, les cicatrices de la cornée laissent souvent une dépression sur la surface de cette membrane ; cela donne lieu à un astigmatisme plus ou moins irrégulier. L'opération de la cataracte par extraction à lambeau cornéen peut amener l'astigmatisme par gonflement ou par aplatissement du lambeau. L'astigmatisme congénital est du reste de beaucoup le plus fréquent.

L'astigmatisme en lui-même n'offre aucun danger, il n'est dangereux que par la myopie ou l'hypermétropie concomitantes et par les lésions qui les accompagnent souvent.

Quant au *traitement* de l'astigmatisme, il faut prendre les mêmes précautions que pour la myopie et l'hypermétropie. Ainsi le malade doit éviter tout travail minutieux ou prolongé, toute fatigue pour les yeux. Il faut même insister d'autant sur ces précautions que la gêne de la vision est plus grande.

On *corrige* l'astigmatisme par des verres particuliers, les *verres cylindriques*. Ce sont des verres taillés sur un cylindre, tandis que les verres ordinaires sont taillés sur une sphère. Pour corriger l'astigmatisme myopique simple par exemple, il faudrait un verre n'ayant dans un de ses diamètres aucune force pour dévier les rayons lumineux, c'est-à-dire un verre plan dans ce diamètre-là, tandis que, dans le diamètre perpendiculaire au premier, les rayons divergeraient. Le verre cylindrique est parfaitement approprié à ces conditions. En effet, tandis que tous les plans qui sectionnent une sphère sont des cercles limités à la surface de la sphère par des arcs de cercle, parmi les plans qui sectionnent un cylindre, ceux qui le sectionnent *perpendiculairement* à son axe sont bien des cercles, mais ceux qui le sectionnent *parallèlement* à son axe sont des rectangles limités à la surface du cylindre par des lignes droites et parallèles entre elles. Ceci posé, et les lois de la réfraction une fois connues, on comprend facilement que les rayons lumineux qui aborderont le cylindre dans la direction de l'axe en sortiront sans déviation, tandis que ceux qui le frapperont dans une direction perpendiculaire à l'axe, seront déviés.

(1) On sait que la cornée, la surface antérieure et la surface postérieure du cristallin donnent toutes trois par réflexion des images, des objets lumineux. Ces images, dites de Purkinje ou de Samson, sont donc au nombre de trois : une antérieure droite (image cornéenne), une postérieure droite (image cristallinienne superficielle), une médiane renversée et brillante (image cristallinienne profonde).

Dans l'*astigmatisme simple* myopique 1/10, on emploiera un verre cylindrique concave n° 10, c'est-à-dire un verre taillé dans un cylindre dont la base ait 10 pouces de rayon. On placera l'axe du verre cylindrique dans le sens vertical si la myopie est horizontale. La formule du verre dans le cas cité est

$$c - 10\, a\, v.$$

(cylindrique concave n° 10 à axe vertical).

De même pour l'astigmatisme simple hypermétropique, on emploie alors des verres cylindriques convexes et pour un astigmatisme hypermétropique 1/10 on a, si l'hypermétropie est horizontale, le verre

$$c + 10\, a\, v.$$

Dans l'*astigmatisme composé* myopique, il faudra d'abord un verre concave pour corriger la myopie générale, puis un verre cylindrique qui corrige l'astigmatisme. Le opticiens fabriquent des verres combinés comme les systèmes de lentilles des lunettes de spectacle, des verres *sphéro-cylindriques*. Ces verres sont mobiles dans leur monture ; le médecin fait l'essai des lunettes sur le malade, constate la direction que doit avoir l'axe et le fait fixer dans cette direction. Ainsi pour l'astigmatisme composé, myopie 1/12 plus astigmatisme myopique 1/12, on devra avoir un verre formulé comme suit :

$$-12 \,\lceil c - 12 \text{ (1).}$$

De même pour l'astigmatisme composé hypermétropique, les verres sphéro-cylindriques concaves sont seulement remplacés par des verres sphéro-cylindriques convexes.

L'*astigmatisme mixte*, dans lequel par exemple il y a une hypermétropie 1/12 dans le sens vertical et une myopie horizontale de 1/12, se corrige par la combinaison de deux verres, un verre convexe et un verre cylindrique ; ici un verre convexe n° 12 et un verre cylindrique concave n° 6, c'est-à-dire un verre sphéro-cylindrique. A la formule

$$\text{H } 1/12 + \text{A}\, m\, 1/6$$

correspond la formule du verre

$$+ 12 \,\lceil c - 6.$$

Dans ce cas, il faudrait un verre sphéro-cylindrique beaucoup trop fort pour être employé dans la pratique à cause des inconvénients attachés à l'usage de tous les verres très-réfringents.

Au lieu d'un verre sphéro-cylindrique on prend un verre *bicylindrique*, c'est-à-dire deux verres cylindriques combinés, l'un convexe, l'autre concave, à axes perpendiculaires entre eux. Dans le cas précédent on aurait pour formule de verres

$$c + 12 \supset c - 12 \text{ (2), axes perpendiculaires.}$$

Si maintenant on veut faire voir un astigmatique myopique à 20 pouces par exemple, on augmente la force du verre concave, tandis que la force du verre cylindrique reste la même, puisque le degré de l'astigmatisme reste aussi le même. L'astigmatisme, en effet, n'exprimant que la différence entre la force de réfraction de deux méridiens de l'œil, n'est pas sujet à varier lorsque la force de réfraction de l'œil entier, dans tous ses méridiens, est changée par l'adjonction d'une lentille sphérique.

Il existe une certaine forme d'astigmatisme cornéen irrégulier dans lequel l'anomalie de réfraction est toujours identique à elle-même dans un des diamètres de l'œil. Ainsi par exemple, l'œil est myope 1/10 dans le méridien vertical, tandis que dans les autres méridiens il est myope ou hypermétrope, mais irrégulièrement, sans qu'on puisse corriger ces anomalies de réfraction par un verre quelconque. Avec la lunette sténopéique armée d'un verre — 10, le malade voit bien lorsque la fente est dirigée verticalement, mais il voit indistinctement dans toutes les autres directions de la fente, n'importe le verre que l'on emploie. Dans ces cas on a conseillé d'allonger la pupille dans le sens où l'anomalie de réfraction peut être corrigée, c'est-à-dire de convertir la pupille en une fente par une double iridectomie. Dans l'exemple choisi on ferait une iridectomie par en haut, puis une par en bas, la pupille aurait la forme d'une fente longitudinale ; on ferait alors porter au malade des verres concaves n° 10.

L'usage des verres cylindriques réclame les mêmes précautions que celui des verres sphériques. Ainsi l'astigmatique aura soin de ne pas prolonger outre mesure un travail attachant ; il devra se reposer de temps en temps et ôter ses lunettes. Hors de son travail les lunettes fixes seront remplacées par un lorgnon mobile pour les cas où il voudrait regarder attentivement un objet. Ces précautions doivent être observées avec d'autant plus de rigueur que les verres employés sont plus forts ; tout travail des yeux sera coupé d'intervalles de repos d'autant plus fréquents et d'autant plus prolongés que les anomalies de réfraction sont plus prononcées et le trouble visuel plus considérable.

(1) $\lceil$ signifie combiné avec.

(2) $\supset$ veut dire *combinés*.

DE L'INNOCUITÉ DE L'EMPLOI MÉTHODIQUE

du chloroforme dans la médecine navale.

(Note adressée à l'Académie de médecine, séance du 14 mars.)

La question des anesthésiques, objet de savantes discussions qu'on pouvait croire épuisées, semble de nouveau passionner les esprits, si l'on en juge par les communications récentes faites à l'Académie de médecine par MM. Pétrequin et Sédillot. Déjà plusieurs chirurgiens s'empressent de se grouper en deux camps, se défiant à la façon des héros d'Homère, les uns tenants de l'éther, les autres défendants du chloroforme. Le champ clos est déclaré ouvert par la *Gazette des Hôpitaux*, et chacun de prendre part à la lutte, au moins à titre de seconds d'armes, comme dans les anciens tournois. Je viens entrer aussi en lice, et j'ai bien quelques droits à cet honneur, car j'ai publié en 1857 et 1861, deux mémoires sur le sujet en litige, l'un, inséré dans la *Gazette*, après sa présentation à l'Académie, dans la séance du 23 juin de la première année ; l'autre, imprimé chez Victor Masson et fils. Comme il peut aisément se faire que les faits qui servaient de base à mes recherches aient été vite oubliés, il me semble de quelque utilité de les rappeler ici.

Est-il exact de dire qu'il y a plus de danger à se servir du chloroforme que de l'éther ?

Doit-on vraiment tenir un très-grand compte dans l'administration des anesthésiques, des conditions individuelles des sujets, telles que l'âge, le sexe, la constitution, etc., etc., pour formuler une préférence absolue ?

Telles sont les seules considérations que je veux examiner dans cette note.

Et d'abord j'écarte de suite et nettement la question du danger des inhalations si heureusement généralisées dans la pratique chirurgicale et que quelques esprits rétrogrades, *laudatores temporis acti*, ne feront pas abandonner. Les partisans absolus de l'éther ne pourront pas me contredire, puisqu'ils basent leur argumentation sur l'innocuité complète de cet agent, en l'opposant aux terribles conséquences de l'emploi du chloroforme. De mon côté, je crois avoir apporté à l'appui d'une cause déjà parfaitement plaidée par MM. Simpson, Denonvilliers, Larrey, Sédillot et tant d'autres, quelques arguments puissants, et je viens les reproduire.

La pratique des médecins du service de santé de la marine a été constamment heureuse dans l'usage des anesthésiques et spécialement du chloroforme, et ce fait est assez remarquable pour qu'il soit appelé à figurer dans une discussion nouvelle, si elle vient à s'ouvrir. Des milliers d'opérations de tout genre ont été pratiquées, soit dans les hôpitaux des ports, soit aux colonies, soit pendant les expéditions de Crimée, de Chine, de Cochinchine, du Mexique, du Sénégal, etc. Aucun accident n'est venu altérer une confiance puisée dans la fréquentation des grands services chirurgicaux de nos arsenaux maritimes ; nous ne pouvons donc nous effrayer beaucoup des dangers que quelques chirurgiens font si terribles.

Ces opérations n'ont pas été faites sur des sujets particuliers et choisis exclusivement en songeant aux malades ordinaires des corps militaires. Nos hôpitaux sont ouverts non-seulement à des soldats et à des marins jeunes encore, mais aussi à des ouvriers de tous les âges, de toutes les professions ; population très-nombreuse et qui n'offre rien de distinct en ce qui concerne les conditions individuelles ou extérieures auxquelles sont soumis les hôtes habituels des services hospitaliers civils. Nous avons employé les anesthésiques sur des individus de toutes les nationalités, de toutes les races, sous toutes les latitudes. Dans quelques-uns de nos ports et aux colonies, nous sommes également chargés des salles de femmes. Rien de particulier ne peut donc être invoqué pour atténuer l'affirmation d'une innocuité qui certainement pourrait paraître étonnante à certains observateurs.

Cette innocuité doit avoir sa raison d'être, et nous n'hésitons pas à déclarer de nouveau qu'elle n'a d'autre cause que la méthode instituée dans nos hôpitaux dès l'introduction de l'éther et du chloroforme dans la pratique chirurgicale.

Dans le mémoire que je soumis, en 1861, à la Société de chirurgie, où il reçut un bienveillant accueil (séance du 14 août), j'ai décrit avec les détails nécessaires l'exactitude minutieuse avec laquelle nous dirigeons les inhalations. Des observations *spéciales* à ce temps préliminaire de toute opération furent rédigées dès 1847, sous l'inspiration de M. Raynaud, devenu depuis inspecteur général du service de santé de la marine, et c'est évidemment dans le dosage du liquide ainsi que dans les règles méthodiques de son emploi qu'il faut chercher l'explication de l'absence de revers.

Dix grammes de première administration chez les adultes, cinq chez les femmes et les enfants, nous ont presque toujours suffi pour amener, en deux ou trois minutes, l'anesthésie la plus complète. Lorsque ces doses initiales ont dû être dépassées, par suite de la prolongation de l'opération ou par toute autre cause, il est rare qu'une nouvelle dose de cinq grammes n'ait pas entretenu l'état d'inconscience de la douleur. Il m'est arrivé personnellement de prolonger ainsi l'anesthésie pendant trente-sept et quarante-quatre minutes, sans aucun accident ou inconvénient pour les opérés.

J'ai reproduit dans mon travail plusieurs des observations rédigées d'après un modèle uniforme et mon mémoire qui reposait spécialement sur 296 de ces observations *types*, frappa

l'attention de la Société de biologie, au point de vue précisément des conséquences physiologiques qui ressortent de cette uniformité d'action d'un même agent sur des sujets d'âge, de sexe et de tempérament très-différents.

Je ne parle pas de l'importance de la pureté du chloroforme, parce qu'elle n'est plus en discussion aujourd'hui, pas plus que celle de l'éther, et je crois pouvoir me borner aux affirmations qui précèdent sans aborder une autre question qui soulèverait, sans aucun doute, une longue controverse : celle du mode d'inhalation lui-même.

J'ai pu voir mettre en œuvre tous les moyens usités, depuis les anciens appareils plus ou moins compliqués jusqu'à ceux qui, tels que l'éponge, la serviette, le mouchoir, la compresse, etc., semblent être l'effet d'une réaction trop forte contre des mécanismes souvent trop ingénieux. Les hasards de ma vie nomade de marin, aujourd'hui fixée, m'ont permis d'assister à de nombreuses opérations soit dans les grands centres d'instruction médicale de France, soit à l'étranger, spécialement en Amérique, et si je reste fermement convaincu de la supériorité du cornet à diaphragme dont nous nous servons et que j'ai décrit et figuré dans mon ouvrage (1), c'est qu'il réunit la simplicité la plus grande à des conditions éminemment favorables à la sûreté des inhalations.

La *Gazette des Hôpitaux* en a du reste fait l'éloge dès 1857, à l'occasion de ma première communication à l'Académie de médecine en disant :

« Cet appareil ou plutôt cet excipient qui, par sa simplicité, « se rapproche beaucoup du cornet ou de l'éponge, tandis qu'il « réalise, par une disposition très-simple et très-ingénieuse, « une partie des avantages que l'on attend des appareils mé- « caniques, nous paraît satisfaire au plus grand nombre des « indications et des besoins de la pratique (2). »

Nous sommes donc doublement autorisé à conserver nos préférences, et une longue expérience nous permet de terminer aujourd'hui cette note, comme autrefois notre livre, en disant des procédés suivis réglementairement dans le service de santé de la marine : « Les avantages de cette méthode pour- « raient se résumer en trois mots : simplicité, précision, inno- « cuité. »

D[r] Berchon,

Directeur du service sanitaire de la Gironde.

Des effets thérapeutiques du brome et des bromures.

Le docteur Fallani a indiqué, dans un mémoire qu'il vient de publier, ce qu'il y a, à ses yeux, de moins douteux, parmi les faits concernant l'emploi du brome et des bromures. Voici les conclusions de son travail :

1° Le brome appliqué topiquement jouit, comme l'iode, de propriétés résolutives et caustiques, mais il ne peut être regardé comme l'équivalent de ce dernier médicament, et avant de proclamer la supériorité de ses effets, il est peut-être encore indispensable de déterminer plus nettement quelques-unes de ses propriétés.

2° On peut considérer comme établie la vertu spécifique du brome et des bromures (ou sa vertu altérante, suivant l'expression d'autres médecins), contre la diathèse et la maladie scrofuleuse, et contre les phénomènes secondaires et tertiaires de la syphilis.

3° Il est convenable de placer les bromures et particulièrement le bromure de potassium, dans la catégorie des sédatifs salins, à côté du nitrate de potasse, auquel il ressemble par ses effets diurétiques; mais les bromures ont d'une manière beaucoup plus remarquable le pouvoir de tempérer et de produire une sédation dans les actes de la sensibilité, de l'irritabilité, tant de la vie animale que de la vie végétative.

4° Son action calmante est préférable à l'action sédative de l'opium et des substances vireuses (pour la vie végétative), parce qu'il calme sans exciter et sans causer de perturbation, accidents qui arrivent fréquemment à la suite de l'emploi de ces derniers médicaments. Mais si l'effet sédatif du bromure de potassium est plus exempt d'inconvénients, il est, en fin de compte, moins démontré.

5° Enfin, si l'on admet l'assertion des premiers expérimentateurs sans procéder à un examen rigoureux des faits allégués, on doit regarder le bromure de potassium comme propre à apaiser les convulsions de toutes sortes, les mouvements du cœur, les spasmes et les agitations non convulsives, l'hyperesthésie générale et partielle, l'éréthisme des organes génitaux aussi bien qu'à écarter les insomnies en procurant un sommeil tranquille et réparateur.

Mais pour les motifs invoqués dans le travail de M. Fallani, ces diverses conclusions ne pourront être accueillies qu'avec beaucoup de réserve, tant que les observations n'auront pas été faites avec plus de calme et de précision. Nous n'avons pu, ajoute l'auteur, élucider davantage ce sujet, que sa nouveauté rend encore bien douteux et bien obscur. (*Gazetta medica venete*, et *Montpellier médical*, juin 1866.)

MORT SINGULIÈRE DE M. JOSEPH TOYNBEE,

Chirurgien-oculiste à Londres, et consultant à l'hôpital Sainte-Marie

(Communiqué par le D[r] Triquet).

Nous trouvons dans le *Times* du 12 juillet dernier une notice sur la mort de M. Joseph Toynbee. Comme nous pensons qu'elle intéressera le lecteur, nous allons en reproduire les plus importants détails :

Mardi dernier dans l'après-midi, Joseph Toynbee, en rentrant chez lui, se retira dans son cabinet et pria qu'on ne vînt pas le déranger. Plusieurs heures s'écoulèrent ainsi; enfin, un malade demandant à le voir, le domestique vint frapper à la porte; ne recevant aucune réponse, il se décida à entrer et trouva son maître étendu sur un sofa et dans un état d'immobilité complète. En s'approchant de lui, il remarqua qu'il avait les narines fermées par deux tampons de coton. La bouche l'était également. Près du corps se trouvaient deux fioles vides : l'une avait pu contenir 6 onces de chloroforme, et l'autre une certaine quantité d'acide prussique.

En lisant les papiers qu'on trouva sur une table, on crut pouvoir en induire qu'il avait voulu tenter des expériences sur lui-même pour les bourdonnements d'oreille, par l'emploi du chloroforme mélangé à l'acide prussique. Les médecins qui furent appelés pour lui porter secours ne purent que constater sa mort bien réelle remontant déjà à plusieurs heures. Chose remarquable, le corps était déjà dans un tel état de décomposition que toute recherche chimique leur parut impossible. Praticien distingué, observateur consciencieux doué d'une grande honnêteté près des malades, Joseph Toynbee sera vivement regretté. Il est à craindre qu'il ne soit de longtemps remplacé à Londres comme Auriste dans la haute position qu'il occupait. Joseph Toynbee a publié de nombreux mémoires sur l'anatomie et la pathologie de l'oreille. Il y a trois ans, il les avait tous réunis en un volume de 500 pages, illustré de gravures sur bois. Joseph Toynbee était âgé de cinquante ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, M. Buignet, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de médecine appliquée à la pharmacie à l'école supérieure de pharmacie de Paris, a été nommé professeur titulaire de ladite chaire.

—M. Barbet, reçu le premier interne, il y a deux ans, vient de succomber subitement après une longue maladie qui l'avait tenu longtemps éloigné de Paris; il se disposait, se trouvant un peu mieux, à passer ses examens de doctorat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Franck Chaussier.

— La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance le 27 juillet, sous la présidence de M. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie,

Ordre du jour :

1° Lecture de M. Pelvet;

2° Communications diverses.

Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique, à l'aide d'un traitement nouveau, par le docteur Jules Boyer. Sixième édition. In-8° de 112 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Notions sur la nature et les propriétés de la matière organisée, par M. F. Taule, docteur en médecine de la faculté de Paris. Un volume in-8° de 170 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le Directeur, D[r] E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

(1) De l'emploi méthodique des anesthésiques et principalement du chloroforme à l'aide de l'appareil réglementaire dans le service de santé de la marine. 1861, in-8°. Masson, Paris.

(2) Résumé de la discussion sur l'éthérisation, par le docteur Brochin, *Gazette* citée p. 370.

N° 87. — JEUDI 26 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 26 JUILLET 1866. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JUILLET 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Parmi les noms inscrits sur la liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire, l'Académie, qui ne pouvait faire un mauvais choix, a élu M. Broca.

M. Bouillaud a argumenté M. J. Guérin. Le lecteur verra plus loin comment M. Bouillaud a bien relevé des assertions philosophiques, paradoxales, soit en s'appuyant sur les recherches modernes et en rendant aussi justice à la valeur du microscope, soit en faisant ressortir les bonnes déductions qui ressortent des œuvres des âges qui nous ont précédés.

Nous voudrions cependant exposer ici une remarque de détail. M. Guérin dit, que les tissus se réparent dans les plaies sous-cutanées et qu'ils ne se réparent point dans les plaies exposées, et qu'ils y sont remplacés par un tissu de cicatrice. Outre que dans les espèces animales on voit la preuve du contraire, il y a des faits complétement opposés à la théorie, même pour certains tissus de l'homme.

D'une part, lorsqu'on coupe la patte d'une salamandre, cette patte sectionnée à l'air libre se reproduit en entier ; d'une autre part, nous voyons des fractures avec plaie extérieure se réunir par un cal osseux et qui ne met pas beaucoup plus de temps à se consolider qu'un cal sous-cutané.

On le voit donc encore une fois : les raisonnements ne sauraient tenir lieu de l'expérience, même pour une discussion.

Dr Armand Després.

ASILE IMPÉRIAL DE VINCENNES. — M. Laborie.

Fractures multiples de l'omoplate et de l'humérus. — Luxation de l'épaule et pseudarthroses.

(Observation recueillie par M. Dionis du Séjour, interne du service.)

Au mois de décembre 1852, il y a quatorze ans, le nommé R..., ouvrier mécanicien, voulut replacer sur la gorge de sa poulie une courroie de transmission qui s'était dérangée. Pour exécuter ce travail il eut l'imprudence de monter à une échelle appuyée au bâti de la machine sans que celle-ci fût arrêtée. La manche droite de sa chemise fut saisie par une roue dentée, et il se trouva violemment attiré vers les engrenages. Avant qu'on eût pu venir à son aide, toute la puissance de la machine s'était appesantie sur l'épaule et le bras droit et y avait produit d'affreux désordres, consistant en fractures de la clavicule, de l'omoplate, du corps de l'humérus, et en une luxation en arrière de la tête humérale, le long de l'épine de l'omoplate.

Si les renseignements que cet homme nous donna sont exacts, au bout de trois mois les fractures de l'omoplate et de la clavicule se seraient consolidées. Quant à celle de l'humérus, elle offrait exactement la même mobilité qu'au jour de l'accident. Il suffit pour expliquer la non-réunion des fragments, de rappeler combien il devait être difficile d'appliquer au bras un appareil de contention efficace. Est-ce à cette cause ou bien à l'interposition de masses musculaires entre les fragments, ou bien encore à la diathèse tuberculeuse qu'il faut imputer le défaut de consolidation de l'humérus. Nous ne savons qu'en dire. En vain avait-on recours aux vésicatoires volants, aux sétons, aux aiguilles, à la résection même.

L'emploi de tous les moyens chirurgicaux connus n'avait pu déterminer le travail préparatoire du cal, et cet homme, au bout de neuf mois de séjour à l'hôpital, avait pris le parti de ne pas attendre davantage et de retourner à ses travaux en portant autour du bras une sorte de cuirasse qui lui permît autant que cela lui était possible l'usage du membre.

Quatorze années se sont écoulées depuis l'accident qui a si cruellement mutilé cet homme ; mais le temps n'a point amélioré ses infirmités. La consolidation de l'épaule s'est, il est vrai, assurée. Néanmoins cette épaule n'a rien gagné sous le rapport de la mobilité, car les luxations dont elle est le siége se sont définitivement établies.

Quant au bras, les deux fragments n'en sont unis qu'au moyen d'une pseudarthrose. Cette fausse articulation est située au milieu du corps de l'humérus. Il y a en ce point un étranglement entre les deux fragments, étranglement au niveau duquel le malade peut imprimer aux parties molles un mouvement de torsion en pas de vis. Tout le membre est amaigri et a subi un commencement d'atrophie.

L'épaule n'a plus que des mouvements d'adduction très-légers. Les mouvements d'adduction, d'avant en arrière et d'arrière en avant, sont presque complétement abolis.

Le malade ne peut faire usage de son bras qu'autant que les fragments sont soutenus par la cuirasse dont nous avons parlé. La seule chose qu'il puisse faire est de prendre un objet de la main gauche, un verre, un livre, et de le placer dans la main droite, dont les muscles fonctionnent encore. L'objet est-il un peu lourd, comme une chaise, cet homme l'accroche de la main droite et le porte au bout du bras pendant.

Voilà les seuls services à attendre d'un bras si mutilé. Si précaires qu'ils soient, on ne s'étonnera pas que cet homme ait repoussé l'idée de les étendre par une intervention chirurgicale. Nulle opération d'ailleurs n'eût pu être tentée avec succès, chez un individu si complétement parvenu au terme de la cachexie tuberculeuse, qu'entré à l'asile impérial de Vincennes, le 29 avril, il y périssait le 26 mai.

Les désordres si nombreux que nous avons signalés ont imprimé aux formes extérieures de l'épaule une physionomie toute particulière.

Le creux sus-claviculaire est très-prononcé à cause de la maigreur du sujet. La clavicule le limite en bas par une ligne tranversale qui, au lieu d'affleurer sous la peau dans toute son étendue, s'enfonce en arrière vers les parties molles profondes, dans sa partie externe. Audessous de la clavicule commence la paroi antérieure du creux axillaire. La peau s'y déprime assez profondément vers le creux que nous venons de nommer. Une saillie formée par l'apophyse coracoïde qu'on voit pointer sous la peau, partage cette paroi antérieure du creux de l'aisselle en deux grandes gouttières verticales, l'une interne, comprise entre l'apophyse caracoïde et le sternum, l'autre externe, entre l'apophyse caracoïde et le moignon de l'épaule. Cette dernière présente une bride transversale formée par une corde ligamenteuse tendue sous la peau.

Pour le moignon de l'épaule, il a tout à fait perdu sa forme arrondie. A sa partie antéro-interne existe une sorte de palette sous-cutanée formée par la face supérieure de l'acromion devenue face antérieure. Celle-ci, comme nous le verrons, a donc quitté sa place ordinaire à la partie supérieure et externe du moignon. Là, au lieu d'une saillie on trouve un méplat, et en continuant à descendre au-dessous du méplat, une espèce de globe qu'on devine formé par la tête de l'humérus. Tout cela est recouvert par un deltoïde aminci, sillonné de gouttières verticales.

La dissection nous fit trouver sous la peau très-peu de tissu cellulo-graisseux. Nous pûmes constater que les muscles étaient tous, sans exception, atrophiés ; tous avaient subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

Tous les muscles s'insèrent comme sur un membre sain, et il n'y a eu de changé que leurs rapports avec les parties osseuses. Ces changements dans les rapports s'expliquent par les déformations et les déplacements qui ont atteint les os, déplacements et déformations que nous voilà maintenant amené à exposer.

La clavicule a été fracturée en un seul point. La fracture, consolidée du reste, siége à l'union de la tête acromiale avec le corps de l'os. Il s'en est suivi un changement dans la direction des fragments. Ils forment entre eux un angle très-ouvert en avant.

Les lésions osseuses se sont surtout accumulées sur l'omoplate. Cet os n'a plus sa forme primitive. Il s'est courbé en avant autour d'un axe oblique, situé au-dessous de la cavité glénoïde en dehors et aboutissant en dedans au-dessous de la naissance de l'épine. Cette ligne partage l'omoplate en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure ; après un mouvement de bascule de la plus élevée sur la plus basse, elles se sont inclinées l'une sur l'autre d'arrière en avant. Le sommet de l'angle ainsi formé fait saillie dans la fosse sous-épineuse ; l'ouverture de l'angle se présente à l'opposé dans la fosse sous-scapulaire. A quelle cause rapporter cette disposition singulière de l'omoplate? L'os s'est-il incurvé ainsi autour d'un axe oblique, de lui-même et pour favoriser les mouvements du membre? ou bien y a-t-il eu une fracture dont le trait aurait été l'axe que nous venons de nommer? Nous penchons plutôt pour cette hypothèse, et d'autant qu'on trouve à la partie la plus externe, vers le bord axillaire, une vaste perte de substance, une sorte de fenêtre ovale par laquelle le muscle sous-scapulaire se trouve en contact avec le sous-épineux. Ce qui nous enhardit encore à soutenir cette opinion, c'est que bien certainement il existe une fracture dans la fosse sus-épineuse. Le trait de cette fracture a déterminé la formation d'un fragment ou esquille triangulaire, incomplétement rattaché au reste de l'os, en sorte qu'on trouve là une fenêtre ovale analogue à celle que nous avons signalée tout à l'heure. Ce dernier rapprochement nous paraît significatif.

L'apophyse coracoïde, elle aussi, a été brisée. Le trait de la fracture est transversal et a partagé cette apophyse en deux fragments. Le plus antérieur s'est incliné sur le plus postérieur à angle droit et la face supérieure est ainsi devenue antérieure. C'est elle qui faisait saillie sous la peau de la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

Ce n'est pas tout encore, l'épine de l'omoplate a subi au moins deux fractures : l'une dans son corps, l'autre à sa jonction avec l'acromion. Cette dernière apophyse, complétement séparée de l'épine, a été attirée en dedans, en avant et en bas de manière à former un angle droit avec sa direction première. Elle est ainsi descendue à la partie antérieure du moignon de l'épaule, sous la peau de laquelle elle fait une saillie parallèle à celle de l'apophyse coracoïde. La voûte acromiale a donc disparu à la partie supérieure du moignon, et là, au lieu de présenter une forme arrondie, l'épaule se creuse d'un méplat.

Pour en finir avec les fractures, citons enfin celle qui a atteint l'humérus au milieu de son corps. Elle est oblique. Chacun des fragments se regarde par une surface pointue irrégulière, sans trace de canal médullaire.

Les déplacements inséparables de pareilles fractures ont entraîné de curieuses modifications dans la disposition des surfaces articulaires.

L'articulation sternale de la clavicule a présenté un violent diastasis.

Quant à l'articulation acromiale du même os, elle offre une disposition des plus singulières ; la fracture de l'acromion s'est accompagnée d'une rupture complète des ligaments acromio-claviculaires. Les surfaces osseuses se sont quittées. Tandis que l'acromion a été poussé en dedans et en avant, la clavicule a été repoussée en arrière et la tête de cet os est venue s'appliquer contre le bord antérieur de l'épine de l'omoplate à la naissance de l'acromion. Il s'est fait là une soudure osseuse formant une ankylose complète.

Le changement de direction de la clavicule a découvert entre elle et l'acromion un espace triangulaire augmenté par la rupture des ligaments conoïde et trapézoïde. Un ligament de nouvelle formation acromio-claviculaire a rempli ce vide et c'est son bord antérieur tranchant qui forme une bride sous-cutanée dans la gouttière verticale signalée à la partie antérieure du creux de l'aisselle.

L'articulation scapulo-humérale est le siége de désordres non moins importants. Il y a là une luxation postéro-interne, qui se rapproche de la variété sous-épineuse. Voici comment les choses se sont passées : la cavité glénoïde s'est comblée au moyen d'une substance osseuse de nouvelle formation. Il s'est fait alors une nouvelle facette glénoïdale aux dépens du rebord postérieur de l'ancienne fosse glénoïde. Cette facette nouvelle est à angle droit avec la première. Elle est du reste trop petite pour répondre à toute la surface formée par la tête de l'humérus. Aussi les bords en sont-ils entourés par un bourrelet circulaire de tissu fibreux qui augmente l'espace articulaire tandis que le fond est doublé de fibro-cartilage.

La tête de l'humérus ne répond plus à la nouvelle facette glénoïdale par la portion articulaire globuleuse. Celle-ci est libre. Il s'est fait sur le trochinter une facette articulaire, répondant à la facette nouvelle de la cavité glénoïde. C'est par ces surfaces que l'omoplate et l'humérus, sont en rapport. La portion globuleuse de la tête humérale, celle qui formait autrefois la portion articulée, est aujourd'hui tout à fait libre, et même débordant la nouvelle facette articulaire, glénoïdale, elle se trouve un peu reportée vers l'épine. Quant à l'ancienne capsule fibreuse, elle a disparu ; des liens très-courts maintiennent les nouveaux rapports. L'agent de contention le plus efficace aujourd'hui, réside dans les muscles voisins. La longue portion du biceps ne bride point ici de haut en bas la tête de l'humérus, comme dans une articulation saine ; car cette tête est reportée en arrière, et ce long tendon repose à vide sur l'ancienne cavité glénoïde. Mais la contention est assurée au moyen des tendons du sous-scapulaire, du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond, qui brident transversalement la tête humérale.

L'on sent combien une articulation dans l'état que nous venons de décrire doit être peu mobile. Nulle laxité en effet dans les liens fibreux qui entourent les surfaces de glissement, et assurent leur contact. Il ne pourra donc y avoir que des mouvements de peu d'étendue. Les mouvements d'avant en arrière, sont bornés par l'épine ; ceux d'arrière en avant le sont par l'acromion, et sont par conséquent presque abolis. Restent les mouvements d'adduction.

Nous n'avons plus maintenant qu'à faire connaître la pseudarthrose humérale. Aucune substance osseuse interposée entre les fragments de l'humérus n'a pu les réunir. La continuité du membre est seulement établie par les muscles biceps, coraco-brachial, brachial antérieur qui, après s'être transformés en tissu fibro-celluleux au niveau de la fracture, forment autour des fragments un manchon blanchâtre adhérent au pourtour des os. Il reste entre les fragments de ceux-ci une solution de continuité, que rien n'a comblée, et qui est assez grande pour qu'on puisse tordre le bras en vis de pression.

Il n'y avait du reste ni lésion nerveuse, ni lésion vasculaire.

En résumé, les lésions observées chez l'homme dont l'histoire vient de nous occuper ont atteint les trois os du membre supérieur, la clavicule, l'omoplate surtout, et enfin l'humérus.

De ces lésions, les unes consistent en des déplacements osseux, les autres, en des déplacements articulaires.

Les déplacements osseux intéressent principalement la direction primitive de l'omoplate qui s'est courbée en avant, comme si elle avait tourné autour d'un axe transversal. Un autre déplacement des plus importants a atteint tout l'ensemble de la voûte acromiale.

Ces déplacements osseux sont le résultat de fractures. La clavicule en compte une consolidée ; l'omoplate, deux à coup sûr et peut-être trois ; celles-là sont encore toutes consolidées. A l'humérus, la fracture est restée sans consolidation.

Quant aux déplacements articulaires, on les observe aussi aux trois os. A la clavicule c'est la tête acromiale qui, au lieu de s'articuler avec l'acromion, s'est soudée avec l'épine.

Dans l'articulation scapulo-humérale, on reconnaît une luxation postéro-interne avec formation d'une nouvelle cavité glénoïde. Il s'est fait une articulation là où il n'en devait pas exister. A l'humérus il y a pseudarthrose.

Telles sont les nombreuses lésions qui, suivant une expression qu'on nous passera, j'espère, ont fait de cet homme un musée pathologique.

ESSAI SUR LE VAGINISME

D'après les idées de M. Marion Sims.

Par M. le Dr Ch. BERNADET, ancien interne des hôpitaux de Paris, Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

On doit entendre par vaginisme (vaginismus) un état d'hypéresthésie excessive de la membrane hymen et de l'ouverture vulvaire, accompagné d'une contraction spasmodique involontaire du sphincter vaginal assez considérable pour s'opposer à l'union des sexes.

De même qu'en chirurgie oculaire on désigne par le terme blépharospasme (blepharospasmus) le spasme douloureux des paupières, et en médecine par laryngismus la contraction convulsive des muscles de la glotte ayant pour résultat immédiat de donner à la voix le cachet qui l'a fait désigner sous le nom de striduleuse; de même, par analogie, l'état morbide que nous définissons en ce moment, ne paraît pas mériter de meilleure et de plus logique appellation que celle de vaginisme.

On a donc tort, à notre sens, de maintenir celle d'atrésie vulvo-vaginale ou simplement d'atrésie qu'emploient d'habitude les praticiens. Ces dénominations s'appliquent en effet à une tout autre maladie. L'atrésie n'est qu'une oblitération plus ou moins complète, congénitale ou accidentelle du conduit vulvo-vaginal. Ainsi que la virginité physique, elle diffère du vaginisme par ce caractère essentiel, que le toucher des parties sexuelles ne détermine aucune douleur. Toutes les fois qu'un fait me paraîtra d'importance capitale je prendrai soin de le sous-ligner.

Deux choses dans la pratique de notre art contribuent à faire considérer, comme peu fréquentes, certaines affections d'une existence non équivoque. Ce sont : 1° les cas difficiles ou peu étudiés qui frappent moins l'attention de l'observateur ou qui le laissent plus longtemps dans un silence méditatif ou réfléchi. C'est aussi 2° la nature spéciale des maladies qu'on traite dans les hôpitaux, ces grands foyers d'observation et d'expérience. Quelque vastes que soient les lumières qu'ils peuvent jeter dans le savoir d'un homme, il ne saurait certainement tout y voir. Il y demeurerait même souvent toute sa vie sans jamais rencontrer sous ses yeux des exemples de ce qu'il est alors tenté de taxer d'extraordinaire ou de rare.

Il est indubitable que beaucoup de maladies nerveuses par exemple, et le vaginisme est une de leurs mille variétés, se trouvent dans cette catégorie. Elles appartiennent plus spécialement au domaine de toutes ces nuances indéterminées d'états maladifs qu'engendrent les effets d'une civilisation plus raffinée. Elles font alors défaut dans les organismes, je ne dirai pas plus robustes, mais plus endurcis et moins sensibles qui s'offrent à la thérapeutique dans les établissements hospitaliers. M. le docteur Caffe a parfaitement fait observer cela pour l'atrésie vulvaire en particulier, et cela pourrait aussi rendre compte du silence des auteurs sur ce point curieux de la pathologie féminine.

Le vaginisme n'est en réalité pas très-rare, si l'on en juge par l'expérience de M. Marion Sims, qui paraît assez étendue. C'est dans la classe aisée que ce chirurgien a eu surtout occasion de l'observer. Aussi les maisons de santé destinées à la même catégorie de malades peuvent en renfermer à l'occasion. Ce serait par exemple à Londres, le London Surgical Home du « West End », et à Paris, la Maison municipale de santé où une variété très-remarquable s'offrit à l'attention des élèves pendant l'année 1862, dans le service de M. Demarquay.

M. Marion Sims observa son premier cas en 1857. Il fut alors lui-même très-embarrassé et avoue qu'il ne put donner aucun conseil sur une maladie à l'égard de laquelle les livres classiques gardent un mutisme absolu. Il lui sembla cependant qu'un traitement chirurgical était seul capable d'apporter un secours efficace. En juin 1859 il en était à son huitième cas, et deux ans après, au mois de décembre 1861, il lisait un mémoire sur ce sujet important, devant la Société obstétricale de Londres. A l'heure actuelle ce chirurgien n'a pas opéré pour sa part moins de 39 cas de vaginisme, et cela avec un succès complet.

Symptômes. — Tant que la femme vit dans la continence ou la chasteté, rien ne vient lui révéler la cruelle affection dont elle est atteinte. Les premiers symptômes morbides ne se déclarent qu'au moment des rapports sexuels. La jeune fille innocente ayant une appréhension innée des premières approches conjugales, s'inquiète d'abord, mais sans perdre le courage qu'elle puise dans son amour ou dans le sentiment de ses devoirs. Bientôt cependant, les tentatives répétées de coït demeurant toujours douloureuses, les deux époux se remplissent d'alarme et l'on arrête une consultation médico-chirurgicale.

C'est ici le lieu de détruire ce que M. Marion Sims considère avec raison comme une erreur. Plusieurs auteurs, Churchill et Debout entre autres, ont avancé qu'un état de vaginisme ne pouvait résister sérieusement à la puissance copulatrice d'un mari fort et vigoureux. Or l'expérience montre le contraire. Il y a des exemples (M. Marion Sims en a vu plusieurs) où les forces génésiques de l'époux mâle atteignaient des limites extraordinaires, et malgré cela elles ne purent jamais triompher de l'obstruction douloureuse (1). Dans deux cas, une dilatation excessive (au moyen d'instruments ad hoc) fut mise longtemps en usage et la contraction spasmodique conserva exactement le même degré.

C'est un fait aujourd'hui bien prouvé et bien acquis à la médecine légale, qu'une grossesse peut arriver à son terme ultime et l'accouchement s'effectuer, avec les signes physiques de la virginité. M. Marion Sims est assez porté à croire que ces cas d'accouchements à terme avec persistance de l'hymen ne sont autres que des cas de vaginisme.

La rupture de cette membrane, et la distension que subissent les parties de la mère pendant l'expulsion du fœtus sont quelquefois (non pas toujours), favorables à la guérison.

Une jeune femme fut chloroformée par son médecin et livrée ensuite à son mari (2). Le coït, impossible auparavant, s'effectua avec la plus grande facilité, mais l'acte physiologique ne put s'accomplir plus tard, au retour de la sensibilité. Heureusement que le moment avait été propice : ce seul coït fut suivi de conception.

Dans une autre circonstance moins heureuse, un mari eut la douleur de ne pouvoir posséder sa femme que sous l'influence du sommeil anesthésique. Au bout d'un année il y eut une grossesse qui marcha à bonne fin. Après la naissance de l'enfant, il y eut quelques copulations sans chloroforme, mais si douloureuses que force fut d'avoir de nouveau recours à l'agent anesthésique.

C'est pour le dire en passant ce que M. Marion Sims appelle le coït éthéré : « ethereal copulation. »

Une deuxième grossesse s'ensuivit avec avortement au troisième mois. En fin de compte, malgré ces expulsions dilatatrices, la pauvre dame ne guérit point. Le périnée avait été déchiré jusqu'aux fibres du sphincter anal, et il s'était formé au niveau de la fourchette, une cicatrice inodulaire, qui allait mourir dans un tissu épaissi, occupant (la cicatrice) sous forme d'anneau le siége primitif de l'hymen.

L'hypéresthésie restait excessive au moindre contact.

Il aurait fallu de rigueur pratiquer l'excision des tissus malades; car, sans prétendre que la dilatation pure et simple ne puisse rendre aptes au coït des cas de vaginisme, il arrive presque constamment que l'acte physiologique s'accomplit avec douleur, et il faut, comme nous le dirons plus loin, joindre à l'enlèvement de l'hymen, la division du sphincter et la dilatation consécutive (3 opérations), si l'on veut obtenir une guérison radicale.

Les symptômes, à proprement parler, caractéristiques du vaginisme sont, les uns rationnels ou subjectifs, les autres physiques ou objectifs.

Lorsque, dans le but d'étudier un cas semblable, on fait placer la femme dans l'attitude qu'on lui donne pour l'examen au spéculum, c'est-à-dire sur le dos et les jambes fléchies et relevées, le chirurgien ne tarde pas à remarquer qu'elle devient en proie à une agitation insurmontable.

Une sorte de terreur et d'anxiété indéfinissable se répand sur tous ses traits. Le souvenir de ses souffrances, si déjà l'examen a été tenté, la rend craintive à l'excès. M. Marion Sims la compare à une malade qui, ayant éprouvé le contact horriblement douloureux d'un instrument pointu sur le nerf mis à nu au milieu de la pulpe dentaire d'une dent cariée, redoute au delà de toute expression une seconde exploration semblable.

Quels que soient donc l'énergie physique et le courage moral d'une femme atteinte de vaginisme, quand on la soumet à l'examen chirurgical dont nous parlons, il lui est impossible de dissimuler sa douleur. Le contact le plus léger, celui du doigt, d'une sonde ou même d'un cheveu produit aussitôt une agonie indicible.

La douleur est très-grande au niveau et de chaque côté du méat urinaire, là précisément où la membrane hymen prend son origine. Elle augmente encore au niveau de l'orifice de la glande vulvo-vaginale, mais souvent c'est à la fourchette, là où l'hymen se relève, qu'on rencontre le point le plus douloureux. On trouve de plus quelquefois, à titre de complication, au méat urinaire et à l'orifice des glandes d'Huguier, de petites excroissances rougeâtres, polypeuses, sortes d'hypertrophies ou d'oblitérations glandulaires.

Toute la surface extérieure de l'hymen est sensible, mais elle l'est davantage là où cette membrane se dédouble vers sa base. Le moindre attouchement n'y produit pas seulement de la douleur, il y a en même temps contraction spasmodique, involontaire et simultanée des sphincters de l'anus et de la vulve.

Chose bizarre ! si, après avoir fait passer un instrument quelconque, une sonde par exemple, à travers l'orifice dont est percé l'hymen, sans toucher sa surface externe, l'on vient à presser ensuite de haut en bas, ou de dedans en dehors vers sa surface interne ou supérieure, on n'y découvre aucune sensibilité anomale.

Le plus ordinairement l'hymen est épaissi et volumineux. En franchissant son orifice, le doigt perçoit un bord libre dur et résistant comme s'il était limité par un anneau de fil de fer.

Dans quelques cas, il n'y a pas de complications; dans d'autres il existe de la rougeur et de l'érythème de la fourchette.

Quant à la santé générale, on conçoit qu'elle soit sujette à s'altérer dans des limites plus ou moins variables dépendant elles-mêmes des idiosyncrasies individuelles.

Diagnostic. — Dans une affection ayant des symptômes si tranchés et si particuliers, il n'y a guère d'erreur à commettre. Il y a cependant confusion possible avec l'imperforation de l'hymen et l'atrésie du vagin. Mais ici l'examen lui-même ne viendra-t-il pas révéler à quelle lésion physique ou fonctionnelle l'on a affaire? Enfin dans l'imperforation de l'hymen et dans l'atrésie vaginale, la douleur au toucher n'existe pas nécessairement. Il y a obstacle mécanique à l'introduction du doigt dans le vagin, voilà tout; tandis que le contact le plus léger détermine, chez les femmes atteintes de vaginisme, une douleur excessive, et c'est là le principal caractère diagnostique.

Le pronostic peut s'envisager au point de vue moral et au point de vue physique. Dans les pays où il règne sur le mariage une législation différente de la nôtre, on conçoit que le vaginisme, outre les orages qu'il sème dans la vie conjugale, puisse devenir par le fait cause de séparation ou matière à divorce. Heureusement qu'ici la chirurgie paraît véritablement toute-puissante. Écoutons la conclusion consolante à laquelle l'expérience a conduit M. Marion Sims. Je traduis ses paroles presque textuellement : « Mon observation personnelle me « permet d'affirmer qu'aucune autre maladie ne peut devenir « entre deux époux la source de chagrins plus amers; mais, « par contre, j'ai la satisfaction d'avouer que je ne connais non « plus aucune maladie qui puisse guérir si aisément, si sûre- « ment et si certainement. »

La science n'est pas encore fixée sur cette affection bizarre. Les faits montrent que, si par exemple dans une première opération le chirurgien a oublié quelque partie, quelque tubercule induré de l'hymen qui rappelle ensuite la douleur, si, dis-je, on vient à exciser ce tissu morbide, la souffrance disparaît avec une promptitude aussi grande que si l'on venait d'extirper un névrome sous-cutané. Alors M. Marion Sims a pu croire un moment que les symptômes du vaginisme étaient dus à des nerfs névromatisés. Mais le célèbre professeur Clark ayant, à sa prière et dans le but d'éclairer cette question, examiné au microscope des hymens de femmes atteintes de cette maladie, ne put découvrir dans leur trame aucun filament nerveux hypertrophié.

Le traitement doit être entièrement chirurgical et comprend trois opérations ou trois temps, savoir :

1° L'extirpation de l'hymen;

2° La division des fibres du sphincter vaginal;

3° La dilatation consécutive.

Cette dernière opération est inutile sans les deux premières. Son emploi, après leur accomplissement, contribue à rendre le succès facile et durable. Il faut bien savoir que, par la dilatation, on peut, sans nul doute, arriver à permettre l'introduction du membre viril et le coït; mais, dans la plupart des cas, cet acte physiologique reste très-douloureux, les guérisons sont incomplètes, les récidives faciles.

Toutes les fois au contraire que cette dilatation est précédée de l'extirpation de l'hymen et de la division du sphincter vaginal, les rapports sexuels s'accomplissent sans souffrance et la guérison est assurée.

Cela posé, je vais décrire l'opération de M. Marion Sims.

Extirpation de l'hymen. — La malade sera placée sur le côté gauche. Le chirurgien saisit la membrane hymen avec une fine paire de pinces, précisément au niveau de sa jonction avec l'urèthre du côté gauche. Il la tend, puis l'incise dans toute sa circonférence de façon à l'enlever graduellement d'une seule pièce.

Quelques compresses graduées suffisent d'ordinaire pour arrêter l'hémorrhagie. Si l'écoulement sanguin était excessif, on serait obligé d'avoir recours au persulfate de fer.

En trois ou quatre jours, la surface avivée est cicatrisée, et l'on peut alors commencer l'opération pour la cure radicale.

L'extirpation de l'hymen est en réalité loin d'amener par elle seule la guérison absolue. La cicatrice circonférentielle qui marque son insertion à l'entrée du vagin reste souvent le siége d'une sensibilité excessive, et l'orifice vulvaire semble circonscrit par un anneau induré, comme s'il était bordé par un fil de fer. M. Marion Sims, dans ses premiers essais, le divisait tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, mais il s'est maintenant définitivement arrêté à la méthode suivante, comme la plus sûre et la meilleure.

Division du sphincter vaginal (2e temps de l'opération de M. Marion Sims). — La malade, endormie au chloroforme, est couchée sur le dos, comme s'il s'agissait de lui pratiquer la lithotomie. Le chirurgien introduit dans le vagin l'index et le médius de la main gauche. Il les sépare ensuite latéralement, de façon à tenir aussi écartées que possible les parois de la cavité vaginale en s'appuyant sur la fourchette qui se trouve ainsi distendue. Alors, avec un bistouri ordinaire, il entame profondément le sphincter vaginal d'un côté de la ligne médiane, en dirigeant son incision de haut en bas, pour l'arrêter au raphé du périnée. Cette incision forme le côté d'un Y.

Il réintroduit l'instrument dans le vagin, en maintenant toujours écartés, comme ci-dessus, les doigts index et médius.

Il pratique de l'autre côté une incision semblable à la précédente, la dirige comme celle-ci de haut en bas, jusqu'à ce qu'elle vienne la rejoindre au niveau ou à très-peu près au niveau du périnée, et prolonge enfin leur jonction jusqu'au

(1) C'était une raison de plus pour qu'elles ne pussent triompher. (*Note de la rédaction.*)

(2) Nous laissons à l'auteur de l'article toute responsabilité. La science n'a pas de scrupules, soit; mais nous ne pouvons nous empêcher de dire qu'en France nous ne serons jamais réduits à chloroformer une femme pour faciliter les approches de son mari. (*Note de la rédaction.*)

tégument périnéal. Chaque incision doit avoir 2 pouces de longueur, savoir :

1/2 pouce au plus au-dessus de la marge du sphincter vaginal; 1/2 pouce au plus à travers ses fibres musculaires qu'elle divise, et 1 pouce au plus depuis son bord inférieur jusqu'au raphé périnéal.

Elles peuvent du reste varier suivant les sujets et le développement des parties sur lesquelles le chirurgien opère.

Dilatation ou troisième temps de l'opération. — Pour compléter la guérison, il est nécessaire que la malade porte, pendant un certain temps et convenablement adapté, un dilatateur. Il y en a de plusieurs sortes, en métal, en ivoire ou en verre. C'est de ce dernier que M. Marion Sims se sert de préférence. Il offre pour avantage de permettre à la fois l'inspection des surfaces incisées et de toute la cavité du vagin.

Dans le cas de forte hémorrhagie après la division du sphincter, le dilatateur doit être introduit immédiatement; mais ce n'est généralement qu'après vingt-quatre heures. On le laisse en place deux, trois ou quatre heures par séance. Son introduction cause une certaine souffrance, mais elle n'a rien de comparable avec cette formidable douleur si caractéristique de la maladie en question.

La malade portera l'appareil deux heures le matin et deux ou trois heures dans l'après-midi ou le soir, quelquefois davantage.

M. Marion Sims a connu peu de femmes qui le gardaient huit heures sans désemparer. La rapidité avec laquelle les incisions se cicatrisent est souvent étonnante, et elle est probablement facilitée par la pression du tube de verre.

La dilatation doit être faite tous les jours pendant trois semaines, jusqu'à entière cicatrisation des plaies et abolition de toute sensibilité douloureuse.

Voici la description du dilatateur :

Il a en général la forme ci-dessus indiquée. Sa fermeture, à une extrémité, le rend plus facile à maintenir au moyen d'un bandage en T. La dépression centrale empêche la compression traumatique qu'un cylindre tout à fait rond y déterminerait infailliblement après deux ou trois heures d'usage. Elle facilite aussi le maintien du dilatateur.

Quelquefois, comme le montre le dilatateur B, on supprime l'arête du pavillon pour mettre les lèvres à l'abri de tout froissement. Il faut aussi que l'instrument ne soit pas trop long, sans cela sa pression sur le col utérin produit de la douleur. Le but de la courbe inférieure de l'extrémité conique du dilatateur B est de l'empêcher de heurter l'utérus.

Résultats. — Sur 39 cas de vaginisme opérés de cette façon, M. Marion Sims a obtenu 39 succès. Dans ses observations, outre la stérilité forcée, il y avait, entre autres complications, une menstruation douloureuse, une contraction spasmodique du col, un col conique, une tumeur polypeuse, un déplacement de matrice, etc. La conception a pu avoir lieu après l'opération et plusieurs autres femmes dont il n'a plus entendu parler ont sans doute été capables de concevoir également.

En outre, dans tous ces cas opérés, le mariage existait depuis dix-sept ans, quinze ans, douze ans, deux ans au moins. Dans quelques-uns les relations sexuelles n'avaient été qu'incomplètes, mais dans la grande majorité, elles n'avaient jamais pu s'accomplir.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

(Voir notre n° du 17 juillet.)

Après avoir exposé la méthode Todd, fait son procès par la bouche autorisée du docteur Gairdner, et donné des statistiques si extraordinaires en faveur du traitement de la pneumonie par une alimentation au gré du malade et si accablantes pour les vieilles méthodes antiphlogistiques, qu'il me paraît intéressant de prendre à la *Lancette* du 3 mars 1866, l'observation suivante qui témoigne que les vieilles méthodes ont encore quelques partisans en Angleterre et comptent aussi des succès.

Pneumonie double traitée par la saignée, l'émétique et le calomel; guérison, par Page.

W. P..., vingt-quatre ans, palefrenier, entré le 13 janvier 1866 à l'hôpital Saint-Georges (Londres), dans le service de Page, pansait ses chevaux le 10, ayant retiré sa chemise. A six heures, le soir, il fut pris de frisson, la nuit de transpiration, et le 11 au matin d'un point de côté à gauche, s'accroissant par la respiration et accompagné de toux et de céphalalgie. Bientôt il commença à cracher et en délire dans la nuit suivante.

C'est un garçon solidement constitué et robuste. Sa face est rouge et injectée, sa langue est couverte d'un enduit jaunâtre. A l'examen du thorax, on trouve, dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, de la matité, du souffle tubaire et du retentissement exagéré de la voix. Le tiers supérieur de ce même poumon et le tiers inférieur du poumon droit sont le siége d'une crépitation fine. A la partie antérieure à droite, on perçoit un bruit de frottement sec.

On en conclut que le tiers supérieur du poumon droit et le tiers inférieur du gauche sont atteints de pneumonie au premier degré, tandis que les deux tiers inférieurs à droite sont déjà au deuxième degré.

L'expectoration est rare, transparente, gélatiniforme et légèrement teintée de sang. Pouls 92, inspirations 52, température de l'aisselle 38,88 c. L'urine est rare, très-colorée et contient un peu d'albumine.

A deux heures quarante-cinq minutes on tire 350 grammes de sang; dix-huit minutes après, on note ce qui suit : le pouls est moins dur, se laisse déprimer et bat 92 fois; inspirations 42, température 39,05 c.

Un quart d'heure ensuite, la transpiration apparaît, le malade respire mieux. On ordonne une pilule composée de 10 centigrammes de calomel, un demi-centigramme de tartre stibié, et 1 centigramme d'opium toutes les six heures. Bouillons.

A six heures moins un quart, le pouls est encore à 90, la température à 39 c.; et les inspirations à 36. L'oppression et la céphalalgie ont diminué, mais il y a encore tendance au délire dès qu'il ferme les yeux.

A neuf heures et demie, le pouls est tombé à 88, la température à 38,66 c., et les inspirations à 32. Le sang a mal coulé, il est visqueux.

Le 14 au matin, le pouls est remonté à 104, les inspirations à 44, et la température à 39,33 c. La crépitation a disparu à droite, et s'entend moins à gauche. La respiration est plus profonde, l'expectoration plus facile et encore teintée en rouge. Sueurs, une selle, nuit bonne, sans délire.

Le 15 au matin, pouls à 96; inspiration régulière à 40; température à 37,77 c; la respiration n'est pas encore entièrement vésiculaire à droite. Plus de crépitation à gauche et moins de souffle tubaire. Dans la soirée, à six heures, le pouls est à 72, les inspirations à 28. Le malade passe une excellente nuit.

Le 16 au matin, pouls à 72, inspirations à 28, température à 37,77 c. ; l'expectoration plus aqueuse, plus rare est encore teintée de rouge. Les gencives sont un peu gonflées; la résonnance est devenue normale à droite. Un râle bullaire est apparu à la base à gauche.

Le 17, il a bien dormi; le pouls et la respiration sont comme hier; la température est à 36,66 c. ; gencives malades. L'urine est chargée, mais sans albumine; une seule pilule par jour.

Le 19, amélioration notable; la respiration reparaît normale au sommet gauche.

Le 20, une côtelette de mouton; les gencives vont bien, mais l'haleine a une odeur mercurielle.

Le 22, il se lève convalescent; on arrête toute médication.

Le 31, *exeat*, les poumons n'offrant plus traces de sa maladie à l'auscultation et à la percussion.

C'est au troisième jour de la pneumonie, à deux heures après midi, que la saignée fut pratiquée; le quatrième jour, c'est-à-dire le lendemain à neuf heures, la maladie entrait dans sa période de décroissance. Cependant la maladie était franche et était au premier degré dans une partie des deux poumons, et au deuxième degré dans une partie du poumon gauche ; dans ces conditions, il n'y avait aucun motif d'espérer une entrée en résolution dès le quatrième jour. C'est donc à la saignée qu'il faut attribuer ce résultat.

Mais qu'ont fait ensuite le calomel et l'insalivation produite? L'impulsion en arrière était donnée, la marche ultérieure de la maladie a été dans l'ordre, et l'entrée en convalescence s'est opérée du neuf au treizième jour, c'est-à-dire à l'époque naturelle pour les pneumonies franches.

Cette observation établit donc que la saignée est parfois indiquée dans la pneumonie, et peut y rendre des services très-réels, mais elle ne résout rien quant à l'action du calomel et du tartre stibié associés.

En somme, dans le traitement de cette maladie, c'est au tact et à l'expérience du praticien de saisir, dans chaque cas particulier, à chaque instant du cours de l'affection, quelle est la conduite à suivre, quelle est l'indication à remplir. Mais la méthode de Bennett, à en juger par les chiffres que nous avons donnés, nous paraît digne d'être adoptée en règle générale, sauf à surveiller les indications particulières qui peuvent surgir, et à recourir, s'il le faut, aux alcooliques à haute dose, à la saignée, à la digitale, ou au musc, selon les circonstances.

Statistique des hernies.

Le rapport du docteur Scholz sur les cas de hernie traités par le professeur Lorinser, pendant les vingt dernières années, à l'hôpital général de Vienne, est reproduit par l'*Edinburgh med. Journ.*, mai 1866. Nous en extrayons quelques passages.

Le nombre total des cas de hernie admis de 1844 à 1863 s'élève à 422 : 220 hommes, 202 femmes. 268 étaient inguinales : 215 hommes, 53 femmes. 142 étaient crurales : 4 hommes, 138 femmes. 11 étaient ombilicales : 1 homme, 10 femmes. Il y en avait une par le trou ovale chez une femme.

Le côté droit en fut le siége 246 fois : 163 inguinales, 83 crurales; le gauche 156 fois : 97 inguinales, 59 crurales.

La fréquence des hernies a été deux fois plus grande de vingt à trente ans que de dix à vingt. Elle a atteint son maximum de cinquante à soixante ans.

Sur ces 422 cas, il y avait 247 hernies étranglées qui furent traitées 12 fois par la position, 119 par le taxis, et 116 par l'opération; 192 guérirent, 56 succombèrent. La durée de l'étranglement variait de un à trois jours, pour les cas non traités par l'opération, et de deux à huit jours, pour les 116 cas opérés.

Sur ces 116 opérés, il y eut 55 morts et 60 guérisons, c'est-à-dire 91 pour 100. La durée de l'étranglement variait, chez les premiers, de deux à cinq jours ; chez les seconds, de un à trois jours.

90 fois le sac ne renfermait que l'intestin, 2 fois que le péritoine, et 24 fois renfermait les deux. Les 90 premiers cas ont donné 49 guérisons et 41 morts, les deux suivants 2 guérisons, les 24 derniers 9 guérisons et 15 morts.

Les 116 cas opérés se répartissaient ainsi : hernies inguinales, 37 fois chez l'homme, 18 guérisons, 19 morts; 10 fois chez la femme, 3 guérisons, 7 morts. Hernies crurales : 1 fois chez l'homme, 1 mort; 65 fois chez la femme, 39 guérisons, 26 morts.

Parmi ces opérés, on trouvait au-dessous de quarante ans, 14 guérisons et 15 morts ; de quarante à soixante ans, 32 guérisons et 21 morts ; au-dessus de soixante ans, 14 guérisons et 20 morts. Les causes immédiates de la mort furent 26 fois la péritonite et 17 fois la gangrène de l'intestin.

Le lecteur tirera les déductions de ces chiffres. Remarquons seulement combien cette mortalité dans les herniotomies de 91 pour 100, est plus élevée à Vienne qu'à Londres, où sur 175 cas je l'ai trouvée de 45 pour 100 (1), et qu'à Paris où Malgaigne, sur 220 cas, l'a trouvée de 60 pour 100.

Dr Paul Topinard.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juillet 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Une note de M. le docteur Andrieux de Brioude, sur un appareil dit à sudation.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Une note de M. le docteur de Chilly, médecin de l'hôpital de Vaucouleur, sur l'état des gencives dans les maladies fébriles;

2° Une observation de M. J. Mascarel, d'une cure d'une cachexie par le sang de volaille;

3° Une note de M. le docteur de Laplagne, sur le traitement préservatif du choléra. (Commission du choléra.)

4° Un pli cacheté, contenant des formules relatives à un médicament nouveau et à son emploi, par M. le docteur Foucaut, médecin de la marine impériale.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

La commission propose :

En première ligne, M. Broca.
En deuxième ligne, M. Follin.
En troisième ligne, M. Legouest.
En quatrième ligne, M. A. Guérin.
En cinquième ligne, M. Demarquay.
En sixième ligne, M. Verneuil.

Au premier tour de scrutin 62 votants, majorité 32.

M. Broca	obtient	36 voix.
M. Follin	—	4 —
M. Legouest	—	7 —
M. A. Guérin	—	1 —
M. Demarquay	—	14 —

M. Broca est déclaré élu ; sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— **M. Depaul** communique une observation de syphilis vaccinale recueillie par MM. de Closmadeuc et Denis.

Il s'agit d'un grand nombre d'enfants syphilisés après une vaccination faite par une sage-femme, avec du vaccin pris sur un enfant qu'elle menait avec elle.

Les médecins demandent une enquête.

Je crois, dit le présentateur, qu'on pourrait renvoyer l'examen des enfants à un des membres correspondants.

— **M. Devilliers** offre, au nom de M. le docteur Perrot, un travail sur la mortalité dans le département du Doubs.

— **M. Boudet** présente à l'Académie un ouvrage d'hydrotimétrie qu'il a publié en collaboration de M. Boutron, ayant pour titre : *Nouvelle méthode pour déterminer les proportions de matières minérales contenues dans les eaux de source et de rivière.*

Discussion sur le mode de cicatrisation des plaies.

M. Bouillaud, après avoir établi qu'il ne veut parler ni de la ténotomie ni de la méthode sous-cutanée, mais bien de la cicatrisation des plaies et de la nouveauté des opinions de M. J. Guérin, expose l'histoire de la cicatrisation.

Il montre que parmi les trois modes d'inflammations admis par Hunter, une seule, l'inflammation adhésive, se rapporte au travail de la cicatrisation; mais que l'auteur anglais, en même temps, avait eu soin de distinguer l'inflammation de l'acte adhésif. Hunter, en effet, aurait constaté que si le médium unissant apporté par l'inflammation était sécrété en excès, la plaie ne se réunissait pas.

M. Bouillaud rappelle que Hunter connaissait l'influence du contact de l'air, qu'il savait le mode de cicatrisation sous une croûte, sous un sérum concressible et au-dessous desquels les tissus se réparaient promptement.

L'orateur cite les travaux de Bichat, qui, comme Hunter, croyait le sang vivant; les travaux de Dupuytren sur le cal, de Delpech sur la cicatrisation, et il dit que tout le monde considère la réparation des tissus comme une génération d'éléments analogues à celle des éléments normaux pendant le développement de l'embryon.

Passant ensuite à une période plus moderne il constate les progrès faits par le microscope qui est un excellent moyen d'investigation, et il dit que s'il lui était donné de redevenir jeune, il se ferait une religion d'appliquer le microscope à l'étude de l'anatomie, de la physiologie, comme un des aides les plus sûrs.

Appliquant aux faits médicaux les principes qui sont ressortis de l'étude des maladies chirurgicales, l'orateur montre leur concordance. Il dit qu'il a distingué les produits de l'inflammation de l'inflammation elle-même. J'ai vu, dit M. Bouillaud, dans les péricardites adhésives des organisations de pseudo-membranes analogues à l'organisation des tissus. M. J. Guérin peut ne pas connaître ces faits, mais la loi n'en existait pas moins et n'en avait pas moins été établie. J'ai eu aussi comme M. Guérin mes hardiesses. J'ai dit que la fièvre inflammatoire était une sorte d'état général plastique, lorsque je pensais que la couenne était la fausse membrane du sang, et j'ai ajouté que pour être vivante, pour s'organiser, il ne lui manquait à cette couenne que d'être en contact avec une séreuse.

M. Bouillaud déclare qu'il veut être impartial; qu'il se tiendra aussi éloigné de tout penchant pour M. Guérin que pour tous ses adversaires. Néanmoins, il ne peut s'empêcher d'avouer que M. J. Guérin se fait illusion. Prenant alors une à une toutes les propositions de M. Guérin,

(1) Voir le premier des 36 tableaux de statistiques de mortalité pour les grandes opérations et en particulier pour les amputations contenues dans : « *Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise,* Paul Topinard, Paris, 1860. »

il montre que, contrairement à l'avis de ce dernier, on savait qu'il était avantageux de tenir les plaies à l'abri du contact de l'air, que les plaies exposées et cachées se comportaient différemment. Hunter a dit en effet qu'il ne fallait pas découvrir les plaies; l'occlusion pneumatique de M. J. Guérin n'est qu'une application de ce principe.

Suivant l'orateur, c'est changer inutilement le vocabulaire de la science que de dire organisation immédiate d'une plaie, c'est cicatrisation qui est le mot juste. Si M. Guérin avait trouvé une nouvelle manière de guérison des plaies, un nouveau mode de cicatrisation, on comprendrait un nouveau mot. Mais il n'y a rien de neuf dans la réparation des tissus dans les plaies cachées ou réunies par première intention.

M. Guérin, ajoute l'orateur, a dit qu'après la division sous-cutanée des tendons au bout de vingt-quatre heures, il y a un exsudat, un caillot sanguin; mais tout le monde sait cela. M. Guérin disait aussi que ce n'était pas le lieu de discuter la signification du caillot, c'est au contraire, à mon avis, le lieu ou jamais. Ainsi donc M. J. Guérin ne prouve que ce que l'on connaît, et il laisse de côté les points douteux.

Mais voici où nous différons tous avec M. J. Guérin. Il affirme que le tissu cicatriciel est amorphe, et qu'il n'y a pas de vaisseaux. Cela me paraît une hérésie, et je suis au moins très-surpris : dès 1826, j'avais déjà vu des vaisseaux sur des cicatrices de plaques de Peyer, autrefois ulcérés. M. Guérin dit aussi que le tissu de cicatrice n'est amais semblable à la partie, tandis que dans l'organisation immédiate les parties sont unies par un tissu semblable, et qu'il y a réparation des tissus.

Nous savons tous cela, nous savons que chaque partie sécrète un exsudat spécial différent, un blastème qui s'organise.

Mais ce que nous ne savons pas, et ce que nous ne saurons jamais, c'est que les muscles puissent changer, que de muscles ils deviennent tendons et réciproquement.

En terminant, M. Bouillaud dit qu'il salue la jeune école micrographique, et s'étonne que M. J. Guérin, qui est un esprit philosophique, ait fait une charge à fond contre le microscope. Il déclare que les attaques de M. J. Guérin contre M. Robin ne sont pas justifiées, et que si le premier peut dire que le pus retarde la cicatrisation, M. Robin peut répondre que le caillot intermédiaire dans les plaies sous-cutanées peut aussi retarder leur cicatrisation.

D'un autre côté, M. Bouillaud s'adressant au discours de M. Robin, s'étonne que dans les divisions sans perte de substance, il soit vrai qu'il n'y ait pas de médium unissant. Il y a quelque chose assurément, pense-t-il, tissu connectif, tissu adhésif ou tissu dénommé comme l'on voudra. Blastème suivant M. Robin, caillot suivant M. J. Guérin, c'est toujours quelque chose, peu connu, cela est vrai, mais que l'on conçoit en vertu des lois d'affinité et de cohésion. M. Bouillaud résume son discours dans les conclusions suivantes :

1° Le nom d'organisation immédiate des plaies sous-cutanées n'est pas heureusement trouvé. Jusqu'au moment où M. J. Guérin aura démontré que son organisation immédiate est autre chose que la cicatrisation immédiate, cette substitution du mot organisation à celui de cicatrisation n'est propre qu'à jeter de la confusion sur le sujet en discussion;

2° Avant M. Guérin on avait très-formellement considéré le travail, l'acte de la cicatrisation en général, et de la cicatrisation des plaies non exposées à l'air en particulier, comme l'analogue du travail de formation primitive des organes;

3° Ce travail de cicatrisation. cette sorte de génèse ou d'enfantement du tissu cicatriciel n'a point été considéré, ainsi que le soutient M. Guérin, comme le produit de l'*inflammation adhésive*. On a seulement enseigné que l'état morbide dont il s'agit donnait naissance à un produit contenant un blastème organisable, et que dans le cas de plaies, ce blastème était le moyen de la réunion des lèvres de cette plaie, d'où le nom de médium unissant (Hunter);

4° M. J. Guérin n'a point encore prouvé que l'exsudat, le caillot plastique qui, selon moi, existe après vingt-quatre heures, de la section d'un tendon ou d'un muscle soit, par son origine et par sa nature, essentiellement différente du médium unissant de ses prédécesseurs, considéré dans toutes ses métamorphoses et dans tous ses rapports;

5° Quant à l'influence de l'absence du contact de l'air sur la cicatrisation immédiate ou sur l'organisation immédiate des plaies, c'est un fait universellement reconnu; mais en insistant sur ce point important plus qu'on ne l'avait fait avant lui, M. J. Guérin a certainement bien mérité de la science et de l'art.

M. J. GUÉRIN. Je demanderai à M. Bouillaud où il a lu, où il a vu écrit qu'il y avait une différence entre le mode de cicatrisation des plaies exposées et des plaies sous-cutanées.

M. BOUILLAUD. J'ai dit que je laisserais de côté les termes de plaies sous-cutanées et de ténotomie pour ne m'occuper que de la cicatrisation des plaies, et j'ai dit où était ce que j'ai avancé. M. J. Guérin veut sans doute un compliment. Je ne le lui ferai pas, c'est inutile, il s'est fait la part belle lui-même. En effet, Scipion l'Africain attaqué a, vous le savez, répondu : c'est aujourd'hui l'anniversaire du jour où j'ai vaincu les Carthaginois, courons au Capitole remercier les dieux. M. Guérin, nouveau Scipion, vous a dit : c'est aujourd'hui l'anniversaire du jour où l'Institut m'a couronné de lauriers académiques.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de M. Robin, sur les candidats au titre de membre correspondant étranger.

NÉCROLOGIE.

Mardi, ont eu lieu les obsèques de M. Boussard, interne de l'hôpital Saint-Antoine, qui vient de succomber aux atteintes du choléra; voici le discours qu'a prononcé sur sa tombe M. Mesnet, son chef de service :

La mort ne se lasse pas de frapper autour de nous; quelques mois à peine nous séparent de cruelles épreuves, et, de nouveau, nous sommes aux prises avec ce redoutable fléau que rien n'arrête, ni la jeunesse, ni les légitimes espérances de l'avenir. La part de l'hôpital Saint-Antoine est lourde, dans le tribut qu'on lui paye.— Hier, c'étaient Cacciaguerra et Mocquot, — aujourd'hui, c'est Boussard; — il était près de nous, il y a trois jours, plein de vie, accomplissant courageusement sa tâche, et prenant avec nous sa part dans cette œuvre de dévouement où l'idée du devoir nous soutient tous. Un de ses amis meurt dans ses bras, et profondément ébranlé par cette perte vivement sentie, peut-être a-t-il eu moins de forces pour résister à cet agent destructeur qui peuple aujourd'hui encore les salles de nos hôpitaux. Il a été frappé tout à coup; le mal a pris en quelques heures ces proportions effrayantes qui défient tous nos efforts, — et, comme pour nous rendre la séparation plus cruelle, on put espérer un moment qu'il ne succomberait pas. Ce ne fut hélas qu'une illusion trop tôt dissipée, mais lui, du moins, ne vit pas venir la mort qu'il n'avait jamais craint d'affronter. Il fut saisi par elle à l'heure où il se croyait le plus sûr de lui échapper. Il put serrer vos mains amies, il put vous voir tous à son chevet, et jusqu'au dernier moment il put jouir des témoignages des plus vives sympathies. Au milieu de ces douloureuses épreuves se resserrent plus étroitement encore les liens qui nous rattachent : nous sommes frappés du même coup, nous, vos chefs de service, vous, nos internes dévoués. Mais ce qui nous encourage, c'est la conscience de conserver pures les traditions d'honneur que nous a léguées le passé. Au-dessus de cette tombe viendront s'inscrire les mots : Devoir et sacrifice. — C'est là, messieurs, une noble devise, et nous pouvons dire avec quelque orgueil, que pas un de nous ne l'a jamais oubliée.

Adieu, Boussard, la vie pour vous commençait à peine, votre première année d'internat n'était pas achevée encore, l'avenir s'ouvrait devant vous, et tout s'écroule! mais vous nous laissez des souvenirs qui ne s'effaceront pas. Puissent nos sincères regrets, l'estime que nous avions pour vous, les larmes de vos amis, apporter quelque consolation à la douleur de votre famille. Pour nous, nous pleurons avec elle, nous partageons son deuil : comme nous avions les mêmes espérances, nous avons les mêmes tristesses; nous vous adressons le même adieu.

Adieu, Boussard, adieu!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Bossard, médecin-major de 1re classe au 76e régiment de ligne.

Au grade de chevalier : M. Bardèche, vétérinaire de 1re classe au 8e régiment de cuirassiers.

— Le concours pour l'agrégation en anatomie et chimie, ouvert à la faculté de médecine, a été terminé par les nominations suivantes :

Anatomie, MM. Polaillon et Perier.

Chimie, M. Grimaux.

— L'état sanitaire de Paris s'améliore sensiblement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. A. Duhamel, officier de santé à Lille, qui vient de succomber à l'âge de trente-deux ans, victime de son dévouement : il avait voulu donner des soins aux cholériques des localités voisines.

— On demande un interne à l'asile des aliénés de Bonneval, Eure-et-Loir. Logement, chauffage, éclairage, nourriture et mille francs d'appointements.

Six inscriptions au moins seront exigées.

S'adresser au directeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 88. — SAMEDI 28 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 28 JUILLET 1866. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la méningite cérébro-spinale épidémique.

Nous avons rarement occasion d'observer, en France, la méningite cérébro-spinale épidémique, dans nos hôpitaux surtout; nous devons donc nous en rapporter aux relations qui nous sont données, soit par nos médecins militaires, soit par les médecins des autres pays. Nous trouvons à ce sujet, dans un des derniers numéros des *Bulletins de l'Académie royale de Belgique* (1866, 2e série, t. IX, n° 3), une note intéressante du docteur Heyfelder, sur une épidémie de méningite cérébro-spinale, qui a régné dans le courant de l'année précédente à Stettin, en Poméranie.

Sur 234 malades, 190 étaient des enfants au-dessous de quinze ans. Cette affection exerce ses ravages surtout chez les enfants, et c'est chez ceux-ci que la mortalité est le plus élevée.

Les deux sexes furent également sujets à la maladie et la mortalité fut presque égale pour l'un et pour l'autre. On observa à Stettin, comme du reste partout ailleurs, dans les mêmes circonstances, que la maladie épargnait les classes aisées et atteignait de préférence les classes pauvres et les artisans.

La maladie apparut au mois de mars et fut très-intense jusqu'à la fin de mai; elle s'était montrée à la même époque et à peu près pendant le même temps l'année précédente.

La maladie débuta quelquefois par des prodromes souvent fugitifs et mal accusés; des personnes, jusque-là bien portantes, étaient prises tout d'un coup d'un mal de tête intolérable qui disparaissait après quelques heures pour reparaître avec intensité le lendemain à la même heure, de sorte que plusieurs fois on crut reconnaître les symptômes d'une fièvre intermittente pernicieuse et l'on donna inutilement le sulfate de quinine. Dans certains cas, on a observé que ces maux de tête, très-intenses et souvent atroces par leur violence et leur continuité, durent jusqu'à la fin de la maladie et même persistent pendant la convalescence. Dans ces cas, on observa souvent aussi des attaques tétaniformes et une surdité plus ou moins forte; quelques-uns des malades eurent presque continuellement du délire et devinrent amaurotiques, quelques-uns momentanément, d'autres pendant tout le cours de la maladie.

Nous venons de parler d'attaques tétaniformes : d'autres malades avaient des convulsions et une hyperesthésie, telle qu'ils entraient en convulsion au moindre contact; quelques-uns perdirent la parole, l'intelligence, et restèrent dans un état d'hémiplégie ou de paraplégie plus ou moins complet.

Ces accidents graves furent rarement observés dès le début de la maladie : le plus souvent on les vit apparaître tard et même pendant la convalescence, laquelle ne parut jamais franche, mais plutôt lente et souvent interrompue. Les convalescents présentèrent un état d'amaigrissement, de faiblesse et d'anémie extrême; ils se plaignaient de maux de tête, étaient constipés, n'avaient point d'appétit; leur sensibilité était très-surexcitée et ils se plaignaient d'une douleur tensive derrière la tête.

Plusieurs fois il y eut des rechutes, alors que la convalescence paraissait très-établie; dans ces cas, la seconde convalescence marchait très-lentement.

La durée de la maladie s'est montrée très-variable. Dans certains cas, rarement il est vrai, les malades étaient pris au milieu de la nuit, après s'être couchés la veille en parfaite santé, et ils mouraient au bout de quelques heures.

Le pronostic s'est montré surtout défavorable pendant les mois de printemps, et ce sont les enfants qui sont morts, relativement en plus grand nombre.

Dans les autopsies. on a le plus souvent trouvé les vaisseaux gorgés de sang, une nappe purulente sous-arachnoïdienne assez étendue et de la sérosité ventriculaire.

Les médecins de Stettin sont disposés à regarder cette méningite comme une maladie infectieuse *sui generis* qui se distingue spécialement par la localisation dans le cerveau, le cervelet et la partie supérieure de la moelle épinière et de ses enveloppes. Ici le printemps paraissait favoriser visiblement l'origine et la propagation de la maladie. Le traitement antiphlogistique *in extenso* et les affusions froides sur la tête furent beaucoup employés, sans donner de bons résultats; il est vrai de dire qu'aucun autre traitement n'a mieux réussi.

De l'extirpation de la rate.

Une revue clinique doit avant tout tenir compte des faits nouveaux qui intéressent la pratique; en présence d'une opération à peine croyable, exécutée et tentée par un chirurgien de la réputation et de la valeur de Spencer Wells, il n'est pas permis de passer sous silence une innovation aussi hardie, alors même que, loin de l'adopter, on se trouve amené à la repousser et à la combattre : il s'agit de l'extirpation de la rate sur l'homme, dans les cas de maladie de cet organe.

Dans un traité de l'extirpation de la rate sur l'homme (*Die Extirpation der Milz an Menschen*, Giessen, 1857), on voit que Quittenbaum (de Rostock) et Kuchler (de Darmstadt), l'un en 1826, l'autre en 1855, ont enlevé des rates hypertrophiées : ce sont les deux seules observations authentiques avant celle de Spencer Wells. Voici dans quel cas l'opération fut faite par ce dernier :

Il s'agissait d'une femme mariée, âgée de trente-quatre ans, mère de trois enfants, et qui n'avait jamais antérieurement été sérieusement malade. A partir des derniers mois de l'année 1864, elle commença à éprouver du malaise et de la faiblesse, mais le ventre ne commença à grossir que vers les premiers mois de l'année suivante. Au mois d'octobre, la rate, considérablement hypertrophiée, descendait si bas qu'on pouvait, par le toucher vaginal, la trouver au devant de l'utérus. Elle s'étendait latéralement dans une grande étendue, et on ne pouvait, ni par la palpation ni par la percussion, trouver de séparation entre le bord droit de la rate et le bord gauche du foie. Il n'y avait ni ascite ni œdème des jambes.

On prescrivit, sans succès, le bromure de potassium et le sulfate de quinine, ainsi que des préparations martiales; la tumeur augmentait sensiblement. Le docteur Jenner, appelé en consultation, fut d'avis que la malade ne pouvait être sauvée que par l'intervention chirurgicale, et l'opération fut pratiquée le 20 novembre, en présence des docteurs Bowen, Richier et Wright.

Voici en quels termes Spencer Wells décrit son opération : « Je fis une incision le long du bord externe du muscle droit abdominal du côté gauche, incision remontant à cinq pouces au-dessus et descendant à deux pouces au-dessous de l'ombilic; deux artères furent liées avant l'ouverture du péritoine. En incisant cette membrane, une assez grosse artère contenue dans un repli épiploïque légèrement adhérent entre la surface de la rate et la paroi de l'abdomen, fut coupée en travers; le vaisseau fut lié, la portion d'épiploon adhérente fut détachée et, introduisant la main derrière la rate, je pus la faire saillir hors de la plaie. Je commençais à tordre la rate sur elle-même, afin de réduire ses vaisseaux en une seule masse avant d'appliquer une ligature, lorsque la veine splénique se rompit. Elle avait la grosseur du petit doigt et donna de suite issue à une assez grande quantité de sang, mais il n'en pénétra point dans l'abdomen; tous les vaisseaux furent serrés dans un large clamp, et j'enlevai la rate.

« Avant de lier les vaisseaux momentanément serrés dans le clamp, je passai huit points de suture avec fils de soie pour réunir la plaie; deux artères et une veine furent liées séparément; le reste du paquet vasculaire fut réuni en deux faisceaux et lié. (En soulevant la rate, on reconnut qu'une partie de la queue du pancréas avait été enlevée en même temps.)

« Toutes les ligatures, sauf celles des vaisseaux des parois abdominales furent coupées à ras et tout fut réduit dans le ventre; la plaie extérieure fut aussi réunie par la striction des sutures. »

La rate extirpée pesait six livres cinq onces; elle avait onze pouces de long, huit de large et trois à quatre pouces d'épaisseur.

Le second jour, le pouls s'était relevé; des frissons survinrent le surlendemain et les jours suivants; vers le cinquième jour, la malade allait mieux, mais cette amélioration fut de peu de durée, et le lendemain, dans la nuit, la malade s'affaiblissant rapidement, mourut six jours après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouva point trace de péritonite; l'abdomen renfermait de la sérosité épanchée, mais il n'y avait de rougeur diffuse et de lymphe plastique qu'au voisinage de la plaie.

Il n'y avait nulle trace d'abcès métastatique, d'infection purulente.

Spencer Wells, dans les réflexions qui suivent la précédente observation, paraît un peu regretter le parti qu'il a pris : il conseille de ne pas faire l'extirpation de la rate dans les cas d'hypertrophie simple ou liée à une intoxication paludéenne.

Il réserve l'extirpation de la rate pour les cas graves et en apparence mortels de leucémie; il s'appuie sur ce fait que dans la leucémie, c'est la rate qui fait les globules blancs; le fait est loin d'être prouvé, et du reste, dans la formation des globules blancs du sang, les glandes lymphatiques et le foie ont un rôle plus important que la rate, et au besoin suppléeraient à son action.

La mort paraît due, dans le cas de Spencer Wells, aux altérations du sang consécutives à l'enlèvement de la rate et à la suppression de la fonction encore obscure qui lui est dévolue; c'est, du moins, l'explication qu'en donne M. Le Fort dans les réflexions dont il fait suivre l'observation de Spencer Wells; nous croyons, pour notre part, que la suppression des fonctions normales de la rate ne doit point être invoquée, car, en pareil cas, l'organe altéré ne fonctionne plus qu'imparfaitement; mais l'extirpation d'une glande vasculaire aussi volumineuse enlevait à l'organisme une masse totale de sang considérable, ce qui, joint à l'étendue du traumatisme nécessaire pour faire cette extirpation, a mis la malade dans des conditions telles, qu'elles suffisent à expliquer la mort.

Cet insuccès ne paraît point décourager le chirurgien anglais. Quant aux faits de guérison qu'il a cités à la fin de son travail et que l'on trouvera dans l'ouvrage de Simon (de Rostock), ils sont loin de justifier cette pratique; comme l'a très-bien dit M. Le Fort, à l'occasion de cette malheureuse tentative, il y a des cas, en chirurgie comme partout ailleurs, où la hardiesse devient plus que de la témérité.

Épithélioma de la lèvre inférieure. — Ablation. Guérison sans difformité notable.

Le 31 mai 1866 entra, au n° 25 de la salle Saint-Barnabé, le nommé François G..., âgé de cinquante ans, exerçant la profession de sellier. Cet homme n'a jamais été malade, sa constitution est robuste, son tempérament sanguin; il n'a jamais fait d'excès alcooliques; ses parents existent, et sont d'un âge avancé et dans un parfait état de santé. Aucun accident syphilitique.

A son entrée, on constate à la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, une ulcération irrégulière qui a envahi toute l'épaisseur de la lèvre, qui est augmentée de volume, dans une étendue de deux centimètres et demi sur un centimètre de hauteur; cette ulcération est partiellement recouverte d'une croûte épidermique; elle a des bords irréguliers, mal découpés, son fond est recouvert de bourgeons charnus et de saillies papillaires; la suppuration peu abondante est sanguinolente; la face interne de la lèvre qui double le fond est légèrement indurée; l'ulcération a gagné la commissure, et à la réunion de la lèvre supérieure avec l'inférieure on trouve, sur la muqueuse qui est blanchâtre, un petit tubercule pédiculé; toutes les dents qui sont en contact avec cette portion de la lèvre sont noircies; les ganglions sous-maxillaires et parotidiens ne sont pas engorgés. Après avoir examiné cette ulcération avec soin, M. Foucher diagnostique une tumeur épithéliale ulcérée. Le malade, interrogé avec soin sur les causes probables de son affection, affirme n'avoir jamais fumé, et raconte très-intelligemment l'histoire de sa maladie.

L'ulcération actuelle a débuté, il y a cinq ans, par un petit bouton dur, insignifiant pour le malade, siégeant à quelques millimètres de la commissure gauche; au bout de six mois, ce petit bouton prend l'apparence d'une saillie verruqueuse du volume d'un très-petit pois.

Durant six mois cette petite tumeur, qui s'était légèrement accrue, et qui causait au malade de légers picotements, l'inquiéta au point qu'il consulta un médecin : celui-ci, après lui avoir conseillé l'expectation, le rassura pleinement sur la nature de son affection.

L'état indolent et l'accroissement peu sensible persistèrent durant deux ans; la tumeur avait bien alors un centimètre de superficie, et avait l'aspect d'une grosse verrue qui gênait le malade alors qu'il se rasait. Voulant se débarrasser de cette grosse verrue, il alla trouver M. Velpeau, qui proposa d'en pratiquer l'excision; le malade refusa l'opération, qui fut remplacée par des cautérisations répétées au nitrate acide de mercure suivies de lavage à l'eau salée. Sous l'influence de ce traitement, la presque totalité de la tumeur avait disparu. Malheureusement des affaires de famille forcèrent le malade à s'absenter de Paris durant un mois; à son retour, ne voyant faire à son

mal aucun progrès sensible, il se crut guéri pendant six mois.

A partir de cette époque le mal paraît renaître : une petite ulcération siége sur la commissure gauche et s'étend à la lèvre inférieure. L'affection jusqu'à cette époque est restée à son siége primitif; mais alors apparaît une nouvelle excroissance toujours sur le bord libre de la lèvre inférieure, mais à deux centimètres environ de la commissure.

Cette deuxième tumeur devient, en quatre mois, du volume d'une petite noix ; l'ulcération qui s'est emparée de la tumeur d'origine s'étend surtout du côté de la muqueuse.

M. Foucher est alors consulté; il conseille l'opération, que le malade remet à deux mois à cause de ses affaires qui ne lui permettaient par un séjour à l'hôpital à cette époque de l'année.

Il entre à l'hôpital Saint-Antoine à l'époque fixée, le 31 mai 1866.

M. Foucher décide l'opération pour le 4 juin. Ce chirurgien opère de la manière suivante, sans avoir recours à l'anesthésie: le patient étant couché sur un lit, la tête un peu élevée, M. Foucher pratique avec des ciseaux courbes une incision qui part de la commissure gauche et se dirige un peu obliquement en haut, dans une étendue d'environ deux centimètres; ramenés vers la partie inférieure, les ciseaux circonscrivent les limites de la tumeur par en bas, au moyen d'une seconde incision qui se termine à la saillie médiane de la lèvre inférieure. La perte de substance représente un arc de cercle à concavité supérieure. M. Foucher pense qu'il n'est pas nécessaire de faire de l'autoplastie, et il se contente de réunir par trois points de suture entortillée la partie externe de l'incision, de manière à reformer la commissure au niveau de la lèvre inférieure. M. Foucher réunit la muqueuse à la peau par trois autres points de suture entrecoupée.

Le 12 juin, le malade quitte l'hôpital, ayant une cicatrice d'un centimètre et demi, qui forme la commissure et un bord labial courbe à concavité inférieure d'une étendue de trois centimètres, qui commence à la nouvelle commissure et se termine à la saillie médiane de la lèvre inférieure.

Le 6 juillet, le malade revient voir M. Foucher. On constate que la cicatrice est parfaite, que la concavité de la lèvre a diminué. Le malade n'éprouve de difficultés que pour boire; l'articulation du son est nette et la préhension des aliments est facile. Dans quelques semaines la légère difformité de la lèvre inférieure aura à peu près complétement disparu, et la barbe qui pousse dissimulera toute trace de l'opération.

Nous avons reçu plusieurs lettres de Marseille, à propos d'une de nos dernières revues cliniques intitulée : *Du Choléra à Marseille*.

Nous n'avons rien à changer dans ce qui a été dit du travail de M. Seux. Quant aux assertions de M. Didiot, elles peuvent être très-vraies. Il est acceptable de penser que le choléra a été vu à Marseille, avant l'arrivée des paquebots d'Alexandrie, et les anticontagionistes seront certes heureux de trouver l'appui du mémoire de M. Didiot. L'auteur de la *Revue clinique*, ainsi qu'un certain nombre de médecins de Paris, est contagioniste, et cela explique la réserve avec laquelle il a accepté les faits indiqués par M. Didiot.

NOUVEAUX CAS DE GUÉRISON DU CHOLÉRA

Par les sels de cuivre.

(Communiqués par MM. les docteurs Berger et Arnal.)

Par M. le Dr Burq.

On a bien voulu donner de l'importance à nos recberches, aussi bien qu'à celles de nos honorables confrères en Italie, MM. les docteurs de Rogatis, à Naples, Gallarini, à Florence, et Cafraris, à Atripalda. Il n'est point un lecteur qui ne soit aujourd'hui parfaitement édifié sur cette immunité cholérique des ouvriers qui travaillent le cuivre, que nous avons tant de fois et si hautement affirmée. Il n'est pas inutile de le constater, il ne s'est point élevé encore d'autres objections contre elle que celles qui sont parties de l'hôpital Saint-Antoine, et que nous avons discutées dans la *Gazette* du 14 avril.

Quant à nous, la démonstration nous semble devenue si complète que, n'étant plus même stimulé par l'aiguillon du doute, nous nous sentons incapable de rien entreprendre pour y ajouter. Aussi bien d'ailleurs voilà déjà bien du temps passé depuis le jour où, il y aura bientôt treize années, nous nous rendions spontanément en Angleterre, comme naguère à Marseille et à Toulon, pour y continuer nos recherches et faire usage des nouvelles armes contre le fléau.

Une dernière campagne cependant nous reste à faire en faveur de cette grave question réservée tout entière par l'honorable rédacteur en chef de la *Gazette*, le *Traitement du choléra par les sels de cuivre*. Nous sommes prêt à l'entreprendre et déjà, si la *Gazette* veut bien nous le permettre, nous y procéderons par une enquête auprès de nos confrères sur l'emploi de ces sels.

Le traitement du choléra par le sulfate de cuivre date de 1853. C'est nous qui l'avons préconisé, c'est entre nos mains, et dès 1854, qu'il a produit les guérisons inespérées que nous disions à nouveau dans notre mémoire à l'Académie des sciences du mois d'août dernier.

D'aucuns, parmi deux ayant gardé la mémoire des faits qui se sont passés en 1849, veulent bien cependant nous faire l'honneur de nous accorder une place au milieu de ceux qui se sont quelque peu occupés de la question du traitement, mais encore n'est-ce qu'à la condition de nous reléguer au dernier plan, avec nos armatures dont ils consentent à dire quelque bien dans le traitement des crampes, non pas d'après une expérience personnelle, car ils semblent avoir tout employé hormis elles, mais sur la foi d'un simple ouï-dire... Il est vrai que ce ouï-dire, pour n'en citer qu'un seul, mais d'éminente origine, était la propre parole de M. le professeur Rostan disant à ses élèves (*Gaz. des hôp.*, 8 novembre 1849) : « Vous avez vu ce moyen, les armatures, employé dans nos salles presque toujours avec succès. »

Mais passons et continuons à suivre notre route.

Aux guérisons invoquées par M. le docteur Lisle, dans la *Gazette* du mois d'octobre (25 sur 32 cas, on s'en souvient, dont 3 insuccès au moins ne sauraient compter opposés à 28 décès sur 36 malades traités par les méthodes ordinaires). MM. les docteurs Pellarin et Blandet en ont ajouté 7 autres dans l'*Union médicale*. Total 32 guérisons sur 41 malades !

Mais, est-ce là tout?

Une première fois M. le docteur Berger répond par l'observation suivante que nous tenons de son obligeance.

Le 31 octobre dernier, à 7 heures du matin, je fus demandé dans la maison que j'habite rue des Bons-Enfants, n° 10, pour donner des soins au sieur P..., employé dans un grand journal de Paris.

M. P... est âgé de vingt-huit ans, il est très-nerveux, très-impressionnable, mais d'une bonne santé babituelle, sa vie est régulière. Dans la journée du 30, il fait plusieurs courses à pied quoique déjà un peu souffrant. Dans la nuit diarrhée extrêmement abondante, vomissements répétés, peau chaude, soif ardente, mais pas de crampes. Le malade s'inquiète, et à ma visite sa physionomie exprime l'anxiété. Il est abattu, son pouls est petit et fréquent. Les yeux sont cerclés de noir, la peau commence à se refroidir, et les selles copieuses parsemées de petits flocons blanchâtres et comme des grains de riz, se succèdent avec rapidité. M. P... en a plusieurs en ma présence, le liquide coule comme de source, les boissons sont vomies avec des matières bilieuses et glaireuses.

Traitement. — Ipéca, puis potion de Rivière, glace, boissons aromatiques, potion calmante, laudanum, frictions avec pommade au chloroforme, sinapismes, lavements amidonnés, astringents, décoction blanche additionnée de sous-nitrate de bismuth, etc.

Je revois M. P... plusieurs fois dans la journée, et malgré l'emploi des moyens ci-dessus et des soins assidus, l'affection s'aggrave d'heure en beure.

Le 1er novembre au matin, face grippée, yeux caves, peau froide, et cyanosée, crampes, vomissements et selles avec coliques, pouls très-petit et très-fréquent, le malade étouffe.

C'est alors que supprimant toute autre médication, j'ai l'idée d'expérimenter la potion au sulfate de cuivre sélon la formule publiée par M. le docteur Lisle, et dès la première cuillerée, le malade éprouve un mieux sensible. A partir de ce moment, M. P... n'a plus vomi qu'une seule fois, l'étouffement a été comme jugulé, peu à peu les selles se sont éloignées, sont devenues moins abondantes et ont pris une coloration brune. La cyanose a disparu, la chaleur est revenue, il n'y a plus eu ni coliques ni crampes. Ce qui m'a surtout frappé dans ce changement de scène c'est la soudaineté.

Le malade a pris trois potions en deux jours.

Le 5, M. P... entrait en convalescence, et le 7 je lui faisais ma dernière visite. Quelques jours après le malade, complétement guéri, venait me remercier.

Après la soudaineté de la guérison, c'est la rapidité de la convalescence qui m'a le plus surpris. (Observation du Dr Berger.)

D'un autre côté, un éminent confrère, M. le docteur Arnal, médecin de S. M. l'Empereur, a bien voulu nous transmettre les notes suivantes que nous transcrivons textuellement.

Mme X..., bien portante, prise la nuit de vomissements, diarrhée blanche, 8 à 10 garderobes, douleurs épigastriques, crampes, froid, sans coloration, grande terreur.

Le matin, potion gommeuse de 120 gram., avec sulfate de cuivre, 0g,05 additionnée de quelques gouttes de laudanum (pour établir la tolérance), une cuillerée toutes les heures. Amélioration progressive; le lendemain, bien complet.

Voici ma manière de donner les sels de cuivre. Donc, redisons-le encore, aussitôt en présence d'un cholérique, lui administrer de trois à dix gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à un cinquième dans quelques cuillerées d'une infusion aromatique quelconque, additionnée de deux ou trois gouttes de laudanum pour forcer la tolérance, et revenir à cette même dose toutes les deux heures, toutes les heures et plus souvent encore suivant l'urgence. En même temps un quart de lavement avec 30, 40, et jusqu'à 50 centigrammes du même sel cuprique qu'on répétera, s'il est rejeté, jusqu'à ce qu'il soit gardé, et applications permanentes de cuivre sous n'importe quelle forme, de manière à garnir beaucoup de surfaces ; en un mot dans les cas graves faire pénétrer le cuivre par toutes les voies, et le plus promptement possible. La guérison est à ce prix.

ÉLECTUAIRE DE QUINQUINA ET DE SOUFRE

Dans la bronchite chronique.

On sait généralement que les meilleurs agents thérapeutiques dont l'art dispose contre la bronchite, si grave chez les vieillards et chez les sujets affaiblis, sont les toniques amers, tels que le lichen, l'hysope, le polygala, le quinquina, les eaux sulfureuses et les balsamiques. Pour trouver un remède qui modifie à la fois la sécrétion morbide des bronches, facilite l'expectoration, régularise les fonctions digestives, agisse comme tonique général et qui puisse être administré pendant un temps assez long sans faliguer les malades, M. le docteur de Smet a combiné le quinquina et le soufre dans la préparation suivante.

S'il y a chez le malade prédisposition à la diarrhée, ce médecin prescrit :

Poudre de quinquina très-ténue, 40 grammes.
Fleur de soufre dépurée....... 40 —
Sirop d'althéa, Q. S. pour faire un électuaire.

S'il n'y a pas tendance à la diarrhée, M. de Smet réduit la poudre de quinquina à 5 grammes. Le malade prend une cuillerée à café de cet électuaire le matin, une deuxième avant midi, une troisième dans l'après-dinée et une quatrième le soir. La préparation est épuisée ordinairement en deux jours. On en continue l'emploi tant qu'il est nécessaire, c'est-à-dire quinze jours ou trois semaines en moyenne. Ce temps suffit pour apporter dans l'état des malades des modifications qu'attestent près de cinquante observations recueillies par l'auteur et le rapport très-favorable rédigé sur son travail par M. Ingels, au nom d'une commission dans laquelle figuraient MM. Lesselliers et Stockman.

(*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 4 mai 1866. — Présidence de M. Guibout, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante :

Préfecture du département de la Seine.

« Le secrétariat général (1re section, 1er bureau) prie messieurs
« les membres de la commission médicale de vouloir bien examiner
« les douze employés de la préfecture de police dont les dossiers sont
« ci-joints, et qui vont être mis à la retraite pour cause d'infirmités.

« Paris, le 2 mai 1866.

« Pour le chef de la 1re section du secrétariat général,

« *Le sous-chef du bureau du personnel*,

« *Signé :* Jacques. »

Renvoyé à la Commission.

RAPPORTS ET ÉLECTIONS.

M. Géry fils a la parole pour la lecture du rapport sur les titres scientifiques et moraux de M. Perrin, à l'appui de sa candidature.

Conformément aux conclusions favorables du rapport, et après dépouillement du scrutin, M. Perrin est élu membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

M. Duparcque lit ensuite un rapport sur la candidature de M. Charvot au titre de membre correspondant.

Conformément au nouveau règlement, le vote sur la candidature de M. Charvot aura lieu dans la prochaine séance.

La parole est ensuite donnée à M. Lagneau pour la lecture du rapport scientifique et moral sur la candidature de M. Blondeau au titulariat, et en particulier sur le travail inédit présenté par le candidat. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 18 juin 1866.)

Conformément aux termes du nouveau règlement, le vote sur la candidature de M. Blondeau aura lieu dans la prochaine séance.

DISCUSSION.

La discussion s'ouvre sur le rapport de M. Lagneau.

M. Cavasse rapporte l'observation d'un malade atteint d'exostoses des os du crâne, et qui après avoir été enclin à de fréquents accès épileptiformes, fut guéri par un traitement antisyphilitique.

M. Charrier. Au début de semblables accidents, le diagnostic de leur étiologie est chose difficile. La rapidité d'action du traitement constitue plus tard une pierre de touche qui fait cesser toute incertitude sur leur nature spécifique ; mais les troubles nerveux dus à la présence d'exostoses, jusqu'alors non apparentes, offrent une insidieuse communauté d'aspect avec les prodromes du ramollissement cérébral.

M. Chausit fait remarquer, à propos des exemples de pemphygus syphilitiques relatés par MM. Blondeau et Lagneau, que celui qui se développe dans les trois ou quatre premiers jours de la vie, est toujours syphilitique, et que son siége d'élection presque constant est la paume des mains et la plante des pieds.

LECTURE.

M. Chausit donne lecture du travail suivant :

Hémorrhagie quotidienne de la peau, supplémentaire de la menstruation. — Inflammation locale, alternance de pustules d'ecthyma.

Les hémorrhagies de la peau sont rares si on les compare à la fréquence des hémorrhagies qui affectent les muqueuses ; différence remarquable, disent quelques auteurs, et dont il serait impossible de donner une explication satisfaisante. A coup sûr, on ne saurait la trouver ni dans une prédisposition particulière, ni dans la comparaison de la vascularité respective de ces deux membranes, puisque des organes, pour le moins aussi riches en vaisseaux, la rate et les corps caverneux, par exemple, sont rarement le siége des hémorrhagies. Mais, si l'on veut remonter aux causes elles-mêmes qui produisent si souvent les épanchements sanguins à la surface des muqueuses, l'explication de cette différence me semble naturelle ; j'allais presque dire que cette différence est plus apparente que réelle.

En effet, les muqueuses ou les organes profonds qu'elles tapissent sont, plus souvent que la peau, le siége de ces diverses productions pathologiques, tubercules, cancer, polypes, calculs, et qui, à une période fatale de leur évolution, deviennent une source permanente d'hémorrhagies parfois intarissables. A la rigueur, on pourrait dire que ce sont autant des hémorrhagies sur les muqueuses que des hémorrhagies des muqueuses, puisqu'elles trouvent leur point de départ le plus fréquent dans le travail ulcératif de la production pathologique sous-jacente.

Quoi qu'il en soit, en éliminant ces influences étiologiques, qui sont un apanage presque exclusif des hémorrhagies profondes, on trouve que les hémorrbagies de la peau se présentent encore assez fréquemment à l'observation et dans les mêmes conditions qui prédisposent l'économie aux hémorrhagies en général. Ainsi, elles apparaissent à la suite des altérations du sang, du scorbut, de la peste, des fièvres éruptives malignes, des obstacles à la circulation, des maladies du cœur; on les a vues compliquer la tuberculisation pulmonaire, les intoxications miasmatiques, une hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques; enfin, et surtout, elles paraissent avoir le privilége de suppléer la menstruation.

C'est dire que dans un grand nombre de cas les hémorrhagies cutanées ne sont qu'un symptôme. Mais, en l'absence d'une altération évidente d'un organe à laquelle on puisse les rattacher, comme cela arrive pour les hémorrhagies supplémentaires, les seules qui soient en

cause ici, est-on fondé à dire qu'elles sont encore symptomatiques et qu'elles dépendent d'une altération du sang?

Je ne veux pas aborder l'examen de cette question générale à propos du seul fait d'hémorrhagie supplémentaire sur lequel j'ai l'honneur d'appeler l'attention de la Société; et sans nier l'existence d'une altération du sang comme cause de certaines hémorrhagies, je me bornerai à faire remarquer les résultats souvent contradictoires fournis par les analyses chimiques ayant pour but les recherches et la constatation des modifications pathologiques survenues dans la composition du fluide sanguin.

Ainsi, on a eu occasion de rencontrer la même forme d'hémorrhagie, le purpura hemorrhagica, tantôt avec une diminution ou l'absence totale de la fibrine, tantôt avec le chiffre physiologique de cet élément du sang et quelquefois encore avec une augmentation de la quantité normale du fer. D'un autre côté, dans l'hémophilie, on n'a pu découvrir une altération constante et définie ni dans le sang, ni dans les solides. Enfin, et pour nous en tenir aux hémorrhagies supplémentaires, on peut affirmer que si cette altération a été admise, c'est en théorie seulement, car personne jusqu'ici n'en a donné une preuve suffisante.

A ce point de vue déjà, les hémorrhagies de la peau méritent de fixer l'attention et d'occuper une plus large place dans les traités spéciaux ou généraux de pathologie; mais elles offrent encore à l'observateur un sujet d'intéressantes études, si on les envisage sous le rapport des formes qu'elles revêtent, de leur évolution propre ou des sympathies qu'elles accusent. Ici, le siége extérieur de l'affection donne au médecin l'avantage de pouvoir constater facilement toute la série des phénomènes locaux qui, dans certaines conditions, précèdent, accompagnent ou suivent les hémorrhagies, phénomènes qui seront toujours dérobés aux regards, s'ils se produisent aussi lorsque l'écoulement du sang a lieu sur les muqueuses profondes.

Les notions qui résultent de ces investigations sur la physionomie locale des hémorrhagies ne sont pas d'une importance tout à fait secondaire; elles fournissent des arguments précieux pour la solution de certaines questions relatives à l'histoire générale des hémorrhagies qu'elles complètent heureusement; car, s'il est utile d'aller à la recherche des causes primordiales qui permettent au sang de s'épancher hors des vaisseaux, il n'est pas moins intéressant d'en apprécier le mécanisme et de constater les diverses modifications pathologiques que peuvent subir les tissus.

C'est sur ces phénomènes locaux précurseurs et concomitants des hémorrhagies cutanées que je désire appeler l'attention de la Société, parce que dans certaines conditions exceptionnelles, comme dans le fait dont j'ai été témoin, ils revêtent des caractères insolites.

Avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis d'exposer en quelques mots la physionomie d'ensemble des hémorrhagies cutanées, afin de mieux faire ressortir les caractères distinctifs de celle que j'ai pu observer.

Quelle que soit l'infinie variété des causes qui leur donnent naissance, les hémorrhagies de la peau se présentent sous deux formes distinctes : ou elles sont interstitielles, ou elles sont extérieures; et cette différence ne tient pas toujours à la nature de la cause primordiale, puisque chacune de ces deux formes peut se développer sous l'influence des conditions les plus opposées; elle nous paraît dépendre plutôt du siége local de l'hémorrhagie qui s'effectue tantôt loin des conduits excréteurs des glandes, tantôt dans ces conduits eux-mêmes qui versent alors le sang à l'extérieur.

Mais, que le sang reste épanché dans la trame du tissu cutané ou qu'il trouve une issue au dehors, on peut dire qu'un caractère commun réunit ces deux formes d'hémorrhagies; ce caractère tout négatif est l'absence, dans l'immense majorité des cas, de toute inflammation locale préalable.

Cette proposition me semble absolue pour les faits relatifs aux hémorrhagies interstitielles qui, les pétéchies exceptées, se rattachent aux nombreuses variétés de purpura. Je ne connais pas d'exemple où l'épanchement sanguin ait été précédé *in situ* d'une inflammation locale de la peau; car, on ne saurait attribuer ce caractère aux pustules varioliques ou vaccinales qui, dans certaines conditions de malignité, sont devenues le siége d'un épanchement sanguin, en même temps que de semblables taches ecchymotiques envahissaient d'autres régions du corps sur lesquelles n'existaient ni pustules ni phlegmasie.

Dans quelques cas plus rares de purpura fébrile, et M. Jules Worms en a communiqué à la Société un exemple des plus curieux, il y a six ans déjà (1), les plaques ecchymotiques se sont transformées en plaques gangréneuses; mais ce sont des phénomènes ultimes consécutifs à l'épanchement sanguin, et par cela même soulevant des questions d'une autre nature que les phénomènes précurseurs dont je parle en ce moment.

En ce qui concerne les hémorrhagies extérieures, cette absence d'inflammation locale préalable n'est pas un fait aussi absolu. Quelquefois générales, mais le plus souvent partielles, ces hémorrhagies, décrites souvent sous le nom de sueur de sang, sont, dans la plupart des cas, des hémorrhagies supplémentaires. Lorsqu'on lit les observations consignées dans la science, on reste frappé de cette circonstance à peu près générale, et que leurs auteurs ne manquent pas de mettre en relief, c'est l'état d'intégrité parfaite de la peau là où le sang trouve une issue au dehors. Presque toujours aussi, ces hémorrhagies sont intermittentes et surviennent à l'époque où se serait produite l'hémorrhagie qu'elles remplacent; en outre, le sang coule en plus ou moins grande abondance.

Dans quelques circonstances on a bien vu des rougeurs précéder et accompagner une hémorrhagie partielle; mais ces rougeurs n'avaient qu'une durée très-courte, et l'on pourrait se demander s'il faut voir dans ces taches éphémères les caractères d'une véritable inflammation. En les acceptant avec toute leur signification, on ne saurait nier que ces phénomènes ne soient très-rares. Il y a donc intérêt à recueillir avec détail les cas où l'hémorrhagie cutanée se produit avec des symptômes d'acuité locale si dessinés qu'il est difficile de ne pas admettre l'existence d'une inflammation hémorrhagipare.

Voici le fait que j'ai observé, et qui me paraît confirmer l'opinion soutenue par plusieurs pathologistes, niée par d'autres, il est vrai, et relative aux rapports qui existent entre l'hémorrhagie et l'inflammation.

Le 25 août 1865, j'ai été appelé chez Mme X..., Américaine, pour donner des soins à mademoiselle, âgée de treize ans et demi, née à New-York, et habitant la France depuis sept ans déjà. Cette jeune fille, menstruée en mai 1864, à l'âge de 12 ans, est petite de taille, d'une constitution moyenne, lymphatico-nerveuse : sa santé habituelle est bonne. Pas d'éruption cutanée dans l'enfance; aucun antécédent héréditaire sous ce rapport.

La menstruation, quoique régulière, a toujours été peu abondante et n'a jamais duré plus de trois jours.

Il y a deux mois environ, en juin dernier, parurent les premières manifestations de cette affection, que l'on traita seulement par des bains émollients; deux époques cataméniales avaient déjà fait défaut.

Aujourd'hui, des taches assez nombreuses, anciennes ou récentes, existent autour des genoux et sur le tiers inférieur de la cuisse, sur les seins en dehors du mamelon et de son auréole, sur les avant-bras, mais principalement à la partie antérieure; enfin, on voit deux taches sur la joue droite et une à la tempe gauche. On n'en trouve aucune ni sur les jambes ni sur la partie postérieure du corps.

Ces taches, qui ont une longueur de six à dix centimètres et deux à cinq centimètres de largeur, se développent le matin seulement; leur apparition est précédée et accompagnée d'élancements douloureux, de picotements pénibles. Elles offrent, au début, une teinte semi-jaunâtre; leur contour se termine brusquement et elles sont légèrement saillantes au-dessus de la peau ambiante. Quoique le contact soit douloureux, on peut s'assurer qu'elles disparaissent momentanément sous la pression du doigt. Au bout de trois à quatre heures, cette teinte jaunâtre est remplacée par une coloration rosée qui devient rapidement plus foncée; bientôt l'épiderme, qui n'a jamais paru ni ridé ni soulevé, disparaît tout à coup, et sur toute l'étendue de la tache primitive s'effectue une hémorrhagie brusque qui imprègne le linge d'une teinte rouge très-marquée; la dernière couche de liquide se dessèche immédiatement à la surface de la peau et forme une croûte rutilante qui n'est que du sang concrété.

Cette surface saignante est légèrement excoriée et parsemée de points plus foncés en couleur, qui paraissent être les orifices par lesquels s'effectue l'hémorrhagie.

Les élancements douloureux du début diminuent d'intensité et disparaissent, en général, après vingt-quatre heures. La croûte sanguine, dont l'étendue égale exactement les dimensions de la tache primordiale et n'est jamais entourée d'une aréole érythémateuse, tombe du troisième au quatrième jour, par petits fragments d'un rouge brique très-prononcé. Au-dessous, la peau est légèrement rosée, unie et cette teinte persiste de six à huit jours encore, comme à la suite des éruptions aiguës vésiculeuses ou pustuleuses, sans qu'il se forme à sa surface aucune exfoliation épidermique, aucun suintement.

La nature du liquide exhalé ne paraissant pas douteuse, j'ai négligé d'en faire l'inspection microscopique; car, dans l'espèce, j'attachais moins d'importance à constater la quantité des globules sanguins que la physionomie particulière de l'hémorrhagie elle-même.

Tous les jours de nouvelles taches paraissent, au nombre d'une douzaine environ; et bien qu'elles se développent à peu près sur les mêmes régions du corps, il est remarquable de voir qu'elles ne se montrent jamais sur les places des anciennes tant que la teinte érythémateuse consécutive n'est pas complétement effacée. Jamais non plus, on ne voit se produire sous les croûtes ni suinter alentour une nouvelle exhalation sanguine, preuve évidente que le raptus hémorrhagique est brusque, d'une durée courte, et qu'il ne se renouvelle plus *in situ*, malgré la persistance des signes locaux de la phlegmasie primitive.

Inappétence à peu près complète; le dépérissement général n'est pourtant pas trop sensible. Teinte légèrement jaunâtre de la peau autour des ailes du nez; pâleur manifeste des conjonctives et des gencives; souffle peu prononcé au cœur, plus marqué le long des vaisseaux du cou; bourdonnements fréquents, anhélation, insomnie.

Prescription. — Une cuillerée à bouche de vin de quinquina ferrugineux, matin et soir; eau de Spa aux repas; le soir, une pilule de sulfate de quinine de 10 centigrammes; poudre d'amidon et de quinquina sur les taches hémorrhagiques.

Le 4 septembre, les règles paraissent, mais cessent le lendemain; sang peu coloré. Depuis quelques jours déjà le nombre des taches qui paraissent quotidiennement n'est que de sept; la jeune malade les compte exactement. Si les élancements précurseurs sont toujours intenses, les taches sont moins longues et moins larges; l'exhalation sanguine est moins foncée en couleur, sans que pourtant l'empreinte laissée sur le linge indique les traces d'un état séreux ou séro-sanguinolent; les croûtes tombent dans les vingt-quatre heures, et les rougeurs consécutives persistent encore pendant trois à quatre jours.

L'état général n'est pas sensiblement amélioré. Les promenades sont toujours pénibles. Même traitement.

La menstruation, qui d'habitude avançait de quelques jours, devant revenir probablement vers le 5 octobre, on donne, dès le 24 septembre, deux pilules d'apiol par jour.

Le 27, les règles paraissent et durent un jour et demi, sang très-coloré, presque noirâtre.

Le 3 octobre, il ne survient plus chaque jour que six petites taches rosées, à la surface desquelles a lieu une légère exhalation séro-sanguinolente; le linge est à peine imprégné d'une coloration gris-brunâtre; la croûte est une exfoliation presque lamelleuse.

L'appétit renaît un peu, palpitations nulles, souffle dans les vaisseaux du cou encore marqué.

Le 10, depuis plusieurs jours, les taches ne paraissent plus que sur les membres inférieurs, autour des genoux et quelques-unes sur les jambes où elles ne s'étaient pas encore développées; la croûte sanguinolente devient de moins en moins épaisse; sur deux taches développées depuis la veille, la teinte est restée jaunâtre et l'épiderme est enlevé; la surface sous-jacente, finement granulée, est humectée par une sérosité jaunâtre qui ne forme pas croûte; elle présente l'aspect d'une tranche de citron; il n'y a pas eu exhalation sanguine.

Le 20, une bulle pemphigoïde grosse comme une amande paraît au tiers supérieur de la jambe gauche; elle contient une sérosité jaunâtre qui forme une croûte lamelleuse, les jours suivants; trois autres bulles, d'un même volume, sont situées en demi-cercle à concavité supérieure au-dessous de la rotule gauche; l'épiderme est à peine soulevé; sérosité jaunâtre aussi; la croûte n'est pas encore formée.

Les règles paraissent le 21 et durent trois jours; la malade prenait des pilules d'apiol depuis le 17.

Le 3 novembre, depuis une dizaine de jours, les taches sanguines sont remplacées par une éruption de grosses pustules d'ecthyma cachecticum autour des genoux; ces pustules se développent régulièrement au nombre de trois ou quatre par jour, et donnent naissance à des ulcérations très-douloureuses.

Des pansements avec des plumasseaux de charpie trempés dans le vin aromatique sont le topique le plus efficace pour calmer les souffrances et hâter la cicatrisation des plaies. Même traitement.

Le 8, les pustules ecthymateuses nouvelles sont très-petites et superficielles; il y a eu depuis hier trois taches jaunâtres, avec destruction de l'épiderme et suintement d'une humeur transparente qui ne forme pas croûte; on ne distingue pas d'orifice qui livre passage à cette sérosité.

Le 14, même état; depuis le 12, pilules d'apiol.

Le 21, les règles ne sont pas venues; depuis hier, une douzaine de taches ont paru sur la poitrine et les jambes; elles sont petites et ont fourni peu de sang. Une grosse pustule d'ecthyma à la partie inférieure et externe de la jambe gauche.

Quelques jours après, cette jeune malade quitta Paris pour se rendre en Allemagne. Je n'en ai pas eu de nouvelles.

Cette observation est incomplète, je le reconnais; nous ignorons et la durée de l'affection et les modifications ultérieures qu'elle aura peut-être subies; malgré cette lacune, je me suis décidé à la soumettre à l'attention de la Société, parce qu'elle met en évidence, d'une manière nettement accusée, le caractère inflammatoire de cette fluxion hémorrhagique. C'est une particularité qui a bien son importance et que je désirais faire ressortir; les détails que j'ai donnés confirment pleinement cette opinion. Au besoin, on en trouverait une nouvelle preuve dans les deux points de son histoire qui me paraissent dignes d'un curieux intérêt, puisqu'ils sont pour le moins très-rares, sinon complétement exceptionnels : je veux parler du retour quotidien de cette hémorrhagie cutanée et de la complication ecthymateuse qui en a marqué la fin.

Ces taches rouges hémorrhagiques, douloureuses au toucher, dont le développement était précédé et accompagné d'élancements pénibles, apparaissaient chaque jour à la façon des éruptions aiguës vésiculeuses ou pustuleuses; et, comme ces éruptions aussi, elles laissaient à leur suite, après la chute des croûtes sanguines, ces rougeurs persistantes, signe irrécusable d'une inflammation préalable.

Quant à la complication ecthymateuse, elle représentait moins une coïncidence accidentelle qu'une modification de la phlegmasie hémorrhagipare primitive. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces pustules d'ecthyma ont remplacé complétement, pendant un certain temps, les taches hémorrhagiques; que leur développement était aussi régulier et périodique, précédé et accompagné des mêmes élancements douloureux. Plus tard, lorsque l'époque cataméniale du mois de novembre a fait défaut, elles ont été remplacées à leur tour par des taches hémorrhagiques.

En présence de cette alternance réciproque, il est difficile de méconnaître l'influence d'une même cause générale qui, modifiée dans ses conditions essentielles, donne naissance tantôt à une inflammation hémorrhagique, tantôt à une inflammation ecthymateuse. De cette communauté d'origine, il est permis, je pense, de conclure à un rapport très-étroit, sinon à une identité de nature entre ces deux phénomènes morbides.

Peut-être y a-t-il encore un rapport entre cette périodicité journalière de l'hémorrhagie et la forme inflammatoire qu'elle a revêtue : je pose la question sans chercher à la résoudre, d'autant plus que cette curieuse inflammation hémorrhagique était liée à un état manifestement chlorotique de la jeune malade.

Si je suivais les réflexions que suggère cette coïncidence, je serais obligé d'aborder le problème intéressant sans doute, mais aussi complexe que controversé des conditions pathogéniques des hémorrhagies en général; et, je n'ai eu qu'un but : appeler l'attention de la Société sur la physionomie locale inflammatoire de cette hémorrhagie de la peau.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES RÉVACCINATIONS.

M. DE LANGENHAGEN lit la note suivante :

Partant du principe admis que la vaccine préserve de la petite vérole, il est évident qu'une première vaccination doit également préserver d'une maladie vaccinale ultérieure.

En faisant par conséquent des revaccinations ou survaccinations à de courts intervalles, on doit, après une série d'essais, parvenir à fixer le moment où la préservation commence.

C'est ce que j'ai fait en prenant toujours le bras droit pour la vaccination régulière et le bras gauche pour la vaccination expérimentale.

Après avoir vacciné une première série d'enfants, ces mêmes enfants ont été revaccinés le lendemain. Les deux sortes d'inoculations primitives et consécutives ont parfaitement réussi, et les pustules de chaque catégorie se sont régulièrement développées, n'étant influencées d'aucune façon les unes par les autres.

J'ai vacciné une deuxième série d'enfants, et le troisième jour, j'ai revacciné ces mêmes enfants. Encore développement régulier des pustules primitives comme des consécutives.

Une troisième série d'enfants fut l'objet d'une nouvelle expérimentation, et après une première vaccination j'en opérai une seconde le quatrième jour. Même succès pour les deux genres de pustules.

Une quatrième série d'enfants vaccinés a donné des résultats déjà différents pour la revaccination; cette dernière pratiquée le cinquième jour, c'est-à-dire après quatre jours révolus. Chez tous l'inoculation primitive a produit des pustules régulières, mais l'inoculation consécutive n'a produit, chez les uns, qu'une fausse vaccine, tandis qu'elle a encore déterminé des pustules régulières chez les autres.

Poursuivant mes expériences, j'ai vacciné une cinquième série d'enfants, en réitérant la vaccination le sixième jour. Les vaccinations primitives ont réussi, mais les vaccinations consécutives n'ont plus donné que de la fausse vaccine, ou bien les pustules, après avoir commencé à poindre, sont immédiatement avortées.

Les revaccinations faites le septième, le huitième, le neuvième et le dixième jour, ont toutes avorté ou n'ont produit qu'un faux vaccin.

L'on voit, d'après ces expériences, que c'est seulement le cinquième jour de l'inoculation ou après quatre jours révolus que la vaccine commence à devenir préservatrice. Ce qui répond au moment même où commence le développement des pustules vaccinales.

Lorsqu'il règne, par conséquent, une épidémie de variole, les personnes fraîchement vaccinées et pour la première fois peuvent être

(1) 27 juillet 1860, *Gazette hebdomadaire*.

considérées comme restant pleinement accessibles aux atteintes de la contagion jusqu'au cinquième jour de la vaccination.

Or, comme la variole a trois ou quatre jours d'incubation, il se peut qu'une personne contaminée le quatrième ou le cinquième jour prenne encore la variole au moment où le vaccin est dans son plein développement : c'est ce que l'expérience a d'ailleurs suffisamment démontré. Ce n'est donc en définitive qu'à partir du neuvième jour de la vaccination qu'on peut être, jusqu'à un certain point, rassuré au sujet de l'infection variolique.

Rapidité de l'absorption du virus-vaccin. — Il y a des personnes et même des médecins qui prétendent que lorsque l'inoculation vaccinale vient d'être faite, il faut laisser sécher les piqûres de peur d'annuler l'effet de l'inoculation ou d'empêcher le virus de prendre.

Les expériences que j'ai faites démontrent péremptoirement l'erreur de cette assertion.

Pour cet effet, j'ai toujours pris (sur le même enfant) le bras droit pour la vaccination normale et le bras gauche pour l'expérimentation.

Dans la vaccination normale (bras droit), j'ai laissé sécher les piqûres après l'inoculation ; dans la vaccination expérimentale (bras gauche), j'ai cherché à détruire les effets de l'inoculation immédiatement après que les piqûres ont été faites, en les frottant, en les lavant avec différents liquides ou différentes solutions, ou en les cautérisant, etc.

Voici quel a été le résultat de ces expériences :

Les piqûres vaccinales frottées et lavées avec de l'eau froide ou chaude, quelques secondes après l'inoculation, ont donné des pustules aussi belles et aussi parfaites que celles du bras normal.

Celles qui ont été touchées ou frottées avec de l'eau fortement salée, avec du vinaigre, avec de l'alcool, avec de l'ammoniaque et avec du perchlorure de fer liquide, ont produit des pustules vaccinales tout aussi régulières que du côté normal.

Il n'y a que les liquides caustiques (solution concentrée de nitrate d'argent et acide sulfurique) qui aient empêché le développement des pustules.

Il est un moyen qui arrête le développement des pustules vaccinales, c'est le collodion qui les soustrait au contact de l'air. Mais aussitôt qu'on enlève le collodion, la pustule reprend sa marche régulière.

M. AIMÉ MARTIN a aussi pratiqué la cautérisation des plaies immédiatement après l'inoculation du virus-vaccin, et il a vu les pustules vaccinales se développer d'une manière parfaitement normale.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CORRESPONDANCE.

Saint-Paul-Lisonne, le 28 juillet 1866.

Monsieur le rédacteur,

Du 23 septembre 1865 au 25 janvier 1866, douze cas de croup se sont déclarés dans ma commune sur douze enfants, dont le plus âgé avait huit ans, le plus jeune quinze mois, et ont fait douze victimes.

Les vomitifs coup sur coup, le perchlorure de fer, le chlorure de potasse, les sirops de cubèbe et de copahu, d'après la formule du docteur Trideau, tout a été inutilement employé.

Le 25 janvier au matin, je venais donc de perdre mon douzième malade. Les traitements employés ne me donnant plus d'espoir, je me mis à en chercher un nouveau, et je me fis d'abord cette question : qu'est-ce que le croup? L'angine couenneuse, la diphthérie et toutes ses productions couenneuses qui se développent sur toutes les parties du corps dénudées accidentellement ou par d'anciens vésicatoires, ne doit-on pas là plutôt voir une maladie du sang qu'une maladie des muqueuses, comme le pense le docteur Trideau ? J'en étais là de ces réflexions quand il me vint subitement à la pensée que les fausses membranes que j'avais vues sur d'anciens vésicatoires au bras, sur des plaies aux pieds, sur des boutons de diphthérie développés autour et en dedans des oreilles, avaient une ressemblance frappante avec le champignon qui se développe sur le raisin, auquel on a donné le nom d'oïdium. Plus je réfléchissais à cette ressemblance, plus je la trouvais vraie. Comme je savais que la fleur de soufre guérissait l'oïdium de la vigne, il me restait à faire l'expérience de ma comparaison si un nouveau cas de croup se présentait, ce que j'étais cependant loin de désirer. Mais je ne devais pas attendre longtemps : dès le soir du 25 janvier, j'étais près d'une petite fille atteinte depuis la veille, chez laquelle la suffocation marchait à grands pas. Dans le même village, deux enfants avaient déjà succombé de la maladie dont elle était atteinte ; je prévins en conséquence les parents du nouveau traitement que j'allais employer et de l'espoir que j'avais qu'ils suivraient exactement mes ordonnances. Je me fis apporter aussitôt de la fleur de soufre ; j'en pris une cuillerée à bouche que je délayai dans un verre d'eau, et recommandai de faire prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure, après avoir agité le mélange. Le lendemain l'enfant allait mieux ; nouvelle potion pour la journée. Le surlendemain je cesse mes visites, l'enfant est guéri et n'a plus qu'une toux grasse, que j'attribue aux fausses membranes qui flottent dans la trachée artère et que je recommande aux parents de me garder si l'enfant les expectore. Deux jours après, une brusque quinte de toux les expulse, et on m'en apporte trois morceaux déjà desséchés, de la grosseur chacun d'un gros haricot. A partir de ce jour jusqu'au 23 mai, six autres cas se présentent sur des enfants, dont le plus âgé avait sept ans et les deux plus jeunes vingt mois et onze mois, et je déclare que le traitement par la fleur de soufre à haute dose uniquement employé, a fait des miracles, que par lui j'ai sauvé ces sept enfants d'une mort certaine et prochaine, et qu'il n'a jamais duré plus de deux jours. En voici un exemple : le 21 mai, à quatre heures du matin, j'étais près de la petite fille âgée de onze mois ; elle était prise du mal de gorge depuis deux jours, mais comme ses parents croyaient que ce n'était, disaient-ils, que la graille, ils n'en avaient pas fait cas. Malgré les six succès que j'avais déjà obtenus du traitement par la fleur de soufre, j'étais inquiet du résultat de ce cas. L'enfant avait la figure cyanosée ; les yeux, projetés hors de l'orbite, roulaient de droite à gauche, et la respiration, qu'on pouvait entendre à 20 mètres au moins, était si aiguë qu'elle déchirait les oreilles. Des boutons de diphthérie existaient sur ses oreilles, son cou, ses joues et sa tête ; de toutes ces parties se faisait un suintement intarissable. Je préparai aussitôt une potion et j'administrai moi-même la première cuillerée : l'enfant se débattit, mais aucun cri, pas même le moindre son ne put sortir de son larynx. Le soir à cinq heures, je repassai ; depuis deux heures les parents avaient cessé la potion prescrite, la jugeant inutile ; l'enfant devant mourir dans quelques minutes, ils ne voulaient pas la faire souffrir davantage. Je m'étais muni de la sonde du docteur Guillon pour insuffler du nitrate d'argent dans le larynx de l'enfant, mais il me fut impossible de l'obtenir des parents. Comme j'insistais, ils me dirent qu'ils aimaient mieux continuer la fleur de soufre et me promirent de passer la nuit à la faire prendre. Le lendemain l'enfant, que j'avais regardée comme perdue le soir, était ressuscitée ; elle avait même mangé un peu de soupe à mon arrivée et la voix était revenue. La potion fut encore continuée pendant ce jour, et le surlendemain, l'enfant étant guérie, je cessai mes visites. Je la vis huit jours après ; il ne paraissait rien de ses souffrances, et toute la diphthérie qu'elle avait sur le cou, les joues, les oreilles, etc., était complétement disparue.

J'ajouterai que, pendant une absence que je fis dans le mois d'avril, deux cas s'étant présentés dans ma clientèle, tous deux, traités par les anciens moyens, furent promptement mortels.

Depuis vingt-cinq ans que j'exerce la médecine à la campagne, il m'était arrivé de ne voir que quatre cas de croup, tous terminés par la mort.

Si cette épidémie, qui a régné dans ma commune et qui a été si fatale aux douze premiers enfants que j'ai vus m'avait fait découvrir le spécifique contre cette redoutable maladie, ce serait le cas de dire qu'à quelque chose malheur est bon.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée. Dr comte LAGAUTERIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le corps médical d'Amiens vient de payer un nouveau tribut à l'épidémie. M. le docteur James, secrétaire de l'École de médecine, professeur adjoint à la même École, vient de succomber aux atteintes du fléau.

M. James avait été chargé de faire un rapport sur l'état sanitaire du village de Coisy, où le choléra sévissait avec violence. Il avait visité, en quelques heures, toutes les maisons envahies par l'épidémie, et c'est en rentrant chez lui, jeudi soir, qu'il ressentit les premières atteintes de la maladie qui l'a enlevé.

— L'état civil de Marseille a constaté dimanche, 19 décès cholériques. A Amiens, on a enregistré lundi, 22 décès, et mardi, 21. A Bruxelles, le choléra reste stationnaire.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 89. — MARDI 31 JUILLET 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 31 JUILLET 1866. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 ».

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUCHUT.

Ophthalmoscopie dans un cas d'encéphalite chronique.

Vous avez déjà, bien des fois, pu constater par vous-mêmes combien est précieuse, pour le diagnostic de certaines maladies du système nerveux, l'application de l'ophthalmoscopie. Chaque jour, des faits nouveaux viennent apporter leur appui à cette nouvelle méthode d'exploration. Beaucoup d'entre vous ont observé les malades dont l'histoire figure dans mon *Traité d'ophtalmoscopie appliquée au diagnostic des maladies du système nerveux* (1), et soit dans la méningite aiguë, dans l'hydrocéphalie chronique, dans l'encéphalite partielle, dans les tubercules cérébraux, dans la contusion, dans la commotion du cerveau, dans l'hémorrhagie cérébrale, dans le ramollissement sénile, etc., vous avez pu voir qu'on trouve au fond de l'œil des altérations jusqu'ici inconnues, et dont la signification est de la plus haute importance pour le diagnostic. Ce qu'il y a de curieux dans ces recherches, c'est que vous pouvez observer vous-mêmes le rapport des lésions oculaires profondes aux symptômes nerveux offerts par les malades, et aux lésions cadavériques. De cette façon, il est facile de juger rapidement l'importance pratique de la séméiologie que je viens vous faire connaître.

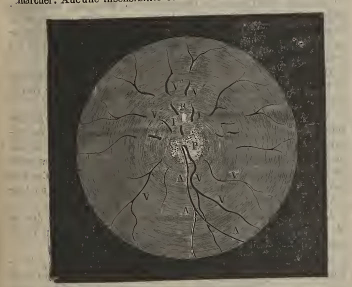
Aujourd'hui, je vais vous parler d'un nouveau fait important de cérébroscopie.

Il s'agit de la petite fille couchée au n° 32 de la salle Sainte-Catherine, et qui était affectée d'hémiplégie droite, sans troubles apparents des sens ni de la vision. Une rougeole vient de l'emporter, et cet accident nous a permis de mettre en présence le symptôme hémiplégie observé chez la malade, d'abord avec la lésion oculaire, indiquant une altération organique du cerveau, et ensuite avec l'espèce de lésion cérébrale qui avait causé la paralysie.

Résumons d'abord l'observation que j'ai recueillie en votre présence.

Encéphalite chronique partielle. — Atrophie de l'hémisphère gauche du cerveau et des nerfs. — Hémiplégie droite. — Contracture. — Infiltration granuleuse de la papille.

Marie A..., âgée de quatre ans, entrée à l'hôpital des Enfants malades, au n° 32 de la salle Sainte-Catherine, le 12 mars 1866, pour une hémiplégie datant de deux ans, et venue progressivement à la suite de convulsions passagères. Cette enfant a le côté droit du corps plus faible que l'autre ; elle peut se tenir sur les jambes, mais sans marcher. Aucune insensibilité et aucun trouble des sens.



P, papille du nerf optique à demi voilée par l'infiltration.
I, I, I, infiltration granuleuse cachant la partie supérieure de la papille.
V, V, V, veines de la rétine.
V', V', V', veines de la rétine interrompues par l'infiltration.
A, A, A, artère du nerf optique et de la rétine.
R, granulation graisseuse.

Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, présentent à droite une infiltration granuleuse de la papille qui en cache la moitié supérieure, et les vaisseaux veineux semblent interrompus. A gauche, il y a également un peu d'infiltration autour de la papille, mais les vaisseaux sont petits et sans interruption. Au-dessus se trouve une petite granulation blanchâtre miliaire.

L'œil gauche ne présente qu'un peu d'infiltration papillaire.

L'état général est très-bon.

Un mois après son entrée, l'enfant a été pris de rougeole avec catarrhe pulmonaire qui a guéri, et dans la convalescence, il est survenu de l'impetigo cachectique sur le corps et à la vulve, ainsi que des contractures dans le membre supérieur droit.

La main est fléchie sur l'avant-bras, et les doigts présentent une déformation toute spéciale caractérisée par l'extension de la première phalange, le redressement de la seconde et la flexion de la phalangette.

Mort, le 24 avril.

Autopsie. — Le cerveau, enveloppé dans la dure-mère, paraît avoir ses hémisphères bien symétriques, mais dès qu'on a incisé la dure-mère, on constate que l'hémisphère gauche est plus petit que celui du côté droit. Il est moins long de sept centimètres, et la différence est comblée par un kyste séreux qui, étant placé au centre entre les circonvolutions, les écarte par une profonde scissure qui descend jusque sur le corps calleux.

L'arachnoïde est transparente opaline, et la pie-mère partout infiltrée de sérosité louche, surtout à la convexité de l'organe.

L'hémisphère gauche est divisé en deux lobes garnis de circonvolutions et enveloppés de substance grise. Cette scissure descend jusque sur le corps calleux, et elle est occupée par un amas de sérosité placé sous l'arachnoïde sans qu'il y ait de kystes à échinocoques ni de cysticerques.

Je ne puis rien dire relativement à l'étude du cerveau atrophié, parce que durci dans l'acide chronique en proportion assez forte, ses éléments anatomiques étaient pour la plupart méconnaissables.

Quant au nerf optique, l'étude miscroscopique a pu en être faite grâce à ce que son névrilème, qui est très-épais, a garanti la substance nerveuse, qui n'était que faiblement attaquée par le réactif.

J'ai pu constater qu'il existait, en effet, une atrophie du nerf optique. Le névrilème avait été le point de départ d'une prolifération de tissu conjonctif. Cette prolifération s'est opérée de la périphérie au névrilème vers le centre du nerf optique. Ainsi, tandis que vers la partie externe, je trouvais presque partout des noyaux embryo-plastiques appartenant aux deux premières phases de l'évolution du tissu conjonctif, dans les parties les plus profondes les faisceaux de fibrilles se trouvaient presque entièrement développés.

Cette hyperplasie s'est étendue entre les tubes nerveux et en a atrophié un bon nombre d'entre eux. Ils sont encore faciles à reconnaître, à cause que cet élément anatomique ne disparaît pas d'emblée, mais par parties, de manière que les altérations successives par lesquelles passent les tubes nerveux, avant de s'atrophier complétement, peuvent être suivies assez facilement.

Examen microscopique du cerveau, des nerfs optiques et des yeux. — Note remise par M. Ordonez.

En examinant la rétine, avant de lui faire subir aucun changement par les liquides à conserver, on découvre les particularités suivantes :

1° La tache blanchâtre qui se trouvait au-dessus de la papille est totalement composée de granulations moléculaires graisseuses ;

2° En aucun point de cette tache on ne peut découvrir la moindre trace des éléments anatomiques qui entrent dans la composition des différentes couches de la rétine ;

3° Les capillaires sanguins, à ce niveau-là, ne contiennent pas la moindre trace de globules sanguins, et leurs parois sont parsemées de granulations athéromateuses ;

4° La choroïde est très-dépigmentée ;

5° Sur tous les autres points de la rétine on peut constater la présence des éléments qui la composent, même des batonnets, malgré le temps écoulé depuis la mort du sujet de cette observation.

Le corps calleux, le corps strié et la couche optique sont atrophiés ; celle-ci n'a que le tiers du volume de l'autre. Le nerf optique gauche, depuis son origine jusqu'au chiasma, est moitié moins gros que celui du côté droit et la différence persiste jusqu'à l'insertion dans l'œil.

Les autres nerfs, du côté gauche de l'encéphale, sont également atrophiés.

L'œil gauche est plus petit que le droit et on constate que les vaisseaux de la rétine sont plus nombreux à la partie inférieure qu'à la partie supérieure. La papille est infiltrée en haut, et sur son bord existe une granulation grise blanchâtre grosse comme une petite tête d'épingle formée de granulations graisseuses.

L'œil droit ne présente pas d'altération visible à l'œil nu.

RÉFLEXION. — Chez cette petite fille, on devait se demander quelle était la nature de l'hémiplégie dont elle était affectée et qui était venue après quelques convulsions, deux ans avant son admission à l'hôpital? Était-ce une paralysie myogénique due à la dégénérescence granuleuse des muscles, ce que West, Rilliet et Barthez appellent des paralysies essentielles, et ce que d'autres attribuent à une lésion des cordons antérieurs de la moelle (Laborde, Cornil, etc.), ou bien au contraire était-ce une paralysie d'origine cérébrale?

L'étude des antécédents et des commémoratifs pouvait faire présumer qu'il s'agissait d'une maladie du cerveau plutôt que d'une maladie musculaire granulo-graisseuse. En effet, l'hémiplégie avait succédé à des convulsions, et il n'y avait cette atrophie considérable qui accompagne habituellement la paralysie atrophique graisseuse ou l'atrophie musculaire de l'enfance. D'une autre part, il y a des convulsions essentielles, qui laissent après leur terminaison des paralysies dont la cause matérielle est inconnue. La situation était donc très-embarrassante et une grande incertitude environnait le diagnostic. C'est dans cette situation que, voulant voir dans le cerveau au travers de l'œil, je constatai sur la papille et sur la rétine des altérations qui me permirent d'affirmer que l'hémiplégie était sous la dépendance d'une lésion organique du cerveau, et d'après la marche, la succession et l'ancienneté des symptômes, je conclus à l'existence d'une méningo-encéphalite chronique partielle.

Ce diagnostic a été vérifié par l'autopsie : on a trouvé une atrophie considérable de l'hémisphère gauche, du corps strié, de la couche optique et du nerf optique correspondant, et une altération profonde de la rétine, dont on a pu lire les détails tels qu'ils m'ont été transmis par M. Ordonez.

En résumé : encéphalite chronique, produisant l'atrophie d'un hémisphère cérébral, l'hémiplégie dans le côté opposé du corps, la rétinite graisseuse et l'ophthalmoscopie permettant de remonter de ce phénomène à la lésion du cerveau : voilà ce que ce fait offre de nouveau et d'intéressant.

C'est un exemple de plus à ajouter à ceux que j'ai déjà fait connaître pour démontrer combien l'ophthalmoscopie est utile dans l'étude des maladies aiguës et chroniques du système nerveux.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND.

M. FLEURY, professeur.

Épiplocèle irréductible chez un cryptorchite ; entérocèle intra-musculaire étranglé. — Mort.

(Observation recueillie par M. TROPINART, interne.)

La migration imparfaite du testicule a de nombreux inconvénients, parfois même des dangers ; elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, faire croire à l'existence de hernies qui n'existent pas, et exposer les malades à des tentatives de taxis qui restent infructueuses. Mais ce qui est plus sérieux, c'est l'adhérence du testicule à quelques-uns des organes contenus dans la cavité abdominale ; quelquefois même la hernie existe sans que le testicule soit descendu dans les bourses.

Nous avons observé un exemple assez remarquable de cette dernière disposition chez le malade dont nous rapportons ici l'histoire.

C'est un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui avait remarqué, depuis longtemps, l'existence d'une petite tumeur à l'aine gauche qu'il faisait monter ou descendre à volonté, sans qu'elle disparût jamais d'une manière complète. L'absence des testicules, dans les bourses, devait assurément faire croire à l'existence de la glande séminifère que l'on déplaçait ainsi, mais comme le malade n'en éprouvait aucune gêne, il n'avait rien essayé pour modifier cet état.

Dans la soirée du 29 avril, il fut pris sans cause connue de vomissements et d'une douleur dans le flanc gauche.

Ce jeune homme est domestique dans une ferme ; son maître se presse peu d'envoyer chercher un médecin. Du reste, le mal, loin de s'aggraver, reste stationnaire jusqu'au 3 mai ; ce jour-là, les douleurs paraissent un peu moins vives, les vomissements diminuent de fréquence, le sommeil, dont il était privé depuis quatre nuits, reparaît ; on espère donc qu'un repos de quelques jours suffira pour le remettre complétement, et on le fait conduire dans sa famille ; mais son père, qui est seul, et par conséquent hors d'état de le soigner, le transporte à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Ce qui frappe principalement, lorsqu'on examine ce malade, c'est d'un côté, l'absence de testicules dans les bourses, et de l'autre, le volume du ventre et les bosselures que l'on observe à sa surface ; nul doute, d'après les commémoratifs, qu'il n'existe un arrêt dans le cours des matières intestinales.

Quel en est le point de départ? C'est ce qu'il serait assez difficile de déterminer.

Les saillies que forment sous la peau les anses intestinales, n'offrent pas la même disposition. A gauche, par exemple, on observe une tumeur bien circonscrite qui a la forme d'un cône à base supérieure, ayant cinq à six travers de doigt de hauteur, dont le sommet se termine au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal, et dont la base remonte dans le flanc gauche. Là doit être l'obstacle, mais un intestin distendu par des gaz n'a jamais eu cette apparence.

Cette tumeur, qui a la forme d'une grosse ampoule, est sans changement de couleur à la peau, peu douloureuse à la pression et sen-

(1) *Traité d'ophthalmoscopie* appliqué au diagnostic des maladies du système nerveux avec 14 figures intercalées dans le texte et un atlas de 24 planches chromolithographiées par l'auteur par E. Bouchut.

sible seulement lorsqu'on la percute un peu fort; elle donne alors une sensation de météorisme très-prononcé. Dans les autres parties du ventre les anses intestinales présentent les saillies et les ondulations régulières du canal digestif dilaté par des gaz; il existe donc un arrêt des matières intestinales et un étranglement interne. Les orifices abdominaux n'en sont point le siége; la tumeur inguinale que l'on observe à gauche n'est ni dure, ni douloureuse. Dans cet état d'incertitude, une opération offrirait bien peu de chances de réussite. Faudrait-il, en effet, inciser cette large ampoule, pénétrer dans l'abdomen et aller à la recherche de l'étranglement? une ponction pour donner issue aux gaz aurait-elle plus de succès? On peut y recourir dans une tympanite essentielle, mais ici on combattrait l'effet en laissant subsister la cause. Enfin, comme dernière ressource, pourrait-on en venir à l'entérotomie? Un traitement médical paraît plus rationnel et surtout moins dangereux.

Des onctions belladonnées sont faites sur le ventre, des cataplasmes sont placés sur la tumeur; à l'intérieur on prescrit des pilules d'extrait de belladone; de la teinture de noix vomique est donnée dans un julep; tous ces remèdes ont échoué. Un lavement purgatif avait eu plus d'effet; on avait même espéré un instant que le cours des selles allait se rétablir; il a même semblé que la tumeur du flanc gauche avait perdu de son volume, mais cet espoir a été promptement déçu: les vomissements ont reparu; aux liquides bilieux ont succédé des matières à odeur stercorale, et le malade a succombé dans la soirée du 8 mai.

L'autopsie devait offrir un grand intérêt; elle seule pouvait, en effet, nous rendre compte des faits observés, et dissiper l'obscurité qui avait existé pendant la vie du malade. Une incision divise, de la base à son sommet, la tumeur du flanc gauche. Ses parois sont constituées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres du grand oblique; on arrive dans une cavité remplie d'une matière sanieuse et purulente qui présente, à sa partie supérieure, une ouverture assez irrégulière qui communique avec le canal intestinal. Les muscles petit oblique et transverse sont ramollis et convertis dans toute l'étendue de la tumeur en un détritus fétide et noirâtre.

Une anse de l'intestin grêle s'est donc frayé une issue à travers le fascia transversalis, et s'est engagée dans une éraillure de cette aponévrose. La perforation qui a été l'effet de cet étranglement, a été suivie d'un epanchement qui s'est creusé une cavité dans l'épaisseur des parois du ventre; il en est alors résulté un véritable abcès stercoral qui aurait fini par s'ouvrir à l'extérieur si le malade eût vécu plus longtemps.

C'est là le point de départ des accidents qui ont fait périr ce jeune homme.

Les bourses, avons-nous dit, ne contenaient point les testicules, mais les signes apparents de la puberté dénotaient leur existence. Était-ce celui du côté gauche que l'on sentait au niveau de l'anneau inguinal? il n'y avait, pour le savoir, qu'à l'inciser.

Au lieu d'être formée par le testicule, cette petite tumeur est constituée par l'épiploon qui, pour sortir, a dû repousser au-devant de lui le péritoine dont il s'est formé une enveloppe. Il n'existe pas la moindre trace d'étranglement, et en attirant à l'intérieur de l'abdomen la partie supérieure de cette toile celluleuse, on la dégage de la petite poche qu'elle s'est creusée. Là n'était donc pas, comme on aurait pu le croire, le siége de l'étranglement.

Le testicule est couché dans la partie moyenne du canal inguinal où il a été refoulé par la hernie épiploïque; il a donc pénétré dans l'orifice interne du canal inguinal qu'il a maintenu béant; c'est ensuite par cette ouverture que s'est engagé l'épiploon qui, plus mobile que lui, a parcouru plus promptement le canal, et s'en est dégagé en franchissant l'anneau.

La même disposition s'observe du côté opposé. Les deux testicules ont la forme et le volume de ces petites noisettes que l'on désigne sous le nom d'avelines; leur substance est blanche, compacte, et n'offre à l'œil aucune trace de canaux séminifères. Il est assez probable qu'ils ne contiennent pas d'animalcules spermatiques.

Le malade a donc succombé à l'étranglement d'une hernie abdominale.

Les tumeurs de cette nature ont ordinairement leur siége dans l'intervalle qui existe entre les muscles droits; on les observe quelquefois au niveau de leur bord externe; mais dans les autres points des parois du ventre, elles sont très-rares.

L'ouverture qui leur donne passage est, en général, assez grande; aussi les réduit-on promptement et disparaissent-elles avec facilité dans la position horizontale. Leur étranglement est par cela même très-rare; la peau seule les recouvre.

En a-t-on observé entre les différentes couches des muscles qui forment l'enceinte abdominale? Nous n'en connaissons pas d'exemples.

Cette tumeur existait-elle depuis longtemps? Nous l'ignorons, et les renseignements que nous a fournis ce jeune homme, n'étaient pas de nature à élucider beaucoup la question. Ce qu'il y a de positif, c'est qu'il n'en avait jamais été incommodé, car son attention s'était toujours portée sur la petite tumeur qu'il sentait au niveau de l'anneau inguinal. La hernie existait donc entre le grand oblique et le fascia transversalis; il eût été assez difficile de savoir quels étaient ses rapports avec le transverse et le petit oblique.

PETITES DIFFICULTÉS DE LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE.

V. — A propos du nouveau traitement des affections puerpérales.

L'embarras du praticien n'existe pas seulement dans le diagnostic d'une grossesse douteuse ou dans le mode d'intervention qu'il devra choisir, le cas échéant; mais, même après l'accouchement, il arrive souvent des maladies graves, sur la nature desquelles les maîtres de l'art ne sont pas d'accord.

Tous les médecins se souviennent encore de la mémorable discussion de 1858 à l'Académie de médecine, dans laquelle M. Guérard, qui l'avait provoquée, faisait son résumé par l'étude de la nature, du mode de transmission et du traitement des affections puerpérales.

En repoussant l'assimilation de l'insertion placentaire à une plaie récente et la présence du pus dans les lochies, M. Guérard s'était de suite déclaré l'ennemi de la localisation. Du reste, la malade qui avait donné lieu à tous ces débats, avait été vue en même temps par M. le professeur Depaul, qui est partisan de l'essentialité de la fièvre puerpérale, ainsi que MM. P. Dubois et Danyau.

Ces trois maîtres ès accouchements distinguent les phlegmasies locales, quel qu'en soit le siége, et l'infection purulente ou putride, de la maladie qu'ils désignent sous le nom de fièvre puerpérale et qu'ils regardent comme une entité morbide.

Presque tous les accoucheurs partagent les mêmes opinions, qu'on trouve reproduites dans les thèses des élèves de la Maternité, cette grande école d'observation.

Cependant, dans le camp opposé, le caractère d'essentialité qu'on attribue à la fièvre puerpérale a été attaqué par des hommes d'un mérite éminent, comme ceux que je viens de citer, et placés dans des conditions d'études également favorables par la possession de services étendus de femmes en couche: tel était Legroux à l'Hôtel-Dieu, ou, encore aujourd'hui M. le professeur Béhier. Si ces savants observateurs ne se sont pas livrés à la pratique spéciale des accouchements, ils sont au moins des pathologistes très-distingués, et leurs opinions méritent d'être prises en grande considération.

A la même époque M. Pidoux publiait, dans l'*Union médicale*, une série d'articles prouvant aussi que la fièvre puerpérale ne peut pas être considérée comme une fièvre essentielle.

Entre ces opinions extrêmes, un professeur émérite, M. Pajot, admettait l'assimilation de la plaie utérine à une plaie chirurgicale (leçons orales, 1860) et démontrait la présence du pus dans les lochies quelques heures même après l'accouchement (com. à l'Acad. de méd., 1860).

Élevé à cette école d'éclectisme, j'en ai adopté les idées, qui m'ont paru justes et vraies.

M. Béhier, dans ses conférences cliniques faites à la Pitié en 1861-62, a donné des raisons convaincantes de cette assimilation. Mais, si au point de vue de la localisation MM. Pajot et Béhier se sont l'un et l'autre élevés à de hautes considérations philosophiques, ils n'en ont pas tiré les mêmes conséquences.

M. Pajot conserve à la fièvre puerpérale son cachet spécial. « Chaque fois, dit-il, que chez une nouvelle accouchée, après un frisson plus ou moins prolongé, le pouls monte à plus de 100, cherchez dans l'abdomen, utérus et annexes, dans le thorax, dans les articulations, dans le cerveau; et si vous ne trouvez rien, prenez garde, vous êtes sous la menace d'une fièvre puerpérale! »

M. Béhier, analysant 2,276 observations recueillies au lit des malades, déclare, dans tous les cas où l'autopsie a été pratiquée, avoir toujours trouvé soit des lésions des veines, soit des traces de résorption purulente suffisantes pour expliquer l'apparition de la fièvre puerpérale, qui, d'après lui, perdrait par ces causes tout caractère d'essentialité.

Que d'embarras pour le jeune praticien interrogeant tous les horizons de la science pour éclairer ses pas encore incertains! s'il admet la localisation, il n'hésitera pas à traiter sa malade soit par la médication classique, sangsues, onguent mercuriel, etc., soit par le nouveau traitement mis à l'ordre du jour par M. Béhier, et qui lui a donné de si bons résultats, je veux parler de l'emploi de la glace. La glace, en effet, en chassant le calorique, détruit la phlegmasie; son succès prouvera donc que, là où elle a été appliquée, existait une inflammation.

Toutefois, M. Béhier déclare que s'il s'agit de combattre l'infection purulente, la glace, pas plus qu'aucun autre médicament, ne peut avoir aucun bon résultat; et, dans la fièvre puerpérale, tous les partisans de l'essentialité ont constaté aussi l'impuissance du sulfate de quinine, de l'alcoolature d'aconit et de toute médication; l'ipéca n'a donné de succès que contre les complications gastriques.

L'emploi de la glace a aussi un autre avantage, c'est de détruire les prodromes de la maladie; et M. Béhier s'est attaché à les bien définir dans l'*Union médicale*, 1858. Legroux conseillait aussi les moyens prophylactiques contre les accidents puerpéraux. Dans ces circonstances, M. Simpson, d'Edimbourg, emploie une solution aqueuse de cyanure de potassium. Il est évident que les lochies fétides réclament des injections antiputrides et tous les soins hygiéniques possibles. Mais Legroux reconnaît l'impuissance de l'art chaque fois qu'il s'est trouvé en présence d'une fièvre grave caractérisée par la fréquence du pouls, l'altération profonde des traits, la dyspnée, le délire typhique et l'épuisement, soit que cet ensemble de symptômes ait débuté d'emblée ou qu'il ait succédé à une métro-péritonite.

Dans cette situation de la science, si un traitement parvient à conjurer des accidents redoutables, il devra être préconisé; et de plus, puisqu'il paraît démontrer que la véritable fièvre puerpérale ne cède à aucune médication, chaque fois qu'un succès aura été obtenu dans des circonstances graves, c'est qu'une lésion primitive existait, et que, loin d'avoir affaire à une fièvre essentielle, on aura vaincu une inflammation localisée, plus ou moins latente. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Mme Émélie B..., trente-quatre ans, a déjà eu trois accouchements. Le second a été un accouchement gémellaire; les enfants ont vécu, l'un quinze jours, l'autre trois semaines.

La troisième couche fut suivie d'une péritonite traitée par les sangsues et l'ongent mercuriel. La guérison, au dire de la malade, fut incomplète; les douleurs persistèrent pendant deux ans, avec impossibilité d'une marche de plus de dix minutes; les jambes enflaient; le ventre était resté gros et douloureux, même au palper.

Elle voit ses règles pour la dernière fois à la fin d'avril 1865; sa grossesse nouvelle peut donc remonter au commencement du mois de mai.

Dans les premiers jours de juin, Mme B... éprouva une perte qui fut traitée comme un avortement, et qui cessa complétement pendant cinq jours. Puis la perte reprit en plus petite quantité, elle se produisait quatre à cinq fois par jour et ne cessa tout à fait qu'après deux mois.

Le sang rendu était noir et épais, et il y avait des douleurs de reins; mais la malade, interrogée au sujet des contractions intermittentes, dit n'en pas avoir ressenti.

Les mouvements actifs parurent faiblement à quatre mois et demi; vers le sixième mois, la santé semble s'être bien consolidée, à part une excessive sensibilité du ventre. C'est vers cette époque que Mme Caron, sage-femme instruite et expérimentée, la vit pour la première fois; elle constata une grande difficulté de trouver au toucher le col utérin; la sensibilité du ventre empêcha la malade d'endurer la ceinture hypogastrique, qui lui avait été recommandée. Les bains n'ont eu aucune influence sur cet état, elle les supportait d'ailleurs avec peine.

A sept mois et demi de sa grossesse, Mme B... fait une chute sur les genoux, qui en portent encore des traces, surtout du côté gauche. Cette secousse retentit douloureusement dans tout l'abdomen, et pendant plusieurs jours; elle avait eu lieu un dimanche. Le mercredi suivant, les contractions utérines s'éveillent, et le jeudi, 11 janvier 1866, elle arrive chez Mme Caron où elle accouche, à cinq heures du soir, d'une fille, petite mais vivace, qui est envoyée en nourrice à la campagne.

Cet accouchement prématuré n'a pas été accompagné d'hémorrhagie; mais il existait une quantité considérable de liquide amniotique, ce qui explique l'énorme développement de l'abdomen et, peut-être même, son extrême sensibilité. L'enfant s'était présenté par le sommet; les contractions ont été assez douces, et la délivrance naturelle.

Mais presque dès la sortie du placenta, le ventre se ballonna et la sensibilité s'augmenta beaucoup; il était douloureux, sans coliques. La fièvre s'alluma pendant la nuit. Appelé le lendemain, je m transporte 16, rue Cafarelli, au domicile de la sage-femme, et je constate une péritonite généralisée, pouls à 120, ventre très-ballonné, météorisé et surtout avec des bosselures occupant toute l'étendue de l'abdomen et remontant presque dans l'épigastre. La langue est peu saburrale, et cependant la malade a des envies de vomir. La douleur et la sensibilité du ventre sont telles que la malade ne peut supporter le moindre contact, pas même le poids des couvertures; le visage est rouge, turgescent, les traits expriment la souffrance. Les lochies, qui avaient coulé normalement après l'accouchement, se sont arrêtées pendant la nuit, et Mme B... a peu uriné, mais du moins cette excrétion a eu lieu.

Un point très-dur, allongé et extrêmement douloureux, se trouve dans le flanc droit et bien au-dessus de l'ombilic, où il ne paraît avoir aucune liaison avec les organes génitaux; je n'hésite cependant pas à reconnaître l'utérus, malgré une deuxième tumeur volumineuse, piriforme, dure aussi, et située presque au niveau de l'anneau ombilical, à la place qu'aurait dû occuper l'utérus; je pensai que c'était la vessie très-distendue, bien qu'il n'y eût pas eu suppression complète d'urine.

Je fais uriner la femme qui, à la suite d'une copieuse miction, éprouve une amélioration sensible, et la tumeur sous-ombilicale diminue de plusieurs travers de doigt; mais la tumeur supérieure suit à peine ce mouvement de retrait; la même sensibilité au palper existe toujours. Un purgatif huileux est donné dans le but de rétablir les contractions intestinales; mais il est vomi aussitôt. Un lavement au séné le remplace; il procura trois selles, mais avec une fatigue considérable.

Alors je propose le traitement à la glace. On se récrie beaucoup, l'avis du mari est demandé; la sage-femme, qui m'avait déjà vu traiter un cas d'affection puerpérale également très-grave, quoique d'une autre nature, par les antiphlogistiques, pensa que j'avais mes raisons pour agir ainsi, et elle détermina la famille à accepter mon entière direction.

Plus tard elle m'avoua la lutte qu'elle avait eu à soutenir, qu'elle même était effrayée de la responsabilité; mais son pharmacien, homme très-intelligent, comprit de suite le bénéfice que la malade devait retirer de ce traitement, sans toutefois hésiter à lui dire qu'aucun médecin de ce quartier n'oserait proposer la glace dans un cas semblable.

Quoi qu'il en soit, je fis mettre deux compresses assez épaisses sur le ventre, et, par-dessus ces compresses, je fis placer une énorme vessie de porc remplie de glace concassée.

A priori, on se demande si le refroidissement prolongé de l'abdomen ne pourrait pas causer la congélation de la peau et la gangrène: telle est l'opinion manifestée par M. le professeur Depaul. M. Béhier cite, en effet, deux cas de gangrène superficielle des parois de l'abdomen, qui se sont, du reste, parfaitement guéris. Ces deux cas sont les seuls survenus, après l'emploi de la glace sur un très-grand nombre de malades.

La prolongation du traitement amène tout au plus, au dire de M. Béhier, un peu d'érythème du ventre. Nous avons constaté ce fait nous-même, dans les salles de ce professeur, à la Charité.

Du reste, M. Béhier prolonge, suivant nous, trop longtemps la réfrigération; de plus, il fait isoler l'abdomen du contact direct de la glace par une compresse assez épaisse, imbibée d'eau froide. Voici, quant à nous, la modification que nous avons apportée à ce *modus faciendi*, et qui nous paraît plus sûr pour nos malades.

La glace est d'abord cassée en morceaux plus petits, et la compresse isolante, au lieu d'être trempée dans l'eau froide, est mise à sec.

Puis, chose importante, le traitement n'est prolongé que le temps strictement nécessaire à la disparition de la douleur, rarement au delà de cinq jours.

Enfin, je termine la guérison par l'emploi du collodion élastique.

Chez la femme B..., la glace fut maintenue depuis le vendredi soir jusqu'au lundi matin, jour et nuit, et renouvelée toutes les trois heures environ. Déjà, les lochies supprimées avaient repris leur cours; le ventre, perdu petit à petit sa sensibilité, le ballonnement

diminué, et les organes étaient rentrés peu à peu à leur place, sans la moindre trace de rougeur à la paroi de l'abdomen, qui s'est toujours maintenue très-froide au palper. Enfin le lundi matin, pour terminer la guérison si bien commencée, j'ai enduit tout le ventre d'une couche de collodion, suivant le système proposé par M. Robert-Latour; j'ai fait renouveler cette application soir et matin; j'avais fait incorporer au collodion 2 grammes de glycérine sur 100, pour le rendre moins siccatif. Cette substance est préférable à l'huile de ricin. La térébenthine est inutile.

Ce traitement, aidé de quelques pilules d'opium données le soir seulement et pendant les premiers jours, ainsi que 10 centigrammes de sulfate de quinine par jour contre un mouvement fébrile intermittent qui avait remplacé la fièvre primitive, consolida la guérison. La sécrétion lactée apparut le cinquième jour.

Le vendredi 19 janvier, la malade se levait pour la première fois; cessation du collodion; lavement miellé. Le sulfate de quinine est remplacé par des bols de quina.

Amélioration progressive pendant la semaine suivante. L'alimentation, qui n'avait jamais été complétement suspendue, fut augmentée; la malade mangeait de la viande dès le cinquième jour de la maladie. Un deuxième purgatif fut administré contre la montée du lait, et, le vendredi 26 janvier, Mme B..., complétement guérie, put retourner à son domicile. On lui recommanda, à son départ, le vin de quinquina au cacao et l'usage d'un ceinture hypogastrique.

En résumé, dans toute inflammation de l'utérus et de ses annexes, succédant à un accouchement, ou bien dans toute péritonite puerpérale plus ou moins généralisée, on peut, si la malade est robuste, employer les sangsues; mais il faudra proscrire ce moyen spoliateur chez toutes nos femmes lymphatiques, particulièrement celles des grandes villes, et le remplacer par la glace mise dès l'apparition du plus petit point douloureux, et non pas comme le veut M. Béhier, comme moyen préventif applicable à toutes les nouvelles accouchées. On devra surtout bannir de la médication l'onguent mercuriel, ce puissant débilitant, qui n'a d'autre action que d'affaiblir la malade, la prédisposer à la stomatite, à la perte de ses dents, et à tous les accidents qu'entraîne l'usage du mercure sans améliorer l'état local.

Au contraire, il faut aider l'action déjà tonique de la glace, par l'opium contre l'élément douleur, les analeptiques et le quina comme fortifiants, et l'usage d'un purgatif si le ballonnement s'accompagne de bosselures plus ou moins irrégulières à la superficie du ventre, et qu'il soit nécessaire de rétablir la contraction intestinale.

La glace, brisée par petits fragments, sera renfermée dans une ou deux vessies de porc ou de caoutchouc. On recouvrira l'abdomen d'une ou deux compresses longuettes, pliées en trois ou quatre doubles et sèches, et l'on placera sur ces compresses les vessies de glace, en maintenant le tout, par un bandage de corps très-larges et formant sac, au niveau des plis inguinaux pour empêcher la glace de glisser sur les cuisses de la malade, ce qui cause à celle-ci une sensation désagréable. Après quelques jours de ce traitement dès que la douleur a disparu et surtout la fièvre, on remplace la glace par le collodion glycériné qui, s'il n'a pas les propriétés que lui attribue M. le docteur Robert Latour, ainsi que M. le docteur Dohrn (de Marbourg) (voir la *Gazette hebdomadaire*, n° 46, 1865), peut au moins agir comme enduit compressif et réduire peu à peu l'abdomen à son volume normal, en même temps qu'il continue l'action de la glace en maintenant une température très-basse à l'abdomen, qui se trouve ainsi soustrait aux influences de l'air.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date le rôle attribué à la glace dans les inflammations, et le sentiment de son efficacité en pareil cas. On comprend très-bien que son mode d'action, alors surtout que l'on admet, avec MM. Pajot et Béhier, que le traumatisme qui succède à l'accouchement, place la malade dans les conditions d'une personne opérée récemment. Cette assimilation naturelle n'est-elle pas, pour nous, un trait de lumière qui éclaire ce genre de médication dans sa manière d'agir? Or tout traitement qui se fait comprendre ou par lui-même ou par son action, est un traitement rationnel; c'est dans ce principe qu'il puise à la fois sa valeur et sa légitime autorité. Peut-on en dire autant de l'onguent mercuriel, du sulfate de quinine ou de l'alcoolature d'aconit?

Donc laissons là ces médicaments dont le moindre défaut est la perte du temps précieux qu'on leur sacrifie, vulgarisons l'emploi rationnel du traitement remis à jour par M. Béhier, et n'oublions pas que nous devons tous nous efforcer de contribuer au progrès des sciences médicales et à l'abandon de la routine; car ici ce n'est pas le cas de dire *melius est sistere, quam progredi in tenebras.*

Dr E. Verrier.

OBSERVATION RARE DE LITHOTRITIE.

Par J. J. Cazenave, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, de Paris.

M. X..., habitant la campagne, âgé de soixante-quatorze ans, de haute taille, ayant des formes athlétiques, d'une excellente constitution, faisait beaucoup d'exercice, tantôt à pied, le plus souvent à cheval, et quelquefois en voiture.

Depuis près de trois ans ce malade urinait fréquemment, avec beaucoup de difficulté et de douleurs siégeant au col de la vessie et à l'extrémité de la verge. Il éprouvait aussi un sentiment habituel de pesanteur à l'hypogastre, rendait des urines un peu sanguinolentes, et finit par ne plus pouvoir supporter, ni l'exercice du cheval, ni la voiture, surtout quand il parcourait les chemins accidentés et rocailleux de la localité qu'il habitait.

Le docteur Bancal, de Bordeaux, fut consulté, fit deux explorations et ne découvrit aucun corps étranger dans la vessie. Le repos; des bains, des boissons tempérantes et un régime doux furent conseillés. Le malade se trouva mieux de l'usage de ces moyens. Néanmoins, la surveillance d'une grande propriété et les exigences de sa profession portèrent M. X... à secouer le joug, et à reprendre l'exercice du cheval et de la voiture. Mais après deux ou trois jours de ce retour à ses habitudes, force lui fut de garder sa chambre ou, tout au moins, de se borner à faire de courtes promenades dans son jardin.

Bien que M. X... se trouvât fort mal de négliger les conseils qui lui avaient été donnés, et que ses voies urinaires lui donnassent de douloureux avertissements, il n'en continua pas moins son genre de vie accoutumé après quelques jours de repos, et alla consulter un médecin qui lui conseilla de ne rien faire, mais surtout de ne pas permettre qu'on le sondât de nouveau.

A un an de là, M. X... me fit prier d'aller le voir à la campagne. Voici quel était son état : santé générale bien conservée; bon appétit, digestions faciles, très-régulières; émission des urines plus fréquente et plus douloureuse qu'aux époques précédemment signalées; un peu d'hématurie, surtout quand le malade avait marché.

Dès que je proposai à M. X... d'explorer l'urèthre, la prostate, le col de la vessie et la vessie elle-même, pour savoir à quoi m'en tenir sur l'état des voies urinaires, il s'étaya du conseil donné par l'honorable confrère qui lui avait très-instamment recommandé de ne pas se laisser sonder, et cela pour ne pas me permettre de recherche. Comme il était impressionnable et d'une rare pusillanimité, mais pour ce fait seulement, je n'insistai pas, prescrivis quelques moyens propres à calmer les douleurs qu'il éprouvait, et promis de le revoir au bout de sept à huit jours. Pendant cet espace de temps, M. X... eut deux hématuries qui l'effrayèrent. Je profitai de cette circonstance pour l'engager à me laisser agir, le persuadai, et pus immédiatement explorer la vessie. L'urèthre était large, et j'arrivai sans difficulté jusqu'à la prostate où j'éprouvai une résistance qui ne m'empêcha cependant pas de passer outre, et de pénétrer dans la vessie avec un lithomètre dont je dirigeai le bec en bas, dans le bas-fond, où je constatai la présence de deux calculs. L'un de ces deux calculs fut saisi par les mors de l'instrument explorateur, et donna trois centimètres de diamètre.

La famille de M. X... et M. X... lui-même conservèrent des doutes sur la sûreté de mon diagnostic touchant la présence de deux calculs dans la vessie, et me proposèrent une consultation, que je m'empressai d'accepter. Cette consultation, pour laquelle deux médecins très-distingués me furent désignés par le malade et par ses proches, les docteurs Chaumet et Gintrac père, ce dernier, notre savant directeur de l'École préparatoire de médecine de Bordeaux, cette consultation eut lieu dix jours après l'exploration que j'avais faite.

En ma qualité de premier occupant auprès du malade, j'introduisis un brise-pierre courbe dans la vessie, donnai sur les calculs et remis l'instrument du docteur Gintrac père, qui le retira d'abord en avant, jusqu'en deçà de la portion prostatique de l'urèthre. Le malade était effrayé, souffrait horriblement, et roidissait ses cuisses, bien qu'on lui recommandât de ne faire aucun effort. Notre éminent confrère eut à vaincre un spasme, une contracture spasmodique du col de la vessie, et à lutter inutilement contre les difficultés qui provenaient des contractions énergiques du réservoir des urines lui-même, qui coiffa les calculs. Étant dans l'impossibilité de manœuvrer le brise-pierre, qui était retenu comme par un étau à cause des contractions de la vessie, des spasmes de son col et de tout l'urèthre, le premier consultant, M. Gintrac père, céda la place au docteur Chaumet, qui parvint à dégager un peu l'instrument de sa triple étreinte, à lui imprimer des mouvements très-bornés, mais qui ne put rien savoir, rien découvrir.

Quoique je me sois évertué à dire à mes honorables confrères que j'avais saisi l'un des calculs, que j'en avais mesuré le diamètre, ils annoncèrent au malade qu'il était plus que probable qu'il n'avait pas la pierre, que son dérangement des voies urinaires était essentiel, et tout à fait indépendant de la présence d'un ou de plusieurs corps étrangers dans la vessie.

M. X... eut un très-violent accès de fièvre deux heures après les douloureuses et fort inutiles tentatives d'exploration dont je viens de parler, souffrit beaucoup toute la nuit suivante, urina plus difficilement que jamais, et décida qu'il me congédierait vu l'erreur grossière que j'avais commise en disant qu'il avait la pierre.

Sur ces entrefaites, M. Damblat, de Cestat (Gironde), que j'avais délivré d'un calcul par la lithotritie, eut besoin de prendre des renseignements auprès de M. X... pour une affaire, et s'enquit du mal qui le retenait dans son lit.

Cet entretien me valut un retour de confiance du malade, qui me supplia de commencer son traitement, dès qu'il serait moins souffrant.

Quatre jours après cet incident, et après avoir convenablement préparé M. X..., je fis une séance de lithotritie en présence et avec l'aide de mon excellent ami le docteur Dupont. L'introduction du brise-pierre fut facile, et je pris huit ou dix fois de suite un calcul, que je morcelai, et qui mesurait trois centimètres de diamètre.

Le malade fut doublement satisfait de cette séance, d'abord parce qu'il avait entendu très-distinctement, comme nous et mieux que nous, l'écrasement, la démolition du calcul, puis parce qu'il avait beaucoup moins souffert qu'il ne s'y était attendu.

Bain; cataplasmes de farine de lin au périnée et à l'hypogastre; quart de lavement émollient et froid toutes les quatre heures; petit-lait édulcoré pour boisson; quelques quartiers d'orange pour étancher la soif.

Un peu de fièvre quatre heures après l'opération; urines fréquentes claires et rendues par saccades douloureuses; quelques épreintes anales. Le malade rend du sable et un certain nombre de fragments de calcul quinze heures seulement après le débroiement. Dans la nuit un morceau de la pierre broyée s'engage dans le col de la vessie, et s'oppose à l'émission des urines. Le lendemain matin, de fort bonne heure, je repousse ce fragment dans la vessie, et fais uriner le malade.

M. X... passa les trois jours suivants dans un état de calme parfait quant au physique, me pressa de faire une seconde séance de lithotritie, me dit qu'il comptait sur une guérison très-prochaine, mais me parut être sous l'influence des plus graves préoccupations.

Grâce à la confidence, j'allais dire à l'indiscrétion d'un de ses parents, j'appris que le malade avait un procès dont l'issue l'inquiétait d'autant plus qu'il lui avait été suscité par ses enfants; que la plus grande partie de sa fortune serait compromise s'il le perdait, et que ses adversaires avaient été contraints, pour défendre leur cause, qui était juste en fait et en droit, de recourir à de très-regrettables extrémités. Par ce motif, et le procès devant être jugé dans la huitaine, je prétextai une indisposition pour ne pas être obligé de faire une seconde séance de lithotritie sous l'influence d'aussi fâcheuses impressions morales.

Plus M. X... approchait du terme fixé pour le jugement de son procès et plus on le voyait s'agiter, maudire le sort qu'on lui préparait, s'exprimer en termes véhéments contre les ingrats qui le poursuivaient, qui l'attaquaient dans son honneur, dans ses affections les plus chères, dans sa fortune, lui, ce vieillard déjà si malade, et qui avait à supporter de si douloureuses épreuves pour être délivré des hôtes dangereux que sa vessie contenait!

Il était dans cet état de surexcitation depuis quelques jours, lorsque, le 6 juillet, juste la veille du jugement de son procès, quelqu'un eut la maladresse de lui parler de cette affaire et de chercher à excuser la conduite des personnes qui étaient si acharnées à le poursuivre. Oh! alors il fut hors de lui, eut un accès de colère ardente, profonde, impétueuse, se sentit oppressé, eut de la chaleur et de la tension dans toute la poitrine, une titillation au larynx, une toux brève, par secousses, et une expectoration abondante de sang pur. Quand j'arrivai dans sa chambre, quelques moments après ce malencontreux entretien, la face était encore rouge et animée, le pouls vite, développé, fort et vibrant. Malgré l'âge avancé du malade et vu la gravité du mal et la force de sa constitution, je fis une saignée du bras d'environ 600 grammes, saignée après laquelle survinrent la lenteur, la petitesse du pouls, des lipothymies, des sueurs froides, et quelques vomiturations qui fatiguèrent beaucoup M. X... Une seconde pneumorrhagie eut lieu vers le milieu de la nuit suivante, mais moins abondante que la première. Le malade, que je vis immédiatement après ce nouvel accident, était pâle, très-faible, anhéleux, avait des lipothymies, le pouls petit et quelques pulsations attardées, irrégulièrement intermittentes.

Un pareil état s'opposant à ce que je réitérasse la saignée, je prescrivis un lavement fortement purgatif, des sinapismes promenés sur les membres pelviens, des manuluves sinapisés, un très large cataplasme, sinapisé aussi, recouvrant toute la partie postérieure de la poitrine, l'application de ventouses sèches sur le devant du thorax, des boissons acidulées froides, le mutisme et le plus grand silence dans la chambre du malade.

Je laissai M. X... assez calme dans la matinée du 7 juillet, mais étant toujours très-préoccupé de l'issue de son procès, et ne cessant de dire à sa femme que l'annonce de la perte de ce procès serait son arrêt de mort.

L'avoué de ce malheureux malade vint le même jour, à six heures et demie du soir, porter la fatale nouvelle : M. X... venait d'être condamné! Son attitude fut digne, calme, résignée en apparence, mais une heure après, des flots de sang furent expulsés par la bouche et par les narines : il mourut foudroyé!

Je fis l'autopsie le lendemain, 8 juillet, vingt et une heures après la mort, avec le concours de mes honorables confrères et amis les docteurs Artbaud et G. Dupont.

Habitude extérieure. — Rigidité cadavérique très-prononcée.

Crâne. — Cerveau et cervelet non-examinés faute de temps.

La poitrine et l'abdomen sont ouverts par une même coupe.

Thorax. — Le péricarde n'offre rien de particulier; le cœur est de volume normal et vide de sang.

Le poumon droit est sain, crépitant, exsangue à la coupe, et n'adhère nulle part à la plèvre costale.

Toute la cavité gauche de la poitrine est remplie d'un sang noir coagulé, qui s'est fait jour à travers trois déchirures profondes du poumon, dont presque tout le parenchyme a été détruit et comme brisé par l'abord impétueux du sang.

Abdomen. — Tous les organes contenus dans cette cavité sont sains.

Les reins et les uretères ne présentent rien de particulier.

La vessie est large, sans altérations de la membrane muqueuse, sans colonnes, et contient dans le bas-fond douze fragments de la pierre morcelée et deux calculs.

Ces deux calculs sont de couleur cire jaune, lisses, non articulés, de forme ovoïde, aplatis sur leurs deux faces; pèsent, l'un 37 grammes et l'autre 31 gr. 70. Le premier a 4 centimètres 1/2 de long, 3 centimètres 1/2 de large et 3 centimètres d'épaisseur. Le second a 3 centimètres et 2 millimètres de long, 2 centimètres de large et 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. Ces deux calculs contiennent, d'après l'analyse de M. Fauré, notre excellent chimiste, de l'acide urique, des urates alcalins, du phosphate de chaux et de la matière animale.

— Cette observation intéressante, eu égard à l'action des influences morales sur la marche des maladies, laisse un doute dans l'esprit. Y a-t-il eu une pneumonie latente dite des vieillards avec hémorrhagie consécutive, occasionnée médiatement par l'opération de la lithotritie? ou bien y a-t-il eu, comme le pense M. Cazenave, une apoplexie pulmonaire? Nous pencherions volontiers vers la première hypothèse. (*Note de la réd.*)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES VARICES

Et des ulcères variqueux.

Par M. le Dr Favre.

J'ai publié, il y a quelque temps, dans les *Archives de médecine et de chirurgie*, un travail sur le traitement chirurgical des varices et des ulcères variqueux. Quelques jours après, M. le docteur Rémond voulut bien m'adresser un ouvrier menuisier malade du bureau de bienfaisance, qui, atteint d'un ulcère de ce genre, se trouvait, depuis quatre ans, dans l'impossibilité de travailler et était tombé dans la plus affreuse misère. Cet homme avait en vain subi tous les genres de traitement employés journellement dans les hôpitaux ou conseillés aux consultations. Il ne marchait qu'avec une excessive difficulté, à l'aide d'un bâton; son ulcère était très-douloureux, il s'en écoulait une quantité considérable de sérosité purulente. Plu-

sieurs fois il avait été sur le point de guérir, puis au moment où la plaie paraissait tout près de se fermer, elle se rouvrait tout à coup de plus belle, et en quelques jours reprenait ses dimensions premières.

Je l'opérai le 5 mai ; le 19, quinze jours après, la guérison était complète.

Ces ulcères, indépendamment de leurs caractères variqueux, me paraissent tenir cette grande résistance à la guérison qui est si remarquable en eux, à ce que, dans les régions où ils se développent de préférence, c'est-à-dire aux deux tiers inférieurs de la jambe, la peau est tendue comme sur un moule, ce qui fait qu'elle a nécessairement, en raison de son élasticité propre, une très-grande tendance à se rétracter sur elle-même, dès qu'elle a subi une solution de continuité, ce qui entraîne l'écartement forcé des lèvres de la plaie. C'est, au reste, en tenant compte de cette disposition et en la faisant cesser, que j'ai vu guérir en quelques jours, et sans leur appliquer le moindre traitement, des ulcères qui duraient depuis des années, et qui avaient résisté à tous les topiques connus. Pour soustraire l'ulcère aux tiraillements des parties voisines, je l'isole de ces parties, en le circonscrivant dans un cercle d'incisions profondes qui dessinent une sorte d'îlot, au milieu duquel l'ulcération est abandonnée à elle-même. On assiste presque aussitôt à un double spectacle : les incisions s'élargissent presque instantanément, et l'ulcère au contraire se contracte sur lui-même, de manière à ne plus présenter bientôt que le tiers de son étendue primitive. Il semble enfin que l'on pourrait calculer à l'avance la largeur que devront prendre les plaies pour se prêter à la guérison de l'ulcère. Ainsi, chez le malade de M. le docteur Rémond, l'ulcère était situé à la jambe droite, un peu au-dessus de la malléole externe. Je fis tout d'abord deux incisions courbes qui, se joignant à leurs extrémités, circonscrivaient l'ulcère dans un îlot de 12 centimètres de longueur sur 8 de largeur. Il se rencontra une veine de fort calibre, je la divisai en entier, et j'eus soin d'en disséquer les bouts, pour empêcher tout rapprochement. Je disséquai aussi les bords de l'îlot pour leur donner la liberté de se rétracter ; je plaçai quelques fragments d'agaric sous ces bords pour les relever, et je pansai à plat.

Aussitôt l'opération faite, il suffit de comprimer pendant quelques instants les plaies avec la paume de la main pour arrêter l'hémorrhagie.

Il n'y eut pas de fièvre, pas le moindre accident.

Au bout de quatre jours, on appliqua un appareil de bandelettes agglutinatives en bottine ; au quatrième pansement, quinze jours juste après l'opération, toutes les plaies étaient cicatrisées. Les incisions, par l'écartement de leurs bords, ont pris une largeur énorme, l'ulcère au contraire est tout rétréci ; il n'en reste plus aujourd'hui qu'une sorte de noyau induré et compacte.

Il y a une dizaine d'années que j'ai publié déjà dans la *Gazette des hôpitaux*, une série d'opérations de ce genre ; depuis, j'en ai pratiqué chaque fois que l'occasion s'est présentée, et je n'ai jamais rien vu survenir de regrettable ; l'ulcère n'a résisté que chez une vieille dame, qui a été dans le temps abîmée par la vérole, et par un traitement mercuriel trop violent. J'ai coupé mainte et mainte fois de très-grosses veines, même des nodosités variqueuses, sans qu'il en résultât rien de fâcheux. C'est ainsi qu'il y a un an environ, j'ai divisé une flexuosité veineuse grosse comme le petit doigt, chez une femme qui avait la jambe perdue sous des nodosités variqueuses énormes ; il n'est survenu aucun accident, les nodosités ont disparu complétement sur certains points ; sur d'autres, elles se sont considérablement affaissées. On m'a prédit que ces opérations pratiquées ainsi sur les veines donneraient lieu quelque jour à une série de phénomènes redoutables, et je ne suis pas sans savoir que l'on a eu effectivement de grands malheurs à déplorer à une époque où on liait les veines, où on les ligaturait sur des épingles, où on les transperçait, etc. ; mais je puis affirmer que, dans le nombre des cas déjà assez nombreux qui se sont présentés à mon observation, je n'ai rien vu qui fût de nature à me donner des appréhensions sérieuses. Il faut dire aussi qu'il y a une forte différence, au point de vue de la simplicité, entre ces opérations pratiquées jadis, et cette section que je propose, laquelle n'est presque pas autre chose que la phlébotomie ordinaire.

Dès le quatrième jour, il est préférable d'appliquer des bandelettes agglutinatives faisant le tour du membre et exerçant même une certaine pression. L'étranglement qui s'ensuit a pour résultat de faire perdre de leur volume aux parties inférieures du membre, et comme les téguments ne perdent rien de leurs dimensions, ils jouissent ainsi momentanément d'un excès relatif d'étendue très-favorable à la cicatrisation.

En somme, cette opération que l'on ne proposerait pas au début de la maladie, mais qui peut très-bien être considérée comme *ultima ratio*, quand tous les autres moyens ont échoué, est simple, sans danger efficace, et, chose rare, ses résultats justifient d'une manière mathématique, pour ainsi dire, les données théoriques sur lesquelles elle s'appuie.

DU TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE

Par les fleurs de soufre.

Dans notre numéro de samedi 28 juillet, nous avons publié une lettre du docteur Lagauterie, destinée à établir les avantages de la *fleur de soufre* appliquée contre l'angine couenneuse et le croup considérées par ce médecin comme des maladies parasitaires. Il importe de savoir que cette idée et l'emploi des fleurs de soufre appartiennent à M. le docteur Jodin ; qu'elles se trouvent dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences;* dans le *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, de MM. Bouchut et Després (article ANGINE) ; enfin dans le *Traité des maladies de l'enfance*, de M. Bouchut (4[e] édition).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A Marseille, l'intensité du choléra se maintient au même degré ; il y a entre 15 et 20 décès cholériques par jour.

Dans le département du Nord, plusieurs localités ont été envahies.

— L'état sanitaire de Paris est toujours assez satisfaisant.

— Le concours pour deux places de médecin du bureau central a été terminé par la nomination de MM. Peter et Blachez.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 1[er] août, à huit heures du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 20.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, du choléra et de son traitement, par les membres de la Société ;

2° Considérations sur la phthisie aiguë, par M. le docteur Gaye ;

3° Communications diverses, par MM. les docteurs Aug. Mercier, Dupré, Galezowki.

— L'inauguration du buste d'Amédée Bonnet vient d'avoir lieu à l'hôtel de ville d'Ambérieu avec beaucoup de solennité.

M. le docteur Travail, maire d'Ambérieu, a donné une intéressante biographie de Bonnet ; puis MM. Diday et Teissier (de Lyon) ont prononcé un discours sur l'illustre chirurgien lyonnais.

— On demande un interne à l'asile des aliénés de Bonneval, Eure-et-Loir. Logement, chauffage, éclairage, nourriture et mille francs d'appointements.

Six inscriptions au moins seront exigées.

S'adresser au directeur.

Le grand dictionnaire vient de mettre en vente les fascicules trente-neuvième et quarantième. La partie biographique et historique tient une large part dans ces 80 pages à 4 colonnes de 120 lignes chacune. On y trouve Bayle, le philosophe ; Bazin, le compositeur ; Béatrix (du Dante) ; Beaumarchais, le précurseur de la révolution ; Beccaria, le célèbre auteur des délits et des peines ; Beethoven, l'immortel créateur de la symphonie ; Beaurepaire, dont la mort avait été jusqu'ici un problème historique, et enfin la capitulation de Beylen, au sujet de laquelle les historiens sont encore aujourd'hui partagés pour la part de responsabilité qui revient à l'infortuné général Dupont. Prix de la souscription à l'œuvre complète, 200 fr. payables en deux billets à ordre d'égale somme à six et à douze mois. Incessamment ce prix sera porte à 300 fr. ; au 1[er] janvier 1867 la souscription sera fermée. S'adresser à M. P. Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Des lésions de l'intestin dans les hernies, par E. NICAISE, docteur en médecine, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. Un volume in-8° de 120 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Germer-Baillière.

De la théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques, par le docteur Ernest ONIMUS. Brochure in-8° de 95 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Germer-Baillière.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 90. — JEUDI 2 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 2 AOUT 1866. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er AOUT 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Velpeau a pris la défense de la presse à propos d'un article de la *Gazette hebdomadaire*, signé par M. Le Fort, et que M. J. Guérin avait cruellement jugé dans le dernier numéro de la *Gazette médicale*. M. J. Guérin a protesté.

Quoique la *Gazette médicale* nous ait aussi décoché quelques petites flèches à propos de nos premiers-Paris, nous ne croyons pas qu'il soit besoin de recourir à la parole puissante de M. Velpeau pour venger les journalistes. L'article de M. Le Fort n'était pas un compte rendu académique, il sollicitait une réponse; elle a été dure, soit! et libre au polémiste de répondre; mais l'Académie ne doit aucun secours à nos journaux.

M. Velpeau qui est le plus glorieux modèle des travailleurs, peut étendre sa sollicitude sur tous ceux qui travaillent ou qui écrivent, sans perdre rien de sa grande autorité; mais qu'il nous soit permis de faire appel à sa générosité : c'est trop de forces unies contre M. J. Guérin.

Nous sommes tous d'avis que l'honorable académicien demande plus qu'il ne lui revient, nous pensons que beaucoup de ses vues philosophiques, si raisonnées qu'elles soient, s'inclineront tôt ou tard devant l'expérience des modernes et une longue observation, mais il serait injuste de lui refuser tout, et ce n'est pas une raison pour traiter comme le dernier venu un des vaillants agitateurs scientifiques de notre temps. Depuis bientôt quatre ans que nous suivons dans ce journal les étés de l'Académie de médecine, nous avons toujours vu en effet M. J. Guérin sur la brèche, remuer des idées vraies ou paradoxales, et combattre pour son autel avec autant de courage que de passions.

M. J. Guérin nous a dit que nous étions la suite de hauts barons de la chirurgie. Pourquoi ces mots amers? Si nous sommes de ceux qui ont une place dans leur affection pour leur maître comme pour leur pays et pour leur métier, nous n'avons pas appris pour cela à haïr celui que nous contredisons, et nous n'avons à son égard aucune aigreur.

M. J. Guérin répondra à M. Velpeau dans la prochaine séance. Puisse l'irritation disparaître de ce débat où un côté personnel a pris malheureusement trop de place, puisse cette discussion stérile s'arrêter!

Le lecteur verra avec satisfaction que M. Lebert a été nommé correspondant étranger à une majorité énorme. M. Magnus Huss, un des hommes les plus remarquables de la médecine étrangère, n'a eu que 2 voix. Nous sommes persuadés que ce vote d'hier a été moins une marque d'indifférence à l'égard de l'auteur de l'alcoolisme, qu'une manière de réparer une méprise à l'égard de M. Lebert. — Dr Armand Desprès.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Anatomie pathologique de la goutte viscérale. Pathologie comparée de la goutte.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Si la goutte était une affection plus commune dans nos hôpitaux, il est probable que nous connaîtrions mieux l'anatomie pathologique des lésions viscérales qui peuvent résulter de cette diathèse. Mais, comme vous le savez, l'occasion de faire l'autopsie d'un goutteux se présente rarement en France; les auteurs anglais sont mieux partagés sous ce rapport, et ils nous ont fourni quelques détails intéressants à ce sujet. Cependant, d'une manière générale, on peut dire que la question est peu connue, au moins sous le rapport des lésions anatomiques. La néphrite goutteuse fait seule exception à cette règle; aussi l'étudierons-nous avec un soin particulier, après avoir rapidement esquissé l'état de nos connaissances, pour ce qui touche aux autres affections viscérales de la goutte.

I. Nous aurons à étudier la question sous un double point de vue. Nous examinerons d'abord ces phénomènes singuliers connus sous le nom de *rétrocessions goutteuses;* nous aurons ensuite à parler des altérations profondes, qui, par une lente évolution, peuvent se développer au sein des organes, sous l'empire de cette diathèse.

Les *rétrocessions goutteuses* sont en général des accidents survenus sous l'influence de quelque lésion organique d'ancienne date. Telles sont par exemple les hémorrhagies cérébrales, ou les ruptures du cœur. Mais il existe quelques faits bien observés, quoiqu'en petit nombre, qui peuvent être considérés comme des exemples satisfaisants de ces rétrocessions. La science possède trois exemples authentiques de goutte remontée à l'estomac; on les doit à Dietrich, Budd, et Parry. Dans ces trois cas, on a constaté l'existence d'un gonflement œdémateux du tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac, dont la cavité contenait une matière noirâtre de nature douteuse.

Les *affections organiques,* qui résultent de la goutte sont en général peu connues, ainsi que nous venons de le dire.

A. Le cœur est souvent affecté de dégénérescence graisseuse. S. Edwards, Lobstein, et quelques autres observateurs ont trouvé de l'urate de soude dans l'épaisseur de ses valvules, mais l'exactitude de ce fait est contestée par Garrod;

B. L'aorte est souvent le siége d'altérations athéromateuses; en outre, Brawson, Bence Jones, et Landerer, ont rencontré dans ses parois de l'urate de soude;

C. La présence de ce produit a été signalée dans les ramifications bronchiques, par Bence Jones;

D. Jusqu'ici, aucune altération spéciale n'a été constatée dans le cerveau, ni dans les artères encéphaliques.

E. Nous allons maintenant passer à l'étude des lésions du rein; et nous trouverons ici un grand nombre de faits intéressants à signaler à votre attention.

On comprend ordinairement, sous le nom de *néphrite goutteuse,* toutes les altérations des reins dans la goutte; mais il en existe au moins deux espèces bien définies.

En premier lieu, nous trouvons l'affection désignée par M. Roger sous le nom de néphrite goutteuse; on pourrait l'appeler la *gravelle du rein.* Elle présente les caractères de la néphrite chronique interstitielle; mais elle est surtout caractérisée par des infractus de sable, d'acide urique, quelquefois à l'état cristallin. Ces dépôts se rencontrent : 1° à la surface du rein, et dans l'épaisseur de la substance corticale; 2° dans les mamelons et les papilles; 3° dans les calices et les bassinets; en général, les concrétions sont plus volumineuses sur ce dernier point.

Les symptômes de cette affection sont ceux de la gravelle rénale; mais il est probable que l'ischurie goutteuse en est la conséquence, au moins dans certains cas.

On peut rencontrer ces phénomènes en dehors de la goutte; mais il est incontestable que cette maladie révèle au moins une forte prédisposition à cet égard.

En second lieu, nous rencontrons la néphrite goutteuse proprement dite : c'est le *rein goutteux* des auteurs anglais. Signalée par M. de Castelnau en 1843, elle a été bien décrite par Todd et Garrod. Elle se caractérise anatomiquement : A. par des infractus d'urate de soude, sous forme de traînées blanchâtres (*rohite streaks*); on les rencontre dans la substance tubuleuse (jamais dans la substance corticale), et quelquefois dans les mamelons; ils se présentent au microscope sous forme d'aiguilles cristallines, qui siégeraient, d'après Garrod, dans l'intervalle des tubes urinifères. Mais nous avons démontré qu'ils ont leur point de départ dans la cavité même des tubes urinifères, qu'ils obstruent (1).

B. Par des altérations concomitantes du rein, qui correspondent aux lésions ordinaires de la maladie de Bright.

Il existe d'abord une néphrite parenchymateuse (2) qui peut se montrer à deux degrés différents. Au premier degré, le rein conserve son volume ordinaire; mais la substance corticale s'épaissit et présente une teinte jaune. Les corpuscules de Malpighi sont injectés; les tubules urinifères sont remplis de cellules épithéliales distendues, opaques, et remplies de granulations graisseuses ou protéiques.

Au second degré, on trouve une atrophie de la substance corticale, et cet état granuleux du rein, qui appartient en propre à la maladie de Bright.

Mais, en dehors de la néphrite parenchymateuse, on rencontre aussi la néphrite interstitielle qui correspond au rein goutteux (*gouty kidney*) des auteurs anglais.

Elle est caractérisée surtout par un épaississement du tissu conjonctif intermédiaire aux tubules avec prolifération des noyaux : le rein a diminué de volume; il est ridé, grenu, rugueux à la surface. La substance corticale est notablement atrophiée. Jamais, dans cette affection, on n'a vu les reins présenter l'état lardacé.

Ces altérations, d'après Garrod, se montrent dans tous les cas de goutte invétérée, dans lesquels l'autopsie est pratiquée. Elles peuvent exister de bonne heure; on les a rencontrées après sept ou huit accès. Dans un cas observé par Franke, les symptômes de cette affection rénale se sont montrés un an seulement après les premières manifestations de la goutte. Ce serait là une forme viscérale de la maladie.

Bien que les altérations du parenchyme rénal, en dehors des dépôts d'urate de soude, ne diffèrent en rien de celles qui existent dans la maladie de Bright ordinaire, les symptômes propres à cette albuminurie goutteuse, se font remarquer par leur bénignité, par le faible degré d'intensité qu'ils présentent. Nous ne voulons pas insister sur ce point qui se rattache à la symptomatologie.

On peut rapporter à cet ordre de causes plusieurs accidents qui figurent assez souvent dans le cortége symptomatique de la goutte. Ainsi la *dyspepsie* est souvent aggravée, sinon créée de toutes pièces, par cet état pathologique du rein; l'œdème en est souvent une conséquence. On peut observer chez les goutteux l'anémie à forme convulsive ou comateuse; elle se rattache bien évidemment à l'état du rein. L'apoplexie cérébrale, l'hypertrophie du cœur, peuvent également passer pour des conséquences éloignées de la lésion rénale.

Ici se termine, messieurs, l'exposé des lésions anatomiques qui caractérisent la diathèse goutteuse. Mais avant d'abandonner ce sujet, je crois utile de vous placer sous les yeux certains faits de *pathologie comparée* et de *pathologie expérimentale,* qui me paraissent de nature à éclairer d'une vive lumière les questions que nous avons déjà soulevées, et celles que nous aborderons par la suite.

La goutte peut-elle exister chez les animaux? Et en supposant qu'elle existe chez eux, produit-elle des effets comparables à ceux dont elle afflige l'espèce humaine?

Dans un ouvrage récent sur la pathologie comparée, Gleisberg répond par la négative; il fait observer, avec raison, que la plupart des affections qui ont été désignées sous ce nom, doivent être rapportées au rhumatisme chronique. Il est incontestable, en tout cas, que chez certains animaux, il se développe une affection fort analogue à la goutte de l'homme, et caractérisée comme celle-ci, par des dépôts d'urates dans les divers tissus.

Ce n'est point chez les mammifères que nous trouverons nos points de comparaison, comme l'analogie vous aurait conduit à le supposer, mais chez les oiseaux et chez certains reptiles maintenus en captivité et placés dans des conditions spéciales.

On sera moins étonné de trouver, chez ces deux grandes classes d'animaux, une affection qui présente quelque ressemblance avec la goutte, si l'on réfléchit que chez eux le travail de désassimilation, ainsi que l'ont prouvé Davy et d'autres chimistes, ne produit pas de l'urée, mais bien de l'urate d'ammoniaque. C'est donc ce dernier produit qui seul se trouve dans les urines.

Messieurs, les auteurs de divers traités sur l'ornithologie vous apprendront qu'il peut exister, chez divers oiseaux, des lésions fort analogues à celles de la goutte. Aldrovandi nous apprend que les faucons sont sujets à présenter autour des doigts des tumeurs formées par des amas de matière gypseuse. Cette maladie est incurable.

Il existe des faits analogues chez les perroquets. Bertin d'Utrecht a trouvé, chez le Psittacus grandis, des tumeurs *uratiques* au voisinage des jointures et des infractus analogues dans les articulations et dans les reins.

Des lésions du même genre ont été signalées chez les reptiles; Pagenstecher a vu les reins et les jointures affectées de cette manière chez l'alligator sclérops. Chez les ophidiens, ces altérations peuvent exister dans les reins; chez la tortue, Bertin a également trouvé des lésions articulaires et rénales.

Il est curieux de rencontrer chez des animaux aussi peu voisins de l'homme, des lésions aussi analogues sous tous les rapports à celles de la goutte. Mais un fait bien plus remarquable encore, c'est que ces lésions peuvent être artificiellement provoquées par l'expérimentation physiologique. C'est ce qui résulte d'un intéressant travail publié à Tubingue, par M. Lolesky.

Cet observateur a lié les uretères chez des poules, des oies et des couleuvres (*Coluber natrix*). Les premiers phénomènes morbides se déclarent de douze à quinze heures après l'opéra-

(1) Charcot et Cornil, *Mémoires de la Société de biologie*, 1864.

(2) *Loc. cit.*

tion. La vie se prolonge deux ou trois jours. Après la mort, on trouve de l'urate de soude dans les viscères suivants :

1° Les reins en présentent dans les tubules, mais non dans la substance corticale. Les uretères en renferment également ;

2° Les lympathiques, les membranes séreuses, le tissu cellulaire, les capsules de tous les organes, en sont imprégnés ;

3° Les follicules de l'estomac en renferment une quantité notable ;

4° On en trouve dans les valvules du cœur ;

5° Les jointures en présentent des accumulations considérables *intus* et *extra*.

Les muscles ne renferment aucun dépôt d'urate de soude ; mais le suc musculaire contient beaucoup d'acide urique.

Le cerveau et ses enveloppes paraissent en être complétement exemptés.

Pour ce qui touche aux liquides de l'économie, le sang contient des quantités notables d'acide urique, et l'on trouve, après la mort, des grumeaux composés d'urates alcalins.

Enfin la vésicule biliaire contient une énorme quantité d'urate de soude ; nouvelle coïncidence avec la pathologie humaine, car, chez l'homme, on trouve quelquefois, d'après Frerichs, des calculs dans la vésicule biliaire, qui sont composés d'urate de soude.

Pour qu'il soit possible d'accepter ces données sans réserve, il faudrait renouveler ces expériences et les varier ; il faudrait étudier, par exemple, les effets produits par la ligature d'un seul uretère, et chercher si, après un certain espace de temps, on n'arriverait pas aux mêmes résultats. Il n'en est pas moins vrai que les expériences de M. Zalesky présentent un grand intérêt et méritent d'être prises en sérieuse considération.

Messieurs, bien que cette excursion sur le domaine de la pathologie comparée puisse vous paraître un peu étrangère à la clinique, il ne faut point vous étonner de l'importance que nous attachons à ces faits ; nous les retrouverons à l'époque où nous chercherons à discuter la théorie physiologique de la goutte.

TOXICOLOGIE.

Sur les propriétés toxiques du sulfure de carbone, et sur l'emploi de ce liquide pour la destruction des rats et des animaux nuisibles qui se terrent,

Par M. S. Cloez.

(Présenté par M. Chevreuil à l'Académie des sciences, séance du 23 juillet.)

Le sulfure de carbone, mélangé à l'état de vapeur avec une masse d'air considérable, peut être introduit dans les organes respiratoires de l'homme et des animaux sans produire de troubles immédiats ; cependant un pareil mélange ne peut pas être respiré impunément pendant longtemps.

Lorsque l'air respiré, au lieu de contenir seulement quelques millionièmes de vapeur de sulfure de carbone, en renferme environ 1/20 de son volume, le mélange agit alors rapidement sur l'économie animale, et, si l'on n'arrête pas à temps son action, il détermine la mort infailliblement.

Les effets toxiques du sulfure de carbone ont été constatés expérimentalement sur diverses espèces d'animaux prises parmi les mammifères, les oiseaux et les reptiles.

Première expérience. — Un rat de forte taille a été placé dans une cloche tubulée de verre, de 17 litres de capacité, où l'on avait mis d'avance un tampon de coton imprégné de sulfure de carbone. Dans les premiers instants, l'animal est resté parfaitement calme, il a paru s'assoupir ; mais, au bout d'une demi-minute, il a commencé à s'agiter vivement en cherchant à se soustraire à l'odeur du sulfure : bientôt ses mouvements se sont ralentis, il a éprouvé quelques secousses convulsives, puis il est tombé sur le flanc en continuant à respirer ; mais peu à peu la respiration a diminué, et la mort est arrivée quatre minutes après le commencement de l'expérience.

A l'ouverture du cadavre on a constaté une congestion sanguine dans toute la masse du poumon : le cerveau ne présentait aucune lésion ; les cavités du cœur étaient remplies de sang noir, l'oreillette droite de cet organe a continué à se contracter pendant plus de deux heures après la mort de l'animal. Les globules du sang, examinés au microscope, n'ont paru ni déformés ni altérés.

Deuxième expérience. — Un lapin adulte a été tenu pendant quelques minutes le nez placé au-dessus d'une éponge imprégnée de sulfure de carbone ; l'animal est resté d'abord bien tranquille, il s'est débattu ensuite faiblement, on l'a laissé libre alors, mais il n'était déjà plus maître de ses mouvements, il paraissait ivre ; on l'a forcé de nouveau à respirer l'air chargé de vapeur de sulfure, de manière à produire une insensibilité de tous les membres, sans aller jusqu'à la mort de l'animal. On a observé ici les mêmes phénomènes que dans la première expérience. On a enlevé l'éponge imprégnée de sulfure au moment où la mort parut imminente. Le lapin abandonné dans cet état est resté près d'une demi-heure sans bouger, sa respiration s'est rétablie lentement ; au bout d'une heure il essayait de lever la tête et de se dresser sur ses pattes, mais les membres postérieurs étaient encore paralysés ; une heure plus tard l'animal était debout et mangeait comme s'il ne lui était rien arrivé.

La *troisième expérience*, faite également sur un lapin, est la répétition de la seconde, avec cette différence que l'action du sulfure a été prolongée jusqu'à la mort de l'animal, arrivée au bout de neuf minutes. A l'autopsie, on a constaté une congestion sanguine à la base des poumons ; le cœur ayant été extrait du corps de l'animal avec les organes respiratoires, on a constaté que l'oreillette droite a continué de se contracter pendant plus de cinq heures.

Le sulfure de carbone paraît agir plus rapidement encore sur les oiseaux que sur les mammifères ; son action sur les reptiles est au contraire beaucoup plus lente, comme on pouvait le prévoir : les essais ont été faits sur des moineaux et sur des grenouilles.

L'application du sulfure de carbone à la destruction des animaux qui se terrent a été faite au muséum d'histoire naturelle sur les rats qui pullulaient dans diverses parties de l'établissement, principalement du côté des animaux féroces et dans le voisinage du laboratoire de physiologie comparée.

Le sulfure de carbone se fabrique aujourd'hui en grand. On peut se le procurer dans le commerce à raison de 80 centimes à 1 franc le kilogramme. Le mode d'emploi de ce liquide pour la destruction des rats est très-simple. On prend un bout de tuyau de plomb de 1 mètre à 1m,20 de long et de 20 millimètres de diamètre. Ce tuyau flexible est ouvert à ses deux extrémités ; un petit entonnoir de fer-blanc de forme cylindro-conique s'adapte par la douille à l'orifice supérieur ; on a soin en outre de percer latéralement quelques trous dans la paroi du tube près de son extrémité inférieure pour faciliter l'écoulement du liquide dans le cas où l'orifice du tuyau se trouverait bouché par de la terre.

Avant d'appliquer sur une grande échelle le sulfure de carbone à la destruction des rats, j'ai fait un essai préliminaire dans la petite allée conduisant au laboratoire de physiologie comparée. Il y avait là, sur un espace de 50 mètres carrés, plusieurs trous habités et communiquant entre eux par des galeries souterraines ; on a fait pénétrer le plus loin possible le tube de plomb dans un des trous, et l'on a bouché provisoirement tous les autres avec des tuiles. On a mesuré alors environ 50 grammes de sulfure de carbone dans un petit flacon jaugé, et on a versé le liquide dans l'entonnoir. On a attendu quelques minutes pour retirer le tube, puis on a bouché le trou avec de la terre, en ayant soin de la tasser fortement.

La même opération ayant été faite successivement dans tous les trous, on a attendu jusqu'au surlendemain pour voir l'effet produit. J'avais acquis la certitude, pendant l'expérience, que les terriers étaient habités, car j'avais aperçu plusieurs rats traversant les galeries souterraines ; or, deux jours après, on trouva tous les trous bouchés. J'en ai conclu que les rongeurs qui s'y étaient réfugiés étaient morts asphyxiés.

Pour vérifier le fait, on a retourné le sol à la bêche. Sur une étendue de 20 mètres environ, on a déterré ainsi quatorze cadavres de rats asphyxiés dans leur demeure. L'expérience était complète et suffisante, mais de nombreux essais faits depuis lors au muséum ont confirmé de plus en plus ces premiers résultats.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX (1),

Par M. le Dr Fano, professeur agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris.

Au milieu des progrès rapides qu'a fait la médecine dans ces dernières années, l'ophthalmologie a tenu constamment une des premières places. La découverte de l'ophthalmoscope et les progrès accomplis dans l'étude de l'optique de l'œil, ont jeté une nouvelle lumière sur la pathologie oculaire et ouvert de nouvelles ressources pour la guérison des amblyopies considérées pendant longtemps comme incurables. Telle est l'histoire du glaucôme, incurable avant notre époque, et pour laquelle le génie de M. Graefe a trouvé le moyen de guérison radicale. L'iridochoroïdite est devenue bien moins terrible depuis que M. Desmarres père a démontré qu'on peut arrêter sa marche par l'opération inventée et décrite par lui sous le nom d'iridorrhexie. On peut dire autant des tumeurs lacrymales, dont le traitement et la guérison sont devenus si simples et si faciles par la méthode ingénieuse de M. Bowmann, de Londres. M. Donders, d'Utrecht, a rendu possible la guérison, au moyen des lunettes, des amblyopies congénitales, qui n'étaient dues qu'à un vice de réfraction, tel que astigmatisme, hypermétropie, etc.

Ces progrès de l'ophthalmologie devaient attirer beaucoup de praticiens sur le champ d'investigations des altérations de l'œil, et en même temps faire naître une nécessité de vulgariser les inventions ophthalmologiques parmi tous les praticiens. C'est ainsi que nous avons vu paraître dans ces dernières années plusieurs traités des maladies des yeux en France, en Angleterre et en Allemagne. De ce nombre est l'ouvrage de M. Fano, sur lequel nous voulons appeler l'attention du public médical.

C'est un travail remarquable sous beaucoup de rapports ; il est rempli de science et d'érudition, son style est clair et attrayant, l'exposition du sujet est facile, et en peu de mots l'auteur sait rendre la matière qu'il traite accessible à tout le monde. C'est un mérite réel et incontestable d'un ouvrage spécial, que l'on chercherait en vain dans bien d'autres ouvrages récents de ce genre.

L'ouvrage de M. Fano acquiert d'autant plus d'importance qu'il est basé sur des études pratiques et personnelles faites à sa Clinique, et corroboré par des observations et des opinions des hommes éminents dans la science. Un esprit d'impartialité noble et digne a guidé l'auteur dans son entreprise ardue ; en rendant justice à tous sans distinction de nationalité ni sans parti pris, il n'a cherché partout que la vérité.

M. Fano commence donc son ouvrage par l'ophthalmoscopie, où il expose toutes les méthodes qui sont employées pour l'examen des yeux malades. C'est un résumé très-intéressant du diagnostic de toutes les maladies des yeux, mais est-il bien utile à cette place ? Le titre ophthalmoscopie convient-il à ce chapitre ? Avant la découverte de l'ophthalmoscope on donnait le nom d'ophthalmoscopie à cette partie d'ophthalmologie qui contient l'exploration méthodique et symptomatologique de l'œil et de ses annexes, des paupières, des orbites, des cornées, des voies lacrymales, etc. Aujourd'hui que nous connaissons l'ophthalmoscope et les résultats de l'examen à l'aide de cet instrument, on est convenu d'appeler sous le nom d'ophthalmoscopie, l'étude des maladies profondes de l'œil à l'aide de cet instrument ; c'est pourquoi il nous semblerait rationnel d'exclure de ce chapitre tout ce qui n'est pas du domaine de l'ophthalmoscope ; autrement, il y aura de la confusion inévitable. Un autre inconvénient est résulté de cette étude préliminaire au début de l'ouvrage. L'auteur, en commençant son ouvrage par l'indication des règles pour l'examen de toutes les maladies de l'œil, se trouve constamment forcé de parler de diverses altérations, qui ne sont pas encore connues au lecteur. Ainsi, en parlant de l'éclairage latéral de l'œil, il indique les règles pour diagnostiquer certaines kératites vasculaires et plastiques disséminées, des fausses membranes pupillaires, des cataractes corticales antérieures et postérieures, des synéchies postérieures, etc. Eh bien, comment apprendra-t-il à faire le diagnostic des affections, quand leur définition est encore inconnue au lecteur ? En faisant la description de l'examen de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, il se sent obligé de parler du synchisis étincelant, de la rétinite pigmentaire et albuminurique, de la choroïdite disséminée, etc., sans lui avoir donné l'idée de ce que sont ces maladies. L'auteur a compris lui-même l'inconvénient de cette anticipation et a vu que toute cette section constituerait un langage des hiéroglyphes pour celui qui commence l'étude de l'ophthalmologie, car il a trouvé nécessaire de faire dans ce chapitre une description abrégée de ces diverses altérations, avec des observations et des planches en chromo-lithographie. Ces planches sont loin de donner une idée bien exacte de ce qu'on voit dans le fond de l'œil ; ces mêmes affections sont décrites plus longuement dans le deuxième volume. Nous ne comprenons pas cet éparpillement du même sujet dans les différentes parties de l'ouvrage. Ne serait-il pas plus rationnel de ranger toute l'ophthalmoscopie dans des chapitres consacrés spécialement aux maladies de la rétine, de la choroïde, etc. ?

Une des parties remarquables du travail est celle qui a trait à l'étude de l'acuité de la vision, du champ visuel, de la myodesopie, du daltonisme et des phosphènes.

La question de la myodesopie ou mouches volantes physiologiques et pathologiques est développée avec une grande clarté ; cette étude est basée sur les recherches faites par Mackenzie et vérifiées ensuite par les observations personnelles de l'auteur. Dans les mouches volantes pathologiques, si un corpuscule est placé dans la partie la plus reculée du corps vitré, tout près de la rétine, ce corpuscule viendra former au-devant de l'œil, comme dit très-bien M. Fano, une image renversée. Les mouches physiologiques sont aussi dues à des corpuscules nageant dans l'humeur vitrée, mais ils sont si petits qu'on ne les retrouve point, et sous ce rapport nous ne partageons pas l'opinion de l'auteur, que les plus petites parcelles étrangères contenues dans ce milieu réfringent se découvrent facilement, quand on a eu soin de dilater au préalable la pupille. L'examen le plus minutieux ne m'a pas permis de découvrir un nombre notable de fois ces corpuscules, que les malades voient voltiger devant leurs yeux.

En parlant du daltonisme, l'auteur remarque que certaines affections cérébrales sont parfois suivies de ce défaut. Les couleurs jaune et bleue sont celles dont la perception subsiste le plus longtemps. Ce phénomène est tout à fait conforme à nos propres observations, et nous l'avons signalé déjà dans une de nos précédentes publications (1).

Une des parties les plus importantes de l'ouvrage est incontestablement la section IIe, qui embrasse les maladies de l'orbite. L'auteur commence par faire une histoire détaillée des blessures de l'orbite dans toutes ses variétés ; il examine successivement les plaies par instruments piquants, tranchants, par armes à feu, etc. Il analyse à cette occasion tous les rapports qui peuvent exister entre ces altérations et l'affaiblissement ou la perte totale de la vue. Il rejette à juste titre l'influence directe et immédiate de la blessure du nerf frontal sur la vision. Pourtant cette opinion prévalait depuis trop longtemps dans la science. L'amaurose dans ces cas est, d'après M. Fano, la conséquence d'une lésion par contre-coup du globe oculaire lui-même ou de la substance cérébrale.

En parlant des phlegmasies de l'orbite, l'auteur n'a pas oublié d'analyser dans un article spécial l'inflammation de l'appareil vasculaire de l'orbite, ce qui est d'autant plus important que nous ne trouvons aucune mention de cette maladie dans d'autres ophthalmologies même les plus récentes. Les phlegmasies de la veine ophthalmique pourtant ont été vues, comme dit M. Fano, un certain nombre de fois, et M. Thibault (*Thèses de Paris*, 1847, n° 213) en a réuni cinq observations. Jusqu'à présent cette maladie a résisté à tous les traitements, et les malades succombent par suite de la propagation de l'altération aux sinus de la dure-mère.

L'étude des tumeurs de l'orbite est aussi complète que possible, on y remarque beaucoup de faits intéressants tirés de la pratique de l'auteur et qui contribueront, sans nul doute, au diagnostic des diverses productions morbides de cette cavité.

Parmi les symptômes caractéristiques des diverses tumeurs de l'orbite, M. Fano signale les suivants : exophthalmos, diplopie, névralgies, œdème des paupières, agrandissement de la cavité de l'orbite, la myopie ou l'hypermétropie, selon que le diamètre antéro-postérieur de l'œil est allongé ou raccourci par la tumeur qui le comprime. Ce dernier symptôme se remarque bien souvent, et, pour ma part, je l'ai déjà constaté sur quelques malades, entre autres chez une malade atteinte de kyste de l'orbite et dont j'ai rapporté l'observation dans les *Annales d'oculistique*, 1865, tome LIII, mai et juin, page 196. Un seul signe a été oublié par l'auteur, c'est la névrite optique ou l'atrophie consécutive de la papille.

En ce qui concerne les kystes séreux de l'orbite, M. Fano accepte l'opinion de M. Demarquay, qu'ils reconnaissent pour point de départ une hydropisie des petites bourses synoviales, situées entre la paupière supérieure et le muscle élévateur, ou bien entre celui-ci et

(1) Adrien Delahaye, libraire éditeur, place de l'École-de-Médecine ; 1866, 2 vol. in-8°, prix : 17 fr.

(1) Galezowski. Sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales, etc., 1866, p. 88.

le muscle droit supérieur. Quelquefois les kystes sont contenus, selon M. le professeur Gosselin, dans un des os de l'orbite.

Les limites restreintes de cette analyse ne nous permettent pas de nous étendre davantage sur ce sujet intéressant, plein d'érudition et de vues pratiques. Le lecteur y trouvera développées les idées des esprits éminents de notre époque, de MM. Velpeau, Demarquay, Gosselin, Cooper, Mackenzie, Graefe, etc., ainsi qu'un nombre considérable d'observations se rapportant à ces diverses tumeurs.

Les recherches importantes faites par de Graves, Basedow, Trousseau, Aran, Graefe, etc., sur l'exophthalmos anémique, ont été résumés par M. Fano, dans un article à part. Il y décrit soigneusement cette affection et discute les théories diverses sur sa nature. Mais il n'admet pas l'opinion de ceux qui croient, comme M. Wecker, à l'existence de l'hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, parce que l'absence d'une pareille hypertrophie a été presque constamment démontrée à l'autopsie. Il pense, au contraire, avec M. Trousseau que le goître exophthalmique est une névrose à congestions locales, ayant sa cause prochaine dans une modification de l'appareil vaso-moteur, c'est-à-dire de la portion cervicale du grand sympathique.

Les maladies de l'appareil lacrymal occupent 127 pages. Toutes les altérations de la glande lacrymale y sont exposées très-clairement, il en est de même des observations se rapportant au chloroma, aux kystes et aux fistules de la glande, donnant une idée exacte des maladies qui, quoique rares, affectent cet organe.

Mais nous ne pouvons pas en dire autant de la partie qui a trait aux maladies des points et des conduits lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal. L'auteur ne nous paraît pas insister assez sur les conséquences de différentes altérations provenant du rétrécissement des voies lacrymales. Nous ne pouvons pas non plus partager la manière de voir de M. Fano, lorsqu'il combat la théorie de ceux qui veulent assimiler l'appareil lacrymal à l'appareil urinaire, en faisant intervenir les rétrécissements du canal nasal pour expliquer la distension du sac par « les prétendues larmes. » Pour nous, qui avons eu l'occasion de soigner beaucoup de ces maladies, cette dernière opinion paraît tellement vraie, et le rétrécissement est une des causes tellement fréquentes des tumeurs lacrymales, que c'est à peine une fois sur cinquante que la tumeur lacrymale se développe par suite d'une autre cause. C'est pourquoi nous nous inscrivons contre la deuxième conclusion (p. 281), que « les rétrécissements du canal nasal sont un phénomène purement accessoire dans ces maladies. » Nous la considérons comme peu conforme à ce que nous démontrent l'expérience et l'observation pratique. Si M. Fano avait voulu suivre le conseil de M. Bowmann, et si au lieu des injections iodées qu'il fait dans les points lacrymaux en exposant ainsi ses malades à avoir des phlegmons orbitaires, il avait, dis-je, fait la dilatation progressive du canal nasal, d'après la méthode de Bowmann, il n'aurait pas certainement conseillé de pratiquer l'injection, qui pourrait présenter, entre des mains moins exercées que celles de M. Fano, des accidents fâcheux. J'insiste sur ce point d'autant plus volontiers que toute la partie des affections des voies lacrymales est très-bien faite. L'étude anatomique du sac lacrymal, qui est due à la plume de M. Ordoñez, micrographe distingué, est toute neuve et pleine d'intérêt.

La partie chirurgicale a attiré particulièrement l'attention de l'auteur, et il donne à la description des méthodes opératoires tout le développement que comporte le sujet. Dans les opérations qui se pratiquent sur les paupières, M. Fano recommande, à juste titre, les procédés de M. Laugier pour le symblepharon; de MM. Streatfield et Pagenstecher pour l'entropion; celui de Dieffenbach et de Warthon Jones pour l'ectropion; celui de Sédillot et de Gaillard, de Poitiers, pour la blépharoplastie. Tous ces procédés sont excellents et se recommandent à l'attention des praticiens.

La fin du premier volume de l'ouvrage de M. Fano est consacrée à l'étude des maladies de la conjonctive et de la caroncule. Cette partie de l'ophthalmologie a été étudiée, à diverses époques, avec tant de soins et de précision, qu'il serait aujourd'hui difficile de dire quelque chose de nouveau. Il ne restait donc à M. Fano que de faire un résumé de nombreux travaux en indiquant la symptomatologie, le pronostic et le traitement de ces affections avec lesquelles le praticien se trouve journellement aux prises.

Mais il a, en outre, fait précéder cette étude par une notice sur les ophthalmies spécifiques « qui, malgré les objections sérieuses qu'on leur a opposées, comptent encore aujourd'hui, dit M. Fano, un certain nombre de partisans. » Nous avouons que nous sommes aussi au nombre de ces partisans, et nous ne pouvons pas partager l'opinion de l'auteur lorsqu'il combat la spécificité de diverses altérations de l'œil. Ce n'est pas aujourd'hui qu'il est permis d'abjurer cette doctrine. La doctrine des phlegmasies simples a fait son temps, et déjà des esprits éminents comme MM. Pidoux, Bazin, etc., tracent de nouveaux cadres nosologiques pour les maladies de la peau et des muqueuses, en se fondant sur la nature constitutionnelle des gastrites, des dyspepsies, etc. Ce que MM. Bazin et Pidoux font pour les dartres et les dyspepsies, etc., il y a lieu de le faire aussi pour les maladies des yeux. Peut-on nier, en effet, qu'à part les phlegmasies simples de cet organe, il y a un nombre considérable de phlegmasies qui se développent sous l'influence des causes spécifiques? MM. Stœber, Weller et Sichel ont divisé les ophthalmies en catarrhales, scrofuleuses, rhumatismales, syphilitiques, etc., et cette division a été maintenue par MM. Warthon Jones et Mackenzie. M. Desmarres père, qui est un excellent observateur, distingue aussi avec beaucoup de raison la conjonctivite franche de la catarrhale; pour lui cette dernière est un catarrhe semblable en tous points aux affections de même nature de toutes les autres muqueuses. Combien de fois, en effet, n'avons nous pas vu nous-même le rhume de cerveau passer dans les yeux et occasionner cette conjonctivite catarrhale qui est si bien décrite par M. Desmarres père. Et l'ophthalmie pustuleuse n'est-elle pas en relation avec la disposition herpétique de l'organisme?

La nature rhumatismale de certaines ophthalmies n'est aussi nullement douteuse pour moi, quoique M. Fano nie absolument son existence. L'auteur combat les idées de M. Sichel, qui a localisé ces affections dans la sclérotique et dans l'iris. Quoique l'injection zonulaire ou rayonnante (qui a été observée par M. Sichel) ne suffise pas pour prouver que la sclérotique est enflammée, par cette seule raison qu'elle se voit dans les kératites, les iritis, etc., il n'en est pas moins vrai que l'inflammation de la sclérotique existe; c'est un fait qui est aujourd'hui acquis à la science, et il est impossible que M. Fano puisse le nier. Est-elle toujours de la nature rhumatismale, c'est une question qui reste à démontrer. Mais, parce que on n'a pas observé dans le cours d'un rhumatisme des ophthalmies rhumatismales, je ne veux pas conclure avec l'auteur qu'elles n'existent point. Nous ne connaissons pas encore assez les rapports intimes et l'enchaînement des différentes maladies provenant de cette source. Et connaissait-on beaucoup les rapports entre les maladies du cœur et le rhumatisme avant les recherches et les découvertes de M. Bouillaud?

Sans insister davantage sur ce sujet, nous dirons que, pour notre part, nous croyons à l'existence des ophthalmies spécifiques, ophthalmies qui se développent sous l'influence des causes constitutionnelles scrofuleuses, syphilitiques, dartreuses, rhumatismales, etc. Nous comprenons parfaitement que, dans l'état actuel de la science, on ne puisse pas encore assigner des symptômes pathognomoniques pour ces différentes ophthalmies, mais il est du devoir d'un médecin de rechercher la cause probable de chaque ophthalmie et d'agir en conséquence, d'une part par les moyens locaux, et d'autre part en combattant la cause constitutionnelle.

Le deuxième volume du *Traité des maladies des yeux* de M. Fano est consacré en grande partie à l'étude des maladies internes de l'œil. Ici la tâche de l'auteur était beaucoup plus difficile; il s'est trouvé en face des découvertes modernes et des progrès immenses accomplis par l'ophthalmologie dans ces dernières années. Il fallait les rassembler, vérifier, commenter et les rendre accessibles à tous les praticiens.

Nous ne pouvons nous empêcher d'avouer que, dans cette partie importante du travail de M. Fano, nous avons trouvé quelques lacunes regrettables, que M. Fano ne manquera pas, nous en sommes persuadé de combler dans une nouvelle édition.

Ainsi, en parlant des méthodes opératoires pour la guérison des cataractes, M. Fano n'a consacré pour l'extraction linéaire que trois pages incomplètes (323 à 325), et il n'a pas donné des indications suffisantes pour l'application de cette méthode. Cette omission ne peut s'expliquer que par le peu de confiance qu'a M. Fano dans la méthode.

L'extraction linéaire avec l'excision de l'iris est à peine signalée par l'auteur, et quant au procédé de l'extraction linéaire modifiée par M. Graefe, qui a donné dans ces derniers temps de si beaux résultats il n'y en a aucune mention. Même insuffisance dans la description de la méthode de discision de la cataracte et de ses indications.

En revanche, nous ne pouvons que féliciter M. Fano pour la description de la cataracte elle-même dans ses différentes formes, et le diagnostic de chacune d'elles. C'est un résumé succinct de ce que doit connaître le praticien à ce sujet. La méthode de l'extraction à lambeau est très-clairement exposée; tous les accidents qui peuvent surgir pendant ou après l'opération sont indiqués et on y trouve les moyens pour y remédier dans chaque cas particulier.

Pour les maladies de la choroïde, l'auteur n'a consacré que vingt-deux pages, abstraction faite de l'anatomie et des anomalies de cette membrane. Il nous semble qu'il aurait pu donner plus de développement à cette branche de l'ophthalmologie : c'est dans l'étude de ces maladies que les progrès ont été accomplis les plus marquants dans ces derniers temps. A la choroïdite congestive M. Fano donne, à ce qu'il me semble, trop d'importance, puisqu'elle peut être à peine diagnostiquée comme une maladie distincte. Tout au contraire, nous aurions préféré trouver une description détaillée de la choroïdite syphilitique, de l'irido-choroïdite, de l'ophthalmie sympathique, maladies très-fréquentes, dangereuses au plus haut point et qu'il est du devoir du chirurgien de diagnostiquer dès l'origine pour agir en conséquence. Par leur nature, le glaucome et l'hydrophthalmie ont aujourd'hui une place bien définie parmi les affections de la membrane vasculaire de l'œil, et nous ne comprenons pas pourquoi ces affections n'ont pas été rangées dans ce chapitre. Déroger à cet ordre classique nous semble être défavorable sous tous les rapports et apporter de la confusion dans l'esprit du lecteur.

Dans la description des maladies de la rétine et du nerf optique, nous ne trouvons ni la névrite optique, ni l'atrophie, ni l'excavation du nerf optique, et pourtant ce sont des maladies capitales et des plus importantes de cette membrane. Il est vrai que ces questions sont traitées dans le chapitre préliminaire du premier volume sous le titre *De l'Ophthalmoscopie*, mais elles y sont envisagées bien superficiellement, et nous nous attendions à trouver un travail plus accompli et plus complet à cette place.

Dans les deux dernières sections XVIII et XIX, le lecteur trouvera une étude sur le trouble de la réfraction et sur les maladies des muscles.

On conçoit qu'il est difficile de donner dans ces lignes restreintes une analyse complète d'un ouvrage aussi volumineux que celui de M. Fano. Mais nous avons essayé d'attirer l'attention du lecteur sur les parties de l'ouvrage qui nous ont paru mériter une attention particulière; d'autre part, nous avons cru utile de signaler à l'auteur quelques rares lacunes que contient son ouvrage, écrit d'ailleurs avec tout le talent qu'on lui connaît.

D[r] Xavier GALEZOWSKI.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 juillet 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Rennes (Aude), par M. le docteur Cazaintre, et de Challes (Savoie), par M. le docteur Audouy. (Commission des eaux minérales.);

2° Un rapport d'épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Jacquez, de Lure (Haute-Saône);

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1865 dans les départements de la Manche, de Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Orientales et de Seine-et-Oise. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Une note sur le *choléra asiatique*, par M. le docteur Middendorp;

2° Une lettre de M. le docteur Poggioli sur le traitement du choléra par l'électricité.

— **M. CHEVALIER** présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Bougard, un essai de bibliographie et d'histoire sur la ville de Bourbonne et ses thermes.

— **M. TARDIEU** présente, au nom des auteurs M. Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre, et M. Lionville, une étude médico-légale sur le curare.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce la mort de M. Gibert, emporté par une attaque de choléra.

ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT ÉTRANGER.

En première ligne, M. Lebert, de Breslau.
En deuxième ligne, M. Bennett, d'Edimbourg.
En troisième ligne, M. Magnus Huss, de Copenhague.

Au premier tour de scrutin, sur 53 votants :

M. Lebert obtient 51 voix.
M. Magnus Huss obtient 2 voix.

Discussion sur l'organisation des plaies.

M. VELPEAU dit qu'il ne reviendra pas sur des points qui ont été savamment traités par M. Bouillaud dans la dernière séance. Il est heureux de voir le concours de la médecine et de la chirurgie, dont le rôle est de n'être point séparées, jeter un jour sur la grande question de la cicatrisation des plaies.

Mais, dit M. Velpeau, M. J. Guérin n'est pas satisfait de ce que l'on ne lui accorde pas le mérite d'invention, et il entre dans la discussion avec passion. Lui, qui me reproche d'avoir dit qu'on ne le prenait pas au sérieux, il accuse des chirurgiens de lui avoir pris ses idées (je demande qu'il soit dit quelles idées lui ont été prises), et de s'en être servis pour arriver à la fortune et aux honneurs. Je ne vois pas qui mon contradicteur veut désigner. Ce que je sais seulement, c'est qu'il traite avec dédain un chirurgien des hôpitaux, qui a fait des voyages scientifiques, et l'accuse de bâtir des théories à sa taille, d'être un nouveau venu, et cela parce qu'il l'a contredit dans un journal; M. J. Guérin a été vis-à-vis de M. Le Fort, puisqu'il faut le nommer, d'une vivacité que je n'apprécie pas; mais il est probable qu'il sera repondu à de telles attaques.

M. J. Guérin a dit qu'il nous défiait de montrer des écrits où on eût traité avant lui ce qui concerne les plaies sous-cutanées, et les distingue nettement des plaies exposées.

C'est dix, quinze ou vingt auteurs, qui ont traité des plaies sous-cutanées. Delpech avait traité cette question. Richerand a parlé des plaies sous-cutanées. Ici M. Velpeau cite un passage de sa médecine opératoire, où, à propos de plaies des tendons, il est dit qu'il y a deux conditions : celle où le tendon est coupé à ciel ouvert, celle où le tendon est coupé sous la peau.

M. J. GUÉRIN. C'est une table des matières que vous invoquez.

M. VELPEAU. Je vais vous lire le passage si vous voulez.

M. J. GUÉRIN. Je répondrai.

M. VELPEAU. M. Guérin a dit que je lui accordais bien quelque chose, et il s'est abrité derrière des prix que lui a accordés l'Institut, moi faisant partie de la commission des récompenses; et il disait qu'il avait eu des prix pour avoir généralisé la méthode sous-cutanée. Généraliser, c'est étendre les applications d'une méthode, c'est en faire ressortir une loi. Eh bien, je ne puis m'empêcher de dire que beaucoup d'auteurs ont dit plus à cet égard que M. Guérin. Il sait très-bien que la ténotomie s'est généralisée après Stromeyer en 1832; que Delpech avait conseillé de pratiquer une petite incision à la peau. On a encore présents à la mémoire les travaux de Duval et de son neveu, pour vanter la ténotomie sous-cutanée; même Vincent Duval a publié 30 cas de ténotomie; et dans ma médecine opératoire il est indiqué que l'on peut couper tous les tendons, brides, etc., pour remédier à des déformations. Il y a une thèse de Paris, en 1837, faite par Pivent, où toute la ténotomie est étudiée. On trouve aussi une thèse de Strasbourg, de Held, où il est bien indiqué de faire à la peau une ouverture aussi petite que possible, sans la percer du côté opposé à la première incision. Depuis, qu'a-t-on dit de plus? et toutes ces choses étaient publiées avant les travaux de M. J. Guérin.

M. J. Guérin s'est appuyé sur une page de mon *Traité de médecine opératoire*, où je lui donnais une part dans l'institution de la méthode sous-cutanée; c'est ma faute, il est vrai, s'il revendique une priorité d'invention. M. Guérin m'avait prié de parler de ses travaux, et je lui avais demandé de me rédiger une note. A la fin de mon livre, j'ai placé cette page, et c'était M. J. Guérin lui-même qui parlait; je m'en étais rapporté à lui, et à cet égard quand M. Guérin me cite, il se cite lui-même.

Examinons maintenant la prétention qu'a M. J. Guérin d'avoir posé le mode d'organisation immédiat des plaies sous-cutanées.

M. Bouillaud a montré ce que le mot a d'embarrassant.

Il est convenu maintenant que organisation immédiate d'une plaie veut dire : plaie qui commence immédiatement à se cicatriser; mais cela est très-obscur; il y a agglutination immédiate ou réunion secondaire, et quand il n'y a pas d'inflammation, le travail de réparation commence toujours immédiatement dans les deux cas.

M. J. Guérin dit que le travail d'organisation immédiate est analogue à l'organisation des tissus de l'embryon; cela n'est pas exact. Dans une plaie sous-cutanée, il y a réunion immédiate de la plaie de la peau, mais la plaie sous-cutanée ne se réunit pas immédiatement; il y a d'abord une exsudation d'un plasma, puis un travail de reconstitution consécutif, et, dans ce cas, il faudrait voir là un travail de reconstitution secondaire.

Enfin, M. Guérin n'a imaginé ni l'exsudat, ni l'analogie du tissu qui se répare avec ceux qui se forment chez l'embryon, M. Bouillaud vous l'a dit. La reconstitution des tendons était étudiée il y a quarante ans par Chopin et Lafosse, cela est consigné dans le *Dictionnaire de médecine vétérinaire* de Hurtrel, d'Arboval, Gunther, Ammon la connaissaient. Ces questions ont été traitées avant M. Guérin et pendant qu'il publiait ses ouvrages. Qu'il prenne garde qu'en voulant tout avoir, il ne lui reste rien.

M. Guérin a dit que je lui avais reproché des faits de suppuration après les opérations sous-cutanées, et que cela n'était que pour des opérations faites avant dix ans; mais je me rappelle que M. J. Guérin niait autrefois, tandis qu'il avoue aujourd'hui. Ceci me rend soupçonneux à l'égard des faits récents. Si toutes les opérations de M. Guérin sont maintenant exemptes de suppuration, c'est en vertu de cette

supposition, qu'il y a des chirurgiens plus heureux et plus soigneux que d'autres.

M. Velpeau s'explique sur un malentendu entre M. Guérin et lui, et dit qu'il a nié, non point comme ce dernier le disait, la régénération des nerfs, mais bien la régénération immédiate des nerfs, et qu'il s'appuyait sur les observations de réunion immédiate des nerfs de MM. Nélaton, Laugier et Paget. M. Laugier, ajoute M. Velpeau, croit avoir réussi. M. Nélaton doute, et les faits de Paget sont négatifs. Si M. Guérin prouve que les nerfs se régénèrent immédiatement, il aura fait une grande découverte.

Pour ce qui est de la régénération des nerfs longtemps après, cela ne fait de doute pour personne aujourd'hui ; mais on se rappelle que Bogros, qui croyait à une circulation nerveuse, avait soupçonné la possibilité de la réunion des nerfs coupés; que Boyer a admis une réunion celluleuse des deux bouts d'un nerf divisé. Dans ces derniers temps, on a admis une réunion, mais une réunion par seconde intension.

A notre époque l'anatomie du système nerveux a fait de grands progrès. On savait jadis qu'une fibre nerveuse était entourée d'une gaine, le névrilème ; aujourd'hui le nerf est une réunion de faisceaux primitifs qui, eux-mêmes, sont constitués par une enveloppe qui contient une membrane limitante, membrane de Schwann, de la moelle et d'une tige centrale le cylinder axis. On a étudié tout cela au microscope, et on a vu le mode de reproduction de ce tissu.

On connaît les expériences de Waller; lorsqu'un nerf est coupé, le bout périphérique s'altère, se dissocie, la moelle du nerf fait hernie; il y a une sorte de travail de désorganisation, puis un blastème étant sécrété, il y a organisation de tubes nerveux. Ces faits étudiés par Schwann, Bidloo, Vulpian et tant d'autres, ont été observés à ciel ouvert chez des animaux sur lesquels on ne prenait pas la peine de pratiquer une méthode sous-cutanée. Chez les sujets en expériences, on ne voyait, du reste, de réparation des nerfs que trois semaines ou un mois après la section des nerfs.

M. Velpeau ajoute que M. Guérin n'a pas montré de réparation des muscles, et n'a pas fourni de preuve de transformation de muscles en tendons et réciproquement. Ce n'est pas tout, continue M. Velpeau, je dire j'ai vu, l'avenir jugera. Les observations de M. Guérin ne prouvent rien ; il faut des constatations évidentes, et qu'il ne soit pas possibles de critiquer. Dans les deux faits qu'a cités notre collègue dans son mémoire, on peut se demander si le muscle a été coupé ; on sait combien il est difficile de couper un muscle sous la peau ; je me tiens à cette seule objection.

Après la section des muscles droits pendant l'opération du strabisme, on ne voit pas de réunion des muscles fibres à fibres; et, pour le dire en passant, la plaie, quoique non sous-cutanée, guérit vite et sans suppurer. Sur cinq cents opérations que j'ai faites, je n'ai pas vu de suppuration ; j'incise, comme on le sait, le pli conjonctival saisi entre deux pinces ; je mets le muscle à découvert, et je le coupe avec les ciseaux. Je sais bien que M. Guérin emploie une méthode sous-conjonctivale pour faire cette opération; mais cela ne prouve pas que la suppuration existe moins dans ces conditions que quand on opère à ciel ouvert.

La méthode sous-cutanée artificielle que propose M. J. Guérin n'est pas neuve; Manget, Larrey recommandaient de ne point laisser les plaies à découvert; ils plaçaient des pansements qui restaient appliqués quelquefois quinze jours.

M. Velpeau discute les observations de M. Guérin. Le kyste du poignet que j'aurais vu, dit-il, et que j'aurais jugé ne pas devoir être touché, a été incisé et traité par l'occlusion pneumatique. Quatre jours après, la malade était guérie, de quoi? du kyste? non, de son incision. En effet, le mal a récidivé. Il y avait eu agglutination de plaie simple, comme nous le voyons tous les jours. La malade opérée par M. Guérin, à Bruxelles, d'un kyste du poignet aussi, a été perdue de vue au bout de quelques jours. Je pourrais comparer cette malade à une hydropique; mais pas plus que pour cette dernière, je ne devrais dire qu'elle a été guéri après une ponction dont la plaie est refermée.

M. J. Guérin est peu difficile pour les faits qu'il cite, on le voit, et cela nous rend peu crédule.

En terminant, M. Velpeau dit qu'il ne vient pas faire de l'opposition, quand même, à M. J. Guérin; mais qu'il ne voudrait pas lui voir dire qu'il est le grand inventeur de la méthode sous-cutanée, et que l'on ne connaissait pas avant lui le mode de cicatrisation des plaies sous-cutanées; enfin, qu'il est juste que chaque travailleur ait sa part d'invention, et respecte celle des autres.

M. J. GUÉRIN. Je demande à M. Velpeau qu'il m'indique un auteur qui ait isolé les plaies sous-cutanées des plaies exposées, et ait étudié avec détails les conditions des plaies sous-cutanées. Je le discuterai.

D'un autre côté, M. Velpeau juge bon d'introduire un jugement sur ce que j'ai répondu à un article de journal. Je ne trouve pas convenable de venir m'opposer ici un étranger qui n'a rien à y voir.

M. VELPEAU. Je ne veux pas vous donner un auteur en particulier, ils ont tous fait quelque chose; contestez-les si vous voulez.

Eu égard à l'étranger que j'ai fait intervenir ici, il a discuté avec nous à votre autre tribune : votre journal; et ceux qui vous contredisent ne doivent pas être forcément isolés.

M. J. GUÉRIN. Je n'accepte pas les reproches de M. Velpeau, quelque soit sa grande autorité, surtout quand il défend celui qui m'attaque, et comment?

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre d'associé étranger.

—Dans la dernière séance, M. Bouchardat a présenté l'Étude médicale et statistique sur la mortalité à Paris, à Londres, à Vienne et à New-York, en 1865, par M. le docteur Vacher.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Arrêté concernant les élèves de l'école de médecine de Bucharest.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu les articles 5 et 12 du règlement d'administration publique du 22 août 1854 ;

Vu le règlement du 23 décembre 1854, relatif à la réception des officiers de santé ;

Vu l'arrêté du 23 novembre 1859, assimilant les élèves de l'école de médecine et de chirurgie de Bucharest (Principautés-Unies), aux élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu la dépêche du 1er juin 1866, par laquelle M. le Ministre des affaires étrangères approuve les modifications proposées dans le but d'établir la concordance des dispositions dudit arrêté avec les règlements actuels sur les études médicales, et l'extension de ces dispositions aux trois facultés de l'Empire ;

Arrête :

Art. 1er. Les élèves de l'école de médecine et de chirurgie de Bucharest qui justifieront de quatre années d'études dans ladite école et des connaissances analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès-lettres et pour le baccalauréat ès-sciences restreint, pourront, après avoir subi avec succès l'examen de la troisième année devant une des facultés de médecine françaises, être autorisés à y prendre les quatre dernières inscriptions et parvenir au doctorat.

Art. 2. Les élèves de l'école de médecine et de chirurgie de Bucharest qui voudront profiter des avantages énumérés dans l'article précédent devront préalablement verser, au secrétariat de la faculté des lettres et au secrétariat de la faculté des sciences, les droits afférents, d'une part au baccalauréat ès-lettres, de l'autre au baccalauréat ès-sciences restreint, et au secrétariat de la faculté de médecine le prix de douze inscriptions correspondantes à leur quatre années d'études.

Art. 3. Les certificats constatant des études analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès-lettres et pour le baccalauréat ès-sciences restreint, et les certificats d'inscriptions prises à l'école de Bucharest pendant quatre années devront être revêtus de la signature du directeur de l'école et frappés du timbre de ladite école. Ils seront, en outre, visés et certifiés véritables par le consul général de France.

Fait à Paris, le 11 juillet 1866.

V. DURUY.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 3 août, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel de ville.

Ordre du jour : Vote sur la candidature de M. Pravaz, au titre de membre correspondant.

Communication de M. Collineau.

Rapport verbal par M. Gros, sur divers travaux de statistique de M. le docteur Marmisse.

Nouvelle iconographie fourragère, comprenant un atlas avec texte explicatif des plantes fourragères et des plantes nuisibles qui se rencontrent dans les prairies et les pâturages, accompagnée d'un traité de l'alimentation du cheval et des autres animaux domestiques, par MM. J. GOURDON, docteur en médecine, professeur à l'école impériale vétérinaire de Toulouse, et P. NAUDIN, vétérinaire au train d'artillerie de la garde impériale, chevalier de la Légion d'honneur. Deuxième fascicule, 30 planches et 130 pages de texte explicatif, vient de paraître. Mode de publication : la nouvelle iconographie fourragère se composera de plus de 100 planches gravées sur cuivre et coloriées avec soin. Elle sera publiée en quatre fascicules de 25 à 30 planches, avec texte explicatif. Le prix de chaque fascicule est fixé à 20 fr. Le troisième fascicule est sous presse. — Paris, 1866, P. Asselin, successeur de Béchet jeune et Labbé, place de l'École-de-Médecine.

Essai statistique sur la pathogénie de la folie, par le docteur ALUISON, ancien interne de l'asile des aliénés de Bonneval (Eure-et-Loire). In-8° de 43 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 91. — SAMEDI 4 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 4 AOUT 1866. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Remarque sur l'empoisonnement aigu par le phosphore.

L'empoisonnement par le phosphore est celui de tous qu'on a le plus fréquemment occasion d'observer dans les hôpitaux : tout ce qui touche à son histoire a donc, au point de vue clinique, une importance réelle : c'est ce qui nous engage à appeler l'attention de nos lecteurs sur un récent travail du professeur Bamberger (*Würzburger medicinische Zeitschrift*, t. VII, 1re livr. 1866), où les deux questions suivantes sont successivement étudiées :

1° Les accidents que l'on observe dans cet empoisonnement sont-ils dus à l'absorption du phosphore non oxydé ou bien faut-il les attribuer au passage dans le sang d'un de ses composés oxygénés?

2° Comment peut-on se rendre compte du mode de production de la stéatose généralisée, conséquence nécessaire de cet empoisonnement ?

La première de ces questions avait été précédemment étudiée par Munk et Leiden ; à côté de ces auteurs, les seuls dont il soit question dans le mémoire de Bamberger, il en est deux autres qui nous semblent avoir beaucoup plus avancé la question et en avoir donné une solution expérimentale satisfaisante. Les auteurs allemands, trop bien renseignés sur le cas extrême que nous faisons de leurs travaux, semblent s'habituer à ne tenir compte que de ce qui éclôt sur le sol germanique; et lorsqu'il s'agit, comme dans les recherches de MM. Tardieu et Roussin; d'expériences précises et probantes dont les conclusions tiennent dans quelques lignes, ils ne trouvent point là cette phraséologie lourde et filandreuse qui caractérise si bien leurs élucubrations médicales, et s'abstiennent d'en tenir compte.

Les expériences de M. Tardieu ont prouvé que le phosphore seul est toxique à doses très-minimes et que tous les composés oxygénés du phosphore (acides phosphoriques, phosphoreux, hypophosphoreux, etc.), donnés à des animaux aux mêmes doses n'amènent aucun accident.

Si, comme le veulent Munk et Leiden, le phosphore n'agit qu'en s'oxydant dans l'estomac, et si l'acide phosphorique mêlé au sang donne lieu « à la dissolution des globules sanguins, à l'albuminurie, aux symptômes nerveux, etc., » on en doit conclure, ce qui est contraire au fait expérimental, que l'acide phosphorique devrait empoisonner, je ne dis pas aux mêmes doses, mais à doses moindres que le phosphore, puisque celui-ci pour être toxique devrait se transformer en acide phosphorique.

Suivant Munk et Leiden, l'acide phosphorique ne pénétrerait dans le sang qu'après avoir corrodé dans une étendue plus ou moins grande, la muqueuse gastro-intestinale et les vaisseaux qu'elle contient. Il n'en est rien, car Bamberger a constaté que la muqueuse intestinale était souvent intacte chez les animaux qui succombent à l'empoisonnement par le phosphore. Il n'est pas non plus exact de dire que les globules sanguins se dissolvent sous l'influence directe de la pénétration dans le sang des produits toxiques. Dans toutes les expériences de Bamberger, le sang n'était nullement diffluent, les globules sanguins n'avaient subi aucune atteinte apparente et le sérum du sang avait sa coloration normale. Ces altérations, quand elles se produisent, ne surviennent qu'à une époque assez avancée, alors que le principe toxique a cessé depuis longtemps de circuler avec le sang ; et elles sont la conséquence des altérations viscérales (stéatose du foie, du rein, etc.), qui ont eu le temps de se produire.

Quant aux ecchymoses, on n'a pas besoin, pour les expliquer, d'admettre un état de diffluence du sang; elles peuvent être dues à l'affaiblissement du cœur et aux altérations des vaisseaux; au surplus, si on soumet à l'action directe du phosphore le sang sorti des vaisseaux, les globules ne subissent aucune altération.

Le phosphore, comme le font remarquer avec raison Munk et Leiden, n'est pas soluble, mais il est diffusible; il passe au *dialyseur*, et le fait vérifié par Bamberger avait été précédemment démontré par Vohl (*Deutsche Klinik*, 1866, nos 12 et 15). La membrane du dialyseur était, dans ces expériences, formée tantôt par le péricarde, tantôt par une vessie de cochon, etc., et le phosphore était mis, à l'état solide, dans une eau alcalinisée ou acidule. Bamberger s'est assuré par le procédé de Scherer (action des vapeurs de phosphore sur le nitrate d'argent), que le phosphore traversait ces membranes.

En se servant du procédé de Scherer, Bamberger a démontré, chez des animaux empoisonnés par ingestion, la présence du phosphore dans le sang de la veine porte, de la veine cave ; ces expériences démontrent, de plus, que le phosphore qui passe dans le sang s'oxyde rapidement en traversant le poumon. Ceci explique comment Scherer, dans le très-grand nombre d'expertises medico-légales qu'il a été chargé de faire, n'a jamais retrouvé le phosphore en nature dans les organes.

Quant à la nature même de la stéatose, Bamberger n'en donne aucune explication satisfaisante, mais son travail nous apprend ce qu'il faut penser de la théorie par laquelle on expliquerait cette stéatose en la rattachant à la présence dans le sang, par suite d'une action élective locale, d'une certaine quantité de graisse. Il ressort des expériences de Bamberger que la quantité des corps gras du sang serait plutôt diminuée qu'augmentée après l'empoisonnement par le phosphore.

C'est là un sujet fort intéressant et dont Bamberger n'a guère avancé la solution; espérons qu'elle est réservée à l'un des jeunes expérimentateurs de notre école, auxquels nous devons une grande partie de ce que l'on sait aujourd'hui sur l'évolution pathologique des stéatoses consécutives à l'empoisonnement par le phosphore.

Études sur le ramollissement cérébral.

Deux internes distingués des hôpitaux, MM. Prévost et Cotard viennent de publier, dans la *Gazette médicale*, une intéressante étude, tant physiologique que pathologique, sur le ramollissement cérébral. Cette étude ne renferme point l'histoire complète du ramollissement cérébral, mais a été faite surtout dans le but d'élucider quelques points encore obscurs de cette maladie. Voici, en résumé, les principales conclusions de ce travail.

L'expérimentation sur les animaux a permis, aux deux auteurs que nous avons cités, de produire, au moyen d'embolies artificielles, des ramollissements identiques à ceux que l'on observe chez l'homme, et d'en suivre le développement à ses diverses périodes. Ils ont pu ainsi étudier l'hyperhémie du début, la dégénération qui lui succède ; enfin la production du tissu conjonctif et la formation des plaques jaunes qui appartiennent à la troisième période du ramollissement.

Des expériences analogues avaient été faites en Allemagne, par MM. Virchow, Cohn, Panum, etc. Mais les procédés employés par ces expérimentateurs produisant une mort trop rapide, ne leur avaient pas permis d'étudier, dans ses diverses phases, le processus qui constitue le ramollissement cérébral.

D'après les conseils de M. Vulpian, qui avait déjà produit sur un chien un ramollissement bien caractérisé du cervelet, MM. Prévost et Cotard ont institué des expériences qui, n'entraînant pas la mort immédiate de l'animal, leur permirent de suivre le travail morbide dans tout son développement, et de lui assimiler les infractus qui, dans plusieurs de leurs expériences, se sont produits simultanément dans les viscères.

Ils ont pu établir qu'une congestion manifeste se produit habituellement dans les points où se distribue l'artère oblitérée, et ils ont montré qu'il est difficile de se rendre compte de la cause de cette hyperhémie dans l'état actuel de la science. Quelle qu'en soit l'explication mécanique, ce fait suffit pour établir que l'hyperhémie des ramollissements rouges, sur laquelle on s'était fondé pour les assimiler aux phlegmasies, doit être considérée comme d'une tout autre nature.

MM. Prévost et Cotard ont pu saisir sur le fait le début du travail nécrobiotique, et démontrer que, dès le troisième jour, il existe des corps granuleux bien nets et un grand nombre de granulations graisseuses non encore agglomérées et qui se rassemblent surtout autour des capillaires en leur formant comme une gaîne. Les parois mêmes des capillaires ont quelquefois présenté une dégénérescence granulo-graisseuse consécutive, et, dans un cas, des anévrysmes disséquants.

Enfin, sur un chien qui avait survécu cinq semaines à l'opération, il fut possible de voir le travail nécrobiotique aboutir à la formation d'une véritable plaque jaune des circonvolutions.

L'analyse de nombreuses observations cliniques a permis d'y retrouver des ramollissements constitués par un processus morbide très-analogue à celui dont l'expérimentation physiologique avait démontré l'existence.

Cette altération du tissu cérébral sembla constamment s'expliquer par des troubles ischémiques dont le point de départ était variable suivant les cas, et il fut possible d'établir une certaine relation entre ces différentes espèces de troubles ischémiques et les caractères du ramollissement cérébral : le point de départ de ces troubles ischémiques se trouvait tantôt dans une oblitération artérielle par thrombose ou par embolie, tantôt dans la seule dégénérescence athéromateuse des artères cérébrales, tantôt, peut-être, dans une embolie capillaire plus ou moins généralisée. Dans deux cas seulement on ne put saisir aucune cause de troubles circulatoires ; mais il se peut que l'oblitération artérielle ait échappé, la recherche en étant fort minutieuse.

Aucune des observations rapportées par MM. Prévost et Cotard ne leur a permis d'attribuer, à coup sûr, le ramollissement à la dégénérescence athéromateuse des capillaires, et ils ont vu que cette dégénérescence peut être consécutive ; on ne saurait donc avancer rien de précis à cet égard.

Au processus nécrobiotique qui constitue essentiellement le ramollissement cérébral, viennent quelquefois s'ajouter des phénomènes irritatifs. Dans quelques cas il se produisit de l'inflammation et de la suppuration autour des infractus produits chez les chiens ; de ces phénomènes, on pourrait rapprocher la production des néo-membranes de la dure-mère, au niveau des anciens foyers de ramollissement.

Dans la partie séméiotique de leur travail, MM. Prévost et Cotard ont insisté sur les symptômes de l'ischémie cérébrale ; ils ont attribué à cette cause les étourdissements et les attaques apoplectiformes suivies de mort rapide, sans lésion des centres nerveux, et que la plupart des auteurs ont rapportés à la congestion cérébrale. Ils ont essayé d'établir un rapport entre l'intensité plus ou moins grande de l'attaque, et la plus ou moins grande généralisation de l'ischémie cérébrale ; enfin, ils ont montré que la thrombose peut, comme l'embolie, donner lieu à des accidents subits.

Relativement à la paralysie, à la contracture et aux autres symptômes du ramollissement, ils n'ont eu que peu de chose à ajouter aux descriptions que l'on trouve dans les auteurs. L'analyse de leurs observations a montré que la paralysie s'établit le plus souvent d'emblée, et suit rarement une marche progressive, en sorte qu'il est impossible de fonder sur cette marche un signe de diagnostic de quelque valeur.

Enfin l'examen de la température rectale a montré que, contrairement à ce qui se passe dans les maladies inflammatoires, la température du corps ne s'élève pas notablement dans le ramollissement cérébral, en sorte que si l'inflammation joue un rôle dans cette maladie, ce rôle est certainement très-secondaire, et le processus qui la constitue essentiellement est de tout autre nature.

Traitement de la fistule à l'anus par la canule à demeure.

Il y a de nombreuses tentatives qui ont été faites pour tous les genres de fistules et dans le but d'empêcher les matières de passer par la fistule. On connaît la boutonnière uréthrale en arrière d'une fistule, destinée à créer un canal de dérivation, imaginée par Ledran Viguerie et M. Ségalas. La fistule périnéale, créée pour un but analogue, est destinée à faciliter la guérison spontanée des fistules recto-vaginales et recto-vulvaires; ce dernier procédé est l'œuvre de V. Mott.

Mais déjà, même pour la fistule à l'anus, quelque chose d'analogue à ce qui a été fait par M. Blanco, a été pratiqué en France. M. Bremond (de Bordeaux) a essayé un traitement qui a les mêmes effets que la sonde à demeure. Il plaçait une canule à chemise dans le rectum et comprimait les parois du rectum à l'aide de charpie introduite entre la sonde et sa chemise; et pour fermer l'intestin, il introduisait dans la première canule placée une autre canule fermée ; cette dernière canule était enlevée quand l'opéré voulait aller à la selle ; de la sorte, il en résultait absolument les effets qu'on obtient avec une simple canule placée à demeure dans le rectum.

On trouve, dans la médecine opératoire de M. Velpeau, que M. Colombe a appliqué le même traitement que M. Bremond ; mais probablement M. Colombe ne se servait pas de la seconde canule, et il a vu une invagination de la muqueuse du rectum dans la canule à demeure. Voici l'observation de M. Blanco :

Un homme de trente ans fut admis à l'hôpital général de Madrid, le 10 mars dernier, avec une plaie récente et pénétrante de 3 à 4 centimètres d'étendue, à 7 centimètres environ à droite de l'anus. L'issue des matières fécales par cette plaie

et du sang par l'anus indiquait leur communication. Une péritonite partielle en fut la conséquence; mais celle-ci guérie, les pansements simples de la plaie fistuleuse ne suffisant pas à en déterminer l'occlusion, et des matières fécales s'échappant sans cesse par cette ouverture, le docteur Blanco eut l'idée d'introduire dans le rectum, jusqu'au-dessus de l'ouverture interne de la plaie, un tube cylindrique en gomme de 3 centimètres de diamètre. On en devine le but. Il fut, en effet, atteint. Les matières fécales s'engagèrent complétement par ce tube sans fluer entre ses parois et celles de l'intestin. La cicatrisation de la fistule s'opéra dès lors, quoique lentement, et la guérison fut ainsi complète sans opération. (*La Clinica* de Madrid.)

Cette observation est un exemple de traitement de la fistule à l'anus par la canule à demeure. Le titre est nouveau, l'objet l'est-il réellement? M. Bremond se servait d'une canule à demeure pour faire une compression sur les parois du rectum; l'idée était bonne. Les Espagnols ont placé une canule à demeure pour empêcher le passage des matières par la fistule; le but était louable, mais la différence n'existe que dans l'intention.

A supposer donc que la fistule à l'anus puisse être avantageusement traitée par la canule à demeure, on verrait encore une fois de plus qu'on est rarement seul à inventer une bonne chose, et qu'un succès certain a toujours été précédé de tentatives dont le succès a été plus ou moins douteux.

LIQUEUR DE GOUDRON CONCENTRÉE ET TITRÉE.

Nous nous sommes fréquemment servis avec grande commodité de ce produit, préparé par E. Guiot, pharmacien. Ne renfermant que les principes actifs du goudron, débarrassé des huiles âcres et empyreumatiques, il a, sur l'*eau de goudron ordinaire*, l'avantage précieux d'un dosage exact.

Son mode de préparation est le suivant :

Goudron de Norwége	10 kil.
Eau	20 litres.
Carbonate de soude	1 kil.

Faites chauffer au bain-marie, dans un appareil distillatoire, de manière à recueillir le principe volatil (la résinéone). Reprenez la partie non distillée, traitez-la par quantité suffisante d'eau, de manière à obtenir quarante litres de liquide, laissez déposer la liqueur, décantez dans un tonneau. Réunissez la partie volatile obtenue dans la première période de l'opération, en ayant soin de brasser le tout pendant quelques instants et à plusieurs reprises; laissez déposer pendant quelques jours et filtrez.

Vous obtenez une liqueur brune, foncée, d'un goût très-aromatique. se mêlant parfaitement à l'eau, et donnant une eau goudronnée, ambrée, claire et limpide.

Voici les proportions dans lesquelles la liqueur de goudron est administrée pour les diverses indications :

Eau de goudron (pour boisson) : deux cuillerées à bouche de liqueur pour un litre d'eau, ou une cuillerée à café par verre.

Eau de goudron (pour injection) : une partie de liqueur pour quatre parties d'eau, soit un cinquième.

Eau de goudron (pour lotion) : parties égales de la liqueur et d'eau. La liqueur a même été employée pure dans le traitement de la teigne. (*Gazette médicale de Lyon*.)

FRACTURE DU LARYNX.

Œdème de la glotte. — Trachéotomie. — Guérison.

Le docteur Maclean fut appelé, le 15 juin 1865, auprès d'un fermier, âgé de trente-deux ans. Le malade était sur son lit, assis, soutenu par des oreillers, incapable d'articuler une parole et d'accomplir l'acte de la déglutition. Une salive sanglante s'écoulait de sa bouche. Sa physionomie exprimait une anxiété extrême; la respiration était pénible, stertoreuse. La face, le cou, la tête, la partie supérieure de la poitrine étaient le siége d'un emphysème considérable. Pouls faible, extrémités froides. Douze heures auparavant, faisant un violent effort pour lancer un bâton, cet homme avait trébuché et il était tombé en avant, le cou portant avec violence sur une souche d'arbre. Il était parvenu à se relever, mais avait de suite éprouvé une extrême difficulté à respirer, et, en portant la main à son cou, il l'avait trouvé tuméfié; la tuméfaction s'était ensuite rapidement étendue aux parties ci-dessus désignées. Il n'y avait aucune difficulté à reconnaître la nature de la lésion; le cartilage thyroïde était fracturé, comme le prouvait manifestement une crépitation d'une nature très-distincte de celle de l'emphysème. Les jours suivants, il y eut un peu d'amélioration dans l'état du blessé, et l'on en profita pour le transporter à la ville, afin de pouvoir surveiller plus aisément les symptômes et les accidents et d'être plus à portée de pourvoir aux indications qui pourraient se présenter. Il y eut lieu de se féliciter d'avoir pris ce parti, car la situation ne tarda pas à s'aggraver, la respiration devenant de plus en plus difficile. L'examen laryngoscopique fit reconnaître l'existence d'un œdème de la glotte. La trachéotomie était devenue nécessaire; elle fut pratiquée par le docteur Maclean, non sans difficulté. Du moment que l'accès de l'air eut été rétabli, les accidents s'amendèrent rapidement. Le 29 juin, la canule put être enlevée sans dommage pour la respiration. Le malade se rétablit parfaitement. (*Canada med. Journ*, et *Bulletin de thérapeutique*, juillet 1866.)

LE CHLOROFORME CHEZ LES MOURANTS.

Il y a, on le sait, plus d'un rapport entre la mort et le chloroforme; mais, cette fois, ce n'est pas d'un rapport de causalité qu'il s'agit. M. Bullar s'est trouvé amené à examiner les services que le chloroforme peut rendre aux malades agonisants ou destinés à mourir prochainement, et dont on pourrait adoucir les derniers instants par une chloroformisation méthodiquement ménagée. Déjà, dès le début de l'anesthésie artificielle, un inventeur avait traité la question *ex professo*, proposé formellement l'éther dans ce but, et décrit, sous le nom d'*euthanasie*, une manière agréable de conduire ainsi les gens de vie à trépas. M. Bullar confirme ces recherches; il cite une dame de quatre-vingt-deux ans, qui, pendant les dernières semaines de sa vie, dut à la chloroformisation intermittente, un calme profond et exempt de danger, tandis que l'opium, précédemment employé, ne procurait d'assoupissement qu'en congestionnant le cerveau.

Quant à la chloroformisation *in extremis*, c'est sans doute un moyen héroïque; mais il faut, dit l'auteur, le réserver pour les malades torturés par des souffrances très-vives, ou pour les individus pusillanimes. Un homme courageux rougirait de s'endormir autrement que du sommeil éternel; et il se rappellera toujours cette belle et dernière parole de Marie-Thérèse qui disait, à son lit de mort : « Ne me donnez pas d'opium; je veux voir Dieu, bien éveillée! »

(*British medical journal*, 7 juillet 1866.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des applications thérapeutiques de la liqueur iodo-arsenicale mercurielle de Donavan.

Le docteur Pedrelli, médecin de la section des maladies syphilitiques et cutanées, à l'hôpital Sainte-Ursule de Bologne, vient de publier dans le *Giornale italiano delle malattie veneree*, une série de guérisons obtenues au moyen de la liqueur de Donavan. Voilà la composition de cette liqueur :

Iodure d'arsenic	20 centigrammes.
Eau distillée	120 grammes.

Dissolvez dans un matras de verre à chaud; ajoutez biiodure de mercure, 40 centigrammes; iodure de potassium, 3 ou 4 grammes. Filtrez et conservez dans un vase brun et bouché. La liqueur ainsi obtenue est limpide et a une légère teinte paille. Quatre grammes de cette préparation contiennent environ 6 milligrammes d'iodure d'arsenic et 12 milligrammes de biiodure de mercure.

La dose à laquelle on administre cette liqueur, varie de 4 à 100 gouttes et plus, dans 90 grammes d'eau distillée, à prendre en trois fois dans la journée; on augmente chaque jour d'une à deux gouttes.

Il faut éviter, en même temps qu'on boit cette liqueur, l'usage des substances acides, ne pas la prendre à jeun et ne pas l'unir aux narcotiques, pour pouvoir apprécier sa tolérance.

Voici un exemple de cas grave de syphilide et de dermopathie très-promptement guéri par ce remède.

Une femme, atteinte plusieurs fois d'accidents syphilitiques, présentait un ulcère chronique du méat, qui fut le point de départ d'un tissu de nouvelle formation, parvenu rapidement au volume d'un œuf de poule; en outre, elle portait une vaste ulcération phagédénique du voile du palais, qui lui avait enlevé la voix et gênait la déglutition; de plus, elle était dans un état très-avancé de cachexie. M. Pedrelli commença le traitement avec 4 gouttes par jour, augmentant jusqu'à 96, diminuant dès que l'amélioration fut survenue, et la guérison fut obtenue dans l'espace de trois mois. La malade avait ingéré environ 500 grammes de la liqueur en question.

De l'antagonisme du brome et de l'iode.

L'action comparative du brome et de l'iode mérite de fixer l'attention des thérapeutistes; aussi croyons-nous devoir extraire ce qui suit de l'excellente thèse d'agrégation de M. C. Paul, sur l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique.

Le brome et l'iode, quoique très-voisins chimiquement, sont très-différents si l'on prend pour réactif l'organisme. Tandis que l'iode est excitant, développe l'état nerveux, excite la peau au point d'y déterminer des éruptions, irrite la muqueuse pharyngée, nasale et bronchique, détermine des érections plus fréquentes et plus énergiques et enfin stimule la circulation, on voit le brome avoir les propriétés opposées. Le brome est un sédatif du système nerveux, il produit l'anesthésie de la peau et des muqueuses, et en particulier de la muqueuse du voile du palais et du pharynx. Le brome est anaphrodisiaque et enfin sédatif du système circulatoire.

Le brome et l'iode sont donc des médicaments dont l'action est opposée; ils sont de plus, suivant M. Gubler, antagonistes. La proportion d'iode renfermée dans certains bromures du commerce est telle, qu'elle aurait dû produire des phénomènes d'iodisme chez les sujets susceptibles, lorsque le sel impur était administré à des doses fortes de plusieurs grammes par jour. Cependant je n'ai vu, dans aucun cas, le coryza et les autres symptômes d'iodisme accompagner l'administration du bromure impur, et le fait n'a pas été observé, que je sache, par les expérimentateurs qui m'ont précédé, et qui ont, sans aucun doute, opéré presque toujours avec du bromure ioduré.

Il résulte de là cette conséquence, prévue d'ailleurs, que le brome neutralise l'action physiologique de l'iode.

Mais l'iode, à son tour, contrecarre les effets du brome, car l'action du bromure de potassium, très-puissante en beaucoup de circonstances, n'a pas répondu à mes légitimes espérances dans certains cas précisément où l'iode abondait dans le bromure alcalin.

L'iode et le brome sont donc antagonistes.

Du chlorate de potasse contre les affections de l'ovaire.

Sans donner le chlorate de potasse comme un spécifique dans le traitement des kystes de l'ovaire, M. Craig le propose comme un absorbant du liquide, de telle sorte que, suivant lui, il ne serait plus permis désormais de pratiquer l'ovariotomie sans en avoir préalablement fait usage à haute dose. Il rapporte quatre cas à l'appui de son opinion. Dans deux cas la disparition du kyste a été complète; dans un troisième elle a été incomplète, et incertaine dans la quatrième par cessation du remède.

Voici l'une des observations rapportées par M. Craig. Une jeune femme, d'une bonne constitution, portait dans la région iliaque gauche une tumeur grosse comme une tête de fœtus d'un mois, mobile et dont le début remontait à cinq ans. On la soumit inutilement à divers traitements et l'on songeait même à pratiquer l'ovariotomie quand M. Craig eut l'idée de lui donner une solution saturée de chlorate de potasse, une cuillerée à dessert trois fois par jour. Il survint une amélioration sensible au bout de deux à trois semaines : la tumeur diminua graduellement et elle était entièrement disparue après dix à douze mois de ce traitement, ainsi que tous les symptômes qui y étaient inhérents. (*Edimb. med. Journ.* et *Union méd.*, p. 57, 1866.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 mai 1866. — Présidence de M. Guibout, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Leudet s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre par laquelle M. Perrin exprime à la Société ses remerciments pour l'accueil favorable fait à sa candidature.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un mémoire de M. Leudet, intitulé : *Les Bains des Eaux-Bonnes. — Physiologie et pathologie thermales.* (C'est le mémoire lu à la Société par M. Leudet, à l'appui de sa candidature.)

2° Un mémoire de M. de Langenhagen, intitulé : *Le Choléra; son mode de développement et de propagation.* Remerciments et dépôt aux archives.

NOMINATIONS.

L'ordre du jour appelle l'ouverture du scrutin sur la candidature de M. le docteur Blondeau au titulariat :

Après dépouillement du scrutin, M. le docteur Blondeau est élu membre titulaire de la Société de médecine, à la majorité des suffrages.

L'ordre du jour appelle ensuite l'ouverture du scrutin sur la candidature de M. le docteur Charvot au titre de membre correspondant.

Après dépouillement du scrutin, M. Charvot est élu membre correspondant de la Société de médecine, à la majorité des suffrages.

Discussion sur l'antagonisme entre l'opium et la belladone.

M. A. VOISIN. Le rapport de M. Aimé Martin, sur le travail de M. Fraigniaud, me paraît se prêter à quelques considérations critiques qui se résument en quatre points :

1° Les doses des médicaments forts en général et leur division en doses toxiques et thérapeutiques;

2° L'examen des doses thérapeutiques de morphine et d'atropine;

3° L'antagonisme de ces deux alcaloïdes subordonné à la condition d'administrer des doses toxiques contre des doses toxiques, et des doses thérapeutiques dans le cas de doses thérapeutiques;

4° La méthode des injections sous-cutanées.

1° L'auteur du travail et M. Martin ne paraissent pas s'être rendu compte de ce que M. Cl. Bernard a appelé *doses toxiques* et *doses thérapeutiques*, quand ils conseillent l'emploi en injections sous-cutanées de morphine, à la dose de 0,50. C'est là en effet une dose toxique, si on la donne d'emblée, ainsi qu'il ressort du travail de M. Fraigniaud et des effets produits sur ses trois malades. Comment, *a priori* du reste, en serait-il autrement, quand l'expérience de chaque jour apprend que le chlorhydrate de morphine doit être administré d'emblée par la bouche, à la dose de 0,05 seulement (en moyenne), et l'on sait combien, par cette voie, l'absorption du médicament est moins active que par la méthode hypodermique.

2° Quelles sont donc les doses thérapeutiques de morphine et d'atropine en injections sous-cutanées? Je parle des doses d'emblée chez des individus non habitués à ces médicaments, car je sais combien l'accoutumance s'établit rapidement en général.

La dose thérapeutique de morphine varie de 0,0075 à 0,015 maximum.

La pratique de M. Béhier, son mémoire de 1859, la thèse récente de M. Jousset (page 56), et des faits qui me sont personnels, sont unanimes à ce sujet :

La dose thérapeutique d'atropine varie de 0,001 à 0,003, ainsi qu'il résulte des observations de M. Béhier et de la thèse de M. Jousset (pages 91 à 97). Plusieurs faits que je trouve dans cette thèse démontrent qu'elle ne peut dépasser ces doses. (Pages 92, 93, 97, 99.)

Si ces doses d'emblée peuvent jamais être dépassées, ce n'est que dans des cas exceptionnels, où il y a danger de mort prochaine et où des accidents graves autorisent la témérité en thérapeutique.

3° Quant à l'antagonisme, voici comment je le comprends :

Il me semble que, pour être efficaces, les médicaments antagonistes

doivent être donnés à des doses thérapeutiques et toxiques correspondantes et similaires. Contre un agent à dose thérapeutique il faut donner un agent à dose thérapeutique ; contre une dose toxique, administrer une dose toxique de force comparable. Tout me paraît hasard dans l'antagonisme, en dehors de ce principe, qui ressort du reste de l'énumération de la plupart, sinon de toutes les observations connues où la belladone a été donnée avec succès comme antagoniste de l'opium.

Observation d'Anderson (Union médicale, 1859).

60 grammes do solution d'hydrochlorate de morphine.
24 grammes de teinture de belladone.

Observation de Béhier (Union médicale, 1859).

Empoisonnement avec du laudanum.
2 centigrammes d'extrait de belladone.

Observation de Blondeau (Arch. de méd., 1865).

Laudanum de Sydenham, 10 grammes.
Teinture de belladone, 4 grammes.
Extrait de belladone, 19 centigrammes.

Blondeau (loc. cit., 1865).

Opium (quantité ayant produit des phénomènes d'intoxication).
Teinture de belladone, 80 gouttes.

Observation de Duncan (Arch. de méd., 1864).

Laudanum, 60 grammes.
Teinture de belladone, 30 grammes.

Observation de Norris (Arch. de méd., 1864).

Sulfate de morphine, 3 gr. 75.
Extrait de belladone, 1 gr. 50.

Observation de Mussey.

Laudanum, 30 grammes.
Teinture de belladone, 30 grammes.
Extrait de belladone, 25 centigrammes.

Observation de Bourdon et de Dodeuil à la maison Dubois.

Laudanum de Sydenham, 20 grammes.
Sulfate d'atropine, 10 gouttes.

Observation de Lee (Bull. de thérap., 1862, p. 233).

Laudanum à dose toxique.
Teinture de belladone, 60 gouttes.

Observation d'Erlenmayer (Arch. de méd., mars 1866).

Atropine, 10 centigrammes.
Morphine, 10 centigrammes.

Dans toutes ces observations, que j'emprunte à la thèse d'agrégation en médecine (1865) du docteur C. Paul, des phénomènes d'empoisonnement produits par les préparations opiacées à dose toxique ont été combattus par des quantités également toxiques de belladone, et le succès de la thérapeutique en ces cas vint appuyer, sinon démontrer, l'opinion que je vous ai présentée. Comment, en outre, comprendrait-on, sans l'antagonisme, dit le docteur Paul (*loc. cit.*, p. 100), que 3 gr. 75 de sulfate de morphine et 1,50 d'extrait de belladone permissent à un homme d'être debout?

La belladone étant plus active que l'opium, les doses de belladone administrées ont été, dans ces cas, de moitié ou d'un tiers moins fortes que celles d'opium.

Rien de semblable n'a été fait dans les observations qui vous ont été présentées par M. Fraigniaud : une dose ordinaire, thérapeutique, d'atropine a été donnée contre une dose excessivement toxique d'opium, et l'auteur, ainsi que le rapporteur, s'étonne après cela de la continuité des effets opiacés, et condamne la doctrine de l'antagonisme de l'opium par la belladone.

En résumé :

1° Le chlorhydrate de morphine est excessivement toxique à la dose de 0,50, surtout par une injection sous-cutanée;

2° Le sulfate d'atropine ne l'est pas ou l'est très-peu à la dose de 0,0025, même avec une injection sous-cutanée;

3° L'antagonisme ne peut exister entre deux agents médicamenteux, qu'à la condition de les donner tous deux à des doses thérapeutiques ou toxiques de force comparable;

4° C'est nuire à la méthode encore nouvelle des injections sous-cutanées que d'administrer par cette voie des doses de médicament dont on ne s'est pas rendu compte. Les revers peuvent être attribués à la méthode.

Sur la demande de MM. Aimé Martin et Géry père, la discussion sur ce sujet est remise à la prochaine séance.

LECTURES.

M. GIRAUD-TEULON présente une malade opérée d'une tumeur du sac lacrymal et lit la note suivante :

Note sur une modification du procédé de Foltz, par perforation de l'unguis, dans le traitement des tumeurs et fistules lacrymales, par M. GIRAUD-TEULON.

Chacun sait les obstacles qu'opposent aux essais curatifs certains cas de tumeurs et fistules lacrymales. Si, dans ces dernières années, la thérapeutique chirurgicale de ces affections a fait des progrès considérables, si aujourd'hui il est sérieusement permis de dire que l'on triomphe couramment, et dans un délai de quinze jours à deux ou trois mois, des sept dixièmes environ des obstructions du canal nasal, il n'en est pas moins vrai que certaines de ces obstructions, les cas invétérés, résistent encore trop souvent à tous les efforts.

Mon intention n'est pas de vous présenter, messieurs, un exposé général des méthodes nouvelles en les opposant au tableau historique des essais tentés depuis le commencement du siècle dernier, jusqu'à nos jours.

Qu'il me suffise de rappeler ici qu'une grande découverte, physiologique et chirurgicale à la fois, sépare nettement l'époque actuelle de celle que nous pourrons appeler l'époque classique de l'histoire des fistules lacrymales.

Les nombreux travaux qui ont tenu, pendant le XVIIIe siècle, une si belle place dans les annales de l'Académie de chirurgie, et qui constituent le bilan de cette époque classique, reposent tous sur la théorie du siphon de J. L. Petit, et sur son application au rôle aspirateur des points lacrymaux. La conservation, le respect de l'intégrité de ces orifices est la base de tous les essais chirurgicaux. Il faut, à tout prix, désobstruer le canal nasal, sans intéresser les orifices capillaires ouverts aux bords palpébraux.

Bowman, en 1851, remédie à l'éversion des points lacrymaux, en transformant le canal fermé que constituent ces conduits en un canal ouvert de plusieurs millimètres de longueur, et montre ainsi, par les succès qui couronnent sa méthode, l'excès d'importance attribuée aux orifices lacrymaux, en leur qualité de bouches aspiratrices du siphon inférieur. Ce résultat physiologique, heureusement apprécié, permet bientôt de pénétrer par cette même voie dans le canal nasal, et d'attaquer celui-ci par les procédés de dilatation progressive appliqués avec tant de succès à d'autres conduits rétrécis de l'économie.

C'est à cette méthode de dilatation progressive que l'on est redevable de la grande proportion de succès obtenus aujourd'hui dans toutes les nouvelles écoles. Je dis seulement « proportion », parce qu'il est encore un nombre trop notable de cas qui échappent à l'action de la dilatation longtemps continuée, et à toutes les applications topiques imaginables.

En présence de ces cas rebelles, entretenus par une muqueuse dégénérée ou irréparable, on n'a plus d'autres ressources que la cautérisation du sac, sa prétendue oblitération et la perforation de l'unguis. Je ne parle pas de l'extirpation *in extremis*, de la glande lacrymale.

La cautérisation du sac peut être employée, et elle l'est souvent avec succès ; non comme on l'a cru et professé, parce qu'elle oblitère la voie nasale, mais simplement, ainsi qu'il a été démontré par l'école de M. Sperino, en enlevant une vaste surface muqueuse impropre à ses fonctions, et en lui substituant une petite fistule interne, suffisant désormais à emporter l'excès humide des sécrétions lacrymales.

Avec un avantage égal il semble qu'on réussisse encore par la perforation de l'unguis, suivant le procédé de M. Foltz (de Lyon) ; la fistule ouverte directement dans le méat moyen rendant le même service que le canal nasal à demi oblitéré, qu'on a utilisé, sans le savoir, dans la cautérisation du sac.

Ces deux procédés ont tous deux le désavantage que je n'entends pas d'ailleurs exagérer, de nécessiter une ouverture, une plaie extérieure. Quoique la cicatrisation de cette plaie, quand elle est faite suivant toutes les règles, ne laisse pour ainsi dire point de traces, il est cependant des exceptions à cette circonstance heureuse. Ces exceptions ne sont même point rares dans la cautérisation. D'ailleurs, si l'on peut pénétrer dans le sac et dans le méat moyen, sans intéresser la peau, par une voie déjà ouverte en partie, et parfaitement dissimulée aux regards, je m'assure que chacun y trouvera avantage, les femmes surtout qui paient à la fistule lacrymale une contribution si élevée.

Tel est l'objet que je me suis proposé dans le cas dont je vais avoir l'honneur de vous présenter l'observation, et dans lequel j'ai pratiqué, sans difficulté, la perforation de l'unguis, au moyen de l'emporte-pièce de M. Foltz, en pénétrant dans le sac lacrymal par sa face conjonctivale, entre la caroncule en arrière, et le tendon de l'orbiculaire en avant, après avoir simplement réuni dans une même incision commune les deux conduits lacrymaux et leur sphincter commun.

Observation de tumeur du sac lacrymal devenue fistuleuse, et opérée par le procédé de Foltz modifié.

Le 21 septembre 1865, Mme Cécile B..., âgée de soixante-cinq ans, concierge, rue d'Aboukir, n° 76, nous est adressée par notre collègue le docteur Costilhes, dans les conditions suivantes : abcès considérable de l'angle interne des paupières, à droite, enveloppant le sac lacrymal distendu lui-même. Cet abcès a commencé à se former il y a un mois environ, à la suite d'un érysipèle ; mais la malade avait du larmoiement depuis dix-huit mois.

La tuméfaction considérable des parties ne permet pas d'atteindre les points lacrymaux ; il est impossible dès lors de donner issue à la collection formée par le procédé de Bowman. On ouvre l'abcès en son point culminant et le plus aminci ; la tumeur se vide et s'affaisse, donnant issue à une quantité considérable de pus. Deux ou trois jours après, le canal lacrymal inférieur est fendu jusque dans le sac par le procédé de Bowman au moyen de notre dacryotome caché.

Les choses se passent alors de la manière la plus régulière, le sac se vide et s'affaisse graduellement; la sonde de Weber triomphe aisément de l'oblitération du canal nasal rétréci dans un point de son tiers inférieur ; des lavages abondants à l'eau fraîche sont pratiqués chaque jour ; le larmoiement diminue tous les jours, et tout annonce une guérison prochaine.

Au bout de quelques semaines cependant cette amélioration se ralentit. Nous sommes obligé chaque jour de faire passer la sonde, si nous voulons obtenir le passage de l'eau de lavage. L'œil pleure peu, mais enfin pleure toujours. Cet état demeure ainsi stationnaire jusqu'au commencement de décembre.

Nous songeons à prendre un parti plus radical ; cautériserons-nous le sac? ne serait-il pas préférable de perforer l'unguis?

Les relations données par M. Foltz des succès obtenus par son procédé, la simplicité du mécanisme de son instrument, le peu de succès que nous avons obtenu jusqu'ici des cautérisations du sac, le grand nombre de récidives qui se présentent à notre observation après l'application par d'autres de ce même moyen, nous font incliner vers la pratique de M. Foltz.

Une modification qui peut être apportée dans l'exécution de ce procédé se présente à notre esprit, et nous paraît propre à simplifier encore sinon le manuel du moins l'acte opératoire. Nous songeons à profiter de l'ouverture déjà faite dans l'angle interne de l'œil; nous ne voulons pas parler ici de la fistule qui a succédé à l'abcès (elle est cicatrisée depuis longtemps), mais de l'ouverture même du sac existant au confluent des conduits lacrymaux.

A cet effet, le 6 décembre dernier, en présence de MM. les docteurs Fallot et Debout, chirurgiens de la marine impériale, et des élèves de notre clinique, nous ouvrons avec le dacryotome le canal lacrymal supérieur. L'inférieur, on se le rappelle, était déjà ouvert. Mais, vu le peu de largeur de la lame du dacryotome ou la cicatrisation déjà opérée du sphincter commun, il reste un petit pont entre les deux ouvertures. En faisant pénétrer une seconde fois l'instrument du canal inférieur dans l'ouverture nouvellement pratiquée, c'est-à-dire de dedans en dehors, le pont est tranché, et une ouverture moyennement large est pratiquée dans la paroi externe du sac en avant de la caroncule.

L'emporte-pièce de Foltz pénètre alors avec facilité dans le sac, par le cul-de-sac conjonctival du canthus interne, pendant que la branche d'appui est portée sous l'unguis dans le méat moyen. Une ouverture est alors pratiquée suivant les règles données par M. Foltz, mais incomplétement sans doute, car nous ne ramenons pas la triple rondelle de tissus qu'a dû entamer l'instrument.

Malgré l'absence regrettable de ce témoin matériel de l'action cherchée, la perforation complète de l'os nous est démontrée par le passage d'une sonde de l'angle de l'œil dans le nez, où nous portons, à sa rencontre, une deuxième sonde cannelée, dont le choc avec la première est aisé à reconnaître par le doigt et par l'oreille.

Depuis ce jour (6 décembre 1865), le larmoiement n'a plus reparu; des lavages journaliers sont pratiqués jusqu'au 15 janvier. Le larmoiement ne se montre plus ; l'œil cependant est encore un peu humide, ainsi que son congénère d'ailleurs (le sujet est d'un tempérament lymphatique et humide) ; mais il ne pleure plus jamais, même dehors, et par les temps pluvieux et à ouragans de ce mois, éminemment fécond en tempêtes.

Aujourd'hui 15 mai, nous venons de revoir encore la malade dont la guérison s'est parfaitement maintenue, et qui affirme n'avoir plus jamais et depuis longtemps à essuyer aucune larme ; or nous touchons au sixième mois après l'opération.

DISCUSSION.

M. LABBÉ. La plupart des auteurs admettent que, par la cautérisation du sac, on obtient son oblitération. Il existe, d'autre part, des faits qui prouvent qu'en oblitérant le sac on fait cesser l'épiphora ; ceux dans lesquels M. Velpeau ayant eu recours à la section des points lacrymaux a obtenu la cicatrisation, en sont des exemples.

M. GIRAUD-TEULON oppose à ceux-ci des cas de section des points lacrymaux et de cicatrisation avec persistance de l'épiphora.

M. LABBÉ. Le diagnostic de la réalité de l'oblitération du sac lacrymal est difficile. Après la cautérisation même, il n'est pas toujours aisé de reconnaître si le sac est ou non oblitéré.

M. GIRAUD-TEULON cite des exemples de cautérisation sans oblitération du sac.

M. BLACHEZ donne lecture d'un travail intitulé :

Observations de variole chez des sujets récemment vaccinés avec le cow-pox. — Évolution simultanée de la vaccine et de la variole.

OBS. I. — Au n° 17 de la salle Sainte-Madeleine, service de M. le professeur Bouillaud, un enfant, né le 14 janvier 1866, est vacciné le 16, à l'Académie de médecine, avec du vaccin pris sur la génisse.

L'enfant, du sexe masculin, est à terme et très-vigoureux.

La mère, âgée de vingt-neuf ans, prétend qu'elle a été vaccinée. Elle porte au bras droit une petite cicatrice de la grandeur d'une lentille, dont la nature vaccinale peut être mise en doute.

Le mardi suivant, huit jours après l'inoculation, des boutons se montrent sur les deux bras de l'enfant. Ces boutons, au nombre de quatre, n'atteignent leur entier développement que le vendredi, onzième jour.

Le samedi, l'enfant présente, à chaque bras, deux larges pustules, plates, d'un centimètre au moins de diamètre, offrant les caractères d'un vaccin type.

Ce jour même plusieurs personnes sont revaccinées sur l'enfant, qui paraît bien portant. Cinq de ces personnes ont été suivies et ont offert, huit jours après l'opération, des pustules vaccinales parfaitement légitimes.

Le samedi soir, l'enfant est pris de fièvre et d'agitation qui persistent toute la nuit, et que la mère attribue à la fatigue imaginaire qu'il a dû subir le matin.

Le dimanche, dans la journée, une éruption se développe sur la face de l'enfant, et s'étend rapidement à tout le corps.

Le lundi 29 janvier, le pouls est à 130. L'éruption se compose de larges papules entourées d'une auréole rouge, assez saillantes pour qu'il n'y ait plus de doute sur leur nature variolique. L'éruption est discrète. L'enfant paraît en bon état et prend bien le sein.

Le mardi 30, le pouls est à 170. Les boutons commencent à blanchir sur la face. La plupart sont ombiliqués. Sur la partie latérale gauche du crâne, on remarque trois énormes pustules, ayant un diamètre double de celui des pustules voisines, et non ombiliquées.

Les pustules vaccinales sont encore en pleine activité. Au bras gauche, la pustule supérieure qui n'a pas été entamée, offre une surface blanche et nacrée. L'inférieure, à laquelle on a emprunté du vaccin, est en voie de dessiccation.

Le 31, fièvre modérée. Pouls à 140. Les pustules blanchissent sur la face et les membres. Elles sont fort petites sur le tronc, pointues, et contenant toutes une certaine quantité de sérosité purulente.

Les pustules vaccinales ne se dessèchent pas encore. L'état général de l'enfant est satisfaisant. Il tette avec avidité.

Le 1er février, pouls à 180. L'enfant s'agite beaucoup ; l'éruption est stationnaire. Quelques pustules sur la joue gauche sont le siége d'une légère hémorrhagie.

Le 2, l'éruption a complétement changé d'aspect. Les pustules sont, les unes flétries, les autres hémorrhagiques. On trouve sur les mains, les pieds, la face et le dos plusieurs larges phlyctènes remplies de sérosité rousse. Trois phlyctènes plus volumineuses que les autres s'observent sur la région pariétale gauche, au point où l'on remarquait les larges pustules précédemment indiquées.

Sur plusieurs points du corps, on constate des taches hémorrhagiques, des sugillations et une teinte livide plus marquée aux extrémités.

Les jambes sont dures, froides, gonflées et violacées. Elles présentent, en un mot, tous les caractères du sclérème.

Au bras gauche, les deux pustules vaccinales sont remplacées par deux larges croûtes noires, baignées d'une sérosité sanguinolente, et déjà circonscrites par une petite ulcération.

Rien de particulier au voisinage de l'anus, sur les parties génitales, qui puisse faire soupçonner une infection syphilitique. La gorge, les fosses nasales n'offrent aucune lésion caractéristique.

L'enfant se refroidit de plus en plus ; le pouls est tellement rapide, qu'on ne peut le compter ; il devient petit et misérable.

L'enfant succombe dans la soirée.

L'autopsie n'a rien offert de remarquable. Congestion de la partie postérieure des poumons ; sang liquide dans les cavités droites ; aucun épanchement sanguin.

Le soir même, la mère, qui avait eu constamment l'enfant couché dans son lit et le soignait avec une grande sollicitude, présente, à la face, une éruption déjà caractérisée. Elle avait, dit-elle, depuis plu-

sieurs jours, du malaise et de la fièvre qu'elle avait négligés, absorbée qu'elle était par les soins que réclamait son enfant.

Le 3 février, une éruption variolique discrète couvrait la face, et l'on voyait sur la voûte palatine plusieurs pustules déjà blanchissantes. Pouls à 96 ; chaleur vive.

Le 4, le pouls est à 80 ; la chaleur est tombée.

Le 5, pouls à 68 ; les pustules paraissent stationnaires ; elles blanchissent légèrement sur la face. Une salivation abondante s'est déclarée. L'appétit est conservé.

Les règles se sont montrées hier soir, dix-neuf jours après l'accouchement.

Le 7, la fièvre se rallume ; le pouls est à 96 ; la figure se gonfle rapidement ; les pustules se sont développées considérablement depuis hier ; elles commencent à suppurer à la face.

Le 8, la figure est fortement gonflée, les paupières œdémateuses, les yeux complétement fermés ; les pustules grossissent et se remplissent de pus ; la fièvre est vive, le pouls à 100.

Le 10, la fièvre est moins forte ; le pouls à 96 ; la face commence à se dégonfler ; les pustules, énormes, la couvrent tout entière, sans être cependant confluentes. Sur le corps et les membres, l'éruption est abondante, et les pustules suppurent partout.

Le 11, la fièvre tombe ; pouls à 84 ; la figure se dégonfle ; les croûtes commencent à se former.

Le 13, la dessiccation continue ; convalescence.

Le 24, les croûtes se détachent lentement ; convalescence franche, sans suppuration.

Obs. II. — B..., âgée de vingt-cinq ans, femme de chambre, jeune fille brune, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse. Entrée à Saint-Louis au commencement de décembre 1865, pour y être traitée d'un lichen. Sortie le 7 janvier 1866.

Le dimanche 6, veille de sa sortie, elle a été vaccinée à l'hôpital avec du vaccin de génisse. La variole régnait alors à Saint-Louis et, dans la même salle que notre malade, se trouvait une femme atteinte de variole grave. Elle ignore si elle a été vaccinée dans son enfance ; elle pense qu'elle a été inoculée au bras gauche. La cicatrice d'un large vésicatoire qui a longtemps suppuré rend toute constatation impossible.

Le 19 janvier, treize jours après la vaccination, elle se présente à la consultation de la Charité ; elle dit que, depuis le 15, elle a de la fièvre, du mal de gorge, des douleurs d'estomac, une légère courbature. Perte complète d'appétit ; pas de vomissements. On constate, sur la face, une éruption papuleuse discrète, qu'on retrouve également sur le reste du corps. La malade n'attache aucune importance à ces boutons qui se sont montrés, dit-elle, dans la nuit du 18 au 19.

En poursuivant l'examen, on trouve à la partie supérieure du bras droit, dans un point où la malade affirme qu'une piqûre vaccinale a été pratiquée, une pustule du diamètre d'un petit pois, aplatie, nacrée, déprimée au centre, entourée d'une auréole rosée, tranchant par son volume et son aspect sur les papules varioliques qui l'avoisinent. C'est une belle pustule vaccinale (au troisième jour de son apparition ?).

Le 20, les papules se développent ; elles sont petites, ombiliquées, plus abondantes à la face que partout ailleurs ; pouls à 84 ; chaleur modérée.

La pustule vaccinale n'a pas augmenté de largeur ; elle est plus pleine, plus saillante ; la dépression centrale paraît déjà un peu jaunâtre, comme si la pustule tendait à se dessécher.

Le 25, sixième jour de l'éruption, les pustules sont en pleine suppuration ; elles sont abondantes, sans être cependant confluentes. La face est gonflée, ainsi que les pieds ; la fièvre est vive.

Au milieu de cette éruption, la pustule vaccinale se distingue par son volume, sa saillie, des autres pustules varioliques développées autour d'elle.

Le 27, la fièvre tombe ; la dessiccation commence. La pustule vaccinale est énorme, pleine de pus et flétrie dans son centre.

Le 30, la dessiccation continue ; la malade entre en convalescence.

La pustule vaccinale est couverte d'une croûte épaisse, cornée, brun jaunâtre, large de 1 centimètre au moins.

La malade est restée dans les salles jusqu'à la fin de février pour y être traitée d'une iritis avec conjonctivite rebelle qui a nécessité l'usage de plusieurs vésicatoires et de purgatifs répétés.

Toutes les croûtes sont détachées et remplacées par des taches brunes, sans cicatrices bien marquées.

Obs. III. — V... Alexis, âgé de trente-huit ans, entré le 16 mars 1866, à la Charité, salle Saint-Charles, n° 4, service de M. le professeur N. Guillot.

Il a été vacciné dans son enfance, et porte cinq belles cicatrices vaccinales, trois au bras droit et deux au bras gauche.

A l'âge de vingt et un ans, il a été revacciné sans succès, au régiment.

Sa santé est habituellement bonne ; il ne s'est alité que pour des fièvres contractées en Afrique, et qui se sont montrées à différentes reprises pendant six mois.

A la fin d'octobre 1865, il éprouva un refroidissement, et, quelques jours après, il eut de l'enflure aux pieds et au visage. Il se traita incomplétement chez lui et ne se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu que le 15 décembre. Il était alors atteint d'anasarque généralisée, et ses urines contenaient une quantité considérable d'albumine.

Le 26 décembre, onze jours après son entrée, il fut vacciné à l'Hôtel-Dieu sur une génisse (il était encore très-enflé). Six piqûres furent pratiquées. Au bout de six jours, deux belles pustules se montrèrent, une à chaque bras ; ces pustules grossirent rapidement et elles étaient en pleine efflorescence le 4 janvier. Elles furent examinées par le médecin de service et considérées comme typiques.

Ce même jour, 4 janvier, se déclara un malaise général avec céphalalgie violente, sans mal de reins ni vomissements.

Le 5, des boutons parurent à la face, et l'état général s'améliora en même temps que des boutons se montraient sur la poitrine et le dos. L'éruption se généralisa rapidement, et au bout de huit jours tout le corps était couvert de pustules en pleine suppuration, avec lesquelles on pouvait confondre les pustules vaccinales.

A partir du huitième jour, la dessiccation se fit rapidement. Il paraît donc, d'après les renseignements très-précis et donnés avec intelligence par le malade, que la plupart des pustules ont suppuré.

Il sortit de l'Hôtel-Dieu le 30 janvier, malgré l'avis des médecins ; ses urines contenaient encore de l'albumine. En outre, pendant son séjour à l'hôpital, des symptômes cardiaques, consistant en palpitations et oppressions fréquentes, s'étaient manifestés.

A son entrée à la Charité, le 16 mars 1866, il présente de l'anasarque, et ses urines sont albumineuses. En outre, on constate une insuffisance aortique des mieux caractérisées.

Tout le corps est couvert de macules brunes, suite de son éruption variolique. Trois boutons ont laissé des cicatrices indélébiles sur l'aile gauche du nez. Deux ou trois autres petites cicalrices se voient à la face ; l'éruption a été très-abondante sur le dos et la poitrine ; on y trouve quelques cicatrices déprimées, fort rares d'ailleurs.

A chaque bras, au-dessous des cicatrices du vaccin infantile, se voient deux petites cicatrices de la dimension d'une lentille, rosées, pointillées, et qui sont celles de la dernière inoculation.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Collineau.

Nous recevons la lettre suivante avec prière de l'insérer.

Monsieur le rédacteur,

M. Velpeau, qui a cité dans son discours la famille Duval, parle d'un neveu de mon père ; nous tenons à faire savoir que Vincent Duval, mon père, et moi, Eugène Duval, nous sommes les seuls Duval qui nous occupions d'orthopédie, à Neuilly (Paris).

Dr Eug. Duval.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 14 juillet, ont été nommés chevaliers dans la Légion d'honneur : M. le docteur Schaken, médecin en chef et M. Parizot, médecin de l'hôpital Saint-Charles, à Nancy ; M. le docteur Saucerotte, médecin en chef de l'hospice de Lunéville.

— Les nouvelles d'Amiens sont favorables, l'épidémie diminue. On comptait à la fin de la semaine dernière environ 10 à 12 décès cholériques par jour.

A Marseille, le choléra ne sévit pas avec plus d'intensité que les jours précédents.

L'état sanitaire de Paris est le même que la semaine dernière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique obstétricale ou recueil d'observations et statistique, par le docteur Mattei, professeur libre d'accouchements à Paris. Cinquième livraison in-8° de 244 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Des tumeurs des muscles, par le docteur A. Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris. In-8, de 142 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Deux volumes in-8° avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. —1866, Adrien Delahaye.

De la théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques, par le docteur Ernest Onimus. Brochure in-8° de 95 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Germer-Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 92. — MARDI 7 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 7 AOUT 1866. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

DE LA NON-CONTAGION DU CHOLÉRA.

Comme le journal est une tribune ouverte à toutes les opinions, il nous paraît bon de donner à nos lecteurs, après des plaidoyers en faveur de la contagion du choléra, un résumé de la brochure de M. Stanski, contre les tendances actuelles des médecins français, MM. Briquet et Seux, de Marseille, en particulier.

M. Stanski prend un à un tous les livres, rapports, brochures, lettres, mémoires qui, soit en France, soit à l'étranger, ont admis la contagion du choléra.

Voici ce qu'il répond à M. Daremberg :

— Quant au dire de M. Daremberg, que le choléra s'étend de proche en proche, qu'il suit les grandes routes et les grandes voies de communication, qu'il s'arrête devant le désert ou les flots de l'Océan où il se perd, que depuis l'Inde jusqu'à l'Europe, on ne pourrait citer une voie commerciale de terre ou d'eau, ni une route militaire qu'il n'ait parcourue de proche en proche, parce qu'il y trouve des conducteurs, des voyageurs, des stations, etc.; tout cela n'est que des assertions ou des explications de l'auteur ou bien des faits inexacts. Je défie qui que ce soit de démontrer par quelle route le choléra est venu à Calais et le même jour et peut-être à la même heure à Paris en 1832, et s'il est arrivé de l'Angleterre ou bien de l'Allemagne. Je défie qui que ce soit de démontrer si le dernier choléra est venu de Marseille ou de Constantinople, et dans le premier cas s'il a fait son voyage par le chemin de fer ou par une autre route; pourquoi il est resté deux ou trois mois sans paraître à Paris, les communications avec Marseille et la capitale étant journalières, pourquoi les Marseillais n'ont pas communiqué le choléra à Lyon et les Parisiens aux habitants de Sceaux, de Saint-Cloud, de Saint-Germain et de Rouen, etc., ou bien à ceux de l'Angleterre, pourquoi les pèlerins ne l'ont pas apporté en Afrique, pourquoi il ne s'est pas propagé de proche en proche et de localité en localité, entre Marseille et Paris et puis de Paris dans les départements du Nord et en Allemagne? Est-ce le manque de communications qui en était la cause? est-ce la sévérité des cordons sanitaires ou des quarantaines qui n'existaient pas?

M. Tiersch a tenté d'inoculer le choléra à des souris, à l'aide de papiers imbibés de déjections cholériques et desséchés.

— Sur trente-quatre souris qui ont avalé du papier imbibé dans les déjections plus anciennes, trente devinrent malades (on ne dit pas si c'est du choléra) et douze moururent. Les symptômes qu'elles présentèrent étaient des selles aqueuses, la disparition de l'odeur de l'urine et puis la suppression de celle-ci. Et quelques-unes offraient avant de succomber une roideur tétanique. Il n'y eut jamais de vomissements.

Voici ce que pense M. Stanski :

— Des morceaux de papier préparés comme ci-dessus ont empoisonné un certain nombre de souris, mais de là à une contagion cholérique il y a une distance du jour à la nuit. D'abord est-on bien sûr que ces animaux soient susceptibles d'avoir le choléra, ensuite de le contracter de l'homme par la contagion? Et puis, on veut y trouver une espèce de preuve que les déjections intestinales pourraient contenir le germe contagieux du choléra; mais comme cette expérience fait entendre que ce germe se développe dans les déjections quelques jours après leur évacuation, il en résulte que ce n'est plus un principe contagieux, puisqu'il n'est pas produit par le corps malade, mais bien un miasme qui s'y trouverait par suite de la fermentation de ces évacuations. Enfin est-ce que jamais on met les hommes dans les conditions de ces malheureuses souris, autrement dit, est-ce qu'on leur donne à manger des papiers préparés de la sorte? Ainsi on peut voir dans tout ce travail que les contagionistes admettent l'existence du germe contagieux du choléra dans les déjections alvines, et puis ils recommandent par-dessus tout d'arrêter la diarrhée prodromique et le dévoiement chez les cholériques pour prévenir et guérir le choléra, c'est-à-dire de renfermer le loup dans la bergerie pour sauver les moutons; malheureusement toujours la contradiction! toujours l'inconséquence!

Nous terminons cet article en citant le jugement de M. Stanski, sur les opinions de MM. Espagne, Grimaux (de Caux) et Seux.

— Nous allons encore parler d'un article publié récemment par M. Espagne dans la *Gazette hebdomadaire*. Nous lisons dans cette publication que jamais un grand foyer cholérique ne s'est formé sans qu'on puisse invoquer l'importation directe. En y répondant, je ne puis m'empêcher de dire qu'il aurait été préférable d'apporter des exemples péremptoires de cette importation que d'émettre une simple allégation, car les faits qui se sont passés à Astrakan, à Moscou, à Saint-Pétersbourg, à Breslau, à Berlin, à Vienne et à Paris, et dont j'ai donné des preuves authentiques, parlent hautement contre cette assertion.

Nous ne voulons plus entrer dans l'examen des raisonnements de l'auteur, nous nous attachons aux faits qu'il rapporte en faveur de la contagion, ces faits se sont passés à Montpellier :

1re série : 1° Le sieur L..., âgé de soixante-treize ans, ferblantier-plombier, meurt le 23 septembre de diarrhée en moins de vingt-quatre heures de souffrances;

2° Le sieur F..., âgé de quarante-deux ans, logé dans une maison contiguë, meurt du choléra le 26 septembre. Il occupait le rez-de-chaussée de ladite maison. Le magasin de sa femme, qui était bouchère, n'est séparé que par le mur-maître des magasins et ateliers du sieur L... L'auteur ne dit pas comment le germe contagieux a pénétré chez le sieur F..., s'il y est entré par la porte, par la fenêtre, ou s'il a percé le mur-maître ;

3° Le sieur B..., gendre de L..., logé à 500 mètres environ du domicile de son beau-père, meurt du choléra le 27 septembre;

4° Sa femme, fille de L..., meurt du choléra le 5 octobre. Il y en a qui diraient peut-être que l'incubation, ici, était un peu longue.

2e série. Elle comprend quatre cas se rapportant aux personnes de la même famille, pauvres et vivant au jour le jour.

1° La femme B..., quarante et un ans, épouse de C..., blanchisseuse, meurt le 28 septembre;

2° La fille de C..., dix-sept ans, repasseuse, meurt le 1er octobre;

3° C..., époux de la femme B..., quarante-quatre ans, cultivateur, meurt le 2 octobre ;

4° Le jeune C..., âgé de vingt ans, fils du précédent, meurt le 3 octobre.

Ces quatre malheureux logeaient sur le quai des Tanneurs, où se trouvent encore quelques maisons mal tenues et qui est longé par le ruisseau de Verdanson. Tous ces faits sont racontés par l'auteur pour prouver la contagion du choléra; seulement il oublie de nous dire pourquoi le sieur L... et la femme B... ayant eu le choléra sans avoir eu de communication avec les cholériques, les autres victimes étant de la même famille et vivant dans les mêmes conditions, ne pouvaient pas l'avoir de la même manière et sans contagion. On se demande si c'est possible qu'il n'y eût dans ce cas qu'une simple coïncidence; on peut se demander à plus forte raison, je crois, pourquoi cela ne serait pas, puisque, comme nous venons de le dire, ces personnes vivaient dans la misère, dans une maison mal tenue, etc.

M. Grimaux (de Caux) a fait la communication suivante à l'Académie de médecine. *Du choléra en Égypte dans ses rapports avec l'épidémie de Marseille*, 1865. Ce confrère, après avoir raconté le voyage de la *Stella*, bâtiment auquel on attribue à tort l'importation du choléra d'après tout ce qui a été publié sur ce sujet et surtout d'après le mémoire de M. Cazalas, affirme que c'est ce dernier navire qui a importé le choléra à Marseille, par la raison suivante : La *Stella* a pris des passagers dans le campement des bords du canal Mahmoudieh à Alexandrie, comme le bateau anglais avait pris les siens dans la population infectée de Djedda; *première similitude*. Pendant la traversée, la *Stella*, comme le bateau à vapeur anglais, jette des morts à la mer; *deuxième similitude* (seulement la *Stella* a jeté deux individus morts d'une dyssenterie chronique, et le bâtiment anglais des cholériques). Enfin, arrivé au lieu de débarquement, l'un et l'autre déposent des mourants sur le rivage; *troisième similitude* (seulement la *Stella* dépose un individu atteint d'une fracture de la jambe, et un autre, âgé de soixante-dix ans, ayant une diarrhée chronique; et le bâtiment anglais déposait encore des cholériques.) Comme on pourrait ne pas saisir la signification de cette communication à l'Académie, je dois ajouter que, dans l'esprit de M. Grimaux (de Caux), elle prouve la contagion du choléra! Cette assertion seule dispense de tout commentaire.

On n'a pas oublié que ce même confrère avait émis l'idée que l'épidémie a été importée à Marseille par la *Stella*, par la raison que, comme nous venons de le dire, pendant la traversée on a jeté deux corps dans la mer et que deux voyageurs malades ont été déposés dans le port, dont un est mort peu de temps après, sans savoir quelle était la maladie dont les individus morts ont pu être atteints. Des recherches sérieuses faites postérieurement ont appris que non-seulement la *Stella* ne pouvait apporter le choléra à Marseille, puisque ce bâtiment n'avait pas de cholériques sur son bord, mais encore que quelques cas de cette maladie s'étaient manifestés dans cette ville, depuis le 2 juin 1865, par conséquent avant l'arrivée de ce bâtiment, qui n'a eu lieu que le 11 du même mois. L'innocence de la *Stella* dans l'importation de l'épidémie à Marseille ainsi démontrée, voilà ce que font les médecins contagionistes de cette ville ; au risque de se placer dans la position vis-à-vis de l'agneau sur le bord du ruisseau, ils publient une lettre dans la *Gazette hebdomadaire* de Paris, dans laquelle ils disent tout simplement : Eh bien, c'est vrai, ce n'est pas ce dernier navire qui a importé l'épidémie dans notre port, cette importation est la découverte de M. Grimaux (de Caux) dont nous lui laissons l'honneur et la responsabilité. Mais si ce n'est pas la *Stella*, ce sont les vingt-neuf vapeurs comprenant un effectif de 4,020 personnes, qui depuis le 11 juin au 31 juillet 1865 sont arrivés des pays contaminés du Levant dans le port. MM. S. Pirondi et A. Fabre, signataires de cette lettre, semblent croire qu'il suffit de dire que tant de navires et de voyageurs sont débarqués à une certaine époque à Marseille, pour que tout le monde s'empresse de croire à l'importation. Ils ne se donnent même pas la peine de nous démontrer que réellement il y a eu des cholériques parmi les 4,020 voyageurs. Ces confrères paraissent compter sur la presque impossibilité dans laquelle nous nous trouvons actuellement de vérifier l'état de santé dans lequel pouvait être à cette époque un si grand nombre d'arrivants. Mais les simples assertions de MM. Pirondi et Fabre n'entraineront pas la conviction des hommes rendus plus réservés par les accusations injustes envers la *Stella*.

M. Seux, de Marseille, a fait paraître un travail sur le choléra de cette ville, il est aussi contagioniste. La position de M. Seux, dans la hiérarchie médicale, lui facilitait toutes les recherches pour prouver la contagion du choléra; j'espérais donc trouver dans sa publication l'histoire exacte d'une filiation positive entre tous les cholériques de cette ville, ce qui ne lui aurait pas été difficile avec un nombre de malades relativement peu considérable. Malheureusement mon attente a été trompée; à la place d'un exposé irréfutable, d'un enchaînement frappant dans la succession de toutes les attaques, je n'y trouve que quelques cas racontés brièvement et qui ont peut-être, s'il est possible, encore moins de valeur que les cas avancés par tous les contagionistes pour soutenir leur doctrine.

M. Seux raconte : « Le 6 octobre, dans la salle Mouland, un « de mes malades convalescents d'une diarrhée simple est « brusquement frappé du choléra à l'entrée de la nuit, il meurt « le lendemain matin au moment de ma visite; le corps est « enlevé rapidement. Son voisin de lit, nommé H..., phthi- « sique, qui depuis plus d'un an était dans la salle et qui était « habituellement constipé, est pris le même jour de diarrhée, « puis le lendemain d'un choléra algide, et succombe sept « jours après. Le 12 octobre, un malade couché en face de lui « est pris brusquement du choléra et meurt dans la nuit. Le « 13 octobre, un jeune homme de la même salle, garçon très- « vigoureux, atteint d'une arthrite rhumatismale, est pris de « diarrhée et le lendemain il était dans une algidité complète. » M. Seux, avec la conviction de la contagion, fit transporter ce dernier malade, ainsi que le phthisique, dans la salle destinée aux cholériques; depuis ce moment, il n'y eut plus de cholériques dans sa salle. Il croit aussi que le premier malade a communiqué la maladie à H... et que toute la salle aurait été infectée sans la mesure de séquestration. Mais si on lui demande pourquoi H... n'aurait pas eu le choléra par la même cause inconnue que son voisin, il ne le dira pas. Si on lui demande pourquoi il croit que c'est la mesure de séquestration qui a arrêté la propagation de la maladie dans sa salle, et pour quelle raison la même chose ne serait pas arrivée si les cholériques n'avaient pas été déplacés, il ne le dira pas. Si on lui demande encore pourquoi il pense que sans la séquestration toute la salle eût été infectée, il ne le dira pas non plus.

M. Seux raconte encore comme preuve de la contagion ce qui suit : « Le navire russe le *Delphin* était dans le vieux port; « le 2 novembre, trois matelots, après une orgie, sont pris de « choléra à quelques heures de distance les uns des autres ; ils « meurent rapidement, deux à bord, l'un à l'Hôtel-Dieu dans « mon service. Trois autres matelots sont pris du 6 au 9 no- « vembre; on les transporte à l'Hôtel-Dieu ; un seul guérit. Un

portefaix, qui travaillait à bord du navire dans ce moment, a le choléra et meurt. » Il cite aussi le fait d'après le docteur Martin : « qu'un capitaine marin qui habitait sur le quai une chambre dont les croisées donnaient sur le point où stationnait le *Delphin*, a été atteint d'un choléra rapidement suivi de mort. » Voilà des preuves de la contagion ! Mais si l'on demande à M. Seux pourquoi il pense que les trois matelots qui du 6 au 9 ont été pris du choléra l'ont eu par la contagion, puisque les trois premiers ne l'ont gagné de personne et que les matelots cholériques transportés à l'Hôtel-Dieu n'ont pas contaminé les salles, la même question pourrait être adressée au sujet du choléra du portefaix, mais il ne répondra pas davantage. Et le capitaine marin? croit-il sérieusement qu'il a gagné la maladie par la contagion, parce que ses croisées donnaient sur le point où stationnait le *Delphin*? Vraiment, ce n'est pas faire la science sérieusement! Il faut savoir que M. Seux attribue au germe contagieux du choléra un rayon de 1 à 2 kilomètres; par conséquent, la distance ne serait pas ici un embarras, mais il aurait dû s'informer au moins si le capitaine tenait ses croisées ouvertes ou fermées.

Encore un fait : Mme veuve G..., âgée de soixante ans, blanchisseuse, jouissant d'une très-bonne santé, habitait une localité distante de 4 ou 5 kilomètres de Marseille; elle ne quittait pas son habitation, elle recevait toutes les semaines du linge sale que lui apportaient de la ville des personnes spécialement chargées de ce soin. L'occupation de la femme G... était de laver ce linge souillé de diverses manières. Parmi ce linge il y avait des couvertures de laine et d'autres objets provenant *probablement* des cholériques. Le 7 août, la femme G... avait contracté le choléra en lavant les couvertures, d'après le médecin qui la soignait et d'après M. Seux. On ne peut se défendre d'un grand étonnement en pensant que les médecins de Marseille persistent avec une telle ténacité dans leurs convictions contagionistes sans avoir des faits plus probants à produire que ceux qui viennent d'être relatés. A propos de ce dernier fait, j'aurais désiré savoir comment M. Seux peut connaître que la femme G... a pris le choléra en lavant les couvertures, pourquoi cela n'aurait pu avoir lieu par le rayonnement du principe contagieux de la maladie d'une ville voisine. Si l'auteur est convaincu que la femme G... a gagné la maladie par les émanations de linge sale, pourquoi d'autres personnes qui ont apporté ce linge ou bien qui l'ont aidée dans le blanchissage n'ont-elles pas été contaminées de la même manière. Enfin, pourquoi la femme G... n'a pas communiqué le choléra à ceux qui l'ont soignée. M. Seux garde le plus profond silence sur ces vérités. Je dis que la veuve G... a peut-être gagné le choléra par le rayonnement du germe contagieux de Marseille; il est vrai que M Seux n'accorde à ce germe, comme on l'a déjà vu, qu'un rayon de un à deux kilomètres, qu'il n'a jamais dépassé, dit-il. Mais voici une bonne occasion de l'allonger un peu, puisqu'au bout du compte cela ne dépendait que de la volonté de M. Seux, de cette manière on aurait gagné deux ou trois kilomètres de plus, et notre savant confrère n'aurait pas avancé une assertion aussi grave que celle de la contagion chez la femme G..., n'ayant pour preuve qu'une simple conjecture, qu'il exprime par le mot *probablement*. Mais ce n'est pas tout : en allongeant le rayon du principe contagieux du choléra de kilomètre en kilomètre, on pourrait arriver ainsi à des centaines de kilomètres, et puis au rayonnement de la contagion d'Alexandrie à Marseille; de cette façon les contagionistes de cette dernière ville se seraient dispensés de porter des accusations conjecturales contre les bâtiments qui y sont arrivés au mois de juin 1865 de l'Égypte. Par un autre rayonnement de Marseille on expliquerait l'invasion du choléra à Paris.

Si quelqu'un demandait pourquoi, avec un tel rayon, le miasme contagieux ne s'est pas étendu de Paris dans les autres capitales de l'Europe, on aurait la réponse toute prête en disant, que les hommes dans les pays épargnés étaient des pierres, des dalles, ou bien qu'ils étaient sains ; et si cette réponse ne suffisait pas, on lancerait la réserve de la prédisposition, de la réceptivité, de l'opportunité, du consentement de l'organisme, et surtout le bon sens du principe contagieux, et il faudrait que les contradicteurs fussent bien difficiles pour ne pas y trouver *un mot* qui puisse les satisfaire. Si l'on me faisait l'observation que, dans tout cela, je construis un échafaudage qui s'écroule par la base, je répondrais que la solidité de l'échafaudage est en rapport avec la solidité de l'édifice, puisque les doctrines des contagionistes concernant la contagion dans les épidémies en général et dans le choléra en particulier ne sont que des châteaux scientifiques en Espagne.

La forme de l'argumentation de M. Stanski est agressive, ironique parfois, mais les attaques portent souvent juste.

Personnellement, nous sommes opposés à la théorie de la contagion du choléra. Nous regardons comme dangereux de régler l'hygiène et la thérapeutique d'après des faits qui sont tous plus ou moins contestables. En effet, si le choléra n'est pas contagieux, les quarantaines et les lazarets donnent une sécurité illusoire.

Nous nous rattachons complétement à la théorie qui attribue le choléra à des miasmes qui vicient l'air, et sont portés par les vents.

Analogue aux miasmes qui causent la fièvre jaune, aux miasmes qui causent la fièvre intermittente, et en particulier la fièvre intermittente pernicieuse, les miasmes cholérigènes sont portés plus ou moins loin du foyer d'où ils émanent par les vents irréguliers, et on ne peut mieux comparer leur dispersion, qu'à la dissémination des orages. On voit, on le sait, des orages sur plusieurs points à la fois; on les voit se succéder de proche en proche quelquefois, mais toujours dans la direction des vents. Ne ressort-il pas de l'examen de toutes les épidémies, que la marche du choléra a été irrégulière, que des pays distants de plusieurs lieues ont été atteints ou épargnés par le fléau, irrégulièrement et à la manière des orages?

Mais n'entrons point ici dans une longue discussion, bornons-nous à dire que, à notre sens, le meilleur préservatif du choléra, la meilleure hygiène pour le monde entier serait de détruire le foyer du mal.

Civiliser, transplanter ou détruire les populations des bords du Gange, si elles ne veulent point enterrer leurs morts, raser la Mecque si les musulmans ne veulent point renoncer à laisser pourrir le bétail autour de la ville sainte; tel est le véritable préservatif du choléra.

Aucune morale ne condamnera cette violence, ou plutôt cette justice qui frapperait deux peuples dont les habitudes malsaines coûtent, tous les quinze ou dix-huit ans, depuis un demi-siècle et en quelques mois, plus d'un demi-million de victimes aux peuples civilisés des deux mondes.

Dr Armand Després.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de pathologie expérimentale (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

CAUSES DES ANÉMIES.

Chlorose de l'âge de la puberté.

La chlorose de la puberté se distingue de toutes les autres chloroses par les troubles menstruels qui indiquent à la fois l'origine et la nature de cette chlorose, que personne du moins ne conteste.

L'ovulation est une fonction complexe qui, outre la congestion ovaro-utérine indiquant la maturation de l'ovule, comprend : le flux de sang, la chute de la membrane caduque mensuelle, la sécrétion muqueuse utérine, préliminaire et consécutive. Tous ces divers actes sont ordinairement troublés, exagérés ou diminués, chez les jeunes filles ou femmes chlorotiques. La plupart du temps les menstrues manquent pendant des mois, ou même des années entières, et c'est pourquoi l'aménorrhée a été considérée, bien à tort, comme la cause de la chlorose; mais ce qui prouve que c'est là un phénomène et non une circonstance étiologique, c'est qu'il n'est pas rare de voir la perte mensuelle persister; seulement dans ce cas elle est presque toujours troublée; la congestion est souvent douloureuse, et elle détermine plusieurs jours avant l'époque une excitabilité générale très-prononcée; malgré la persistance de ces prodromes, l'hyperhémie n'aboutit qu'à l'éruption imparfaite des règles, ou à l'élimination d'un sang diffluent, mêlé de mucosités et peu abondant.

Une autre espèce de dysménorrhée, bien plus commune, consiste dans l'expulsion douloureuse et difficile d'une membrane caduque qu'on a considérée longtemps comme une pseudo-membrane, tandis qu'en réalité elle est l'analogue de la caduque puerpérale. Enfin les écoulements leucorrhéiques, qui ne sont que l'exagération de la sécrétion normale mensuelle, constituent un des phénomènes les plus constants de la chlorose, et peuvent, par leur abondance, contribuer encore à l'épuisement des malades; ces déperditions muqueuses, selon la judicieuse remarque de Nonat, ne sont pas un simple flux sécrétoire, indépendant de toute lésion de la muqueuse génitale : elles sont toujours le résultat d'une irritation simple ou catarrhale, ou même d'une inflammation des muqueuses utéro-vaginales.

Ainsi, les chlorotiques sont atteintes d'aménorrhée ou de congestions locales, de dysménorrhées membraneuses, d'irritations sécrétoires; et tous ces états morbides ne sont que l'expression d'une ovulation défectueuse. Or, il suffit de considérer cette variété d'affections, dont l'ensemble représente la pathologie sexuelle chez la femme, pour être en droit de conclure que c'est bien le fonctionnement ou le développement anormal des organes ovaro-utérins, qui use à son profit les matériaux de la nutrition intime, et produit ainsi l'appauvrissement du sang.

Une autre conclusion, non moins légitime, ressort de cette analyse physiologique; c'est que la suppression ou l'absence du flux cataménial ne saurait, à elle seule, être l'origine de l'aglobulie chlorotique. La fluxion mensuelle peut, en effet, se modifier en sens inverse et s'exagérer, sans que la chlorose en subisse la moindre modification. Trousseau a parfaitement décrit cette chlorose ménorrhagique, avec flux menstruel d'autant plus abondant que la maladie fait plus de progrès. Dans cette circonstance, qui est d'ailleurs bien rare, le médecin aura à combattre la perte de sang, qui pourrait devenir une cause d'anémie. Or, il est singulier que c'est le même remède qui réussit à guérir l'aménorrhée des chloroses régulières et la ménorrhagie des chloroses anormales; c'est que dans les deux cas, le fer agit sur la composition du sang; et c'est cette lésion primitive et causale qui cède au traitement.

Théories de la chlorose de l'âge pubère. — Si l'on veut bien admettre, ainsi que nous l'avons démontré, que l'ovulation est la cause la plus efficace de la chlorose, il sera facile de faire la critique expérimentale des opinions contradictoires qui ont été émises sur la nature de la chlorose, et de discerner la vérité. D'après ces théories, la chlorose a pour origine les fonctions ovaro-utérines, l'estomac, le système nerveux ou le sang lui-même.

(1) Voir les numéros des 14, 19, 21 septembre 1865 et 12 juillet 1866.

Les anciens considéraient la maladie comme le résultat des troubles menstruels, ou plutôt de l'aménorrhée; c'est donc l'absence de perte de sang qui produirait un état analogue à l'anémie; cela est au moins étrange. Il n'est pas moins hypothétique d'attribuer au sang menstruel des propriétés toxiques, qui se manifesteraient dans l'économie, lors de la rétention des règles. Abstraction faite de ces suppositions, il reste un fait incontestable, c'est que la chlorose se rattache au développement imparfait des fonctions génésiques; ce qui n'est pas moins vrai, c'est que l'aménorrhée est la conséquence de l'ovulation incomplète; ainsi l'ordre chronologique est celui-ci: Trouble des fonctions ovariques; puis, comme effet connexe, la chlorose et l'aménorrhée; l'opinion des anciens avait été formulée en sens inverse. Ce qui prouve leur erreur, c'est que les règles peuvent paraître, et qu'il est même des chlorotiques affectées de véritable ménorrhagie; or, en pareil cas, si l'accident a précédé l'invasion de la maladie, il ne s'agit plus que d'une anémie d'origine hémorrhagique, et non d'une chlorose légitime; si au contraire le flux menstruel apparaît et s'exagère pendant le cours de la chlorose, il ne constitue qu'un épiphénomène d'une chlorose préexistante. L'ovulation anormale peut se traduire par les deux phénomènes opposés, c'est-à-dire : la ménorrhagie, qui est rare; l'aménorrhée, qui est pour ainsi dire constante, sans toutefois pouvoir être considérée comme un élément essentiel, ni surtout comme une condition pathogénique de la chlorose. En fait, l'aménorrhée et la ménorrhagie ne sont ni cause ni effet de l'altération du sang; elles sont l'indice du travail organique qui détermine la chlorose.

La deuxième théorie attribue la chlorose à une modification primitive des fonctions digestives. Beau, intervertissant en quelque sorte la série des phénomènes, place la dyspepsie au point de départ; c'est elle qui régit, qui produit l'altération du sang, et par conséquent les souffles vasculaires. A cette interprétation, il est facile de répondre par l'exemple des chlorotiques, qui n'ont jamais éprouvé aucun trouble des fonctions de l'estomac; on peut objecter encore l'efficacité immédiate du fer. Ce médicament imprime à la sensibilité et à la texture de la muqueuse gastrique des modifications qui sont loin d'être favorables aux dyspeptiques; son action, toujours proportionnée à son absorption, s'exerce sur le sang lui-même; or, s'il est vrai que le sang ne s'altère que d'une manière consécutive à l'estomac; si, en d'autres termes, la chlorose n'est qu'une anémie d'origine dyspeptique, il suffira d'atteindre la lésion première de l'estomac, pour enrayer toute la série morbide; mais l'expérience prouve qu'un pareil traitement est insuffisant.

En présence de ces difficultés, a surgi une troisième opinion, celle des névrosistes, qui considèrent la chlorose comme une affection primitive du système nerveux. C'est un procédé bien simple et trop souvent appliqué à la détermination nosologique des maladies, de les qualifier de névroses dès que les humeurs ou les tissus ne présentent pas de lésions constantes; mais grâce à la science expérimentale et aux progrès de l'histologie, qui tend chaque jour à pénétrer dans la texture intime des centres nerveux, grâce aux efforts des praticiens pour rallier les états nerveux aux diathèses, l'ancienne prépondérance des névroses s'amoindrit chaque jour. Les états nerveux les plus mal définis trouvent souvent leur explication dans une altération des organes ou du sang; c'est ce qui a lieu pour la chlorose. Il ne suffit certes pas de quelques analyses défectueuses pour infirmer les résultats obtenus par Lecanu, Andral et Gavarret, Bouillaud, Pope, Scherer, Lehmann, Schmidt, qui tous affirment l'existence de l'aglobulie dans la chlorose. Les données négatives trouvent leur raison d'être dans les améliorations transitoires de la maladie; mais en supposant même que cette interprétation soit erronée et que la théorie de la névrose chlorotique soit acceptable, il n'en reste pas moins à en apprécier la nature et le siége. Névrose est un mot vide de sens, si on ne spécifie pas le mécanisme de la maladie; dans le cas actuel, s'agit-il d'une excitation ou d'un affaiblissement des fonctions nerveuses? Quels sont les nerfs, quelles sont les parties centrales affectées? Si c'est l'innervation de l'estomac, c'est consacrer la théorie de la dyspepsie; si on invoque l'influence cérébrale, comment expliquer la rareté des troubles intellectuels, et au contraire la fréquente perturbation des fonctions organiques; si enfin on a recours au système des nerfs vaso-moteurs, on ne saurait supposer un affaiblissement, car il serait suivi d'une dilatation des vaisseaux, d'une turgescence générale; il faudrait donc invoquer une excitation de tous les nerfs vaso-moteurs, par conséquent de la moelle épinière et allongée, où ils prennent naissance; or, on sait qu'une pareille excitation n'est possible qu'à la condition d'une lésion matérielle ou d'une circulation incomplète ou d'un sang déglobulé.

Nous voici ramenés à la quatrième théorie, qui assimile la chlorose à l'anémie. Cette doctrine est fondée sur la physiologie, sur la composition du sang, sur l'identité des phénomènes; de sorte qu'en réalité la chlorose ne semble être qu'une anémie spontanée; j'accepte le premier de ces termes, mais le second a soulevé, et à juste titre, les plus graves objections; il n'existe pas d'effet morbide sans une cause déterminée, puisée dans le milieu ambiant, ou dans l'organisme; ici c'est le développement lui-même de l'individu, c'est sa fonction de reproduction qui est le point de départ de tous les accidents; à l'époque de la puberté, la nouvelle fonction qui s'établit, c'est-à-dire le travail de l'ovulation, détermine dans l'économie des modifications profondes, en même temps qu'elle exige une réparation active; dès qu'il y a disproportion entre les recettes nutritives et les

forces génésiques, le sang s'appauvrit en globules, la chlorose se manifeste. Les conditions physiologiques du sang de la femme y prédisposent singulièrement. Le sang des jeunes filles et des femmes est naturellement pauvre en globules, qui ne forment que 99 pour 1,000 grammes de sang, tandis que chez l'homme la moyenne est de 132 (Lecanu). Toutes les méthodes d'analyse des globules sont arrivées au même résultat; en comptant les globules desséchés, on constate 127 parties de globules chez la femme, 141 chez l'homme; en pesant les globules humides, on trouve 490 au lieu de 529; par la méthode chromométrique de Welker, on compte 4,750,000 globules au lieu de 5 millions par 50 millimètres cubes de sang mêlé avec l'eau salée. Cette pénurie physiologique des hématies entraine comme conséquence une diminution de densité (Bouillaud), et une augmentation très-caractéristique de la quantité d'eau (821 au lieu de 791 parties d'eau pour 1,000 grammes de sang; Lecanu); enfin des oxydations moins marquées, car l'acide carbonique diminue (Andral et Gavarret). On peut donc dire que l'ovulation produit un déchet constant des éléments actifs du sang, et constitue une véritable imminence morbide. Il suffit de la moindre cause pour abaisser encore la vitalité du sang et déterminer une aglobulie analogue à celle des anémies de cause externe.

Une seule différence sépare, dit-on, ces deux états; le fer manque dans la constitution des globules chez les chlorotiques, tandis que l'anémie n'est qu'une aglobulie simple; pour guérir la chlorose il n'y aurait donc qu'à combler le déficit en administrant le fer, lequel viendrait ainsi s'ajouter aux hématies; mais cette hypothèse antiphysiologique se réfute par la chimie elle-même; Carl Schmidt a démontré que si le sang des chlorotiques contient moins de fer, il ne s'agit que de la quantité absolue de métal contenue dans la masse du sang; mais si l'on analyse 100 parties de globules, on voit qu'ils contiennent au moins autant de fer que 100 parties globulaires du sang normal. Ainsi, on peut affirmer que la chlorose présente les mêmes lésions chimiques que l'anémie. Si l'altération du sang est au même point et de la même nature dans les deux cas, elle doit entraîner les mêmes troubles fonctionnels : c'est en effet ce qui a lieu. Sous ce rapport encore, toutes les tentatives de diagnostic doivent forcément échouer; il n'y a que les troubles menstruels qui les différencient; ce n'est pas que l'aménorrhée soit le résultat de la chlorose, elle est due à l'action d'une cause antérieure et supérieure qui a le double privilége de troubler la menstruation et d'appauvrir le sang; cette cause constante et univoque, c'est l'usure de l'organisme et des principes du sang par le développement génésique; la chlorose ne diffère donc de l'aglobulie anémique que par son origine qui est toujours dans le développement des fonctions nouvelles.

La chlorose de la puberté n'est pas l'apanage exclusif des jeunes filles; si elle est si rare dans le sexe masculin, c'est que le développement des fonctions génitales est graduel, lent, et n'est pas marqué par un travail physiologique régulier, périodique; il n'en est pas moins vrai que la chlorose peut exister à cet âge et dans le sexe masculin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Wecker.

Éclat de pierre extrait de la chambre antérieure après quatorze ans de séjour.

Le nommé L..., âgé de vingt-deux ans, se présente le 11 juin 1866 à la consultation pour une cataracte traumatique de l'œil droit, ayant réduit les fonctions de cet organe à une simple perception quantitative de la lumière. Le malade raconte qu'à l'âge de huit ans, comme il jouait à casser des pierres sur une route, il avait senti un petit corps lui frapper l'œil droit avec violence. Aussitôt cet organe était devenu le siége d'une inflammation peu intense et la vue s'était perdue en peu de temps. En examinant l'œil blessé à l'éclairage oblique, après une instillation d'atropine, on aperçoit sur la cornée, à 3 millimètres au-dessus du centre, une faible traînée cicatricielle large d'environ 2 millimètres. Le champ pupillaire, modérément dilaté, est le siége d'une opacité d'un blanc très-éclatant, striée irrégulièrement, évidemment localisée à la surface postérieure de la capsule, qui est elle-même légèrement plissée. Comme le montre la figure I, il existe à la partie supérieure de la pupille dilatée et près d'une synéchie située en ce point, un corps ayant la forme d'une pyramide triangulaire, de coloration grisâtre, et d'autant plus facile reconnaître pour un éclat de pierre, qu'on distingue à sa surface un miroitement caractéristique. Il est aisé de constater que ce petit

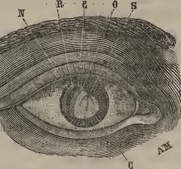


corps n'est que juxtaposé à l'iris et à la surface du cristallin ou, du moins, ne s'enfonce pas sensiblement dans leur épaisseur. On procède, séance tenante, à l'extraction de ce corps étranger. Une section linéaire est pratiquée vers le bord supéro-externe de la cornée; on saisit l'éclat de pierre entre les branches d'une pince à iridectomie et, du premier coup, on l'attire au dehors. Cette manœuvre devait nécessairement déterminer un prolapsus de l'iris; c'est ce qui arriva, et l'on excisa aussitôt la portion herniée. Cette iridectomie était d'autant plus légitime qu'on se proposait de profiter de la pupille artificielle ainsi ouverte pour attaquer ultérieurement la cataracte.

L'examen du corps étranger montra que c'était un petit éclat de basalte, large de 2 millimètres dans presque tous les sens.

La guérison s'effectua avec beaucoup de rapidité, et le lendemain de l'opération, le malade comptait ses doigts à deux pieds de distance. Nous nous expliquons de la manière suivante l'amélioration si rapidement apportée, par cette seule opération, à l'état de la vue.

Comme le montre la figure II, l'opacité sous-capsulaire (S) était limitée aux parties centrales du cristallin; elle se trouvait bordée, dans la nouvelle pupille, par un étroit anneau (O) de substance opaque au delà duquel le cristallin (C) avait conservé toute sa transparence. Le bord du cristallin même présentait, à l'éclairage oblique, un reflet brillant particulier, et cette zone transparente permit d'explorer avec quelque difficulté, il est vrai, le fond de l'œil, qui était normal. Le reflet, plus haut signalé, était produit par un léger plissement de la capsule, et cette disposition jointe à l'écartement exagéré qui séparait le bord cristallinien des procès-ciliaires nous fit supposer que le cristallin avait subi une certaine réduction de volume.



L'intérêt que présente cette observation tient à deux points particuliers : 1° à la grande tolérance de cet œil pour un pareil corps, bien que ce dernier ne présentât pas de trace d'enkystement; 2° à la conservation partielle de la transparence du cristallin, malgré l'ouverture de sa capsule et l'irritation à laquelle sa substance avait été soumise.

MORT SUBITE DANS LA PLEURÉSIE,

Par M. Netter.

M. Netter a entretenu la Société de médecine de Strasbourg d'un cas de mort subite survenu, dans son service à l'hôpital militaire, chez un malade affecté d'épanchement pleurétique :

X..., artilleur, âgé de trente ans, après avoir passé douze jours à l'infirmerie, entre à l'hôpital le 1er juin 1866. A son entrée, on constate les symptômes suivants : du côté droit de la poitrine, en arrière, matité absolue depuis le sommet jusqu'à la base; bruit respiratoire faible dans les deux tiers supérieurs; à la base, bruit de frottement pleural intense; frémissement vibratoire faible. Le malade n'a éprouvé ni point de côté ni fièvre. M. Netter porte le diagnostic d'épanchement pleurétique en voie de résolution avec formation de fausses membranes.

Prescription. — Potion avec oxymel scillitique; vésicatoire sur la poitrine. Aliments légers. On recommande au malade de rester au lit et d'éviter les mouvements brusques.

Le 3 juin, le malade descend dans la cour de l'hôpital, et, après y être resté pendant l'après-midi, remonte dans la salle vers huit heures du soir, se couche, et, après avoir causé avec un voisin jusque vers neuf heures, se retourne sur le côté gauche pour dormir. Quelques instants après, ses voisins l'entendent gémir, appellent du secours; on accourt : le malade était mort. A l'autopsie, faite vingt-quatre après la mort, on trouve dans la cavité pleurale droite environ deux litres et demi d'un liquide jaune citrin parfaitement limpide. A la base se trouvent des fausses membranes blanches, fortement adhérentes, très-denses, difficiles à déchirer. Les deux poumons offrent une teinte noirâtre, sont crépitants et surnagent dans l'eau. A l'incision rien ne s'écoule, et cependant ils sont manifestement gorgés de sang dans toute leur épaisseur : on dirait de l'engouement par du sang visqueux. L'intérieur du poumon droit présente quelques tubercules miliaires sous forme de petits grains cristallins groupés ensemble et paraissant de formation récente. Le cœur examiné en place offre dans les oreillettes un sang tout à fait liquide : les deux ventricules sont absolument vides, ne contiennent pas la moindre trace de caillots : on dirait que la surface interne des ventricules a été lavée à grande eau.

M. Netter n'a encore observé que deux cas analogues; il se rappelle cependant avoir vu dans la clinique de feu Forget une femme affectée d'épanchement pleurétique qui, s'étant brusquement assise dans son lit pour être auscultée, fut prise de syncope; ayant été aussitôt replacée dans sa première position, elle revint à elle.

Dans le cas qu'il vient d'observer, M. Netter s'explique le mécanisme de la mort de la manière suivante : pendant la journée qui a précédé sa fin, serait survenue chez ce malade une nouvelle sécrétion de liquide pleural qui, en se produisant peu à peu, n'aurait pas déterminé de gêne respiratoire. Le soir au moment où il s'endormit, le liquide, brusquement déplacé par un changement de position, aurait comprimé le cœur; peut-être la compression a-t-elle surtout porté sur l'artère pulmonaire. Cette compression a dû être d'autant plus énergique que le malade s'est couché sur le côté gauche pour éviter la douleur déterminé par le vésicatoire appliqué à droite.

De ce fait, M. Netter déduit deux conclusions pratiques et conseille :

1° De recommander avec soin à tous les malades affectés d'épanchements pleurétiques d'éviter les mouvements brusques et violents;

2° En cas de suffocation subite, de replacer ces malades dans la position qu'ils occupaient avant l'accident.

D'une façon incidente M. Netter explique le mécanisme du bruit de souffle à l'expiration dans les épanchements pleurétiques, phénomène qu'il a signalé le premier en 1841 (voy *Gaz. méd. de Paris*) et qui lui paraît précisément dépendre du déplacement du liquide pleural. Dans l'inspiration, dit-il, la cage thoracique se dilate en tous sens, et le niveau du liquide épanché descend; arrive l'expiration : le thorax se rétrécit, le liquide monte, et, dans ce déplacement, comprime les petites bronches, d'où un léger bruit de souffle pendant l'expiration.

HYDROCÈLE DE L'ÉPIDIDYME,

Par M. le Dr Christot.

L'hydrocèle enkystée de l'épididyme a été trouvée à l'amphithéâtre, et je ne puis donner sur elle de renseignements cliniques très-complets.

Elle est située au-dessus du bord supérieur du testicule, en avant et en dehors de cet organe, qui est refoulé en bas et en arrière, au-dessous de la tête de l'épididyme, qui est séparé du testicule à ce niveau. Elle appartient donc à cette classe de kystes que Gosselin a désignés, par rapport à leur siége, sous le nom de kystes sous-épididymaires. Son volume dépasse celui d'un œuf de poule. Son grand diamètre, dirigé dans le sens transversal, mesure 0,07. Sa paroi est irrégulière, épaisse de 0,002 à 0,003; fibres cartilagineuses et ostéo-cartilagineuses sur certains points; elle est adhérente aux tuniques ambiantes, qui sont fortement épaissies.

L'incision en a évacué un liquide citrin, non albumineux, non lactescent, légèrement hématique.

La face interne est incomplétement lisse, possède des saillies peu volumineuses aux points d'ossification et de cartilaginification de la poche. Elle possède un revêtement épithélial à cellules pavimenteuses, mais très-irrégulières, et manquant sur un grand nombre de points. La tête de l'épididyme fait saillie à la partie postérieure de cette poche, et de sa surface partent des prolongements fibreux qui s'étendent, les uns à la portion funiculaire, les autres à la partie testiculaire de la poche.

La tête de l'épididyme est généralement plus volumineuse. Le testicule ne présente pas d'altération appréciable. J'ai incisé ces deux organes, afin qu'on pût juger de leur intégrité. Vaginale complétement adhérente. Seul renseignement : le sujet a eu une violente inflammation diffuse du scrotum, il y a six ans. A cette époque, il n'avait pas encore sa tumeur, qui, selon toute apparence, s'est développée sous l'influence de cette inflammation. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE MORPHINE

Dans la chaude-pisse cordée.

M. Scarenzio avait à traiter une blennorrhagie cordée qui s'accompagnait de douleurs atroces pendant la nuit.

Après avoir essayé sans succès tous les calmants ordinairement employés, il eut l'idée de pratiquer au périnée une injection sous-cutanée avec une solution de chlorhydrate de morphine (10 centigrammes pour 10 grammes d'eau).

La nuit suivante, le malade put dormir. Il est à remarquer que l'absence de douleur ne provenait pas d'un état de narcotisme général, puisqu'il se leva plusieurs fois pour uriner.

Le surlendemain, M. Scarenzio ne pratiqua pas d'injection pour voir si la douleur reparaîtrait. Elle reparut en effet, mais atténuée. Une nouvelle injection fut faite alors, et depuis ce moment, le malade n'eût plus de souffrance pendant l'érection et ne tarda pas à guérir de sa blennorrhagie.

(*Giornale delle mallatie veneree.*)

UN CAS DE RAGE APRÈS UN AN ET SIX JOURS.

D..., soixante-neuf ans, jouait avec un chien dans le courant de février de l'année dernière. L'animal lui ayant égratigné le dos de la main avec ses pattes, il se fit (*méthode de Saint-Roch*) lécher la plaie par lui. Quelques semaines après, ce chien donne des signes de rage et fuit, non sans avoir multiplié les victimes parmi ses pareils. On le tue le lendemain. Cependant D..., inquiet, s'adresse à un *paysan magicien* du Barp, qui lui prescrit une *omelette antirabique* en vogue dans les Landes et, pendant plusieurs mois, du pain sans sel.

Rassuré par ce traitement, D... n'avait cessé de vivre en sécurité, quand, le 2 mars de cette année, il tombe tout à coup en syncope. Depuis trois ou quatre jours, il avait ressenti sur tout le bras droit une douleur allant se perdre dans la tête.

Ces accidents se dissipèrent; la nuit fut bonne, et la journée du 3 se passa tranquillement. Mais, dans la nuit du 4 survinrent de l'agitation, du délire, des frayeurs et une soif ardente impossible à satisfaire, même en aspirant les liquides avec une paille.

D'abord, M. Simiac crut à une névrose œsophagienne et se borna à quelques calmants. Mais, mieux renseigné le 5, il ne put, en présence des plus formidables symptomes, méconnaître la terrible affection de la rage, sous sa forme la plus intense : œil hagard, menaçant, constriction de la gorge, douleurs épigastriques intolérables, pouls déprimé à 120-130 pulsations,

respiration stertoreuse, frayeur, cris, horreur des liquides; une goutte de tisane sur les lèvres produit l'effet d'une brûlure. Sur la langue, quelques-unes des pustules signalées par MM. Salvatorie et Marochetti. Le contact sur cet organe provoque des convulsions.

Des preuves plus directes accusent la spécificité morbide. Le dos de la main, siége de la blessure, présentait une cicatrice blanche environnée d'une auréole bleuâtre et récente, de la largeur d'une pièce de cinq centimes. De là, sans doute, s'était étendue la souffrance plus haut indiqué. M. Simiac voulut profiter d'un moment de rémission pour exposer son malade à l'air du dehors. Mais, à peine au seuil de la porte, une syncope nouvelle, succédant immédiatement à une sorte de secousse électrique, contraignit à le ramener sur sa chaise. Il supporta passablement une saignée.

Malheureusement, vers le soir, les symptômes ayant redoublé de violence, D..., rapidement épuisé, expira le 6, à trois heures de l'après-midi. M. Simiac ne doute pas de la justesse de son diagnostic. (*Journal de médecine mentale,* juin 1866.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'administration de l'huile de foie de morue et des moyens de la remplacer.

Le docteur Ludovic Rouland a réussi à masquer le goût de l'huile de foie de morue et à en rendre l'administration possible chez plusieurs malades qui, auparavant, ne pouvaient la supporter. Pour arriver à ce but il emploie la formule suivante :

Huile de foie de morue.	100	grammes.
Alcool à 40 degrés.	60	—
Essence de menthe.	3	—

On obtient par ce mélange une émulsion dont on fait prendre trois cuillerées par jour. On peut, du reste, modifier un peu les proportions de l'huile, de l'alcool et de l'essence, suivant les goûts du malade.

Cette formule a donné au docteur Rouland des résultats assez satisfaisants; il a cependant rencontré un certain nombre de phthisiques chez lesquels l'estomac se refusait encore à garder l'huile ainsi divisée. Dans ces cas-là et dans ceux où l'huile de foie de morue avait été trop longtemps prolongée, il a remplacé avec avantage ce médicament par une mixture oléophosphatique, dont il indique ainsi les proportions :

Huile d'amandes douces.	60	grammes.
Beurre de cacao.	3	—
Alcool à 40 degrés.	30	—
Sirop de bourgeons de sapin. .	40	—
Teinture d'écorce d'orange. . .	àà 5	—
Phosphate de chaux.		

On peut, dans cette formule, remplacer le phosphate de chaux par l'hypophosphite de chaux. Cette émulsion répond, comme l'huile de foie de morue, à l'indication de fournir au phthisique des aliments hydrocarbonés pour l'empêcher de brûler ceux de ses propres tissus, pendant que d'un autre côté on essaye d'enrayer le processus inflammatoire qui accompagne presque toujours l'évolution tuberculeuse. (*Abeille médicale.*)

Traitement de la fièvre intermittente par l'électuaire de Lobstein.

Dans les cas de fièvre intermittente rebelles au sulfate de quinine employé à haute dose et accompagnés de cachexie paludéenne, M. Huntz recommande l'emploi d'un électuaire déjà préconisé autrefois par le professeur Lobstein et ainsi formulé :

Poudre de quinquina	40	grammes.
Poudre de rhubarbe.	15	—
Hydrochlorate d'ammoniaque. .	3	—
Sirop blanc.	q. s.	
Pour faire 20 bols.		

M. Huntz prescrit quatre de ces bols par jour, à prendre à une heure de distance, de façon à ce que le dernier soit pris une heure avant l'accès.

Il prétend avoir déjà pu, par ce traitement, obtenir de nombreux succès chez des malades atteints de fièvre d'Afrique, traités déjà antérieurement par le sulfate de quinine à haute dose, et porteurs de tous les signes de la cachexie paludéenne : teint blafard, sub-ictérique, bouffissure de la face, anasarque, hypertrophie de la rate et du foie.

Au bout de six à huit jours de l'emploi de cet électuaire, l'engorgement des viscères abdominaux diminuait graduellement, et les accès de fièvre cessaient de se produire. Une alimentation réparatrice et les ferrugineux consolidaient la guérison. (*Société de médecine de Strasbourg,* séance du 12 avril 1866.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— L'état sanitaire de Paris, à quelques oscillations près, est le même.

Diminution à Amiens et à Marseille. Même état du choléra dans les départements du Nord.

La Belgique et la Hollande sont toujours occupés par l'épidémie.

— Les obsèques de M. le docteur Gibert ont eu lieu mercredi matin, au milieu d'un grand concours d'amis et de médecins; nous avons remarqué MM. Cruveilhier, Jolly, Roche, Tardieu, Bouchardat, Hardy, H. Roger, etc.

L'inhumation a eu lieu au nouveau cimetière du Nord; sur la tombe quelques paroles ont été prononcées par M. Tardieu, au nom de l'Académie impériale de médecine, et par M. Hardy, au nom des médecins de l'hôpital Saint-Louis.

— La Société de médecine de Besançon décernera, en 1867, un prix de 300 fr. (argent ou médaille, au choix du lauréat) à l'auteur du meilleur travail sur *la Rage.*

La Société ne demande pas une étude complète de la rage. Tout mémoire traitant d'une manière satisfaisante un point encore obscur de cette maladie, pourra obtenir le prix.

La Société appelle spécialement l'attention des concurrents sur la durée d'incubation de la rage et le diagnostic différentiel de cette affection et des maladies qui peuvent la simuler.

Les membres résidants de la Société sont seuls exclus du concours.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés *franco* à M. le docteur Tournier fils, secrétaire, rue du Mont-Sainte-Marie, à Besançon, avant le 1er avril 1867. Ils seront sans signature et porteront seulement une devise qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom de l'auteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Précis théorique et pratique du mode d'emploi à l'extérieur et à l'intérieur du perchlorure de fer liquide, à l'usage des hôpitaux et des ambulances militaires, dans le traitement des plaies par armes à feu, par Burin du Buisson, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Académie impériale de médecine dans le concours sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer. Grand in-8° de 72 pages. Prix : 2 fr.—Paris, 1866, Victor Rozier, éditeur. (Vendu aux profits de l'œuvre de la société de secours aux blessés militaires.)

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le huitième demi-volume (le 2e du tome quatrième) vient de paraître; il contient les principaux articles suivants : fin de l'anémie, par M. Potain; anesthésie médicale, par M. Laboulbène; chirurgicale, par M. Perrin; obstétricale, par M. Pajot; médecine légale, par M. Tourbes; anévrysmes, par M. Lefort; angines, par M. Peter; divers articles de botanique, par M. Baillon; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie, 6 fr. — Paris, 1866, librairies Victor Masson et fils et P. Asselin.

Des affections chirurgicales des nerfs, par le docteur P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Étude sur la vaccination animale, par M. le docteur Lanoix. Une brochure in-8° de 50 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

De la hernie ombilicale, par le docteur Simon Duplay, agrégé de la Faculte de médecine de Paris. Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Études cliniques sur les causes et le traitement de la phthisie pulmonaire, par le docteur Vialettes. In-4° de 220 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Delahaye, éditeur.

Galilée, sa vie, ses découvertes et ses travaux, par le docteur Max Parchappe. Un vol. in-12 jésus. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Hachette et Cie, boulevard Saint-Germain, 77.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 93. — JEUDI 9 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 9 AOUT 1866. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 AOUT 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin a pris sa plume de journaliste, il y a huit jours, et a écrit, dans la *Gazette médicale*, une lettre à M. Velpeau. Cette lettre et le discours qu'a prononcé aujourd'hui l'honorable académicien, offrent un singulier contraste dont les lecteurs se feront une idée. Il y a eu, à quelques rares exceptions près, autant de modération dans le discours académique que de violence et d'injustices dans la lettre-feuilleton de la *Gazette médicale*. La semaine avait sans doute porté conseil. Nous sommes persuadés, du reste, que M. J. Guérin juge lui-même maintenant, sa lettre, une œuvre de colère, mal adressée, à une des figures chirurgicales les plus respectées de notre temps.

Quoiqu'il ne nous paraisse pas utile de nous livrer avec M. J. Guérin à une polémique indifférente, sans doute, à nos lecteurs et à ceux de la *Gazette médicale*, nous ne pouvons nous empêcher de souligner quelques passages de la lettre de M. J. Guérin.

L'honorable académicien tient absolument à nous appeler la suite de M. Velpeau, et à dire même que nous sommes des plus humbles du cortége de ce maître ; nous saisissons le sens malicieux attaché à ces mots; cela devait être. Il y a des hommes dont le tempérament est de ne ménager ni les ennemis qui les frappent, ni les adversaires qui les épargnent.

Nous regrettons sincèrement l'ironie amère qui perce dans la lettre de M. J. Guérin à l'endroit de la mémoire de Malgaigne. M. J. Guérin oublie qu'il est au moins aussi connu pour avoir été l'adversaire de Malgaigne que pour ses travaux sur la théorie de la méthode sous-cutanée. Ce que nous avons dit, jeudi dernier, de l'honorable académicien, nous donne toute liberté de confesser notre façon de penser sur ce point.

Vraiment, M. J. Guérin pourrait être plus reconnaissant.

Ceci dit, examinons la première partie du discours de M. J. Guérin.

Nous ne mettrons pas en cause les droits qu'a M. J. Guérin à la revendication de la théorie de la méthode sous-cutanée : c'est une chose jugée ; les trois discussions académiques n'ont jamais eu sérieusement pour objet de le déposséder de tout. Les besoins de l'argumentation entraînaient M. J. Guérin au delà du juste, et ses adversaires étaient obligés de rester en deçà ; et c'était tout.

Ce que nous discuterons, c'est la vérité de la théorie de la méthode sous-cutanée et de ses applications, telles que les entend M. J. Guérin.

Au point de vue physiologique comme au point de vue clinique, il n'est pas exact de dire que les plaies ou opérations sous-cutanées donnent des résultats entièrement distincts des plaies et des opérations faites à l'air libre. Il n'y a que pour les tendons que la loi, ou plutôt la règle posée par M. J. Guérin, puisse être un peu générale, encore y aurait-il à discuter certains points.

Coupée par la méthode sous-cutanée, ou dans une plaie exposée, une artère divisée ne se répare jamais. On ne connaît pas plus de pseudarthroses survenues après une fracture compliquée de plaie qu'après une fracture sous-cutanée. Il y a des tendons coupés par un instrument bien tranchant et dans une plaie exposée qui se réunissent par interposition de tissu fibreux analogue au tendon, et cela, grâce à la simple position, qui, comme on le sait, ne parvient pas cependant à tenir les deux parties du tendon exactement bout à bout.

Nous pourrions multiplier les faits.

Nous reviendrons, du reste, plus tard, sur les opinions de M. J. Guérin, qui ressortent spécialement de sa communication, objet de la discussion actuelle.

L'élection de M. Mateucci, comme associé étranger, une lecture de M. Colson, touchant les injections alcalines dans les veines des cholériques, ont rempli la partie de la séance que n'a pas occupée le discours de M. J. Guérin. — Dr Armand Després.

DOCUMENTS RELATIFS AU CHOLÉRA DE 1866.

Nous avons reçu de nos correspondants et de nos abonnés de nombreuses lettres dans lesquelles on nous demandait des renseignements sur le choléra.

Nous répondrons d'abord qu'il faut observer avant d'écrire, et que nous accumulons depuis trois semaines des matériaux pour faire bientôt l'histoire de l'épidémie.

Nous dirons aussi que nous n'avons pas donné de chiffres, parce que l'autorité a pensé qu'il y avait plus d'avantages que d'inconvénients à ne point dire le chiffre des décès jour par jour, et parce que des instructions à cet égard nous avaient été données. Nous avons, d'ailleurs, laissé entendre que l'épidémie, si regrettable que soit toutefois son apparition, frappait néanmoins avec réserve.

Deux renseignements, entre autres, nous ont été demandés par MM. Didion (de Metz), et Clinchamp (d'Orléans) ; quels traitements applique-t-on à Paris? quel est le caractère de l'épidémie?

A la première question, nous répondrons que le traitement employé est le même que celui auquel on a eu recours l'année dernière; et, pour cela nous renvoyons le lecteur aux articles suivants de la *Gazette des Hôpitaux : Revues cliniques*, des samedi 21 octobre 1865 et samedi 18 novembre 1865, un article sur les affusions froides, numéro du samedi 25 novembre 1865.

A la seconde question, nous répondrons que l'épidémie frappe surtout les valétudinaires, et que le choléra les atteint parfois sans diarrhée prémonitoire ; que des cas de choléra simple précédés de diarrhée ont été graves chez ceux qui avaient négligé d'arrêter la diarrhée prodromique qui existait depuis plusieurs jours.

Nous donnerons prochainement le compte rendu de la séance de la Société des médecins des hôpitaux, où l'on trouvera de plus amples renseignements sur la pratique nosocomiale. — Dr Armand Després.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ.

M. DOLBEAU, suppléant de M. JOBERT (de Lamballe).

Arthrite fongueuse de l'articulation scapulo-humérale. — Résection de la tête de l'humérus. — Guérison.

(Leçon recueillie par M. Jules BESNIER, interne du service).

Je vais pratiquer devant vous, à la fin de cette leçon, la résection de la tête de l'humérus, sur un homme qui est couché au n° 30 de la salle Saint-Côme. C'est là une opération assez grave, que vous ne verrez peut-être pas très-souvent. Je dois donc vous parler de l'affection dont ce malade est atteint, vous indiquer les motifs qui m'obligent à recourir à cette opération, et enfin vous décrire le procédé opératoire que je me propose d'employer dans ce cas particulier.

Notre malade est un homme âgé de trente-six ans; il est bien portant et il paraît même d'une santé assez robuste, bien qu'il soit d'une constitution légèrement lymphatique. Dans ses antécédents il n'accuse pas de maladie grave antérieure, aucune attaque de rhumatisme articulaire aigu; il ne porte aucune trace de scrofule ni de syphilis ; comme accident vénérien, il n'aurait eu qu'une blennorrhagie de peu de durée dans sa jeunesse. La seule affection sérieuse qu'il ait eue, est celle qui l'a déterminé à entrer dans notre service.

Cette affection a débuté il y a dix ans, sans cause appréciable, par une douleur assez vive dans le moignon de l'épaule gauche, douleur s'accompagnant de gène dans les mouvements du bras, d'un léger gonflement et d'un peu de rougeur. Vous trouvez là tous les signes d'une arthrite de l'articulation scapulo-humérale : arthrite à frigore ou arthrite rhumatismale ; il est difficile de préciser. Cette arthrite mono-articulaire est restée permanente, mais avec des variations fréquentes dans l'intensité des symptômes. Il y a huit ans, les douleurs sont devenues plus vives; il s'est montré bientôt une collection purulente à la partie externe et supérieure du bras; cette collection s'est ouverte, et cela a été le début d'un trajet fistuleux, qui ne s'est plus fermé depuis. Un an après, une seconde fistule s'est montrée en arrière, vers l'angle supérieur et externe de l'omoplate. Depuis leur production, ces fistules n'ont cessé de verser à l'extérieur une quantité notable de sanie purulente, que vous avez été à même de constater encore aujourd'hui. Ainsi, depuis huit ans, cet homme porte des fistules purulentes au pourtour du moignon de l'épaule, et de temps à autre, il

BIBLIOGRAPHIE.

Du diagnostic des maladies du système nerveux au moyen de l'ophthalmoscopie, par le Dr E. BOUCHUT (1).

L'examen du globe oculaire, mieux que celui de n'importe quelle autre partie du corps, nous donne l'occasion d'observer librement sur le vivant des phénomènes qui, ailleurs, sont voilés à nos regards dans la profondeur des tissus. Sur la conjonctive déjà et sur la cornée, dans certains états pathologiques, les canaux vasculaires se dessinent avec une netteté qui ne se rencontre nulle part ailleurs, de plus, la possibilité de compléter cet examen à l'aide d'instruments grossissants, nous permet des études très-précises sur la circulation de ces membranes à l'état physiologique, à l'état pathologique, ou sous l'influence des médicaments. Un champ d'observations plus riche encore, nous est fourni par l'étude de la vascularisation de la rétine au moyen de l'ophthalmoscope ; l'examen ordinaire, à l'image droite, nous fait voir les grands vaisseaux artériels jusqu'à leur division en capillaires, avec un grossissement de plus de vingt diamètres. Nous pouvons, par cet examen, suivre la circulation du sang depuis l'artère jusqu'à la veine; une partie de la circulation générale est donc ici exposée complétement à nos regards. Et si nous considérons que cette portion de l'arbre vasculaire n'est qu'une dépendance de la circulation cérébrale, nous comprendrons facilement de quelle importance est l'examen du fond de l'œil pour l'étude des maladies de l'encéphale. En effet, nous pouvons y étudier immédiatement, et dans toutes leurs phases, la stase veineuse, l'anémie artérielle, l'embolie, les extravasations; nous acquérons ainsi des résultats d'observations directes auxquels on ne peut reprocher ni l'incertitude, ni le défaut de se prêter à plusieurs interprétations, sujet fréquent de discordes entre le clinicien et l'anatomo-pathologiste.

Mais ce n'est pas tout encore : ce qui, dans l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil nous frappe bien plus que les vaisseaux, c'est le nerf optique. Nous pouvons en observer non-seulement la surface, mais nos regards plongent dans son intérieur, du moins jusqu'à une certaine profondeur. C'est l'unique nerf de l'économie que nous ayons le plaisir de contempler, c'est le seul dans lequel nous puissions découvrir, dès leurs premiers débuts, des types de processus pathologiques aussi importants que la névrite et les diverses formes d'atrophie. Remarquons, en outre, que le nerf optique affecte, avec les centres nerveux, surtout avec le cerveau, des rapports bien plus directs que les nerfs ordinaires de sentiment et de mouvement. Il est donc tout naturel que des altérations du cerveau se traduisent souvent avec netteté sur cette papille du nerf optique, que nous voyons si bien à l'ophthalmoscope : la rétine et le nerf optique, comme nous l'enseigne l'embryologie, ne sont en définitif que des parties du cerveau portées à la surface. (V. Graefe.)

Aussi, depuis la découverte de l'ophthalmoscope, les recherches sur les rapports des lésions de l'œil avec celles des centres nerveux ont été nombreuses. Faisons seulement observer que pour ceux qui se sont occupés de cette question, il s'agissait bien plutôt de trouver la cause éloignée de l'affection oculaire dont l'ophthalmoscope leur donnait les signes sur la rétine ou le nerf optique, que d'étudier les altérations oculaires comme symptômes d'une maladie cérébrale. Dans cet ordre d'idées nous avons à citer les travaux de *Coccius* (Ueber die Anwendung des Augenspiegels. Leipzig, 1855, p. 124) ; *Sichel* (Gazette méd., 1859, 28, 29, 9 et 16 juillet : De l'amaurose cérébrale, de ses principales espèces, et de l'amaurose syphilitique) ; *von Graefe* (Gaz. hebd., 1859, et Archiv f. Ophtbalmologie VII, 2, 1860 : Ueber Complication von Sehnervenentzündung mit Gehirnkrankheiten) ; *Schneller* (Beitræge zur Kenntniss der ophthalmoscopischen Befunde bei extraocularen Amblyopien und Amaurosen. Archiv f. Augenheilkunde, 1860, III, 70) ; *Hughlings Jackson* (Klinische Bemerkungen über Gesichtsstœrungen bei Krankheiten des Nervensystems. Med. Times and Gaz., 1864, n° 722, et Klinische Monatsblætter, 1864, p. 143).

Bouchut (Du diagnostic de la méningite par l'ophthalmoscope, avril 1862, Gazette des Hôpitaux) ; *Lancereaux* (De l'amaurose liée à la dégénération des nerfs optiques dans les cas d'altération des hémisphères cérébraux. Arch. gén. de méd., janv. et fév. 1864) ; *Galezowsky* (Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent. Paris, 1866).

L'ensemble de ces travaux et les conclusions que leurs auteurs en tirent, nous imposent la conviction que l'état du fond de l'œil, les lésions oculaires visibles à l'ophthalmoscope peuvent, dans de certaines circonstances, nous aider à reconnaître le siége, l'espèce et la période des processus morbides intra-crâniens qui produisent les troubles visuels. Ainsi, pour en donner un exemple dans des cas où l'ophthalmoscope nous montre une tuméfaction inflammatoire irrégu-

(1) Un volume in-8° de 500 pages avec 14 figures intercalées dans le texte et 24 planches chromo-lithographiées par l'auteur. Germer Baillière, éditeur.

est pris d'une sorte de phlegmon aigu toujours dans le voisinage de la jointure malade. Pendant ce long espace de temps, peu à peu, les mouvements du membre sont devenus de plus en plus gênés, et le malade a dû renoncer bientôt à ses occupations ordinaires.

Ne croyez pas, messieurs, que, négligent comme tant d'autres de nos malades, il ne se soit pas préoccupé de son affection. Loin de là, il est entré plusieurs fois dans les hôpitaux, et il a été soumis aux traitements les mieux suivis et les plus rationnels. A l'intérieur il a pris successivement, et pendant plusieurs mois, l'huile de foie de morue, qu'indiquait sa constitution lymphatique; l'iodure de potassium, que la possibilité d'accidents syphilitiques antérieurs justifiait. A l'extérieur, on a successivement eu recours à l'immobilité, aux vésicatoires, à la teinture d'iode, aux cautères, aux douches, aux bains sulfureux; et plus tard enfin, aux tubes à drainage et aux injections iodées. Tous ces moyens ont échoué, et le malade a dû entrer à l'Hôtel-Dieu. Là première fois que nous l'avons vu, dans notre service, nous lui avons proposé l'opération que je vais pratiquer aujourd'hui. Il a cru devoir encore patienter et il est sorti; mais bientôt son affection nous l'a ramené, décidé cette fois à se faire opérer.

Tels sont, messieurs, les antécédents de ce malade. Voyons maintenant dans quel état se trouve l'articulation atteinte. Le moignon de l'épaule est notablement diminué de volume, par suite de l'atrophie du muscle deltoïde. Les muscles du bras, au contraire, sont parfaitement conservés. Les téguments offrent leur coloration normale; ils présentent quelques cicatrices, traces des cautères qu'on a appliqués autrefois, et les deux fistules dont je vous ai déjà parlé. Les mouvements du membre supérieur sont très-limités. Le malade ne peut élever le bras qu'à une très-faible hauteur et dans une très-petite étendue; encore ces mouvements ne se passent-ils pas dans l'articulation scapulo-humérale, mais bien dans l'articulation sterno-claviculaire; l'angle inférieur de l'omoplate se porte en effet en bas et en avant. Les mouvements en arrière et en avant sont également très-limités; ils se passent aussi dans l'articulation sterno-claviculaire.

A quoi tiennent ces trajets fistuleux et ces troubles fonctionnels? Dépendent-ils d'une lésion des parties périphériques ou d'une altération de l'articulation elle-même? Enfin, cette dernière est-elle ou non ankylosée? Telles sont les questions que nous avons à discuter et à résoudre.

Lorsqu'on prend l'humérus à sa partie inférieure et qu'on cherche à lui faire éprouver de légers mouvements de rotation sur son axe, on sent que la tête se meut dans l'articulation, et en même temps on a la sensation d'une crépitation manifeste. Cette simple manœuvre permet d'établir qu'il n'y a pas d'ankylose; fait très-important, car on peut dire d'une manière générale que l'ankylose contre-indique toute opération, ou du moins l'opération que nous avons actuellement en vue. Il y a plus : les craquements nous indiquent que les cartilages sont profondément altérés et qu'il existe une lésion des parties osseuses de l'articulation.

L'exploration des fistules par le stylet va nous donner de nouveaux renseignements. En faisant pénétrer l'instrument par la fistule antérieure et externe, il est bientôt arrêté par des parties molles, et il n'arrive pas jusqu'à la tête articulaire, vers laquelle, du reste, il se dirige. En faisant au contraire pénétrer le stylet par la fistule postérieure, située à l'angle externe et supérieur de l'omoplate, l'instrument pénètre profondément d'arrière en avant, et bientôt il donne la sensation d'une partie rugueuse et anfractueuse, mais encore résistante : le point touché est donc un os, frappé d'ostéite et de nécrose; je ne dis pas de carie, car on n'a pas cette sensation de crépitation caractéristique de la carie.

Il était important de savoir quel os le stylet rencontre : est-ce le scapulum ou est-ce l'humérus? La direction du trajet suivi par l'instrument indique que c'est bien la tête de l'humérus. Mais il est un autre signe, indiqué par M. le professeur Nélaton, et qui est venu nous confirmer dans cette opinion.

En faisant, à l'aide du stylet, de légères percussions sur le point osseux qu'il rencontre, et en auscultant alternativement l'angle inférieur du scapulum et l'extrémité inférieure de l'humérus, nous avons pu constater que, dans le premier cas, ces chocs s'entendent à peine, tandis que, dans le second, ils sont très-accentués. Cette transmission plus intense de la sonorité, dans ce dernier sens, nous indique que le stylet frappe directement la tête de l'humérus, et que, par conséquent, c'est elle qui est le plus gravement atteinte.

Dans quel état se trouve la cavité glénoïde de l'omoplate? Il est difficile de le savoir. Ce qu'il y a de certain, c'est que son cartilage articulaire est profondément altéré; mais nous ne saurions préciser davantage.

L'ensemble de ces signes, joints aux antécédents, nous permet de croire que la maladie a débuté par les parties molles, que les os n'ont été atteints que consécutivement, et qu'ils ne le sont que très-légèrement. Nous pouvons donc porter ce diagnostic : arthrite, arthrite fongueuse de Bonnet (de Lyon), suivie d'ostéite de la tête humérale, avec altération possible mais non certaine de la cavité glénoïde de l'omoplate. Dans notre pensée, la maladie articulaire a débuté par les parties molles de la jointure, et elle n'a gagné les os que consécutivement.

C'est là, messieurs, une affection grave, une affection incurable; l'expérience le prouve. Et si nous n'avions pas pour nous l'expérience, la longue durée de l'arthrite dont est atteint notre malade, les nombreux traitements, tant internes qu'externes, auxquels il a été soumis, l'état dans lequel nous retrouvons son épaule après ces tentatives infructueuses, ne viendraient-ils pas encore justifier le pronostic grave que nous portons dans le cas que nous avons sous les yeux? Ainsi voilà un homme jeune encore, il a trente-six ans, bien portant par ailleurs, voué pour le reste de ses jours à la perte de la plupart des mouvements de son bras gauche et condamné à renoncer à toute occupation, quelque peu fatigante qu'elle soit. Si on abandonne ce malade à lui-même, il est condamné à traîner misérablement son existence d'hôpitaux en hôpitaux, comme il le fait depuis bientôt huit ans. Et notez bien que la présence des fistules qu'il porte, outre ce grave inconvénient de verser sans cesse un pus abondant et fétide, l'expose encore à contracter des maladies graves, telles que l'érysipèle, le phlegmon diffus, surtout si le malade séjourne dans les hôpitaux où il peut se faire recevoir. Vous avez vu, en effet, deux malades de notre service, porteurs de fistules analogues, être pris d'érysipèles phlegmoneux graves, qui n'ont guéri qu'avec peine.

Telles sont les raisons qui nous ont décidé à intervenir. Évidemment nous n'avons pas songé à la désarticulation, qui priverait notre malade de la totalité de son membre, mais à la résection, qui n'a pour but que d'enlever les parties malades.

Cette opération n'a pas la gravité de la désarticulation; on guérit généralement cinq malades sur six. Elle aura tout d'abord pour effet de tarir complétement les fistules, d'enlever toute douleur, et de transformer un moignon d'épaule malade en un moignon sain. Mais rendra-t-elle au membre les mouvements qu'il a perdus? On peut espérer, en opérant comme nous nous proposons de le faire, qu'il se formera une sorte de tendon cicatriciel qui permettra des mouvements plus étendus; en tout cas, on peut affirmer que le malade ne perdra rien des mouvements qu'il possède encore. Nous croyons donc que nous devons recourir ici à la résection de l'articulation; mais le but que nous voulons surtout atteindre, c'est de tarir la suppuration interminable.

La résection de l'épaule est une opération facile ou difficile, suivant le but qu'on se propose; vous allez le comprendre. Elle est facile lorsqu'on fait un grand lambeau, intéressant la plus grande partie du deltoïde; l'articulation est alors largement ouverte et les parties malades s'offrent d'elles-mêmes; c'était la méthode de Dupuytren. Elle est difficile lorsqu'on veut faire une opération conservatrice, c'est-à-dire lorsqu'on veut éviter le nerf circonflexe qui anime le deltoïde, et contourne avec l'artère de même nom le col de l'humérus. Ce nerf se trouve nécessairement intéressé lorsqu'on taille sur l'épaule un vaste lambeau. Pour éviter sa lésion, on a proposé de faire une simple incision verticale, intéressant le deltoïde dont elle n'écarte que deux faisceaux; ce procédé est excellent sur le cadavre, mais sur le vivant on a affaire à une boutonnière qui se ferme constamment et rend l'opération souvent impraticable. Aussi, c'est en pareille circonstance que Baudens inventa son procédé de section du deltoïde des deux côtés de l'incision principale.

Je ne vous citerai pas les autres procédés, auxquels on a dû renoncer généralement; je veux insister sur celui que je vais employer. Ce procédé est dû à Morel, mais il a été modifié et régularisé par M. le professeur Nélaton, dont il porte le nom. Ce procédé est éminemment conservateur; il ménage le nerf circonflexe et il n'intéresse qu'une petite partie du deltoïde. Il consiste en une incision courbe, qui contourne l'acromion à 2 centimètres au-dessous de cette saillie. Le bistouri n'attaque que le faisceau acromial du deltoïde, laissant intacts ses faisceaux antérieur et postérieur. La section du deltoïde faite, on arrive facilement sur l'articulation. Toutefois ici, nous aurons probablement quelque difficulté, en raison des tissus fibreux qui l'entourent. Une fois l'articulation ouverte, si la tête humérale est amenée facilement à l'extérieur, nous la sectionnerons à l'aide de la scie à arbre; sinon nous aurons recours à la scie à chaîne. Cette section doit être faite immédiatement au-dessous des tubérosités et au-dessus du nerf circonflexe. Enfin, la tête humérale enlevée, nous examinerons au fond de la plaie l'état de la cavité glénoïde, et si elle est profondément altérée, nous l'enlèverons à l'aide d'une cisaille; dans le cas contraire nous la conserverons. L'opération terminée, nous lierons les artères s'il y a lieu, et nous aurons recours à un pansement simple, afin d'amener la production de bourgeons charnus abondants.

Endormirons-nous le malade pour cette opération? La position assise est très-avantageuse; elle facilite les mouvements qu'on doit faire exécuter au bras; et vous savez que cette position est peu compatible avec l'emploi du chloroforme. Mais l'anesthésie locale à l'aide de l'appareil de Richardson (pulvérisation de l'éther), vient d'être remise en honneur. Vous m'avez vu plusieurs fois, grâce à cette méthode, pratiquer des incisions assez longues, sans douleur notable. Peut-être serons-nous assez heureux dans le cas actuel, pour suffisamment amoindrir la douleur, à l'aide du même appareil. En tout cas, nous pouvons espérer que l'incision de la peau, qui est la plus douloureuse, ne sera pas sentie; et en continuant la pulvérisation, dans les parties profondes pendant l'opération, nous pouvons espérer également, l'achever sans occasionner de grandes douleurs. C'est là un essai, justifié ici par la nature de l'opération, et dont nous aurons à vous rendre compte dans une leçon ultérieure.

M. Dolbeau, dans une de ses leçons dernières, achevait en ces termes l'histoire du malade précédent.

Messieurs, vous n'avez pas oublié cet homme sur lequel j'ai pratiqué la résection de la tête de l'humérus gauche, le 26 avril. Dans quelques jours, il va nous quitter. Je tiens à vous rendre compte de l'état dans lequel il se trouve actuellement, c'est-à-dire près de trois mois après l'opération.

Je vous rappellerai d'abord l'essai d'anesthésie locale, que nous avons tenté dans cette circonstance; le résultat n'a pas été aussi satisfaisant que nous l'avions espéré. L'incision de la peau n'a pas été douloureuse, mais lorsque le bistouri a pénétré profondément, la douleur a été vive, et vous avez entendu le malade se plaindre pendant le reste de l'opération. Toutefois nous avons pu achever la résection sans recourir à l'anesthésie générale. S'il était permis de tirer quelque conclusion d'un seul fait, nous dirions, d'après ce résultat négatif, que l'anesthésie locale, même pratiquée avec les perfectionnements actuels, est insuffisante pour les opérations dans les-

---

lière de la papille optique avec infiltration grise, diffuse de cette même papille et des parties avoisinantes de la rétine, où en même temps les veines sont élargies et flexueuses, très-foncées par places, où les artères sont rétrécies, on a reconnu à l'autopsie que très-souvent on avait affaire à des tumeurs cérébrales. Cette observation nous permettra de nous servir de ces symptômes ophthalmoscopiques pour diagnostiquer des tumeurs cérébrales, mais naturellement à la condition que les symptômes généraux ne seront pas en contradiction avec ce diagnostic, puisque d'ailleurs les mêmes lésions oculaires se retrouvent, quoique moins bien caractérisées, dans des cas de compression du nerf à la base du crâne et même dans l'orbite (tumeurs orbitaires, encéphalites et encéphalo-méningites).

M. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades, a pris à tâche d'examiner les yeux dans tous les cas où les symptômes morbides accusent une lésion du système nerveux. Il a recueilli ainsi les observations de plus de deux cents malades; de ces observations il tire les conclusions suivantes :

Par leur mode d'origine et de développement, autant que par leur fréquence dans les maladies du cerveau, certaines altérations de motilité, de circulation, de sensibilité et de nutrition observées dans l'œil, séparent ces maladies en deux classes : les unes avec, et les autres sans lésion matérielle de la substance cérébrale. En effet, là où se produisent les troubles fonctionnels idiopathiques ou symptomatiques, c'est-à-dire pouvant exister seuls ou faire supposer une maladie organique du cerveau, la présence d'une altération oculaire tranche la difficulté et permet d'affirmer qu'il existe une maladie organique...

Mais, si une lésion oculaire coïncidant avec des phénomènes nerveux indique une maladie cérébrale, en revanche toute maladie cérébrale s'accompagne-t-elle de lésions oculaires? Non, car dans certains cas les maladies organiques de l'encéphale sont tolérées de la façon la plus extraordinaire, sans donner lieu à un phénomène morbide. Chez ces malades alors, une lésion de l'encéphale peut exister sans troubler les fonctions visuelles.

Au reste, aucune des lésions de la sensibilité, de la circulation, de la motilité et de la nutrition oculaires n'est pathognomonique d'une maladie de l'encéphale ou de la moelle. Tous ces phénomènes ont besoin d'être réunis aux autres symptômes de la maladie qu'on observe, et c'est en tenant un compte attentif de la succession des accidents, de leur cause, de leur enchaînement et de l'apparition des lésions oculaires constatées par l'observation et l'ophthalmoscope, qu'on peut espérer d'arriver à un diagnostic précis.

L'auteur nous fait part ensuite des lésions oculaires qu'il a rencontrées dans les diverses maladies encéphaliques, telles que méningite, hémorrhagies, encéphalite chronique, tumeurs du cerveau, hydrocéphale, etc. Il termine son travail par le chapitre intéressant des expériences sur les lésions du fond de l'œil chez les chiens et chez les lapins atteints de commotion ou de contusion du cerveau, de fracture du crâne, de méningite et d'hémorrhagie méningée. Toutes ces observations ont été répétées maintes et maintes fois depuis la publication du travail de M. Bouchut, et dernièrement encore, à propos d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, on a pu utiliser avec grand avantage les résultats consignés par l'auteur (1), et on a constaté de nouveau ce fait, que les maladies cérébrales ne s'accompagnent pas toujours fatalement de lésions oculaires; par leur présence, ces lésions ont une valeur incontestable pour le diagnostic de la maladie cérébrale, mais leur absence ne peut faire préjuger de l'absence de lésions encéphaliques correspondantes.

Il est un point que nous aurions voulu voir aborder avec plus de détails par M. Bouchut : c'est la relation des paralysies des muscles de l'œil avec les maladies encéphaliques. De la paralysie des muscles nous concluons à l'inactivité des nerfs qui les animent, et nous en cherchons la cause à l'origine ou sur le trajet connu des nerfs; de là de précieuses ressources, surtout pour le diagnostic du siége de la lésion. Mais ici, hâtons-nous de dire que si nous aurions désiré que certaines observations fussent un peu plus complètes, tant au point de vue signalé ci-dessus que dans d'autres détails nécessaires au point de vue de l'ophthalmologie moderne, nous savons parfaitement excuser M. Bouchut, qui a eu à lutter, en outre, contre des difficultés considérables en faisant ses recherches sur des enfants en bas âge, chez lesquels on ne peut guère constater avec précision ni la force visuelle centrale et l'état du champ visuel périphérique, ni l'état de la vision binoculaire, absolument nécessaire pour la reconnaissance des défectuosités dans les mouvements musculaires du globe. En félicitant l'auteur de l'ouvrage instructif qu'il livre à la publicité, nous ne pouvons que désirer de voir d'autres observateurs suivre son exemple, et appliquer comme lui l'ophthalmoscopie à l'étude des affections encéphaliques. Ce ne sont pas les matériaux d'étude qui manquent, et certes, les résultats fournis par l'instrument de Helmholtz sont assez importants pour qu'aucun clinicien vraiment digne de ce nom ne se croie en droit de les négliger.

Édouard MEYER.

(1) Erkrankung des Augapfels bei Meningitis cerebro-spinalis epidemica von Dr J. Jacobi in Danzig. *Arch. für Ophthalm. XI, 3.*

quelles les parties sous-jacentes à la peau doivent être intéressées. Il faut donc encore recourir à l'anesthésie générale, en pareille circonstance.

L'opération que nous avons pratiquée a, du reste, été exécutée comme je vous l'avais indiqué. L'incision de la peau et du faisceau acromial du deltoïde, nous a permis d'arriver facilement sur l'articulation ; et nous avons pu dégager la tête de l'humérus, sans difficulté, par un léger mouvement de bascule ; cependant, nous avons dû en pratiquer la section à l'aide d'une scie à chaîne, appliquée dans le point indiqué, c'est-à-dire au-dessus du nerf circonflexe et des tubérosités. Explorant alors le fond de la plaie, nous avons eu la satisfaction de trouver la cavité glénoïde intacte, aussi nous l'avons respectée. L'écoulement de sang a été pour ainsi dire insignifiant, et nous n'avons eu aucune ligature à pratiquer. Je vous ai fait passer la tête humérale que nous venions d'enlever ; vous avez pu voir qu'elle était complétement déformée, privée de son cartilage, et le siége d'une ostéite superficielle, avec une dégénérescence graisseuse pénétrant profondément dans l'intérieur de l'os. On remarquait de plus deux séquestres, l'un dans l'épaisseur de la tête de l'humérus, l'autre adhérent à la capsule ; ce sont ces deux fragments qui frottaient l'un contre l'autre et qui donnaient naissance à la crépitation articulaire dont je vous ai parlé.

Quelles ont été les suites de l'opération et qu'avons-nous obtenu? Immédiatement après l'opération, et séance tenante, vous m'avez vu placer le bras dans un vaste appareil dextriné, préparé d'avance, et embrassant l'avant-bras, le coude et prenant un point d'appui sur l'épaule du côté opposé. Grâce à cet appareil, nous avons pu maintenir tout le membre supérieur dans une immobilité complète, et panser régulièrement et facilement la plaie chaque jour. Ces pansements ont consisté dans l'application au fond de la plaie, de bourdonnets de charpie trempés dans l'alcool pur. Des bourgeons charnus n'ont pas tardé à se former ; peu à peu ils ont comblé la perte de substance que nous avions, et une cicatrice solide a commencé à se former des parties profondes vers les parties superficielles. Ce n'est qu'alors, c'est-à-dire un mois environ après l'opération, que nous avons enlevé l'appareil dextriné, et que nous avons permis au malade d'exécuter quelques mouvements avec son bras. Depuis, la cicatrice a marché, et actuellement elle est complète depuis un mois. Comme trace de l'opération qui a été pratiquée on remarque seulement une légère dépression au niveau de la cavité glénoïde. Aucune complication n'est survenue ; depuis longtemps les fistules du moignon de l'épaule sont complétement taries. L'état général a toujours été aussi satisfaisant que possible; c'est à peine si, dans les premiers jours, le malade a eu un léger état fébrile.

Quant aux mouvements ils ont d'abord été extrêmement limités, mais peu à peu ils ont acquis plus d'étendue, et ils n'ont pas tardé à être aussi développés qu'avant l'opération. Mais nous espérons mieux encore : depuis plusieurs semaines vous avez pu voir notre malade, assis près de son lit, faire exécuter à son bras des mouvements d'élévation assez considérables, grâce à un appareil spécial, dont je dois vous dire un mot. Une traverse, fixée à son lit, porte une poulie, dans laquelle passe une corde résistante ; une des extrémités de cette corde correspond à une courroie qui embrasse le bras gauche au-dessous de l'épaule ; l'autre extrémité est saisie par la main droite, qui a toute sa force, et qui fait exécuter des mouvements d'élévation et d'abaissement au bras du côté opposé. Mais ce n'est pas tout : pour que les mouvements se passent bien dans l'articulation de l'épaule, nous avons dû chercher à immobiliser le scapulum. Ce dernier point n'est pas facile à obtenir; plusieurs appareils ont été essayés, et aucun, il faut bien le dire, n'est complétement satisfaisant. Cependant, le dernier corset que nous devons à M. Robert, remplit à peu près l'indication ; mais il a l'inconvénient d'être un peu difficile à supporter. Toutefois ces exercices, répétés déjà depuis quelques semaines, ont fait gagner notablement du mouvement dans l'articulation de l'épaule gauche ; et il y a tout lieu d'espérer que l'amélioration continuera à progresser. Ainsi, chez notre malade, non-seulement la résection de la tête de l'humérus aura guéri une articulation malade depuis huit ans, mais elle lui rendra encore une partie des mouvements dont il était privé depuis longtemps.

Cet heureux résultat de la résection de l'épaule doit être attribué à la nature et à l'étendue limitée des lésions osseuses. Il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons actuellement, dans nos salles, un homme qui a été opéré, il y a trois ans par le professeur Nélaton. Malgré une résection étendue, la région est toujours couverte de fistules qui suppurent continuellement, et il est facile de constater, au moyen du stylet, que l'omoplate est malade dans sa totalité. Les lésions du scapulum sont difficiles à bien préciser à l'avance; aussi, bien des résections de l'épaule demeurent-elles insuffisantes, à cause de l'impossibilité où l'on est de retrancher toutes les portions osseuses malades.

TUMEUR DE L'ABDOMEN,

Sa diminution coïncidant avec d'autres phénomènes viscéraux ayant entraîné la mort,

Par le docteur FAJOLE (de Saint-Geniez-d'Olt).

Madame L..., âgée de quarante-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une assez bonne constitution, a été réglée à dix-sept ans. Mariée peu après, elle a eu plusieurs grossesses heureuses, sauf une qui se termina par un avortement.

Il y a douze ans, survinrent de violentes douleurs abdominales coïncidant avec le développement d'une tumeur au côté droit. Petit à petit, la douleur, d'après le dire de la malade, sembla remonter et s'étendre à la partie inférieure et droite de la poitrine. Dès lors survinrent des vomissements et de l'ictère. L'affection fut, nous dit la malade, traitée comme une colique hépatique.

Elle persista pendant six mois environ ; après ce temps la santé se rétablit progressivement. Au bout d'un an survint une nouvelle grossesse, heureusement terminée.

Un seul symptôme morbide persista depuis lors ; ce fut un engorgement léger, œdémateux de la partie inférieure de la jambe droite, engorgement qui avait paru pendant la grossesse, et devenait un peu douloureux le soir et ne disparaissait jamais complétement.

Au commencement de 1866, madame L... souffrit d'une névralgie faciale, dont les accès intermittents furent assez difficilement arrêtés. A la même époque, les règles, jusque-là anormales, devinrent plus fréquentes, et se répétèrent tous les quinze ou vingt jours. En même temps survinrent de légères coliques accompagnées d'un malaise général considérable et persistant. Au mois d'avril 1866, ces douleurs prirent tout à coup un caractère d'acuité remarquable ; elles siégeaient tantôt à droite, tantôt à gauche de l'abdomen, elles étaient profondes, lancinantes, accompagnées fréquemment d'inappétence et de vomissements.

Appelé à donner mes soins, j'examine l'abdomen et j'observe les phénomènes suivants : l'abdomen tout entier est occupé par une tumeur dure, un peu élastique cependant, et dont certains points sont douloureux à la pression. Cette tumeur n'est point parfaitement sphérique, elle paraît bilobée, offre une sensation obscure de fluctuation, elle descend jusqu'au pubis, remonte jusqu'aux fausses côtes, et paraît avoir son point de départ dans le côté droit. Le toucher vaginal montre l'utérus assez élevé dans le bassin, son col, renversé en arrière, est difficilement atteint ; il ne paraît pas faire corps avec la tumeur.

Le diagnostic est ainsi posé : tumeur kystique de l'ovaire droit, probablement ancienne, bilobée et dont les parois sont en ce moment atteintes de péritonite locale et d'inflammations circonscrites. Le traitement fut antiphlogistique : sangsues, frictions mercurielles, bains, cataplasmes ; à l'intérieur, calomel et préparations opiacées.

L'état aigu, qui s'était assez facilement modifié, revenait à de courts intervalles, mais avec une moindre intensité, surtout au moment des règles qui reparaissaient tous les douze ou quinze jours.

La malade est inquiète, nerveuse, agacée, et demande l'établissement d'un traitement curatif, retardé à cause de la persistance des retours de l'état aigu.

Vers le 6 ou 7 juillet, se trouvant calme, elle fait en voiture un voyage de 46 kilomètres, et consulte, à Rodez, le docteur Lala. Elle rentre le 11, et un peu fatiguée par le voyage, elle commence un traitement dont les fondants et les diurétiques faisaient les principaux frais.

Le 13, les douleurs abdominales reparaissent, il survient un peu de diarrhée, et comme les mouvements et les efforts fréquents qui en étaient la conséquence fatiguaient beaucoup la malade, le traitement est suspendu et les calmants sont repris.

Le samedi 14, agacement énorme et malaise indéfinissable, pas de fièvre ; douleurs assez vives à la région épigastrique ; vésicatoire au point douloureux, antispasmodiques et calmants *ut supra*.

Cet état se prolonge sans modification sensible le 15 et le 16, mais ce dernier jour le pouls, jusque-là calme et plein, est trouvé petit et fréquent. En même temps à l'agacement général se joignent de l'anxiété précordiale et de la dyspnée.

Le kyste ovarique paraît, par contre, avoir diminué notablement de volume. En présence de ce fait, et quoique la malade, qui ne tousse point, n'accuse aucune douleur sur aucun point de la région thoracique, je l'ausculte et constate un épanchement considérable occupant tout le côté droit de la poitrine, le côté gauche restant parfaitement libre.

Large vésicatoire du côté malade et en arrière, diurétiques repris à haute dose.

Le 17, la fièvre persiste ; le pouls est petit et fréquent, 120. La tumeur abdominale est considérablement réduite, elle ne dépasse que de peu la région ombilicale.

Le 18, consultation avec mes confrères les docteurs Lala et Cavalier. Nouveaux et vastes vésicatoires, l'état général proscrivant la thoracentèse. Dans la matinée, madame L... se plaint de mal distinguer les objets, le soir cécité complète. Les pupilles sont dilatées, mais l'iris a conservé toute sa sensibilité et sa contractilité. Toute idée d'empoisonnement par la belladone doit être écartée.

La faiblesse et l'oppression augmentent, et la malade meurt dans la nuit du 19 au 20.

L'histoire de cette malade, que l'autopsie aurait rendue plus complète, présente encore un vif intérêt. En somme, voilà une tumeur kystique considérable, à développement lent, et présentant tout d'un coup des symptômes irrécusables d'acuité. La scène change brusquement, et en même temps que le liquide abdominal diminue, il y a un épanchement dans la poitrine et cécité complète. L'idée d'une communication directe de la tumeur dans la plèvre doit être abandonnée à cause du retrait du kyste et de la persistance de la totalité de l'épanchement thoracique. D'un autre côté, les signes habituels de la pleurésie, toux, douleurs aiguës, ont fait défaut.

C'est cependant entre cette hypothèse qu'il faut choisir et celle d'une métastase très-extraordinaire, je l'avoue, mais dont les exemples, dans ces cas, sinon égaux, du moins semblables, ne font pas complétement défaut. Ce qui me paraît militer en faveur de cette dernière supposition, c'est la cécité qui survient progressivement, mais dans l'espace de quelques heures, et que l'on ne peut, il me semble, attribuer qu'à un œdème de la rétine, ou à un épanchement comprimant l'origine des nerfs optiques.

Mon confrère, le docteur Lala avait un instant eu l'idée d'une albuminurie, idée que ne justifièrent ni les symptômes antérieurs complétement négatifs, ni l'examen des urines qui ne précipitèrent point par l'acide nitrique, mais qui présentèrent seulement une légère opalinité qui resta limitée à la couche supérieure et superficielle du liquide, contrairement à la pesanteur spécifique des flocons albumineux.

— Du moment où l'autopsie n'a pu être pratiquée, l'on ne peut faire que des hypothèses. Et en voici deux qui nous paraissent proposables, outre celle de l'auteur, une hydro-néphrose avec altération consécutive du rein et ouverture du kyste dans les plèvres, ou un kyste hydatique du foie ou du rein ouvert dans les plèvres. (*Note de la rédaction.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 août 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service des eaux minérales d'Uriage (Isère), par M. le docteur Doyon; de Bagnoles (Orne), par M. le docteur Bignon; de Balaruc (Hérault), par le docteur Crouzet, de l'hôpital d'Hammam Meskoutine (Algérie), par M. le docteur Raouet, médecin en chef. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Dambre (de Courtrai), sur l'opération césarienne. (Commissaire : M. Depaul.)

2° Une lettre de M. le docteur Scoutetten accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Mémoire sur la cure radicale des pieds-bots*.

— M. LARREY présente plusieurs brochures dont il fait hommage à l'Académie, au nom des auteurs MM. Didiot, Guerini Longhmore, et la relation d'une épidémie de choléra à Tanger, par M. Castex.

— M. TARDIEU, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie impériale de médecine, aux obsèques de M. Gibert.

« Messieurs,

« L'homme de bien, le savant médecin à qui nous venons dire un dernier adieu avait l'horreur du faste et des longs discours. Ce serait mal honorer sa mémoire que de l'oublier en ce lieu et à cette heure suprême.

« Mais l'Académie impériale de médecine, au nom de laquelle j'ai l'honneur de parler, ne pouvait, sans lui donner un témoignage public de ses sincères regrets, laisser partir un de ses membres les plus actifs et les plus dévoués.

« M. Gibert aimait l'Académie : il la servait avec un zèle assidu ; et pendant plusieurs années les suffrages répétés de ses collègues l'avaient appelé aux honneurs du bureau. C'est dans son sein que s'était en quelque sorte réfugié cet esprit distingué qui, après avoir pris une part brillante aux luttes des concours, où il avait fait preuve d'une rare aptitude pour l'enseignement, après avoir conquis par un début éclatant le titre d'agrégé à la Faculté de médecine de Paris, s'était comme replié sur lui-même et avait renoncé aux plus légitimes ambitions. Sa parole nette et incisive, sa foi constante dans les doctrines traditionnelles de la médecine, le tour naturel et franc de son caractère, le spirituel laconisme de ses discours lui faisaient une place à part au milieu de nous.

« Le coup inattendu qui enlève M. Gibert, lui qui, au seuil de la vieillesse, avait conservé toute la verdeur de son esprit et toutes les apparences d'une constitution robuste, ajoute encore au deuil de cette mort à laquelle lui seul était préparé.

« M. Gibert avait au plus haut degré le sentiment de l'honneur professionnel; et l'un des premiers il s'était voué à cette grande idée de l'association qui est pour le corps médical une œuvre de dignité autant qu'une œuvre de confraternité. L'association des médecins de la Seine conservera à son ancien et dévoué secrétaire un pieux souvenir.

« Mais c'est au milieu de sa famille dont il avait le culte, de ses clients choisis que l'affection autant que la confiance attachaient à lui, de ceux-là en petit nombre à qui il s'est livré complétement; c'est au milieu des pauvres qui pendant plus de quarante ans de service hospitalier, ont eu la plus grande part de son dévouement, que vivra surtout la mémoire de notre confrère regretté; et cette pensée sera la consolation de ceux qui l'ont aimé. »

ÉLECTION D'UN MEMBRE ASSOCIÉ ÉTRANGER.

La Commission propose :
En première ligne, M. Matteucci (de Florence).
En deuxième ligne, M. Bunsen.
En troisième ligne, M. Hoffmann.
Sur 51 votants :
M. Matteucci obtient 37 voix.
M. Bunsen obtient 14 voix.

En conséquence, M. Matteucci est nommé associé de l'Académie.

Syphilis vaccinale.

M. DE KERGARADEC donne des détails qu'il a reçus de M. Thomeuf (de Lorient), sur les faits de syphilis vaccinale observés par MM. de Closmadeuc et Denis; il en résulte qu'il s'agit réellement de

syphylis vaccinale, et il conclut à la nomination d'une commission pour aller examiner les enfants.

— **M. DEPAUL** supplie le conseil de s'occuper de cette question.

M. DUBOIS (d'Amiens). La question sera renvoyée à la Commission de vaccine.

Des injections dans les veines des cholériques.

M. COLSON, membre correspondant de l'Académie, lit un travail sur les injections alcalines dans les veines contre le choléra. Partant de cette supposition que la teinte cholérique est due à une asphyxie, à une stase du sang dans les capillaires, en admettant qu'il y a une altération du sang en vertu de laquelle les globules adhèrent aux capillaires, l'auteur dit qu'il était rationnel de supposer qu'un liquide alcalin, un sérum artificiel, en un mot, injecté dans les veines pouvait rendre au sang, au moins momentanément, quelques-unes de ses propriétés.

Des injections ont été faites dans les veines déjà en 1832. Magendie et d'autres en ont pratiquées. Je ne connaissais pas ces faits au moment où j'ai tenté des injections, mais j'ai été heureux de pouvoir m'autoriser d'expériences antérieures à moi.

Voici les injections que je fais : je prends un mélange d'eau, de sulfate de soude, d'acétate de soude et de phosphate de soude, dans des proportions analogues aux chiffres des sels alcalins du sérum. Je chauffe le liquide à 40 degrés, et je l'injecte dans la veine basiliqué au moyen d'une seringue à robinet à double effet. Pour cela, j'incise la veine parallèlement à son trajet, et j'introduis une canule. Lorsque l'on veut faire plusieurs injections, on peut piquer des veines différentes afin d'éviter des causes d'inflammation.

Ici M. Colson cite deux observations, desquelles il ressort que des malades ont été rappelés à la vie, grâce à ces injections, que 12 à 13 grammes de liquide ont pu être injectés, et qu'à chaque injection les malades revenaient momentanément à la vie. Néanmoins les malades sont morts.

L'auteur donne ces faits et leur interprétation comme des précédents qui pourront conduire à d'autres expériences peut-être profitables.

M. BRIQUET. J'ai fait quatre fois des injections dans les veines, elles ont été infructueuses; je les ai rapportées dans mon livre sur le choléra de 1849.

M. TARDIEU. Je dois dire à l'Académie que M. Hérard a fait aussi des injections dans les veines des cholériques, et que les résultats n'ont pas été satisfaisants.

Discussion sur l'organisation immédiate des plaies.

M. J. GUÉRIN, entrant de suite dans le sujet, dit que, même en plaçant la question sur le terrain personnel, ainsi que l'ont fait ses adversaires, il espère néanmoins pouvoir faire ressortir les lois physiologiques, théoriques et pratiques de la cicatrisation des plaies; il croit qu'il ne sera pas sans intérêt de suivre les théories de la guérison des plaies, depuis Hunter jusqu'à nos jours.

Avant de commencer l'examen des auteurs qui ont été jugés les auteurs de la méthode sous-cutanée, M. Guérin pose la formule de la méthode sous-cutanée.

Cette méthode, dit-il, est un ensemble d'opérations faites en vue d'obtenir une cicatrisation en s'affranchissant des conditions de la formation du pus, et d'attendre des résultats entièrement différents des plaies qui ont subi l'inflammation suppurative; elle nécessite que l'on prive les plaies du contact de l'air.

Et il en résulte que les meilleures méthodes opératoires sont celles qui ont en vue d'affranchir les plaies du contact de l'air.

M. J. Guérin examine ensuite quelles sont les idées de Hunter; il recherche quels ont été les fondements de la doctrine de l'inflammation adhésive répétée par tous les livres. Hunter admettait que le sang pouvait être un médium unissant et favorisant la réunion immédiate; qu'il y avait alors une inflammation adhésive, laquelle était, suivant lui, une inflammation avortée, et l'auteur anglais ajoutait que rien ne pouvait faire prévoir que l'inflammation pût être arrêtée. Ailleurs, Hunter voyait dans la lymphe plastique un produit inflammatoire.

M. J. Guérin affirme que Hunter ne concevait pas les caractères des plaies sous-cutanées.

Hunter a parlé accessoirement d'une rupture musculaire qui lui était arrivée à lui-même; il disait bien que un gonflement était survenu, et il ajoutait qu'il y avait une inflammation, mais qu'elle durait quelques jours à peine.

Hunter a dit encore que l'action de l'air n'est pas la cause de l'inflammation et de la suppuration. Ceci est formel, et on le trouve répété deux fois dans les œuvres de cet auteur, dans le chapitre du sang et dans les leçons sur l'inflammation.

A propos des fractures avec plaies, l'auteur croit que l'inflammation doit venir et qu'il doit se former des bourgeons charnus pour que la cicatrisation ait lieu.

Enfin il dit, en passant, que les abcès par congestion doivent être ouverts par une petite ponction.

Mais jamais l'auteur anglais n'a dit que les plaies sous-cutanées guérissent par organisation immédiate des tissus.

On a dit que la méthode sous-cutanée avait été inventée par Delpech, Dupuytren, Stromeyer et d'autres. Voyons ce qu'ont dit ces auteurs.

Delpech a eu l'idée de diviser un tendon sous la peau et d'obtenir la réunion immédiate de la plaie sous-cutanée, et il voulait éviter la suppuration. Mais il croyait encore à la théorie de Hunter, et il voulait obtenir la réunion immédiate du tendon et non sa régénération.

Dupuytren a sectionné le muscle sterno-mastoïdien par la méthode sous-cutanée, mais c'était pour prévenir la difformité résultant d'une plaie étendue. Il n'y avait pas là l'intention d'une méthode sous-cutanée. Dupuytren faisait pour le pied-bot des amputations de complaisance.

Stromeyer a introduit un procédé opératoire pour couper le tendon d'Achille. Il faisait une petite ouverture à la peau; lui aussi voulait obtenir une réunion par première intention du tendon; il croyait que le pied-bot tenait à un spasme du muscle que la section du tendon pouvait guérir. Deux erreurs étaient commises. Nous, au contraire, nous admettions la nécessité de l'écartement des bouts du tendon divisé et la possibilité d'une organisation immédiate entre les deux portions de tissu.

Dieffembach était un artiste; il a fait beaucoup de ténotomies, mais il ne s'est pas occupé de la question scientifique; il a, comme Stromeyer, beaucoup opéré et avant moi, mais ils n'avaient vu ni l'un ni l'autre ce qui caractérise la méthode sous-cutanée.

M. Bouvier, en 1838, jugeant les auteurs, disait (M. J. Guérin lit ici le passage que nous résumons) que les procédés de ces opérateurs étaient avantageux en ce sens qu'ils faisaient une plaie plus petite, et qu'une difformité cicatricielle était évitée. C'est tout ce qu'on voyait alors dans la méthode sous-cutanée.

M. J. Guérin lit ensuite une lettre de M. Phillips, élève de Dieffembach, et qui a été envoyée à l'Académie des sciences, où lui, M. Phillips, reconnaissait qu'il y avait une grande différence entre ce que faisait Dieffembach et les procédés de M. J. Guérin, depuis que celui-ci avait constitué la méthode sous-cutanée.

Que dire encore? ajoute l'orateur. MM. Duval et Bouvier ont fait des ténotomies avant moi, mais ils n'ont pas établi de théorie.

M. Bouvier croyait que la réparation du tendon se faisait au moyen de l'accolement des parois de la gaîne du tendon l'une contre l'autre; MM. Bouvier et Velpeau croyaient à une transformation des éléments celluleux, et Stromeyer lui-même, dans des écrits ultérieurs, s'est élevé contre la théorie de M. Bouvier. Cette théorie n'est pas la mienne, et je ne la dispute pas à leurs auteurs.

M. Sédillot s'est occupé de la théorie de l'organisation immédiate; il dit que la cicatrisation des plaies sous-cutanées se fait par réunion immédiate et se rapproche de l'inflammation adhésive admise dans la doctrine huntérienne; il ajoute que les plaies exposées et les plaies non exposées sont toutes deux graves, et il prend pour exemple certaines contusions. L'article de M. Sédillot était publié dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère,* journal dirigé, comme on le sait, par notre bonorable collègue, M. Velpeau, et l'article était fait contre la ténotomie.

M. J. Guérin dit en terminant : J'arrive à notre collègue, M. Velpeau, et, comme j'ai beaucoup de choses à dire, je demande à remettre la fin de mon discours à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Beyran, chevalier de la Légion d'honneur, qui vient de succomber à la phthisie pulmonaire. Cet éstimable confrère n'avait que quarante et un ans.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le 10 août, sous la présidence de M. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Ordre du jour :

Observation de stomatite pseudo-membraneuse, par M. Verliac.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'ectropion, par le docteur Cruveilhier fils, agrégé de la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8° avec planches et figures intercalées dans le texte. Prix : 4 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

La médecine en Orient, mémoire sur l'école de médecine d'Égypte, par Hassan-Effendi Mahmoud. Grand in-8°. Prix : 4 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement suivi, à l'hôpital Lariboisière, pendant le cours de la dernière épidémie cholérique 1865-1866.

L'hôpital Lariboisière a été, dans les derniers mois de l'année précédente, un de ceux où l'épidémie a sévi avec le plus de rigueur; c'est dans les quartiers de Montmartre et de La Chapelle, avoisinant cet hôpital, que l'on a eu à déplorer le plus de morts.

Il convenait de rechercher la raison de ce triste privilége, et au point de vue des questions d'étiologie si graves que soulève l'étude du choléra, il importait de voir s'il n'y avait point de prédisposition acquise et tenant à la topographie de ces deux arrondissements si cruellement frappés, à la nature et à la qualité des eaux ménagères employées, à l'état des logements (malpropreté, encombrement, etc.), aux industries plus spécialement exercées dans ces quartiers de la ville.

Tous ces points différents ont été examinés avec soin, et de leur étude il n'est sorti aucune donnée étiologique certaine. Une autre cause de prédisposition, plus puissante et plus nettement accusée, tient au régime de vie, aux habitudes, à la constitution antérieure des malades atteints. Une enquête de cette nature, étendue au plus grand nombre de cas possible, fournit des documents précieux; mais c'est là une tâche pénible, difficile à remplir, souvent rebutante, car les enquêtes doivent être faites et poursuivies aux domiciles antérieurs des malades et auprès des personnes qui ont vécu avec eux. Un ancien élève des hôpitaux, le docteur Stoufflet, a, dans une thèse toute récente, recueilli, dans ce sens, l'observation de plus de 500 malades entrés à Lariboisière à partir du 17 septembre jusqu'au 9 janvier de l'année suivante.

Ces observations renferment, au point de vue des différents modes de traitement suivis par les chefs de service de l'hôpital Lariboisière, des renseignements que l'on ne lira point sans intérêt et qui feront l'objet de cette revue clinique.

I. — M. le docteur Pidoux, en prenant le service le 15 octobre, formula les deux potions suivantes, laissées à demeure dans les salles : l'une, potion faible, avec

Eau-de-vie à 36 degrés. . . .	900 grammes.
Huile essentielle d'anis. . . .	50 gouttes.
Teinture de noix vomique. . .	50 —
Sulfate de quinine.	19 gr. 25.

Dans la seconde potion (potion forte), on remplaçait l'essence d'anis par 30 gouttes de chaque, d'essences de girofle et de cannelle, et on portait au double les doses de sulfate de quinine et de teinture de noix vomique.

La noix vomique, outre l'action excito-motrice qu'elle pouvait produire, avait le grand avantage d'arrêter les vomissements ou tout au moins de les rendre moins abondants et moins répétés.

M. Pidoux, et plus tard M. Cadet de Gassicourt, ont été les seuls à employer ces potions; encore, ce dernier a-t-il diminué de 100 grammes la quantité d'eau-de-vie.

M. le docteur Hérard a fait usage, dans les premières semaines, de potions avec l'acétate neutre d'ammoniaque; plus tard, il a donné la préférence à la liqueur de Strogonof ainsi modifiée :

Teinture de noix vomique. . . .	1 gramme.
— castoréum	1 —
— opium	2 —
— arnica	2 —
— valériane.	4 —
Essence de menthe.	1 —
Liqueur d'Hoffmann.	4 —
Huile de Cajeput. . . , . . .	10 gouttes.
Chloroforme.	8 —

Cette potion, à laquelle on peut reprocher sa trop grande complication, produisait, au goût et à l'odorat, une impression trop vive et souvent pénible.

On en mettait trois cuillerées à café dans trois grandes cuillerées d'eau, et après avoir sucré le tout, on faisait prendre une cuillerée du mélange toutes les demi-heures; on allait ainsi jusqu'à trois cuillerées, et le reste était pris dans la soirée et le lendemain matin; si le malade éprouvait une trop grande répugnance, on augmentait la quantité d'eau.

D'autres médecins se servaient encore de cette liqueur; mais ils la donnaient à la dose de 10 gouttes dans un demi-verre de vin blanc.

M. le docteur Moissenet a souvent employé une liqueur amère dont il rapporte la formule à Récamier, et qui est ainsi composée :

Racine de gentiane.	16 grammes.
— d'aulnée	16 —
— d'angélique	16 —
Écorce de Simarouba	10 —
— de quinquina.	30 —
Calamus aromaticus.	16 —
Eau-de-vie de genièvre.	1 litre.

On laisse macérer dans un litre d'eau pendant plusieurs jours et on ajoute l'alcool.

Le malade prenait de cette potion trois cuillerées à bouche le matin, à midi et le soir. S'il la trouvait trop forte, on ajoutait un demi-verre d'eau dans la dose à prendre chaque jour.

M. Moissenet employait aussi beaucoup une potion avec 4 gr. de chlorure de sodium (sel marin) pour 120 gr. d'eau. Ce sel, lorsqu'il est absorbé est stimulant, diaphorétique, antiseptique. De plus, on sait quel rôle jouent les chlorures alcalins dans l'évolution des globules et pour la fixation de l'oxygène dans le sang; on sait aussi combien est grande la quantité de ce sel qui se perd par les déjections; il est donc rationnel de chercher, quand l'absorption peut se faire, à rendre au sang la quantité de chlorures alcalins nécessaire pour les fonctions d'hématose.

Dans un grand nombre de cas, la pratique n'a pas réalisé les résultats heureux que la théorie faisait concevoir : quelquefois cependant les chlorures alcalins ont eu une influence vraiment étonnante; « deux fois la potion salée produisit presque une véritable résurrection; du jour au lendemain, les malades étaient devenus presque méconnaissables : de moribonds, ils étaient devenus des malades presque convalescents. » (Stoufflet.)

M. le docteur Duplay a essayé, mais sans grand succès, le bicarbonate de soude (4 à 8 grammes par jour), préconisé par M. Baudrimont: il y a renoncé. L'acétate d'ammoniaque, l'ammoniaque liquide, l'éther, le vin de Bagnols sont restés la base de son traitement.

II. — En dehors de ces potions spéciales pour ainsi dire à chaque service, on ordonnait fréquemment le thé au rhum, que M. Stoufflet regarde comme inutile dans la période algide et contre-indiqué dans la période de réaction ; l'eau de seltz et la glace, bien préférables à la potion de Rivière pour arrêter les vomissements.

L'ipécacuanha a surtout été employé : au début, lorsque la forme de l'embarras gastrique dominait (état nauséeux avec inappétence, alourdissement du malade, etc.) ; plus tard, quand les vomissements bilieux et persistants semblaient être le symptôme prédominant ; enfin, quand les déjections restaient modérées, ce que l'on pouvait attribuer à un état d'atonie des voies digestives.

Si l'ipécacuanha produit de bons effets, il n'en est plus de même des purgatifs : il n'est pas de médicaments d'un emploi plus difficile, plus dangereux que les purgatifs dans le choléra. (Cazalis.)

Quant aux antidiarrhéiques, on les employait seulement au début, lorsque la diarrhée était trop forte ou lorsqu'elle persistait : on donnait la décoction blanche, le sous-nitrate de bismuth isolé ou associé au laudanum.

Les sinapismes ont rendu de grands services pour réveiller le malade, et comme moyen révulsif d'une très-grande facilité d'application; les bains d'air chaud ne sont utiles que pour soutenir et aider la réaction; dans les cas d'algidité trop prononcée, ils réchauffent, comme ils le feraient d'un corps inerte, mais sans ramener la circulation et la vie.

Pour terminer ce qui a trait aux révulsifs, il ne faut point oublier les vésicatoires à l'épigastre, qui ont souvent réussi dans les cas de vomissements douloureux et persistants.

III. — Il convient de dire un mot du traitement par le sulfate de cuivre.

Le 24 octobre, M. le docteur Burq vint demander à M. Pidoux d'employer le sulfate de cuivre dans son service. La conviction profonde de cet honorable médecin, les succès qu'il annonçait comme certains, immédiats, si l'on voulait renoncer à toute prévention fâcheuse, les résultats heureux obtenus par M. de l'Isle, à Marseille, tout cela fit consentir M. Pidoux à ce qu'une épreuve fût tentée dans son service.

Voici comment le médicament fut formulé :

Julep gommeux de 150 grammes.
Laudanum 6 gouttes, pour produire la tolérance.
Sulfate de cuivre ammoniacal 0,75 c.

Cette potion était à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures, et on donnait, en outre, un quart de lavement chaque jour, avec 50 centigrammes de ce sel.

Sur 9 malades soumis à ce traitement, il y eut 8 morts, sans amélioration même passagère : et la seule malade qui ait guéri avait refusé de continuer l'usage de la potion qui la faisait vomir et lui laissait, dans la bouche, un arrière-goût insupportable.

Quant à la prétendue immunité des ouvriers qui travaillent le cuivre, les résultats obtenus par suite de l'enquête à laquelle s'est livré le docteur Stoufflet confirment en tout point ce que nous a appris, à ce sujet, la thèse de M. Decori.

IV. — Le traitement des complications qui surviennent dans la période de réaction n'est difficile à formuler que dans les cas de réaction avec congestion cérébrale, ataxie, et dans ceux de réaction avec adynamie, de forme typhoïde ; on doit s'estimer très-heureux lorsque les dangers de la réaction avec congestion cérébrale se sont trouvés conjurés par des hémorrhagies spontanées; malheureusement, il n'en était plus de même lorsque l'on cherchait, par des émissions sanguines, à remplir cette indication que la nature semblait avoir si nettement tracée. Les révulsifs locaux, si énergiques et si puissants qu'ils aient été, n'ont produit aucune action favorable.

Comme complications, les parotidites n'ont pas été très-fréquentes : sur 524 malades, le docteur Stoufflet n'en a recueilli que 5 cas (4 femmes et 1 homme); de ces 5 parotidites, aucune n'a eu de caractère critique heureux ; toutes ne furent qu'une aggravation et l'indice d'une mort prochaine.

V. — Un point intéressant, bien étudié dans la thèse de M. Stoufflet, est relatif aux cas intérieurs, c'est-à-dire aux malades en traitement à l'hôpital pour une affection quelconque et atteints de choléra, pendant le cours ou au déclin de cette maladie.

Sur 63 malades qui ont été atteints du choléra, étant à l'hôpital pour d'autres maladies, nous comptons, sur le tableau dressé par M. Stoufflet (p. 103) :

Accouchements, suites de couche, imminence d'avortement.	19
Fièvre typhoïde.	7
Variole	10
En tout.	36

Ainsi, plus de la moitié des cas intérieurs étaient observés chez des femmes récemment accouchées, dans le cours ou au déclin de la fièvre typhoïde et de la variole.

Ce sont en effet ces deux dernières affections, auxquelles nous joindrons le rhumatisme articulaire aigu, qui doivent, en temps d'épidémie, être surveillées avec le plus grand soin; nulle doute que la proportion n'ait été, dans d'autres hôpitaux, plus élevée encore que nous ne la trouvons dans les tableaux de M. Stoufflet.

Il en doit résulter cette conséquence pratique, que le pronostic des fièvres typhoïdes et des varioles devient très-grave en temps d'épidémie; et cela quelle que soit la forme, la durée, l'intensité de la fièvre, quelle que soit la confluence de l'éruption; je dirai aussi quelle que soit l'époque, car ce n'est pas seulement au début ou dans le cours de la maladie, c'est à son déclin, en pleine convalescence, que l'on peut voir des malades frappés tout d'un coup d'accidents cholériques qui sont, dans ces cas particuliers, plus rapides, plus graves et plus meurtriers.

Hernie ombilicale étranglée. — Opération. — Guérison.

La hernie ombilicale chez les adultes est moins souvent le siége d'un étranglement véritable que la hernie inguinale, et surtout que la hernie crurale, et lorsque cet accident se présente, le chirurgien a encore la chance d'obtenir la réduction par le taxis beaucoup plus fréquemment que dans les deux autres espèces de hernies. Il résulte, en effet, des relevés faits par Thomas Bryant, que sur 100 cas de hernies ombilicales étranglées, 73 ont été réduites par le taxis, et 27 par la kélotomie, de telle sorte que l'opération a été indiquée 9 p. 100 moins souvent que pour la hernie inguinale, et 46 p. 100 moins fréquemment que pour la fémorale. Le fait de la curabilité plus facile par le taxis de cette forme de hernie, est d'un immense intérêt en raison de la gravité de l'opération du débridement.

Cette gravité est telle que certains chirurgiens ont nié l'uti-

lité de l'opération, et ont voulu établir en principe que les hernies ombilicales étranglées ne devaient pas être opérées. Cette opinion est exagérée, et à notre sens dangereuse, et au lieu de l'adopter, le chirurgien recherchera avec soin les causes qui rendent l'opération dangereuse, et s'efforcera de se mettre à l'abri de ces causes : ces causes sont, du reste, assez nombreuses et elles tiennent essentiellement au siége de la tumeur et à sa composition. Ainsi, on invoque le peu d'épaisseur des enveloppes, l'absence de sérosité dans le sac, le volume énorme de la tumeur, la blessure nécessaire du péritoine pariétal dans le débridement, la position déclive de l'ouverture débridée. Malgré l'importance réelle de ces causes d'accidents, l'opération de la hernie ombilicale a été assez souvent couronnée de succès, pour qu'il soit indiqué de l'entreprendre dans le cas d'étranglement.

L'observation suivante recueillie par M. Marchand, élève distingué des hôpitaux, dans le service de M. Foucher, à l'hôpital Saint-Antoine, nous offre un bel exemple de guérison de hernie ombilicale étranglée par l'opération.

A... Victoire, soixante-quatorze ans, jouit d'une bonne santé habituelle. Elle a eu deux enfants dans sa jeunesse, et à la suite de sa dernière couche, il y a quarante ans, elle s'aperçut de l'existence à la région ombilicale d'une tumeur de petit volume qui disparaissait facilement par le plus léger refoulement. A cette époque la malade ne s'inquiéta pas de cette tumeur qui, du reste, fut stationnaire pendant de longues années, puisque pendant vingt-cinq ans elle ne prit aucun accroissement.

Il y a une quinzaine d'années, la malade se trouva dans des conditions qui exigeaient d'elle un travail exagéré. C'est à cette époque que la tumeur acquit en assez peu de temps un développement suffisant pour nécessiter l'emploi d'un bandage ; la hernie était, du reste, très-facilement et complétement réductible. Malgré une contention à peu près régulière, la hernie sortait de temps à autre, et rentrait toujours du reste avec facilité sans causer d'accidents ; aussi, acquit-elle à partir de ce moment, en peu de temps, le volume qu'elle présente aujourd'hui.

On trouve deux phases assez distinctes dans l'évolution de la tumeur : une première, d'une durée relativement considérable, pendant laquelle son petit volume n'exige l'emploi d'aucun moyen contentif; enfin, une seconde pendant laquelle on voit, sous l'influence d'efforts répétés, la hernie acquérir un volume assez considérable pour exiger l'emploi de moyens contentifs, tout en restant facilement réductible quand elle venait à sortir, ce qui, du reste, arrivait assez souvent, au dire de la malade.

Au mois de mai 1864, la hernie sortit brusquement un jour, et sa réduction ne put être opérée qu'à l'hôpital, à la suite d'un taxis prolongé.

Six mois après, le même accident se reproduisit, et la réduction fit éprouver autant de difficultés.

Enfin, le 4 juin dernier, la hernie sortit de nouveau. La malade ne put la faire rentrer, et des accidents d'étranglement se manifestèrent bientôt.

Quelques heures seulement après la sortie des viscères, la malade, prise de vomissements, de coliques, se fit transporter à l'hôpital. Voici dans quel état elle se présentait alors : Le ventre flasque, dépressible, non ballonné, est légèrement sensible à la pression. A la région ombilicale il existe une tumeur à base large de forme elliptique, à grand diamètre vertical. Elle mesure environ 9 à 10 centimètres dans son plus grand sens, et 7 à 8 transversalement. La cicatrice ombilicale déprimée assez fortement et comme tirée en arrière, occupe l'extrémité supérieure du grand axe de la tumeur. Celle-ci est d'une dureté remarquable dans la majeure partie de son étendue, et ce n'est qu'à l'extrémité supérieure, qu'une certaine résistance peut faire soupçonner la présence d'une anse intestinale.

Un taxis modéré et prolongé, pratiqué immédiatement, n'amène aucun résultat. On prescrit des applications de glace sur la tumeur et un lavement purgatif.

Le 5 juin, les vomissements ont persisté et sont constitués par des matières muqueuses et teintées en vert; le ventre est plus douloureux qu'hier; le lavement a été rendu et a entraîné seulement quelques matières intestinales.

On tente encore une fois la réduction par le taxis pratiqué avec ménagement, et comme on n'obtient aucun résultat et que l'état général s'est aggravé, l'opération est résolue et pratiquée sur-le-champ : une incision cruciale pratiquée suivant les deux principaux diamètres de la tumeur, divise la peau et les fascia sous-cutanés. On met ainsi à découvert une coque fibro-aponévrotique qui renferme les organes déplacés. Dans la prévision du peu d'épaisseur de cette enveloppe, et de l'adhérence intime du sac, M. Foucher forme un pli à la partie supérieure de l'enveloppe, et le divise avec des ciseaux droits.

L'introduction d'une sonde cannelée permit de constater que cette seconde incision avait pénétré jusqu'aux organes eux-mêmes, et que toutes les enveloppes, le sac y compris, étaient divisées. Cependant, aucun liquide ne s'était écoulé lors de l'incision : on avait donc affaire à cette variété de hernie que l'absence de liquide dans le sac a fait appeler hernies sèches. Après que l'incision complète des enveloppes fut achevée sur la sonde cannelée, on put juger de leur peu d'épaisseur, et de la nécessité qu'il y a dans ces sortes de hernies plus encore que dans toutes les autres, à procéder avec prudence et lenteur. Le sac fibro-séreux situé au-dessous de la peau et des fascia sous-cutanés, et qui formait l'enveloppe immédiate des viscères, offrait à peine, malgré sa consistance, qui se rapprochait beaucoup, comme nous l'avons déjà dit, de celle des tissus aponévrotiques, l'épaisseur d'une feuille de papier. Sa face interne offrait le poli des membranes séreuses, et reposait directement sur le contour de la hernie, sans interposition d'aucun liquide.

Cette enveloppe était formée évidemment par le sac lui-même doublé du tissu cellulaire sous-péritonéal, lequel à la longue et par suite des pressions exercées par le bandage, etc., s'était condensé en une couche fibreuse résistante, peu épaisse et intimement adhérente à la séreuse elle-même. Sur les côtés du sac on ne voyait aucune dépression ni aucun des cordons fibreux dont les auteurs mentionnent la fréquence, et qu'ils rapportent à la présence des artères ombilicales oblitérées et tiraillées par suite du développement de la hernie.

L'intérieur du sac contenait une masse épiploïque considérable et qui le remplissait en grande partie. A la partie supérieure et reposant sur le segment inférieur de l'anneau apparaissait une anse intestinale complète, recouverte par l'épiploon. On peut s'assurer que les viscères s'étaient échappés par l'anneau ombilical, mais au-dessous de la cicatrice, et n'avaient pu suivre le canal ombilical si bien décrit par M. Richet, et qui aboutit à la partie supérieure de l'anneau, au-dessus de la cicatrice ombilicale.

L'épiploon et l'intestin étaient simplement congestionnés; aucun épanchement, aucune pseudo-membrane n'indiquaient que le processus inflammatoire eût dépassé la période congestive.

Les viscères étaient fortement étranglés cependant, et ce ne fut qu'à grande peine qu'un bistouri concave et boutonné, introduit entre les parties herniées et l'anneau fibreux, put lever l'étranglement par une incision pratiquée en haut et à gauche.

L'intestin fut repoussé dans la cavité abdominale ; l'anneau fut obturé par une partie de l'épiploon formant bouchon ; le reste de cet organe fut laissé dans la plaie. La plaie ne fournit aucun écoulement sanguin notable.

Un lavement est prescrit pour le cas où la malade n'aurait pas de selle dans la soirée.

Le 7, l'état de la malade est très-satisfaisant. Elle a eu une selle abondante hier dans la soirée. Les vomissements n'ont pas reparu depuis l'opération. La peau est fraîche; le pouls bat 84 fois. Le ventre est complétement indolore. La plaie n'offre rien à noter.

Le 8, pouls un peu plus vif, fort, plein, à 90. Langue blanchâtre. Légère rougeur érythémateuse au pourtour de la plaie. La malade n'a pas eu de selles depuis avant-hier ; le ventre est légèrement sensible vers les fosses iliaques et particulièrement à droite. Lavement laxatif; amidon en poudre sur le pourtour de la plaie.

Le 9, 84 pulsations ; facies coloré, langue saburrale, ventre sensible à la pression, non ballonné. La malade a eu une selle hier après son lavement. La plaie ne présente rien à noter, si ce n'est la persistance de l'érythème qui semble s'être quelque peu étendu.

Le 10, l'état de la malade est très-satisfaisant. La peau est d'une fraîcheur remarquable, bien que le pouls se soutienne à 84. Le ventre toujours légèrement sensible.

La plaie ne présente rien à noter, si ce n'est la tuméfaction considérable de la portion d'épiploon laissée dans la plaie.

L'érythème persiste toujours, mais n'a pas augmenté depuis hier. Il existe surtout vers les parties inférieures de la paroi abdominale, à droite, il s'arrête vers le niveau d'une ligne qui de l'épine iliaque joindrait la ligne blanche.

Les ganglions inguinaux cependant n'offrent aucune tuméfaction.

Le 11 et le 12, l'état général de la malade est excellent. Les fonctions digestives reprennent toute leur régularité ; l'appétit renaît. Le pouls est à 74.

L'érythème, noté les jours précédents au pourtour de la plaie, a pâli beaucoup ; les bords de celle-ci sont légèrement tuméfiés ; la masse épiploïque est toujours exubérante.

Du 12 au 15, rien de nouveau n'est survenu dans l'état de la malade. La plaie est recouverte de bourgeons charnus qui fournissent une suppuration abondante et de bonne nature.

Du 15 au 20, l'état de la plaie est très-satisfaisant. La masse épiploïque s'est affaissée ; elle dépasse à peine le niveau des bords de la plaie, et est recouverte de bourgeons charnus de bon aspect. On voit qu'aucune portion de l'épiploon n'a été éliminée, comme cela s'observe assez fréquemment. Il est à présumer que son organisation définitive préviendra ultérieurement toute récidive de la hernie, chose importante, si l'on considère le diamètre relativement considérable de l'ouverture qui donne passage aux viscères dans cette région.

Du 20 au 25, la plaie se rétrécit notablement ; ses bords sont entièrement recollés.

L'état général est excellent, nonobstant quelques symptômes de catarrhe pulmonaire offerts par la malade, ces jours derniers.

Du 25 au 30, rien à noter. La cicatrice s'avance vers la partie médiane de la plaie, qui n'offre plus guère que la largeur d'une pièce de deux francs.

Du 30 juin au 4 juillet, il est survenu, vers la partie inférieure de la plaie, un petit abcès qui a décollé les téguments de ce côté, dans une très-petite étendue, contre-ouverture qui a donné issue à une quantité minime de pus bien lié. La plaie, du reste, est presque recouverte partout, et la malade peut être considérée comme guérie.

Le 8, la cicatrisation de la plaie est complète, et la malade n'attend plus qu'un bandage pour quitter l'hôpital.

TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE,

Par M. A. Courty, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier (1).

L'inversion utérine est une des maladies les plus graves. Un grand nombre de femmes succombent aussitôt après l'accident. D'après la statistique de Crosse (2), sur 109 malades atteintes d'inversion et ayant succombé, 72 sont mortes quelques heures après l'accouchement. La malade meurt alors d'hémorrhagie ou bien encore de douleur, de convulsions, de syncopes causées par la commotion locale, par l'épuisement, ou par les violences même que l'utérus a subies, surtout s'il a été pris pour un polype et s'il a été tiraillé, contus, lacéré. L'utérus retourné sur lui-même peut être étranglé, notamment si l'inversion est incomplète ; dans un cas, Dewes dut achever le renversement pour faire cesser l'étranglement. Cet accident peut être assez grave pour entraîner la gangrène de l'organe, et par conséquent les plus grands périls, à moins toutefois que l'élimination spontanée de l'utérus gangrené ne termine favorablement la maladie. Quant à la réduction spontanée, elle est extrêmement rare : pourtant on en peut citer des exemples dans les premiers jours qui suivent l'accouchement : mais elle paraît impossible dans les autres cas (3).

Lorsque la malade n'a pas succombé à la commotion, à l'hémorrhagie, à l'épuisement ou à la gangrène dans les premiers temps, elle n'est pas pour cela hors de danger ; car elle est sujette à des hémorrhagies profuses, qui reviennent pendant l'intermenstruation aussi bien qu'à l'époque des mois, et qui persistent jusqu'après la réduction de la tumeur ou la cessation des règles, tenant les malades, pendant tout ce temps, dans l'imminence d'une perte de sang mortelle.

Dans les époques mêmes qui suivent la première période de l'accident, si des adhérences ne se sont pas produites, ou si une forte contraction du col n'a pas effacé l'entrée de la cavité utérine renversée, une anse d'intestin peut s'y insinuer (4), s'étrangler, donner lieu à des accidents qu'on a parfois regardés à tort comme sympathiques, tels que douleurs d'entrailles, tuméfaction du ventre, vomissements, hoquet, et finalement entraîner la mort de la malade.

Enfin, en supposant que la vie de la malade ne soit pas tenue continuellement en danger, elle n'en est pas moins pénible à supporter pour le reste de ses jours. Outre la persistance de douleurs, d'hémorrhagies, de leucorrhée, de faiblesse, qui rendent l'existence des malades misérable, sans aggraver leur condition ni hâter leur mort, les femmes deviennent nécessairement stériles et incapables de remplir leurs devoirs conjugaux, ce qui n'est pas indifférent lorsqu'elles sont encore très-jeunes. Le fait de Chevreuil d'Angers (5), communiqué à Baudelocque, dans lequel il serait survenu une grossesse tubaire chez une femme atteinte d'inversion utérine, est tout à fait exceptionnel, et celui que j'ai eu sous les yeux, d'une femme qui cohabitait presque impunément, malgré son renversement de matrice, est encore rare.

Ainsi, peu dangereux en lui-même, quand il arrive sous les yeux d'un homme instruit, le renversement de la matrice peut devenir, dans le cas contraire, promptement mortel ou donner lieu à des accidents qui durent autant que la vie. La femme qui a échappé aux suites immédiates est sujette à des dangers tardifs. Si elle n'est pas morte dans les premières heures, elle est exposée à succomber, après un temps variable, aux conséquences plus ou moins inévitables de ce déplacement; enfin tout est sérieux dans cette maladie, jusqu'aux tentatives qu'on est obligé de faire pour la réduire. Aussi doit-on s'efforcer de la prévenir, s'occuper activement de la traiter lorsqu'elle est produite, et régler avec soin les tentatives de réduction qu'elle nécessite. Il n'est pas permis au médecin de rester inactif en présence d'un si grand danger : il faut saisir promptement les indications qu'il y a à remplir et connaître les moyens par lesquels on peut y arriver.

Pour prévenir la production du renversement, il faut faire accoucher la femme dans le décubitus horizontal; apaiser les contractions utérines, si elles sont trop violentes et trop rapprochées; les exciter, si l'organe est menacé d'inertie; n'exercer sur le cordon que des tractions modérées; introduire la main dans l'utérus pour décoller le placenta, s'il est adhérent; après la sortie du délivre, titiller le col et frictionner le fond à travers l'hypogastre, pour déterminer la contraction des fibres utérines et la formation du globe dur et résistant qui inspire à l'accoucheur toute sécurité; enfin recommander à la malade d'éviter les efforts, les chutes, l'action de sauter hors de son lit et tous les mouvements qui peuvent occasionner à l'utérus, incomplétement rétracté sur lui-même, un déplacement total ou partiel.

I. — *Réduire* la tumeur, en retournant l'utérus sur lui-même, pour faire reprendre à chacune de ses faces la situation

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage qui doit paraître incessamment, à la librairie de M. Asselin, éditeur, sous le titre de *Traité pratique des maladies de l'utérus, et de ses annexes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement.*

(2) *Transactions of the prov. med. and surg. associat.*, vol. XV, p. 340. London, 1847.

(3) *Observation* de M. de la Barre, et *Observation* de M. Boucharlatte, rapportées par Dailliez, ouvr. cité, p. 114.

(4) Baudelocque a montré à Dailliez (ouvr. cité, p. 179) le dessin d'une matrice renversée incomplétement, dont la cavité contenait plusieurs anses d'intestins.

(5) Dailliez, ouvr. cité, p. 80.

relative qui lui appartient, telle est l'indication capitale lorsque l'inversion est produite.

Or, la réduction varie suivant le degré du renversement, l'absence ou la présence du placenta, la situation de l'utérus hors de la vulve ou dans le vagin, l'époque à laquelle on peut tenter l'opération, la manière de la pratiquer, les instruments et les moyens d'action qui y sont applicables.

Après avoir traité de toutes ces circonstances, nous verrons comment on doit maintenir la réduction, ou, si elle est impossible, parer aux accidents de l'inversion et mettre au besoin la vie hors de danger, même par une opération des plus graves, telle que l'ablation de la matrice.

1° Au moment de l'accouchement, l'inversion doit généralement être réduite le plus tôt possible; mais cette réduction, facile lorsqu'on la tente à l'instant même où l'inversion se manifeste ou vient de se produire, peut être plus difficile après quelques heures qu'elle ne le sera après quelques jours. Il en est à cet égard de l'inversion utérine comme de tout traumatisme : simple au moment de l'accident, elle se complique bientôt des suites immédiates ordinaires, congestion, inflammation, etc., qui peuvent devenir la source d'indications spéciales, pour revenir plus tard à son état de simplicité primitive avec ses suites naturelles ou les complications consécutives qui lui sont propres.

Ainsi le moment le plus favorable pour réduire est le moment le plus rapproché de celui où l'accident s'est manifesté. Il faut se hâter d'agir si l'on est appelé à temps. Lorsqu'on n'a pas pu réduire dans les premiers instants, il est à propos de faire de nouvelles tentatives de temps à autre avec ménagement. Si la tumeur est dure, il faut attendre qu'elle se soit ramollie; car souvent il y a de la stase sanguine et des tranchées utérines, comme si la matrice n'était pas renversée, ce qui oblige d'attendre la fin de cette période. A mesure que le temps s'écoule, il peut se faire un gonflement, un engorgement, une induration de la tumeur, lesquels tiennent, non-seulement à sa congestion, mais encore à la constriction que le col exerce déjà sur sa partie supérieure, de telle sorte que, pendant que la masse à réduire augmente, l'ouverture par laquelle elle doit passer diminue. Enfin la tumeur peut même être atteinte d'une véritable inflammation qui demande à être combattue par le repos, les émollients, les émissions sanguines au besoin.

Grâce à ces distinctions et aux soins dont on entoure les malades, suivant les accidents qui les atteignent, dans telle ou telle période, la matrice renversée a pu être réduite, non-seulement immédiatement après, mais plusieurs heures et même plusieurs jours après son inversion. Lauverjeat (1) put la réduire dix ou douze jours après l'accouchement.

Après cette première période, tous les moments paraissent bons pour tenter la réduction. Seulement il est préférable de choisir l'époque moyenne entre deux périodes menstruelles, afin d'agir sur un organe peu tuméfié par la congestion sanguine et de s'exposer moins au développement des accidents inflammatoires que les tentatives de réduction peuvent provoquer.

Si l'on n'a pu réduire l'inversion les premiers jours, ce n'est pas une raison pour désespérer de la réduction après plusieurs mois et même plusieurs années. J'ai pu réduire heureusement une inversion utérine datant de dix mois (2); M. Barrier (3) en a réduit une de quinze mois, et M. Tyler-Smith (4) une autre de douze ans.

Lorsque l'indication de réduire l'inversion utérine se présente au moment de l'accouchement, elle peut se compliquer d'une indication secondaire relative à l'adhérence du placenta. Les chirurgiens diffèrent beaucoup d'opinion sur la conduite à tenir dans ce cas : les uns veulent qu'on le réduise toujours en même temps que l'utérus; d'autres qu'on le dégreffe toujours avant de faire la réduction ; d'autres conseillent d'en terminer la séparation, s'il est partiellement détaché, et de le réduire au contraire avec l'utérus, avant de procéder à son extraction, s'il est adhérent dans toute son étendue. Mon opinion est qu'il vaut mieux, en principe, faire l'extraction du placenta pour faciliter la réduction de l'utérus : la tumeur est assez volumineuse et sa regression à travers le col offre assez de difficulté, pour qu'on doive chercher à diminuer autant que possible le volume de l'organe à réduire ; on peut espérer, en opérant avec promptitude, d'éviter une hémorrhagie trop considérable, qu'on arrêtera d'ailleurs plus facilement après qu'avant la réduction, par la compression de l'aorte, les frictions sur le globe utérin, la titillation du col et l'administration du seigle ergoté.

Une autre complication de l'inversion utérine peut aussi appeler l'attention à toutes les époques de la maladie, mais particulièrement dans les premiers moments qui suivent l'accouchement : je veux parler du prolapsus qui a porté la matrice renversée hors de la vulve. Cette complication n'ajoute pas précisément un grand embarras à la réduction. On peut même avoir quelque intérêt à tirer préalablement l'utérus hors de la vulve, lorsqu'il est contenu dans le vagin, avant d'exercer sur cet organe les manœuvres de taxis, quand on suit la méthode que j'ai employée. Dans tous les cas, et quelle que soit l'époque à laquelle on est appelé à traiter la maladie, si l'on ne peut obtenir la réduction du renversement, faut-il au moins pratiquer celle du prolapsus, faire remonter l'utérus dans le bassin et l'y maintenir.

(1) *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne.* Paris, 1788. — Dailliez, ouvr. cité, p. 82. — F. Churchill, ouvr. cité, p. 480.

(2) *Acad. de méd.*, mars 1863.

(3) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, avril 1852.

(4) *Med. surg. Transact.*, XLI, 183.

Quand le renversement est incomplet, surtout quand il n'y a que simple dépression, on peut en déterminer la réduction spontanée en excitant les contractions utérines, ou en pratiquer la réduction directement en enfonçant la main dans la cavité utérine, sans décoller le placenta et surtout sans tirer sur le cordon, ce qui pourrait compléter le renversement, et en se réservant d'introduire plus tard la main dans l'utérus, s'il est nécessaire, et de dégreffer le délivre dont les contractions utérines faciliteront le décollement et l'expulsion.

Lorsqu'on a passé les premières heures sans opérer la réduction, on peut se bien trouver de la préparer par l'emploi de divers moyens, suivant l'époque à laquelle on opère : tantôt des antiphlogistiques, des émollients, du repos, si la tumeur est formée depuis peu de temps, et si elle est le siége de phénomènes inflammatoires ; tantôt des calmants, des applications narcotiques, de la belladone, pour empêcher la contraction musculaire et relâcher les fibres circulaires du col; tantôt la compression directe de l'organe par un pessaire à air ou par une tige, de manière à forcer peu à peu la résistance de ces fibres circulaires du col; tantôt de la cautérisation destructive de la muqueuse sur le fond de l'organe, de manière à provoquer dans le tissu propre des contractions qui en déterminent la réduction spontanée; tantôt enfin de la section directe des fibres circulaires de l'isthme ou de la myotomie du col utérin, au moment même des tentatives de réduction, pour faire cesser la résistance de cet anneau contractile.

La position de la femme la plus favorable à la réduction est le décubitus dorsal sur le bord du lit, le bassin élevé, la tête et le tronc renversés, les membres inférieurs tenus fléchis et écartés par des aides; un autre aide déprime l'hypogastre et cherche à fixer avec sa main le rebord circulaire du col utérin dans l'excavation, pour l'empêcher de remonter, pendant qu'on fait les tentatives de réduction. Cette dernière précaution est inutile, lorsqu'on réduit d'après ma méthode.

Quant aux instruments qui peuvent être nécessités par cette opération, nous n'en connaissons pas de meilleurs que les mains. Viardel (1) imagina un repoussoir dont il donna la figure. Une sage-femme de Clermont-Ferrand proposa aussi à l'Académie de chirurgie, peu de temps avant sa dissolution, un instrument avec lequel elle assurait avoir réduit plusieurs matrices qu'elle n'avait pu réduire avec la main seule. Baudelocque et Ané en inventèrent aussi un pour tenter la réduction d'une matrice renversée depuis plusieurs années, qui ne leur paraissait pas encore irréductible, mais ils n'en obtinrent aucun succès (2). M. Depaul (3) a proposé un repoussoir analogue à celui de Viardel, en forme de baguette de tambour, à renflement terminal rembourré, qu'il faut appliquer, dit-il (c'est capital), sur la partie diamétralement opposée à celle qui est occupée par l'orifice, et avec laquelle il faut exercer des efforts prudemment et dans la direction du grand diamètre de la matrice. Pour obtenir ce double résultat, il faut prendre une précaution préliminaire : bien constater, avec la main dans le vagin, la position de chaque partie de l'utérus. Mais, malgré l'habileté et la prudence bien connues de ce professeur, une malade, chez laquelle l'invagination utérine était survenue onze jours après l'accouchement et sur laquelle il fit des tentatives de réduction à l'aide de cet instrument, succomba en peu de jours à une rupture de l'utérus par le repoussoir (4). Les pinces-érignes de Museux, proposées par Aran pour retenir le col et l'empêcher de glisser ou de fuir sous la pression de la main, ont l'inconvénient de déchirer le tissu utérin.

Les mains sont donc les seuls instruments dont on doive se servir : l'une pour presser sur l'utérus renversé; l'autre pour retenir le col et fixer l'organe, sur lequel, sans cela, on n'aurait aucune prise.

La main qui opère le taxis peut agir de plusieurs manières, suivant l'époque à laquelle on fait la réduction ou la méthode que l'on emploie. C'est avec le poing que Levret réduisit la matrice d'une femme qui venait d'accoucher debout, et avec deux doigts que Baudelocque la fit repasser, sept heures après l'accouchement, à travers un orifice déjà resserré. Dans ces cas, on presse sur le centre de l'organe de manière à le déprimer, en sens inverse de la dépression qui a caractérisé le début du renversement. Suivant le volume que présente alors la matrice, on peut se contenter de repousser le fond avec un seul doigt, ou avec deux, comme Baudelocque, ou avec tous les doigts de la main réunis en forme de cône, ou avec le poing, comme Levret. Si c'est au moment même de l'accouchement, il est certain qu'on peut, en repoussant le fond de cette manière, le déprimer peu à peu, le faire entrer dans le globe même que forme la matrice, et faire franchir à tout l'organe l'anneau contractile du col.

Mais, lorsque les tentatives de réduction portent sur une tumeur moins récente, rapetissée, dont les deux faces péritonéales opposées se touchent presque, il n'est guère possible de commencer la réduction par la dépression du fond. Il faut agir alors d'une autre manière, qui me paraît d'ailleurs plus rationnelle et applicable à un plus grand nombre de cas : elle consiste à embrasser la tumeur avec toute la main, à la comprimer, si elle est gonflée, pour en faire suinter le sang, l'amollir et la relâcher, enfin à en presser les bords au moyen de l'extrémité des doigts distribués autour du pédicule et à refouler la portion de l'utérus formant gouttière qui se continue avec la partie vaginale du col, pour commencer par réduire en premier lieu la portion la plus rapprochée de l'orifice, c'est-à-dire la dernière renversée, en procédant à cet égard comme dans la réduction d'une hernie.

(1) *Observations sur la pratique des accouchements naturels, contre nature et monstrueux*, p. 211, fig. 3. Paris, 1674.

(2) Dailliez, ouvr. cit., p. 91.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1851.

(4) *Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. V, p. 399. Paris, 1860.

Quant à la main qui sert à fixer le col, elle doit, d'après Dailliez (1), être placée sur l'hypogastre pour retenir la matrice, qu'on ne ferait que refouler sans cette précaution. Mais là est le difficile. Ou bien cette main comprime trop l'hypogastre et empêche la réduction; ou bien, tout en s'opposant au refoulement du col, elle ne peut s'opposer à son glissement ni au changement de direction de l'organe, ce qui empêche la réduction elle-même. Sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, l'inversion complète et chronique diffère entièrement de l'inversion récente et nécessite une appréciation plus sévère des moyens qu'on peut mettre en œuvre pour la réduire.

2° Or, dans l'inversion complète et chronique, les vrais obstacles à la réduction sont : la constriction et la rigidité du col, la mobilité de l'utérus et, surtout, le défaut de fixité du col.

Il faut y ajouter la difficulté de maintenir dans l'organe la souplesse nécessaire à son retournement; car, malgré l'anesthésie chloroformique, il ne tarde pas, sous l'influence des pressions qu'on lui fait subir, à se contracter, à se roidir; après quelques tentatives de réduction, il se rapetisse, il se durcit comme une pomme d'api et rend tous les efforts infructueux. Cette dernière difficulté est si sérieuse, qu'on ne peut la lever si l'on n'abrége pas l'opération, si l'on n'emploie pas tous les moyens propres à la faciliter, si l'on ne s'arrête pas dès que l'utérus se contracte et se durcit, pour renouveler les tentatives de réduction après quelques jours de repos, ou si l'on n'agit au contraire d'une manière lente, en quelque sorte, par une voie détournée, en déterminant progressivement, par un procédé qui est une imitation de ceux de la nature, une dilatation du col suffisante pour la réduction de l'organe.

Il est évident que, lorsque la malade peut supporter une pression intra-vaginale de l'utérus, on fera bien, à l'exemple de M. Tyler-Smith, imité par M. Bockendal (2) et par M. White de Buffalo (3), de laisser à demeure dans le vagin un pessaire à air de Gariel. La pression continue que ce pessaire exerce sur le globe utérin renversé et, par son intermédiaire, sur le col de l'utérus, détermine sur ce dernier organe un effet analogue à celui que produisent les pressions de la tête du fœtus ou d'un polype poussé par les contractions du corps vers le col de la matrice, c'est-à-dire la dilatation lente et progressive de l'orifice, l'assouplissement de l'anneau cervical, et son effacement jusqu'au point de permettre à la tumeur produite par l'inversion de repasser à travers cet orifice et à l'inversion de se réduire, même spontanément. Malheureusement toutes les malades ne peuvent pas supporter cette pression continue. J'en ai eu un exemple frappant : toutes mes tentatives pour laisser le pessaire à demeure ont été infructueuses. Au bout de quelques heures la présence peut en devenir assez intolérable pour qu'on soit obligé de l'ôter, comme cela m'est arrivé, et qu'on ne puisse pas, quoi qu'on fasse, parvenir à le replacer. Il faut donc, dans ces cas, de toute nécessité, pratiquer la réduction rapidement, et c'est pour cela qu'il est bon d'assurer l'efficacité des moyens que l'on emploie et de régler l'opération comme je l'ai fait.

Le précepte de fixer l'utérus en exerçant une contre-pression sur l'hypogastre pendant qu'on refoule l'organe soit par le fond, soit par le voisinage du col, dans le sens de son axe naturel, est inapplicable à cause de l'extensibilité et du défaut de résistance du vagin. Attribuer aux lèvres du col retenues par des pinces de Museux ou des érignes, comme l'a conseillé Aran, assez de solidité pour supporter les efforts de réduction sans être déchirées, c'est faire une hypothèse démentie à la première tentative. Chercher à prendre un point d'appui en refoulant le col contre le sacrum, comme l'a fait M. Barrier de Lyon, avec un bonheur auquel on ne peut s'empêcher d'applaudir, c'est s'exposer le plus souvent à sentir l'organe glisser sur ce plan incliné, par l'effet de l'interposition du péritoine et de la muqueuse rectale, et fuir devant la pression. Retenir enfin le col entre deux doigts introduits dans le vagin pendant qu'un autre doigt pousse le fond, c'est rétrécir justement l'isthme qu'on se propose d'élargir par le refoulement du fond, lequel ne peut pénétrer le col à la manière d'un coin qu'autant qu'on dégagera ce dernier de l'étreinte qu'on lui fait subir ; c'est, dès lors, s'exposer à voir tout l'utérus remonter, la dépression s'effacer et la tentative de réduction échouer. Du reste, j'ai essayé à dessein de tous ces moyens, afin de les éprouver expérimentalement avant d'en venir à l'application de ma méthode, et tous m'ont fait défaut.

Lors donc que le col sera *inextensible* ou non dilatable (malgré des applications de belladone ou d'atropine), les tentatives de réduction, faites d'après les règles professées jusqu'à nos jours, auront plus de chance d'échouer que de réussir, alors même que le tissu du corps de l'organe aura conservé assez de souplesse pour pouvoir être retourné.

Le *débridement* peut donc être indispensable pour opérer la réduction. L'observation m'a prouvé qu'il est praticable, et

(1) Ouvr. cité. p. 94.

(2) Réduction après six années. *Deutsche Klinik* et *Bulletin de thérapeutique*, 1860.

(3) Réduction après quinze années. *Report on inversion of the uterus*, by Dr Quakenbusch. (*Transact. of med. stat. of New-York*, 1859, p. 170.)

qu'il peut s'opérer sans accidents primitifs ni consécutifs. Ceci d'ailleurs ne veut pas dire qu'il soit toujours indispensable et qu'on ne doive pas tenter le taxis sans avoir débridé.

Quant à la *fixité du col*, tout en profitant du précepte fort juste de M. Barrier, qui consiste à diriger cette partie de l'utérus vers le sacrum, je pense que ce moyen d'immobilisation est insuffisant. C'est pour obvier à cette lacune, la plus importante de celles qui restaient à combler dans l'institution des préceptes du taxis appliqué à l'inversion utérine que j'ai, depuis longtemps, professé dans mes leçons la nécessité de maintenir le col accroché, à travers le rectum, par deux doigts introduits dans cet intestin, et que j'ai réglé les divers temps de l'opération de la manière suivante :

Pour pouvoir accrocher le col de l'utérus, il faut d'abord et nécessairement abaisser l'organe et le tirer hors de la vulve avec des pinces de Museux. Aussitôt après, introduisant l'indicateur et le médius de la main droite dans le rectum, les portant au-dessus de l'utérus et les recourbant en avant en forme de crochets, on immobilise à travers la paroi rectale le col de l'organe. Saisissant l'utérus avec la main gauche, on le fait rentrer dans le vagin, sans cesser d'en tenir le col accroché avec les doigts de la main droite, et on le fait basculer, de manière que le fond de l'organe contenu dans la paume de la main soit tourné vers le pubis, au lieu de l'être vers le rectum, et que le col regarde le sacrum, retenu de ce côté par les doigts de la main droite. Ces doigts accrochent la portion cervicale de la matrice à travers la paroi rectale, et, en s'écartant l'un de l'autre, ils appuient fortement dans les sinus angulaires que les ligaments utéro-sacrés forment de chaque côté par leurs insertions droite et gauche à la face postéro-latérale du col utérin. Alors, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, on exerce une pression sur le pédicule de la tumeur, de manière à augmenter peu à peu la profondeur du sillon utéro-cervical, et en faisant concorder les efforts de taxis sur le corps avec ceux de contention ou d'immobilisation du col, ce que le jeu simultané des deux mains permet d'obtenir, on sent le retournement et la réduction de l'utérus se faire peu à peu, lentement, sans violences, et se compléter en quelques minutes.

J'ai appliqué cette méthode de réduction chez une jeune dame, atteinte depuis dix mois d'inversion utérine et jetée, par la reproduction incessante des hémorrhagies, dans une débilité extrême. Le succès a été rapide, complet et durable. Une grossesse n'a pas tardé à démontrer la sincérité du rétablissement : malheureusement une insertion vicieuse du placenta sur le col a donné lieu, au septième mois, à des hémorrhagies répétées et à une fausse couche ; l'inversion ne s'est pas reproduite.

Après l'accouchement, le fond de l'utérus peut rentrer brusquement à travers le col, sous l'influence du taxis, comme le ferait un ballon de caoutchouc qu'on retournerait sur lui-même. Dans le cas d'inversion chronique, au contraire, la réduction se fait plutôt avec lenteur et sans secousses.

Les preuves de réussite après l'opération sont les suivantes : apparition de la tumeur utérine à l'hypogastre ; disparition de la tumeur pelvienne et vaginale ; constatation au fond du vagin, de l'orifice du col large et béant, conduisant dans la cavité utérine ; introduction d'un doigt, ou tout au moins d'une sonde, jusqu'au fond de cette cavité, pour s'assurer que la réduction est complète.

Quelque réussie qu'elle soit, la réduction a besoin d'être maintenue. La main ou le doigt resteront quelques instants dans la matrice, pour en soutenir les parois, en ranimer l'action languissante, en exciter les contractions. On recommandera à la femme de conserver le décubitus dorsal, le bassin plus élevé que le tronc, et surtout d'éviter les efforts de la défécation et de la miction. On pratiquera des injections, des fomentations froides ou vinaigrées. On assurera le repos, notamment celui de l'utérus, par des calmants, des antispasmodiques, des lavements laudanisés, etc. Enfin on administrera, au besoin, les excitants usités en cas d'inertie, notamment le seigle ergoté, si le globe utérin ne se forme pas et ne se durcit pas de manière à rassurer le chirurgien. Toutefois, je ne suis pas d'avis d'administrer ce médicament immédiatement après la réduction ; je préfère laisser le col se resserrer, avant d'éveiller dans l'organe des contractions plus ou moins violentes, et, dans tous les cas, je n'administrerais le seigle ergoté qu'à petite dose, sauf à le donner à des intervalles plus rapprochés. Je me tiendrais également sur la réserve, eu égard à l'introduction proposée d'une première éponge en cône dans le col, soutenue par une seconde dans le vagin, maintenue elle-même par un bandage en T. Je pense que ces corps étrangers, tout aussi bien qu'un pessaire, ne font qu'irriter l'organe, exciter des douleurs, provoquer du ténesme vésical ou rectal et disposer à une rechute.

Les soins ultérieurs seront d'ailleurs dictés par les circonstances et modifiés par les divers accidents qui peuvent se manifester. Mais on n'oubliera pas que l'inversion peut se reproduire : Leblanc d'Orléans (1) cite l'exemple d'un renversement réduit aussitôt après l'accouchement avec facilité, qui se reproduisit le dixième jour des couches, s'annonçant par des douleurs de coliques assez vives, une perte de sang assez abondante, et qui ne se réduisit que difficilement.

Si la *réduction est impossible*, il faut parer aux accidents, notamment à l'hémorrhagie, de manière à rendre le renversement tolérable ; ou bien extirper l'utérus, pour mettre un terme à ces accidents d'une manière définitive. Dans le premier cas, on soumet la malade à un traitement simplement palliatif ; dans le second, on tente la cure radicale.

TRAITEMENT DES GRANULATIONS CONJONCTIVALES

Par la compression.

M. Stokes a eu l'idée de chercher à faire disparaître les granulations conjonctivales de l'ophthalmie dite granuleuse, non en les comprimant contre la surface de la cornée au moyen de compresses appliquées sur les paupières, mais en saisissant les paupières elles-mêmes entre les deux mors d'un appareil spécial.

Cet appareil se compose d'une petite plaque d'ivoire courbée suivant la forme de la cornée et reliée à une autre plaque, parallèle et de même forme, au moyen d'une monture d'or. Une des plaques est introduite entre l'œil et la paupière, sa face convexe répondant à la muqueuse palpébrale ; la seconde plaque est placée sur la face cutanée de la paupière ; elle peut se rapprocher plus ou moins de l'autre, et par conséquent serrer plus ou moins la paupière, saisie entre elles deux, au moyen d'une vis et d'un écrou. L'appareil est laissé en place une ou deux heures par jour.

Le moyen paraîtra, sans nul doute, assez singulier : quant aux résultats, ils sont loin d'être probants. La première malade parut à M. Stokes « un cas amené à une terminaison heureuse, » mais à la fin de la septième semaine.

La seconde malade voulut quitter l'hôpital après trois semaines. « L'amélioration était certainement très-grande et pouvait, mieux même que dans le cas précédent, combien l'instrument est facilement supporté. »

Le troisième malade, après deux mois, ne montre qu'une amélioration très-marquée.

De nouvelles observations plus concluantes montreront peut-être les avantages d'un nouveau procédé auquel, *a priori*, nous ne trouvons guère que des inconvénients.

(*Dublin, Quarterly journal*, janvier 1866.)

(1) Tome I, p. 373.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'état sanitaire en France est à peu près le même.

Il y a en Belgique et à Londres une légère recrudescence de l'épidémie.

En Prusse, à Saint-Pétersbourg et à Cronstad, il y a diminution.

En particulier à Amiens, le chiffre des décès a été tous ces derniers jours au-dessous de 5.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guibert (de Louvain).

Étude sur le croup ou diphthérie laryngée, par le docteur Tourangin. In-4° de 490 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Delahaye, libraire.

De l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les maladies cardiaques, par le docteur Auguste Rigal, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, P. Asselin.

Le Directeur, Dr R. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 95. — LUNDI 13 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) LUNDI 13 AOUT 1866. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 13 AOUT 1866.

De l'isolement des cholériques dans des salles spéciales.

L'année dernière, le choléra faisait sa quatrième apparition en France; l'administration des hôpitaux, émue de théories contagionistes émises par des médecins d'Égypte, d'Italie et même de France, et de Marseille en particulier, demandait conseil aux médecins des hôpitaux, et ceux-ci répondaient que le choléra pouvait être contagieux, et qu'il convenait de séquestrer les cholériques dans des salles isolées.

Une telle mesure a-t-elle été un bien; y a-t-il lieu de se louer du mode de traitement des cholériques dans des salles spéciales, et a-t-on observé moins de cas intérieurs dans les hôpitaux que quand on n'isolait pas les cholériques?

Nous sollicitons une enquête.

Voici nos motifs de réclamation contre le fait accompli.

Il n'est nullement démontré que le choléra soit contagieux. Nous ne sommes pas de ceux qui admettent la valeur d'un vote de vingt ou trente médecins réunis pour juger la question; on ne vote pas ces choses-là!

En principe, nous voyons des inconvénients à ne point laisser des cholériques dans une salle de médecine ou de chirurgie où ils ont été frappés par l'épidémie. Outre un effet moral désastreux pour le malade, il y a une difficulté apportée à l'étude de la maladie et à son traitement. En effet, le cholérique que l'on enlève d'un lieu auquel il était habitué, se voit avec douleur porté à une espèce de *Ghetto* dans lequel il arrive souvent pour en voir sortir des morts. D'un autre côté, le médecin qui connaît son malade, qui a vu les conditions dans lesquelles est survenu le choléra, n'est pas celui qui soigne la maladie qu'il a vu naître. Et il y a quelque chose de perdu pour la science.

On nous dira peut-être qu'il en est de même pour les malades qui arrivent dans les hôpitaux; à cela nous répondrons par les considérations d'expérience journalière, que bon nombre des pauvres trouvent dans l'hôpital un bien-être et des soins qu'ils n'ont pas ailleurs, et qu'ils passent d'une mauvaise situation dans une meilleure, et l'on sait que s'ils entraient aujourd'hui dans une salle de médecine, ils n'y trouveraient pas que des cholériques. Certes, nous ne voulons point faire ici de sentiment, mais nous ne pouvons nous rappeler sans émotion le touchant plaidoyer que de Maistre a exposé dans son *Lépreux* contre l'isolement des malades.

Un autre argument encore.

Depuis l'isolement des cholériques, vingt médecins des hôpitaux à peine ont à traiter des malades frappés par l'épidémie. Vingt médecins supposent cent à cent cinquante élèves, il s'en suit naturellement qu'au lieu de voir tout le corps médical attaché à l'étude du choléra, il n'y en a qu'une minime portion. Un grand nombre d'élèves auront traversé l'épidémie de 1865-1866, sans avoir vu de cholériques; sans avoir acquis aucune notion qui les mettent à même de lutter contre la réapparition du fléau. Il y a donc encore, à cet égard, dommage pour le progrès de l'art médical, au point de vue des travaux actuels, et dommage pour une génération de médecins dans l'avenir.

Un point délicat, et qu'on nous pardonnera d'aborder, doit être aussi touché.

Si l'on croit à la théorie de la contagion, si l'on parque les cholériques, on doit nécessairement songer que l'on crée un foyer de contagion, et que, par conséquent, ce foyer devient dangereux. La nature humaine a ses faiblesses. Sommes-nous sûr que l'on puisse pénétrer sans arrière-pensée de crainte dans le milieu soi-disant infectieux? Il n'y a assurément aucun médecin capable de reculer devant le danger de la contagion, témoin les médecins et les élèves qui ont couru à Marseille, à Toulon et à Amiens; mais aujourd'hui, la prudence, les précautions que l'on voit observer, semblent altérer un peu la belle insouciance de l'esprit médical français.

Est-ce aussi l'effet de la surprise; est-ce l'effet du privilége en vertu duquel peu d'élèves et peu de chefs de service voient des cholériques? aucun travail, aucune recherche, sauf deux ou trois thèses, n'ont été faits, à Paris, sur la maladie épidémique; et ce sont surtout les observations qui nous manquent. Hâtons-nous de dire toutefois que nous possédons dans la thèse de M. Stoufflet un excellent travail. Nous y prendrons même bientôt des documents importants pour combattre la théorie de la contagion du choléra. Un travail semblable à celui de M. Stoufflet, fait pour tous les hôpitaux, jugerait bien des points de l'histoire du choléra.

Déjà, il y a quelques jours, M. J. Guérin s'est demandé, dans son journal, si le mode de traitement des cholériques avait été plus fructueux que pendant les autres épidémies où l'on n'isolait pas les cholériques, et il a reproduit l'argument, ancien déjà, qui consiste à accuser l'isolement des malades varioleux ou cholériques dans une salle à part, de créer un foyer de miasme redoutable. A la Société de médecine des hôpitaux, il y a quelque temps, des doutes ont été émis sur les bons effets de l'isolement des cholériques. Nous ne sommes pas seuls, on le voit, à réclamer un examen des faits. Pour notre part, nous fournirons les quelques particularités qu'a offertes la pratique de l'hôpital de Lourcine. Et nous espérons pouvoir y montrer qu'il n'y a eu rien qui doive conduire à admettre la contagion, et surtout conduire à la nécessité de l'isolement des malades. Dans cet hôpital, on le sait, il n'entre pas de visiteurs dans les salles, on ne reçoit pas de cholériques du dehors, et nous comptons déjà, ce mois-ci, six cas intérieurs, dont trois graves et trois bénins, et un bon nombre de diarrhées.

Depuis que nous avons discuté les faits de contagion de l'érysipèle, nous n'entendons plus guère parler de cette hypothèse, espérons que quand l'on aura pu contrôler tous les faits dits de choléra contagieux, on n'admettra pas plus la transmissibilité du choléra que celle de la fièvre intermittente pernicieuse. — Dr Armand Després.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de pathologie expérimentale (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

CAUSES DES ANÉMIES.

DIAGNOSTIC DES CHLORO-ANÉMIES ET DES AFFECTIONS DU CŒUR.

Il arrive souvent que les chloro-anémiques ne se plaignent que de palpitations ou d'une dyspnée spéciale, qui ne s'accuse que par une marche ascensionnelle; les syncopes manquent ordinairement dans ce cas, mais le médecin constate, comme dans les maladies du cœur, des irrégularités des battements, des bruits de souffle cardiaque et vasculaire. Toutefois, l'analyse de ces divers phénomènes marque de profondes dissemblances entre l'altération humorale et les lésions organiques.

Parmi les affections cardiaques qui en imposent le plus pour la chlorose, il faut compter en première ligne les rétrécissements de l'orifice aortique; en deuxième ligne, les hypertrophies et dilatations des cavités; en troisième ligne, les dégénérescences graisseuses et atrophiques du muscle cardiaque.

Lésions des valvules. — Les maladies des orifices se traduisent toutes par des souffles cardiaques; si un souffle isochrone à la systole se manifeste principalement à la partie inférieure du ventricule gauche, c'est l'indice d'une insuffisance de la valvule mitrale. Un souffle *présystolique* ou *diastolique*, c'est-à-dire qui, dans cette même région, coïncide avec le deuxième temps du cœur et remplit tout le silence, doit être considéré comme le signe d'un rétrécissement de l'orifice mitral. Or, dans la chloro-anémie, le souffle ne se répand pas jusqu'à la pointe du cœur et ne couvre le deuxième temps que si l'anémie est assez grave pour compromettre la texture du muscle. Par conséquent, l'altération du sang ne saurait être confondue avec aucune des lésions mitrales.

L'insuffisance aortique en est encore plus distincte par son deuxième temps soufflé, ses dilatations artérielles. Parmi les lésions des orifices, le rétrécissement aortique peut seul induire en erreur; il produit un souffle qui couvre toute la systole, présente son maximum à l'insertion sternale du troisième cartilage et se propage en travers du sternum vers le deuxième espace intercostal du côté droit; ce sont bien là en partie les caractères topiques du souffle chlorotique, et sous ce rapport la confusion est facile. La tonalité cependant diffère; en général le bruit anémique est plus doux que le souffle organique: mais ce caractère n'a pas de certitude absolue; en réalité l'inverse peut avoir lieu.

En effet, dans la chlorose, le trouble de l'innervation cardiaque se traduit souvent par une paralysie des nerfs vagues; les palpitations qui en résultent sont avec relâchement des muscles cardiaques; il ne saurait se manifester, en ce cas, un souffle intense; il faut pour cela que le sang passe d'un tube étroit dans un espace plus large, c'est-à-dire passe d'une pression forte à une pression plus faible. S'il existe une excitation de la moelle ou du nerf grand sympathique, les muscles qui soutiennent la valvule aortique sont plus tendus et le passage se rétrécit; le sang subit alors le phénomène de la veine fluide; le souffle se produit au premier temps, ce sont donc des rétrécissements passagers, c'est-à-dire des bruits nervo-musculaires qui se distinguent difficilement du souffle organique.

Les bruits artériels sont les seuls phénomènes stéthoscopiques qui permettent de discerner les deux maladies; dans la chloro-anémie, lorsque le bruit est continu ou musical, ou bien avec renforcements qui rappellent le bruit de diable, le diagnostic est assuré; mais ces phénomènes sont exceptionnels et ne se perçoivent que dans les chloroses les plus évidentes, les plus avancées; lorsqu'au contraire le bruit vasculaire est intermittent, il n'a de signification absolue qu'autant qu'il est localisé et borné aux vaisseaux; s'il se propage à l'orifice aortique, la difficulté reparaît, et dans ce cas il faut tenir compte de l'état de la circulation artérielle et capillaire. Dans les maladies du cœur, et pour être plus précis, dans le rétrécissement aortique, qui seul présente des analogies avec la chlorose, le pouls est petit, dur, tandis que le pouls chez les chlorotiques est ample et mou. La circulation capillaire dans la chlorose est diminuée, et la pâleur est caractéristique; dans la lésion organique de l'aorte, la circulation se trouble principalement dans l'encéphale.

Enfin, et c'est le signe pathognomonique, ce rétrécissement organique, qui laisse les circulations locales intactes, s'accompagne toujours d'une hypertrophie du ventricule gauche, dont les fibres musculaires se développent en raison directe de l'obstacle; cette hypertrophie compensatrice se traduit par une augmentation du volume du cœur, que le plessimètre permet d'affirmer avec certitude. Rien de semblable n'a lieu dans la chlorose; en tous les cas, l'hypertrophie ou la dilatation de l'organe n'est que transitoire.

Enfin dans les chloroses les plus marquées, en tant que le sang n'a pas perdu de son albumine, il ne se produit pas d'œdème vrai; le rétrécissement aortique peut gêner la circulation veineuse, particulièrement des membres inférieurs, qui deviennent souvent le siége d'une infiltration plus ou moins marquée; mais cette circonstance ne se présente que si le cœur hypertrophié subit la dilatation.

Hypertrophies. — Les hypertrophies ont des signes négatifs ou positifs qui suffisent presque toujours à la diagnose. L'hypertrophie vraie, c'est-à-dire avec augmentation des fibres musculaires, l'hypersarcose en un mot, reconnaît deux ordres de causes: les unes dépendent des obstacles au cours du sang; les autres sont intrinsèques. Le muscle cardiaque, comme les muscles en général, se développe par suite d'un excès de travail, lequel se manifeste chaque fois que les efforts de contraction du cœur sont destinés à surmonter les résistances locales que présentent les orifices rétrécis ou dilatés, ou bien enfin l'engorgement des viscères; l'excès de tension artérielle résultant de la destruction d'un réseau capillaire, comme par exemple celui des reins atrophiés ou amyloïdes, suffit aussi pour amener l'hypertrophie. Dans toutes ces circonstances, il existe dans la circulation centrale ou périphérique un obstacle matériel facile à reconnaître; c'est pour surmonter cet obstacle que le muscle cardiaque subit une nutrition plus active, une hypersarcose compensatrice. En dehors de ces conditions mécaniques, l'hypertrophie est très-rare; on prétend qu'elle peut résulter d'un excès dynamique, d'un fonctionnement excessif, ainsi comme effet des palpitations, ou bien de la grossesse. Je l'ai constatée pendant la période de croissance; ici, l'excès de travail serait purement fonctionnel, et suffirait pour expliquer le développement du muscle cardiaque. Dans ces cas, il n'existe pas de bruit

(1) Voir les nos des 14, 19, 21 septembre 1865, 12 juillet et 7 août 1866.

de souffle évident ni au cœur ni dans les vaisseaux; mais s'il est vrai, comme on l'a dit, que le cœur peut s'hypertrophier ou se dilater dans la chlorose, la difficulté semble insurmontable; toutefois le fait lui-même n'est pas démontré. En tous les cas, cette hypertrophie est transitoire.

Dilatation du cœur. — La dilatation du cœur occupe surtout les oreillettes; plus rarement le ventricule droit, et plus rarement encore le ventricule gauche; elle reconnaît, comme les hypertrophies, deux séries de causes, les unes intrinsèques, dépendantes des obstacles au cours du sang, les autres inhérentes au tissu musculaire, dégénéré par suite d'une endocardite ou d'une rugosité, ou du marasme général; mais les effets de la dilatation sur le cours du sang sont absolument inverses de ceux de l'hypertrophie; la somme de travail doit nécessairement subir une diminution : 1° les artères sont donc moins remplies et le pouls est petit; 2° la circulation est ralentie; 3° le sang s'imprègne, par conséquent, d'acide carbonique; 4° les veines et les capillaires sont distendus; 5° les palpitaions sont fréquentes; 6° la respiration est brève; 7° la pointe du cœur bat plus en dehors et en bas, généralement avec une grande faiblesse. Dans la chlorose, au contraire, le pouls est large et mou, le cours du sang est normal, les capillaires sont vides; les artères sont le siége de bruits anormaux; les palpitations des chlorotiques ne se manifestent pas toujours à l'occasion des efforts; enfin la dyspnée, qui dépend de la diminution des globules et de l'oxygène, ne rend pas le sang veineux ni la peau cyanotique, comme cela a lieu par suite des dilatations.

Dégénérescence du cœur. — La transformation graisseuse du cœur détermine, comme la chlorose, un affaiblissement de la force contractile et du choc du cœur, une tendance aux syncopes, et une pâleur très-marquée; mais il existe, outre les signes physiques de la dilatation concomitante, des accès d'anxiété et de suffocation tout à fait caractéristiques, de véritables apnées, principalement nocturnes; rien de semblable ne se manifeste dans la chlorose.

DIAGNOSTIC DES CHLORO-ANÉMIES ET DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES.

Les dyspnées des chlorotiques ont deux types; les respirations sont, ou bien accélérées, superficielles, ou bien anxieuses, profondes, ralenties; ces dyspnées caractéristiques, dont les unes rappellent l'excitation, les autres l'épuisement des nerfs vagues, ont cependant été l'objet de nombreuses méprises; c'est avec la dyspnée mécanique de la tuberculose et d'une autre part, avec la dyspnée asthmatique qu'on les a le plus souvent confondues.

Tuberculose. — Lorsque la chlorose est simple, elle est facile à discerner des tubercules pulmonaires; lorsqu'elle s'accompagne d'hémoptysies supplémentaires, ce diagnostic devient d'autant plus difficile, que la phthisie s'annonce souvent par une véritable anémie.

Les chlorotiques, comme les phthisiques éprouvent de la gêne respiratoire, des douleurs intercostales ou dorsales, parfois une petite toux quinteuse sèche ou avec quelques rares crachats, muqueux, épais; la menstruation fait défaut chez les unes comme chez les autres; enfin la nutrition languit et l'aspect général des malades est profondément altéré; il semble donc que l'analogie soit complète et la méprise jusqu'à un certain point justifiable. Toutefois l'analyse physiologique des symptômes communs permet d'éviter cet écueil; et de plus, il existe des signes indubitables, caractéristiques, de chacune des deux maladies.

L'examen comparatif des phénomènes respiratoires en est la preuve la plus convaincante; ainsi, la dyspnée, continue dans la chlorose, se manifeste par accès dans la tuberculose chronique, par suite de l'oblitération muqueuse des bronches.

Si l'oppression est continue, c'est qu'il s'agit d'une phthisie caverneuse avec oblitération des vaisseaux pulmonaires, et dans ce cas les cavernes sont faciles à reconnaître; ou bien la dyspnée résulte du rétrécissement du champ respiratoire par une éruption miliaire, et celle-ci ne se manifeste jamais sans fièvre.

La toux des chlorotiques présente, comme la dyspnée, des caractères précis. Dans son excellent mémoire sur la toux hystérique, Lasègue dit que les efforts de toux affectent un certain rhythme monotone; la malade tousse à chaque expiration, ou, ce qui est plus fréquent, à mon avis, elle fait trois ou quatre expirations avec toux avant de pouvoir reprendre sa respiration; c'est précisément là ce qu'on trouve chez les chlorotiques; et ce rhythme, une fois établi, se continue presque invariablement, du moins pendant le jour. Dans la phthisie, même au début, jamais la toux ne présente cette régularité, cette sorte de cadence irrésistible qui résulte d'une excitation permanente des branches sensibles du nerf pneumogastrique.

L'expectoration manque presque toujours dans la toux chloro-hystérique; elle est de règle dans la tuberculose, et se compose de matières muqueuses, compactes, dans lesquelles il est impossible de reconnaître au début de la maladie, quoi qu'on en ait dit, les débris du poumon. Toutes ces différences doivent faire soupçonner la nature de la maladie; si elles n'étaient pas nettement accusées, l'auscultation et la percussion du thorax lèveraient tous les doutes, car dans la majorité des phthisies commençantes, on trouve de la matité sous les clavicules, la rudesse de l'expiration et le retentissement de la voix.

Les phénomènes de la circulation sont tout aussi différents, la fièvre et l'animation du visage sont caractéristiques de la tuberculose; la pâleur indique la chlorose, qui se traduit surtout par les bruits du souffle vasculaire.

Les dyspepsies vraies sont plus fréquentes chez les phthisiques que chez les chlorotiques, qui sont sujettes surtout aux douleurs épigastriques, à la constipation avec distension gazeuse des instestins.

L'aménorrhée est constante dans la chlorose, et les règles se continuent souvent dans la tuberculose. Enfin, la nutrition est profondément altérée dans ce dernier cas, et l'amaigrissement est rapide, tandis que les chlorotiques conservent un certain degré d'embonpoint. Au résumé, la chlorose simple se distingue facilement de la tuberculose par les différences que présentent les signes communs, et par les caractères spéciaux des signes propres à chaque maladie.

Lorsque la chlorose se complique d'hémoptysies supplémentaires, des difficultés véritables surgissent; chez une dame atteinte d'aménorrhée chlorotique, des hémoptysies répétées avec toux et dyspnée ont longtemps fait croire à des médecins éminents qu'il s'agissait de tubercules pulmonaires; les bruits vasculaires, qui étaient très-manifestes, furent mis sur le compte de l'anémie consécutive aux hémorrhagies pulmonaires; mais l'absence de fièvre et de dépérissement, la persistance des crachements de sang, conjointement avec la durée de l'aménorrhée, la sonorité naturelle du poumon, et surtout la conservation du murmure respiratoire normal, devaient défier toute méprise, et cette malade, en effet, guérit complétement.

Il reste à signaler une dernière difficulté; la chlorose simple ou hémoptoïque peut être confondue avec l'anémie qui précède souvent la tuberculose; il n'est pas rare de voir des malades pâlir et maigrir en même temps qu'elles présentent une toux sèche et fréquente, sans signes physiques bien accusés; en pareil cas, il faut précisément tenir compte de cette rapidité de l'amaigrissement, et de cette décoloration qui s'opère, sans qu'il y ait de déperditions ni d'inanitions susceptibles d'expliquer l'anémie. Il est un autre phénomène plus caractéristique, c'est l'extrême faiblesse et l'inappétence qui accompagnent ces invasions lentes de la phthisie; bientôt celle-ci, progressant d'une manière fatale, provoque le développement d'une fièvre à redoublements nocturnes, qui ne laissent plus aucun doute dans l'esprit de l'observateur.

Asthme. — L'asthme n'a de commun avec la chlorose que la dyspnée; mais tandis que l'oppression chlorotique est continue ou se manifeste principalement par les mouvements ascensionnels du thorax, l'asthme procède par accès qui sont caractéristiques; c'est un arrêt tétanique du diaphragme avec dilatation, allongement et immobilité du thorax; la chlorotique continue à respirer, et ses mouvements sont souvent plus énergiques, plus manifestes, principalement dans la zône supérieure du thorax.

TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE (1),

Par M. A. Courty, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

1° Le *traitement palliatif* devra toujours être essayé de préférence, à cause des dangers qui ne peuvent manquer de s'attacher aux tentatives de cure radicale par l'amputation de l'utérus. Si les accidents sont tolérables, si les hémorrhagies s'arrêtent aisément, s'il n'y a pas de leucorrhée purulente trop forte, si la maladie peut marcher et se livrer aux divers exercices que sa position sociale nécessite, enfin si cette malade approche de la ménopause, il est préférable de la soumettre seulement à un traitement palliatif qui consistera dans l'emploi des moyens contentifs, des toniques, des hémostatiques généraux et locaux, et des modificateurs plus ou moins puissants de la muqueuse utérine.

Le pessaire à air ne nous paraît pas devoir être aisément supporté; mais un coussin périnéal, retenu par un bandage en T à une bonne ceinture, peut rendre quelques services, en soutenant l'utérus dans le vagin et prévenant des tiraillements douloureux.

Les toniques sont presque toujours nécessités par la faiblesse dans laquelle les hémorrhagies répétées ont jeté les malades. Une bonne alimentation, l'habitation à la campagne, le séjour à l'air extérieur, surtout lorsque la malade doit rester couchée, les préparations de quinquina et les ferrugineux sont les meilleurs moyens à employer dans cette circonstance.

Les hémostatiques, indiqués même dans l'intervalle des règles et des métrorrhagies, deviennent indispensables au moment où ces accidents se produisent. Décubitus horizontal avec flexion des membres, irrigations vaginales froides ou acidulées, applications de glace à l'hypogastre, à la partie interne et supérieure des cuisses et jusque dans le vagin, perchlorure de fer administré à l'intérieur et en applications locales, limonade minérale, seigle ergoté : tels sont les divers médicaments qu'il faut savoir employer à propos et avec largesse, pour remplir l'indication la plus importante du traitement palliatif.

Enfin on peut tenter de modifier profondément la muqueuse utérine, d'en épaissir l'épiderme, de la transformer en un tissu cicatriciel dur, rétractile, propre à opposer une barrière à l'hémorrhagie et à réduire progressivement le volume de la tumeur. Au lieu de perchlorure de fer on peut employer, pour toucher la surface de cette muqueuse, divers caustiques, tels que les acides minéraux, la pâte de Vienne, le caustique de Canquoin ou le fer rouge. Aran (2) conseille d'employer de préférence le caustique au chlorure de zinc, sous la forme de sparadrap Canquoin, de manière à réduire peu à peu l'utérus renversé à une sorte de moignon. Floret (1), qui a appliqué ce moyen à une inversion irréductible, en ayant soin de soutenir le sparadrap Canquoin sur l'utérus, à l'aide d'une tige évasée en cupule à son extrémité, pour empêcher le caustique de se déplacer, de s'étendre et de détruire le vagin, arriva à ce résultat assez inattendu que, sous l'influence combinée de la cautérisation et de la pression au point culminant de la tumeur, celui-ci se déprima peu à peu et l'inversion finit par se réduire. Ce résultat est évidemment très-exceptionnel.

(1) Fin. Voir le précédent numéro.

(2) Ouvr. cit., p. 909.

Je ne sais pas d'ailleurs si, dans la majorité des cas, on parviendrait à modifier la muqueuse utérine aussi sûrement qu'Aran le supposait. Chez une malade, dont l'indocilité contre-indiquait absolument l'application du Canquoin, parce que le déplacement de ce caustique aurait pu déterminer les accidents les plus dangereux, j'ai cherché inutilement à détruire la muqueuse utérine par la cautérisation actuelle et, bien que j'aie porté sur cette muqueuse quatorze fois, à des intervalles divers, des cautères rougis à blanc, dont quelques-uns très-larges étaient évasés en forme de cupule, j'ai toujours vu se reproduire, sauf en un point, au lieu d'un tissu cicatriciel, une membrane molle, tomenteuse, se congestionnant aisément. Aussi, sans nier qu'il soit possible de détruire par la cautérisation l'utérus ou du moins sa muqueuse, je puis assurer que cette destruction présente de sérieuses difficultés.

2° La *cure radicale* ou l'*extirpation de l'utérus* irréductible paraissait jusqu'à ces dernières années une opération condamnable. Boyer (2) proscrivait également l'amputation et la ligature. Les suites fâcheuses qui ont accompagné la plupart des ablations de matrice, dans les cas de lésions organiques, ont aussi fait rejeter cette opération par la plupart des médecins français. Je crois pourtant que les progrès récents accomplis par la chirurgie dans cette voie, montrant la possibilité de l'extirpation de l'utérus, comme des ovaires, par la section abdominale, permettent d'affirmer que l'ablation de l'utérus retourné, bien moins dangereuse que ces opérations, ne saurait être condamnée sans appel. Non-seulement de nombreux exemples prouvent que la vie est compatible avec la perte de l'utérus détruit spontanément par la gangrène; mais les faits se sont suffisamment multipliés pour démontrer aussi que l'extirpation de l'utérus introversé n'est pas une opération plus dangereuse que la plupart de celles auxquelles sont soumises les malades atteintes de lésions comparables, par leur gravité, à l'inversion utérine. M. West (3) a rapporté que, sur 59 cas dans lesquels elle a été entreprise, elle fut suivie de succès quarante-deux fois. Les mémoires de M. Forbes (4) et de M. M'Clintock (5) renferment des documents propres à nous éclairer sur le meilleur mode d'extirpation.

La simple excision avec un bistouri, quoiqu'elle ait réussi une fois entre les mains de M. Velpeau (6), expose à trop de dangers pour que cette hardiesse puisse être imitée. L'hémorrhagie, la pénétration directe dans la cavité abdominale, le danger de sectionner une portion d'intestin, sont des raisons suffisantes pour faire rejeter ce procédé.

L'écrasement linéaire paraît bien préférable à l'excision, par la chance qu'il offre d'éviter l'hémorrhagie. Toutefois l'application de ce moyen a eu une issue promptement fatale entre les mains d'Aran (7); et, bien qu'il ait réussi entre celles de M'Clintock (8), je ne puis m'empêcher de le trouver trop périlleux pour conseiller de l'employer. L'hémorrhagie n'est pas le seul danger de l'opération. L'ouverture de la cavité péritonéale, la péritonite consécutive, les douleurs atroces qui sont produites par l'étranglement de l'organe et qui favorisent tant le développement de cette péritonite, sont autant de raisons qui nous font rejeter l'écrasement linéaire presque à l'égal de l'excision.

L'excision, précédée immédiatement de l'application d'une ligature (9) offre moins de dangers que l'excision simple et même que l'écrasement, par le fait de l'occlusion de la cavité abdominale que la ligature détermine, de la rapidité de l'opération, de la cessation probable de l'étranglement par le retranchement de la tumeur située au-dessous du lien et de l'absence d'hémorrhagie que la constriction paraît suffisante à prévenir. Pourtant la rapidité de l'opération ne permettant pas à des adhérences de s'établir, pour clore la cavité péritonéale, je pense que ce mode opératoire n'est pas le meilleur.

La simple application d'une ligature autour du pédicule de la tumeur, dans le but d'en détruire la vitalité, paraît présenter plus d'avantages et moins de dangers que les opérations précédentes. La constriction doit, dans les premiers moments, être modérée, jusqu'à ce qu'elle excite une inflammation suffisante pour unir les surfaces adjacentes de la portion du péritoine qui tapisse l'organe renversé. S'il survient de la douleur, des symptômes nerveux et des phénomènes caractéristiques de l'étranglement, ce qui n'est que trop fréquent à la suite de l'application de l'écraseur ou des ligatures rapidement serrées,

(1) *Documents chirurgicaux*, p. 168, Paris et Lyon, 1861.

(2) *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 510. Paris, 1825.

(3) *Diseases of Women*, p. 235, London, 1864.

(4) Mém. cité : sur 36 cas, 26 ont été traités par la ligature (21 succès), 2 par l'excision (1 succès), 8 par la ligature et l'excision (5 succès).

(5) Mém. cité : 3 cas d'extirpation de l'utérus avec succès : 1 par la ligature, 1 par la ligature et l'écrasement, 1 par la ligature et l'excision.

(6) *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 461.

(7) Ouvr. cité, p. 914.

(8) Ouvr. cité, p. 85.

(9) Les chirurgiens anglais l'ont opérée plusieurs fois avec le bistouri ou de forts ciseaux.

il faut se hâter de relâcher le lien. Habituellement on voit cesser alors ces phénomènes graves; un peu plus tard, on ramène la constriction au même degré et on l'augmente graduellement, après avoir laissé d'abord à l'organe quelques heures et au besoin quelques jours de repos.

Le meilleur lien me paraît être celui dont je me suis servi : un fil de fer flexible, dont les deux extrémités sont passées dans un serre-nœud, de manière à pouvoir maintenir et augmenter graduellement la constriction. Dans un cas où j'ai employé cette méthode, l'utérus est tombé le trentième jour, sans que la malade ait couru aucun danger. La ligature, dans ce cas, n'agit pas comme l'instrument tranchant, ni comme l'écraseur, en sectionnant la partie entourée par le lien, mais seulement en ulcérant le point sur lequel la constriction s'exerce, et en déterminant simultanément le sphacèle de la tumeur et la formation d'adhérences péritonéales salutaires. Il faut avoir soin d'entretenir la propreté du vagin par de fréquentes lotions détersives, notamment avec le coaltar, afin d'éviter le croupissement du muco-pus et des liquides putrides qui se produisent. Dans les derniers jours, on peut hâter la chute de la tumeur par une constriction rapide et sécante du pédicule, les adhérences qui ont dû s'établir mettant alors la malade à l'abri des accidents auxquels elle aurait été exposée par l'usage primitif de l'instrument tranchant.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FRACTURE

De la partie moyenne du radius.

(Lu à la Société médicale d'observation, par M. LANNELONGUE, aide-d'anatomie de la Faculté.)

Par la position superficielle qu'il occupe à la partie externe de l'avant-bras, par son mode d'articulation avec les os du carpe, qui est tel qu'il subit tous les efforts venus du tronc lorsque le poids du corps repose sur la main, le radius est, de tous les os du squelette, celui dont on observe le plus fréquemment la fracture. Elle peut siéger à sa partie moyenne ou à l'une ou l'autre de ses extrémités ; elle peut coïncider avec une solution de continuité du cubitus. Les faits que je rapporte n'ont trait qu'aux fractures isolées du corps du radius.

Au siècle dernier, Pouteau a le premier éveillé l'attention des chirurgiens sur la fréquence des fractures de l'extrémité inférieure de cet os; lorsque le radius est rompu au-dessus des attaches du muscle carré, Pouteau s'exprime ainsi : « Il arrive dans ces cas que la pièce inférieure est tournée en dedans par l'action du muscle carré, sans que la partie supérieure soit obligée de suivre cette direction. »

Avant Pouteau, J. L. Petit avait insisté sur le déplacement des deux fragments qui se portent vers le cubitus; il croyait que ce déplacement ne pouvait avoir lieu qu'à la condition que les fragments chevauchent l'un sur l'autre dans le sens de la longueur de l'os. Le radius, disait-il, décrit un arc de cercle fixé par ses extrémités au cubitus. Le radius rompu devient la corde de l'arc, qui est nécessairement plus courte que l'arc. Pouteau n'accepte pas la théorie de J. L. Petit; pour lui, les points d'appui de la voûte que forme le radius, ne sont pas des points fixes; l'os ne peut se fracturer sans produire un plus grand éloignement de ses extrémités; comme la voûte, en s'affaissant, fait effort sur les murs qui la retiennent. Boyer déclare que les fragments ne peuvent pas se déplacer suivant la longueur de l'os, parce que le radius est soutenu par le cubitus. Chez un malade du service de M. Velpeau, il existait un chevauchement des fragments de plus d'un centimètre. Ces fractures sont le plus souvent produites par un choc direct; mais une chute sur la main et quelquefois l'action musculaire seule, ainsi que M. Malgaigne en rapporte un exemple, peuvent amener le même résultat.

Par le fait même de la violence, mais surtout par l'action des muscles, les extrémités des fragments se portent vers le cubitus; qu'ils soient pronateurs ou supinateurs, tous les muscles tendent vers le même but; et si l'on en excepte les cas rares où un engrènement des fragments s'oppose à tout déplacement, le premier effet produit soit par la violence extérieure, soit par la contraction des muscles, sera l'enfoncement des extrémités fracturées dans l'espace interosseux. Ce n'est qu'après avoir obtenu ce résultat que l'action musculaire intervient de nouveau puissamment sur chacun des fragments et détermine deux sortes de déplacements. L'un, selon la circonférence ou par rotation, est dû à l'action isolée des deux muscles carré pronateur et court supinateur, agissant isolément et en sens inverse sur chacun des fragments. Ainsi que le disait Pouteau, le fragment inférieur sera entraîné vers le cubitus et dans la rotation en dedans, par le muscle carré. Le court supinateur agira de la même façon sur le fragment supérieur, qui sera également entraîné en dedans, mais dans la rotation en dehors. Il semblerait, au premier abord, que l'action de ce dernier muscle dût être annihilée par celle bien plus puissante du muscle grand pronateur; il n'en est rien toutefois, car la direction oblique de ce dernier muscle ne peut être efficace qu'à la condition que le radius n'aura éprouvé aucune solution de continuité vers sa partie moyenne; loin de produire la pronation dans ce dernier cas, le muscle grand rond se bornera à rapprocher le fragment supérieur du cubitus. C'est alors que le court supinateur, dont les insertions deviennent perpendiculaires au levier rompu, intervient pour produire la rotation en dehors de ce levier. Ainsi, tandis que le fragment inférieur est entraîné dans la rotation en dedans, le supérieur se trouve dans la rotation en dehors.

Et si l'on réfléchit que le plus grand évidement du radius à sa partie interne, c'est-à-dire le plus grand degré de courbure de l'os à sa partie externe, correspond précisément à l'intervalle compris entre les deux muscles précédents, on comprend que c'est à ce niveau que les fractures du corps de l'os sont le plus fréquentes, et que par conséquent le déplacement soit celui que nous avons décrit.

Il se révèle d'ailleurs, par une attitude toute spéciale du membre, et il donne lieu à une déformation des parties molles au niveau de la fracture. L'attitude du membre peut se traduire ainsi : tandis que la main et la partie de l'avant-bras au-dessous de la fracture sont maintenues fixes en pronation, la partie supérieure de l'avant-bras se trouve en supination. Il résulte de là que les faces, antérieure de l'avant-bras et palmaire de la main, ne sont plus en parfaite continuité; la face antérieure de l'avant-bras se dirige vers la face dorsale de la main et son plan est perpendiculaire au plan de la face palmaire. Par suite de ce mouvement de torsion des deux parties de l'avant-bras en sens inverse, il se produit, au niveau de la fracture, une sorte d'étranglement du membre, un rétrécissement circulaire parfois très-prononcé, ainsi que le montre le moule en plâtre d'une de ces fractures qui est sous les yeux de la Société. M. Denonvilliers a le premier attiré mon attention sur ce rétrécissement, qui, chez un des malades que j'ai observés dans le service de M. Velpeau, était tel que le membre avait la forme d'un sablier.

Avec le rétrécissement circulaire, on peut constater vers la partie externe une sorte de coche, véritable coup de hache plus ou moins accusé, dû au relief que forme au-dessous de la fracture l'extrémité inférieure du fragment carpien du radius. Cette dépression, ainsi que le rétrécissement, peut être marqué par une contusion violente des parties molles, qui a déterminé un gonflement considérable de ces parties. On peut d'autant mieux les apprécier, qu'on observe les malades plus près de l'accident qui a déterminé la fracture.

Ces signes nous ont été fournis par l'examen attentif des malades que nous avons observés; ils ne sont pas les seuls propres à la fracture, attendu que le plus souvent les malades accusent une douleur dont le siége indique assez bien le lieu de la fracture; et si on explore avec soin le radius, on sent très-nettement à ce niveau, une dépression dans la continuité de l'os et quelquefois une crépitation manifeste. Mais la recherche de la crépitation doit être faite avec une certaine réserve, car pour l'obtenir, on est obligé de ramener les fragments dans leur direction normale, et ces tentatives donnent lieu à de si vives douleurs, que l'on est obligé d'y renoncer.

Dans les observations qui suivent, je rapporte avec détail les faits qui ont servi de base à ces considérations.

OBS. I. — B... (Jean), cocher de fiacre, âgé de quarante-trois ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. Denonvilliers, salle Saint-Jean, n° 11, le 28 avril dernier. C'est un homme d'une très-forte constitution, qui a toujours eu une santé très-bonne. Habitudes alcooliques. En descendant de sa voiture, il tombe sur le trottoir, et dans sa chute, tout le poids du corps a particulièrement reposé sur le bord cubital de l'avant-bras et de la main droite, ainsi que le prouvent l'état de ces parties et que lui-même nous le raconte. Le choc, d'après ce qu'il nous dit, fut violent, néanmoins il ne perdit pas connaissance; il peut se relever lui-même et, quoique ivre et blessé, regagner son domicile. Le lendemain il fut admis dans nos salles. L'état du membre supérieur droit appelle immédiatement notre attention. L'attitude de ce membre est la suivante : le bras est rapproché du tronc; l'avant-bras est fléchi sur le bras. Cette dernière position n'est qu'instinctive, attendu qu'il nous est très-facile de remettre le membre dans l'extension sans produire aucune douleur. Il n'en est pas de même de l'attitude de la main. Celle-ci est dans une pronation forcée, et il est impossible à cet homme de la déranger de la position qu'elle a prise. Les tentatives que nous faisons pour la ramener en supination, sont suivies de douleurs si vives, que nous devons y renoncer.

Pas d'ecchymose sur la face antérieure de l'avant-bras. Il existe à sa partie moyenne et sur son bord radial, un coup de hache analogue à celui que Dupuytren a décrit pour la fracture du péroné.

Cette dépression est produite par la déviation du radius, qui a été fracturé à 12 centimètres environ de son extrémité styloïdienne. L'extrémité supérieure du fragment inférieur de cet os s'est portée en arrière et en dedans vers le cubitus et dessine sous les téguments une saillie assez accusée. L'extrémité inférieure du fragment supérieur paraît avoir subi un déplacement analogue. Au niveau du point de rencontre des fragments, il existe comme un rétrécissement circulaire de l'avant-bras, dû à un changement d'axe dans les deux sections du membre, au-dessus et au-dessous de la fracture. Il s'est accompli là un mouvement de torsion en vertu duquel les faces palmaire et dorsale de la main, antérieure et postérieure de l'avant-bras au-dessus de la fracture, au lieu de se trouver en continuité, sont dans un plan perpendiculaire les unes aux autres. Cette configuration est parfaitement représentée dans un moule en plâtre que possède M. Denonvilliers. Il était facile de constater chez cet homme de la crépitation des fragments. La réduction de la fracture fut facilement obtenue, et l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras a suffi pour éloigner du cubitus les fragments du radius. Après avoir gardé son appareil trente-cinq jours, cet homme est sorti parfaitement guéri, sans difformité.

OBS. II. — Je dois à l'obligeance de mon ami M. Réau, interne des hôpitaux, l'observation suivante d'un malade entré dans le service de M. Velpeau, le 14 mai dernier.

Adam P..., âgé de soixante-quatorze ans, charretier, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge n° 41. Le 13 mai cet homme était occupé à charger des tonneaux sur sa voiture, lorsque l'un d'eux lui tomba sur la face dorsale de l'avant-bras gauche. L'examen du membre supérieur du côté gauche permet de constater que le bras et la main n'ont rien d'anormal et que les phénomènes pathologiques se localisent dans le poignet et l'avant-bras. Il y existe deux déformations, l'une siége à la partie moyenne de l'avant-bras; la seconde est située à la partie inférieure du radius, et due à une fracture de cette extrémité inférieure. Les symptômes cliniques fournis par la fracture de la partie moyenne du corps de l'os vont d'abord nous occuper. A 12 centimètres environ de l'articulation radio-carpienne, on constate l'existence d'un rétrécissement circulaire très-prononcé qui donne au membre l'apparence d'un sablier. Sur la face antérieure de l'avant-bras, cette rigole est plus marquée et forme une gouttière large qui disparaît insensiblement. Au-dessus et au-dessous de cet étranglement les parties molles sont légèrement tuméfiées, et on constate quelques ecchymoses avec de légères écorchures. Le bord radial exploré avec soin est tel qu'il représente une ligne brisée formée par les extrémités des deux fragments qui vont à leur rencontre, vers la partie moyenne et au niveau de l'axe de l'avant-bras. Là on perçoit une crépitation manifeste. Enfin, la longueur de l'avant-bras mesuré de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius est moindre de un centimètre que celle du côté opposé.

Le cubitus est sain dans toute sa longueur. Il existe une seconde fracture à l'extrémité inférieure du radius, celle-ci se traduit par une déviation de la main qui est inclinée sur le bord radial de l'avant-bras, le pouce légèrement relevé; par la présence d'un dos de fourchette sur la partie externe du poignet.

L'attitude de la main est la pronation. M. Velpeau réduisit sans difficulté les deux fractures, puis il fit appliquer son bandage ordinaire des fractures de l'avant-bras. Mais le malade fut pris de delirium tremens, et défit plusieurs fois son bandage. Ces accidents furent calmés par 60 grammes de punch qui lui furent administrés chaque jour; le septième jour après son entrée, M. Velpeau fit appliquer un appareil dextriné qui fut maintenu jusqu'au 18 juin. A cette époque les deux fractures étaient consolidées, et il n'existait qu'une légère déformation à la partie inférieure du radius.

OBS. III. — *Fracture de la partie moyenne du radius; lipômes multiples.* — Olympe D..., couturière, soixante-six ans. Entrée le 14 février 1865 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, n° 10, service de M. Jarjavay.

Le 12 février elle reçoit un coup assez violent sur son avant-bras droit qui détermine sa chute. Elle entre à l'hôpital le 14. Elle soutient avec sa main gauche le bras malade qui est dans l'attitude suivante : la main est en pronation, mais on peut lui imprimer quelques légers mouvements vers la supination; cette exploration est douloureuse. Au-dessus du tiers inférieur de l'avant-bras, on constate une dépression angulaire sur le bord externe du membre. Cette dépression est due au relief que forment au-dessus d'elle les parties molles, légèrement tuméfiées; en bas elle est limitée par le relief du fragment inférieur. Il est facile de sentir la mobilité de ce fragment ainsi que la crépitation à laquelle il donne lieu. Ecchymose au niveau de la fracture formant une plaque large comme une pièce de cinq francs. Cubitus intact; le membre n'a éprouvé aucune variation de longueur.

Cette malade porte, sur les membres supérieurs et inférieurs, de petites tumeurs qui lui seraient survenues, dit-elle, après des chagrins violents qu'elle aurait éprouvés en 1848. Ces tumeurs ont un volume variable; les unes grosses comme une aveline, les autres comme un pois; d'autres plus petites encore. Les plus volumineuses sont adhérentes à la peau, et quand on les presse entre les doigts, elles offrent une rémittence élastique, presque cartilagineuse; en même temps qu'on sent facilement et qu'on voit se dessiner les divers lobes dont elles sont formées. Les plus petites sont parfaitement indépendantes de la peau qui glisse sur elles. Ces tumeurs se sont développées lentement, sans douleur; la pression à leur niveau ne révèle aucune sensation douloureuse. Leur nombre peut s'élever environ à plus de cinquante. Il n'en existe aucune sur le tronc.

M. Jarjavay appliqua le bandage dont il se sert habituellement pour les fractures du radius, et le 8 mars cette malade sortait très-bien guérie.

OBS. IV. — Le nommé B..., journalier, âgé de quarante-six, se présente à la consultation de M. Denonvilliers, à la Charité. Cet homme nous raconte qu'il y a deux mois il est tombé de sa hauteur sur le pavé. Dans sa chute le bord cubital de l'avant-bras gauche a rencontré le sol, pendant que le poids du corps est venu appuyer sur le bord radial. Il s'est relevé, mais il n'a pu faire exécuter aucun mouvement à son avant-bras; sa main dit-il était fortement tournée en dedans, comme elle l'est aujourd'hui d'ailleurs. Malgré la gêne qu'il a éprouvée pour travailler, cet homme n'a pas cru devoir consulter un médecin; seulement, comme son avant-bras a gonflé beaucoup, il a eu l'initiative de faire une application de sangsues sur les parties tuméfiées. Il y a deux mois que l'accident lui est arrivé, il n'a pas fait de traitement, la lésion a donc suivi sa marche naturelle, et à ce titre cette observation nous paraît pleine d'intérêt.

État actuel. — Il fléchit, sans aucune difficulté, l'avant-bras sur le bras. La main est dans la pronation complète, et il lui est impossible à lui-même ainsi qu'à nous de la ramener en supination. La moitié inférieure de l'avant-bras a suivi la main et la face que l'on a coutume de considérer comme antérieure regarde en arrière. Au contraire, la face antérieure de la moitié supérieure de l'avant-bras regarde en avant. Au point de rencontre des plans de ces faces, il n'existe pas de rétrécissement, comme dans les observations précédentes, mais on observe en arrière sur le radius un gonflement profond, dû au cal, qui soulève les téguments et constitue une saillie arrondie. En suivant le radius dans sa continuité, on le sent très-bien disparaître dans ce cal.

Le cubitus ne présente aucune inégalité, sa continuité est parfaite; il n'a donc pas été fracturé.

La dépression que nous avons signalée dans les faits précédents, sur le côté externe de l'avant-bras, n'existe pas chez cet homme par suite de la présence du cal qui fait saillie; mais on trouve plus en dedans, sur la partie antérieure de l'avant-bras, une gouttière profonde, large, très-accusée, due au changement d'axe des deux parties du membre au-dessus et au-dessous de la fracture.

Du reste, le membre n'a éprouvé aucune variation de longueur. Le malade fléchit très-bien les doigts de la main ; l'extension est moins complète; la sensibilité est partout conservée.

Cette observation nous semble pleine d'intérêt, car s'il ne nous a pas été donné de voir au début la fracture, rien du moins n'est venu entraver sa marche, et il nous est permis de constater les difformités telles qu'elles résultent de l'accident lui-même. Nous ne reviendrons pas sur l'exposé des signes locaux de la déformation, mais nous tenons à faire remarquer la position forcée de la main dans la pronation, et l'impossibilité absolue de la ramener en supination. Cet état ne saurait être attribué qu'à la présence d'un cal considérable qui s'oppose au mouvement de rotation du radius, car il nous a été permis de constater que l'articulation radio-humérale est saine; mais cet homme n'est qu'à deux mois du début de la fracture; plus tard, peut-être, lors de la résorption d'une partie des éléments du cal provisoire, les mouvements reviendront-ils et recouvrera-t-il les fonctions de son membre?

BULLETIN DU CHOLÉRA.

A Londres, l'épidémie sévit avec une certaine intensité; la mortalité, la dernière semaine de juillet, ne dépassait pas 170 décès. Il y a eu augmentation la semaine suivante. A Berlin et à Stettin, état stationnaire.

Voici le total des décès à Londres, jusqu'à ce jour, dans la première semaine d'août. Il y a 1,053 personnes mortes du choléra, et 354 de diarrhée, soit 1,407. La mortalité totale était dans les semaines précédentes : la première, 182; la deuxième, 568; la troisième, 1,254 morts.

La *Lancette* du 11 août constate qu'il semble y avoir une diminu-

tion; lundi, il y avait eu à Londres 240 morts; mardi, 130; mercredi, 109; jeudi, 144. La partie la plus frappée de la ville est *East London*.

Même état sanitaire dans la capitale et dans les diverses villes de France. Diminution notable dans les hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 juillet dernier, l'Académie des sciences vient d'être autorisée à accepter le legs qui lui a été fait par M. C, Montagne de la nue propriété de tous ses biens, consistant en 41,854 fr. 34 cent. La rente de cette somme sera employée à fonder un prix de 1,500 fr., ou deux prix, l'un de 1,000 fr. et l'autre de 500 fr. à décerner chaque année.

— Par décret du 27 juillet 1866, le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu l'extrait du testament olographe de Mme Pillore, en date du 5 mars 1855, lequel est ainsi conçu :

« Je lègue à la ville de Rouen un capital de 20,000 francs, à la « charge, avec les intérêts de cette somme, de décerner, chaque an- « née, un prix à l'élève de l'école de médecine de cette ville qui « aura le mieux subi l'épreuve d'un concours. Le programme du « concours sera fixé par l'école de médecine, et le prix à décerner « d'après l'avis des professeurs de cette école....

« Je désire que le prix que je fonde en souvenir de mon fils, le « docteur Pillore, porte son nom.

« Cette disposition serait considérée comme nulle en cas d'inexécu- « tion. »

Vu l'arrêté préfectoral en date du 4 septembre 1856, aux termes duquel l'acceptation de ladite somme a été autorisée aux clauses et conditions du testament;

Vu les propositions de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur,

Arrête :

Art. 1er. Le *prix Pillore* est de 1,000 francs, savoir : une médaille d'or de la valeur de 150 francs, et une somme de 850 francs.

Art. 2. Ce prix est décerné chaque année, à la suite d'un concours.

Art. 3. Peuvent seuls prendre part à ce concours les élèves (étudiants en médecine) ayant au moins *huit* inscriptions prises à l'école de Rouen, et attachés depuis *deux* ans au service des hôpitaux ou asiles de la ville de Rouen.

Art. 4. Le jury se compose des professeurs de l'école, réunis en séance générale sous la présidence du directeur, ou, en son absence, d'un professeur désigné par le jury.

— Par décret du 30 juillet 1866, le ministre au département de l'instruction publique,

Vu l'extrait du testament otographe de M. Le Sauvage, en date du 24 octobre 1851, lequel est ainsi conçu :

« § 5. Je lègue également à l'Académie universitaire de Caen une « somme de 6,000 francs, pour la fondation d'un prix annuel dans « l'école de médecine. Le concours aura lieu entre les élèves de « deuxième et troisième année. Il aura spécialement pour sujet l'ana- « tomie descriptive, générale et comparée, et la physiologie.

« Il y aura une médaille, et, si le prix n'était pas convenablement « disputé, on donnerait seulement quelques livres, à titre d'encoura- « gement.

« § 7. J'ajoute au paraphe 5 que, parmi les juges du concours, « siégeront un membre de la Faculté des sciences et un membre dé- « légué de l'Académie des sciences, arts, etc... »

Arrête :

Art. 1er. Le *prix Le Sauvage* se compose d'une médaille d'or de la valeur de 400 francs et de livres. Il peut être partagé en un 1er et un 2e prix : l'un de la valeur des deux tiers des arrérages de la rente et comprenant la médaille d'or, l'autre de la valeur du tiers de cette somme et consistant seulement en livres.

Art. 2. Ce prix est décerné chaque année à la suite d'un concours.

Le jury peut, suivant les circonstances, donner la totalité du prix à un candidat, le 1er et le 2e prix à deux candidats, le 1er ou le 2e prix à un seul candidat.

Art. Dans le cas où il n'y aurait pas lieu de décerner tout ou partie du prix, les arrérages non délivrés seraient employés à acheter de la rente jusqu'à concurrence de 300 francs. La rente de 300 francs une fois parfaite, les arrérages ou portions d'arrérages restés libres par suite de la non-délivrance du prix seront répartis sur le prix de l'année suivante.

Art. 4. Peuvent seuls prétendre à ce prix, les élèves (étudiants en médecine) de 2e et 3e année, régulièrement inscrits à l'école de Caen.

Art. 5. Le jury se compose de cinq juges, dont un professeur de la Faculté des sciences de Caen et un membre délégué de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres, réunis sous la présidence du directeur de l'école, ou, en son absence, d'un des professeurs de l'école désigné par le jury.

— L'état sanitaire de la capitale et des départements du nord-est de la France, les troubles politiques qui continuent à agiter les pays limitrophes de l'Alsace, ont déterminé la Commission d'organisation et la Société de médecine à ajourner le Congrès médical qui devait s'ouvrir à Strasbourg le 27 août prochain.

La quatrième session du congrès médical de France aura lieu à Strasbourg, en 1868.

Nous aurons l'honneur d'informer nos lecteurs de la date, qui sera fixée ultérieurement.

— Le département d'Eure-et-Loir vient d'être rattaché à la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, en ce qui concerne la réception des officiers de santé et des sages-femmes. de deuxième classe.

— Le comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu par décret impérial comme établissement d'utilité publique, décernera dans sa séance générale d'avril 1867.

1°. Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Quels sont les devoirs professionnels des médecins vis-à-vis de « l'autorité, de leurs confrères et du public. Doivent-ils accéder à « toute demande de l'autorité, à celles de leurs confrères, et aux « exigences des clients ? Quelle est la limite dans laquelle ils doivent « se tenir ? »

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant :

« Par quelles réformes dans le service de la police sanitaire peut- « on arriver à l'extinction des maladies vénériennes ? »

Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus au siége du comité médical à Marseille, rue de l'Arbre, 25, avant le 1er mars 1867, terme de rigueur.

Les auteurs qui se feraient connaître seront exclus du concours.

Le président du comité médical des Bouches-du-Rhône,

Dr Gouzian.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebord a, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des tumeurs des muscles, par le docteur A. Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris. In-8, de 142 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Historique de l'épidémie de choléra à Marseille en 1865, par le docteur Menecier, vice-secrétaire de la Société impériale de médecine, etc. In-8° de 62 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Rapport à M. le Maire sur les cas de rage canine, observés à Marseille en 1864, par le docteur Menecier, vice-secrétaire de la Société impériale de médecine, etc. In-8° de 47 pages et tableaux. Prix : 1 fr. 50 — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Traité complet des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur Bonnière; ouvrage illustré d'un grand nombre de figures dans le texte. Septième fascicule. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De la chorée, sa définition et ses différents traitements, et spécialement de sa cure par l'hydrothérapie, par Émile Duval. In-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1866, F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

De l'iomérie, par le docteur Edme Bourgoin, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi. Un vol. in-8° de 136 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, F. Savy.

Équivalents, atomes, molécules, par le docteur Edouard Grimaux, Un vol. in-8° de 108 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, F. Savy.

Étude médicale et statistique, sur la mortalité à Paris, à Londres, à Vienne et à New-York, en 1865, d'après les documents officiels, avec une carte météorologique et mortuaire, par le docteur L. Vacher. Un vol. in-folio. — Paris, 1866, F. Savy.

De l'emploi thérapeutique de l'arsenic, par le docteur Hippolyte Barella, membre de plusieurs sociétés savantes. Un vol. in-8°. Prix : 8 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Traité du froid, de son action et de son emploi *intus* et *extra* en hygiène, en médecine et en chirurgie, par M. le docteur La Corbière. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1866, V. Masson et fils, place de l'École-de-Médecine, 17.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 96. — JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1866. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 AOUT 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Les seules nouveautés qu'ait dites M. J. Guérin dans la dernière partie de son discours, sont une supposition et une erreur.

Assurément, si ce n'étaient les égards qui sont dus à des hommes qui ont justifié leur position par des travaux sérieux, nous ne discuterions pas les dernières assertions de M. J. Guérin ; et nous espérons que l'honorable académicien verra dans nos paroles ce qu'il y a réellement, une marque de notre politesse.

La réunion de l'artère tibiale postérieure, après la section sous-cutanée, a été supposée par M. J. Guérin, parce que « le trombus avait disparu quelques jours après l'opération. » Telle est, en effet, la seule raison à l'appui de la croyance de M. J. Guérin. Mais de deux choses l'une, ou bien l'artère avait été coupée entièrement, ou bien elle avait été seulement coupée incomplétement. Dans le premier cas, la rétraction de l'artère a pu faire les frais de l'hémostase; dans le second cas, il y a eu peut-être cicatrisation de la tunique celluleuse de l'artère; mais, dans ce cas, on sait qu'un anévrysme faux consécutif serait imminent, et on ne pourrait dire qu'il y a eu réparation de l'artère. Enfin, et c'est la plus grave objection que nous opposons à M. J. Guérin, qui prouve que l'artère tibiale avait été coupée plutôt qu'une artère malléolaire, ou qu'une veine, puisqu'il s'agissait de plaies sous-cutanées.

Si la réunion supposée d'une artère entièrement divisée peut être une hypothèse gratuite, admettre la contraction des tendons choque le bon sens, quoique M. J. Guérin veuille fournir la preuve de ce fait qu'il avance.

Voici ses raisons, qu'il a voulu nous donner à la fin de la séance. Lorsqu'il était assis, le genou fléchi à angle droit, il faisait placer à quelqu'un une main sur la rotule et l'autre sur le tendon rotulien, puis il faisait constater que le tendon rotulien devenait saillant et se contractait sans que la rotule remontât. Il avait avec lui un malade atteint de tumeur blanche, chez lequel la rotule était immobilisée, et il disait pouvoir montrer sur ce sujet que le tendon rotulien se contractait.

Les apparences trompaient M. J. Guérin.

Nous avons répété sur nous-même l'expérience. Lorsque le genou est fléchi à angle droit, la rotule est remontée d'environ un centimètre; elle se place entre les condyles, et le tendon rotulien est tendu, parce que le muscle droit antérieur et son tendon sont allongés par le fait de la flexion du genou. Or voici ce qui se passait dans le genou de M. J. Guérin, et ce qui se passe dans les genoux de tout le monde : lorsqu'il y a une contraction légère, un effort pour redresser la jambe, sans que le pied *quitte le sol,* il y a une tension du tendon rotulien produite par la contraction du triceps; la rotule reste immobile, parce que la tension du tendon rotulien, déjà très-prononcée par le fait de la flexion, ne fait que s'exagérer un peu, et est rendue plus sensible par la tension des attaches fibreuses des tendons du vaste interne et du vaste externe contractés. Mais, comme il ne faut rien négliger quand on renverse une erreur, nous ajouterons que l'augmentation de tension du tendon rotulien est due à ce que la rotule bascule un peu sur les condyles. Celle-ci ne repose pas, en effet, on le sait, par sa base, dans la gouttière inter-condylienne pendant la flexion du genou.

Si M. J. Guérin veut encore une preuve, nous lui dirons de placer une main sur sa cuisse, en même temps qu'il placera l'autre sur son tendon rotulien. Quand il constatera ce qu'il appelle la contraction du tendon rotulien, il sentira son muscle triceps se contracter. — Dr Armand Després.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CUSCO.

Ostéo-sarcome de la jambe. — Amputation de la cuisse.

Par M. Ed. FREDET, interne des hôpitaux (1).

La femme Berthe D..., âgée de trente-huit ans, couturière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, service de M. Cusco, le 14 mai 1866, pour une énorme tumeur de la jambe droite.

Il y a dix-huit mois, nous dit la malade, qu'apparut, sans cause connue, dans la partie moyenne du mollet droit, un petite tumeur cylindrique, dure, allongée dans le sens des fibres musculaires, douloureuse au toucher et rendant parfois la marche difficile. Un médecin consulté, prescrivit de l'iodure de potassium à haute dose ; le traitement, suivi pendant quatre mois, resta sans succès. La tumeur augmenta, les digestions devinrent difficiles; la malade abandonna son traitement.

Au mois d'octobre 1865, elle entre à l'hôpital Beaujon. Un séjour de quatre mois, l'iodure de potassium, donné à nouveau, ne changent en rien la marche de l'affection, et le volume de la tumeur devient de plus en plus considérable. Enfin la femme D... est admise à Lariboisière, le 14 mai 1866.

Une tumeur volumineuse occupe les deux tiers supérieurs de la jambe droite, présentant dans son plus grand diamètre, 0m,49 de circonférence, et 0m,21 dans sa longueur. La peau, sans être malade, est adhérente toutefois en certains points, et présente de gros trajets veineux surtout à la partie interne du membre. Il y a de la douleur à la pression, surtout en avant; sensations de fausse fluctuation en d'autres points. L'examen le plus attentif ne fait percevoir ni crépitation osseuse, ni souffle, ni battements. Les articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne sont saines; les ganglions du creux poplité et de l'aine n'ont jamais augmenté de volume, et ne présentent rien d'anomal.

L'état général est satisfaisant: la malade est jeune, la teinte générale de la peau est pâle, mais ne présente pas de coloration jaune cachectique ; l'appétit est conservé, les digestions se font bien ; rien du côté des poumons, du cœur et des gros vaisseaux.

Bonne santé habituelle jusqu'à l'apparition de la tumeur. Nulles traces de rachitisme, de scrofule ni de syphilis. Excellents antécédents de famille : son père et sa mère vivent encore ; un frère et une sœur jouissent de la meilleure santé.

On diagnostique un ostéo-sarcome de la jambe, et l'amputation de la cuisse est décidée. On la pratique le 21 mai, au tiers inférieur par la méthode à lambeaux.

Mon collègue et ami, M. Hayem, veut bien procéder avec moi à l'examen anatomique de la tumeur et voici ce que nous constatons : les muscles de la jambe, surtout ceux de la partie postérieure, ont subi une transformation graisseuse et une atrophie considérable; au-dessous d'eux, la tumeur est entourée partout d'une coque fibreuse, excepté dans les points en contact avec les os. Sur les coupes longitudinales de l'os, elle ne s'enfonce que dans les couches superficielles du tibia et du péroné sans pénétrer dans le canal médullaire, de sorte que son point de départ paraît être la couche sous-périostique. Sur des coupes, elle offre presque partout une consistance molle pulpeuse, une couleur rosée, blanchâtre ou jaunâtre avec quelques points vascularisés ou de petits foyers d'extravasation sanguine. La pression la réduit assez facilement en bouillie, obtenue également par le raclage, mais il n'y a pas, à proprement parler, de suc. L'apparence des surfaces de coupe est lobulée; les lobules sont séparés par de minces tractus de tissu conjonctif.

Ces caractères physiques se rapportent à une tumeur sarcomateuse cellulaire (sarcome des os, — auteurs allemands, — tumeur myéloïde — Paget).

Au microscope on voit les éléments suivants :

1° *Des myéloplaxes* (pulpe d'un blanc rosé) qui offrent toutes les variétés bien connues, décrites par Robin ; un certain nombre de ces éléments sont fusiformes, allongés et rappelant la forme des corps fibro-plastiques, mais ils en diffèrent par leur volume, leurs contours et leurs réactions. Presque tous sont infiltrés d'une quantité très-abondante de granules graisseux.

2° On voit, dans certaines préparations, de petites plaques osseuses très-pâles, dans lesquelles on peut reconnaître des ostéoplastes altérés.

3° *Des médullocelles,* la plupart de la variété *noyaux libres,* de dimensions variables.

4° Les noyaux et corps fibro-plastiques, dont le contenu pâlit un peu dans l'acide acétique. Ils sont d'autant plus abondants que l'on s'approche de la phériphérie de la tumeur, tandis que vers le milieu et plus près des os, les myéloplaxes augmentent et deviennent l'élément prédominant.

5° Des traînées de tissu conjonctif qui séparent la tumeur en loges très-irrégulières, et où l'on constate des capillaires peu abondants.

Presque toutes les parties de la coupe sont de plus infiltrées de graisse, se présentant sous la forme de granulations ou gouttelettes brillantes dans l'intérieur des éléments et en dehors d'eux.

Avec de l'acide acétique, les éléments deviennent un peu plus pâles, les contours plus nets. L'acide chlorhydrique les pâlit aussi, mais ne les fait disparaître qu'employé pur et en grande quantité, sur un petit nombre à la fois.

(1) La pièce a été présentée à la Société anatomique, le 25 mai 1866.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. OLLIER.

Plaie de la tête; accidents de compression cérébrale; trépanation; mort; autopsie.

Par M. LACHIZE, interne des hôpitaux.

Le nommé Jean-Pierre Morel, domestique, demeurant à Lyon, route de Vénissieux, tombe le 10 mai, de la hauteur d'un premier étage, et se fait une plaie à la tête. Il vient le même jour se faire panser à l'Hôtel-Dieu. On constate que la plaie est située au point qui correspond à la réunion du frontal avec le pariétal gauche, à peu de distance de la suture des deux pariétaux. La solution de continuité, longue de 10 centimètres, décrit une courbe à convexité postérieure ; les os sont dénudés sur presque toute l'étendue de la plaie ; mais on ne trouve pas de fracture. — Rapprochement des bords de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, pansement simple.

Le malade reste plusieurs jours sans venir se faire panser. Lorsqu'il vient et qu'on enlève le premier appareil appliqué, on reconnaît que les os se nécrosent dans la partie superficielle et on engage le malade à entrer à l'hôpital. Il refuse, craignant, disait-il, de perdre sa place.

Les jours suivants, on l'engage à se faire de nouveau recevoir à l'Hôtel-Dieu. Il y consent enfin, le 18, et est reçu dans la journée du 19. Il est couché dans le service de M. Ollier, salle Saint-Sacerdos, n° 97. Lorsque je le vis le soir, la plaie n'avait pas changé d'aspect ; seulement l'état général avait pris de la gravité. Il marchait avec assez de difficulté, il avait le regard d'un homme ivre, et son attention était difficile à fixer; pouls lent.

Le lendemain, à onze heures du matin, il eut un premier accès épileptiforme. A quatre heures du soir, second accès. Pendant une partie de la nuit, délire, mouvements des membres; puis il tombe dans le coma. Le lendemain, c'est-à-dire le 21, à la visite, le malade ne parle plus ; paralysie des membres du côté droit; pas de strabisme, pas de déviation de la face ; respiration embarrassée. M. Ollier diagnostique une compression de l'émisphère gauche du cerveau par une collection purulente. En conséquence il applique une couronne de trépan sur l'os dénudé. Mais il ne sort pas encore de pus ; seulement on reconnaît sa présence sous les méninges qui sont alors incisées, et il en sort une certaine quantité. Le malade, qui jusqu'ici n'avait fait aucun mouvement, poussé aucun cri, agite la main et la jambe du côté gauche et fait quelques mouvements avec les doigts de la main droite. On applique une deuxième couronne de trépan empiétant un peu sur la première, et alors il fait entendre quelques plaintes. Une nouvelle quantité de pus s'écoule encore, mélangé avec du sang noir. Le malade est reporté à son lit, où on lui administre un lavement purgatif. A midi, il cherche à articuler quelques sons. Aucun mouvement dans les membres du côté droit. Le soir, il est complètement dans le coma. Nouveau lavement purgatif ; le même état persiste jusqu'au lendemain, c'est-à-dire jusqu'au 22 mai.

A la visite, M. Ollier enlève le sang coagulé dans l'ouverture du crâne, et fait pénétrer un stylet dans la substance cérébrale, opération qui donne issue à une nouvelle quantité de pus, avec lequel sort un fragment de pulpe cérébrale. Mais les symptômes continuent à s'aggraver lentement; le soir à quatre heures, la respiration est extrêmement embarrassée ; le malade est couvert de sueur, il entr'ouvre à peine les yeux ; enfin il succombe à sept heures du soir. L'autopsie est pratiquée vingt heures après la mort. Rien de particulier jusqu'aux méninges. La dure-mère présente une couleur jaune verdâtre aux trois quarts antérieurs du côté malade. Elle n'a aucune adhérence anormale avec les autres membranes. Les autres méninges sont baignées de pus. La substance cérébrale est rouge et enflammée dans une épaisseur de 2 à 3 centimètres. Au niveau de la trépanation est un point ramolli et noirâtre, peu étendu. Pas d'épanchement dans les ventricules, adhérence de la dure-mère et injection des autres membranes, au niveau de la partie supérieure de l'hémisphère.

DE LA NON-CONTAGION DU CHOLÉRA.

M. Raimbert, de Châteaudun, a publié la relation d'une épidémie de choléra à Gonie, village de 300 habitants, situé sur

le versant d'un coteau qui domine une petite rivière dont les bords sont formés d'un sol tourbeux.

Sur 19 cas de choléra, M. Raimbert dit que 8 sont des faits de transmissibilité saisissants. Examinons ces faits incomplets :

Exposition des faits. — 1° Le 2 octobre 1865, une veuve Gentil, du bourg de Conie, se rend à Paris chercher un nourrisson. Le 15, elle est conduite à l'hôpital Beaujon, où sont reçus un grand nombre de cholériques ; elle va dans la salle Sainte-Hélène, prendre l'enfant qu'elle doit allaiter et revient le 16 à Conie. Elle ne s'est plainte au *meneur* d'aucune indisposition, et ses voisins disent qu'elle était bien portante à son retour.

Le 17, dans la soirée, cette femme est prise du choléra et meurt le 18.

2° Eudoxie Gentil, fille de la précédente, âgée de quatorze ans, lui donne des soins, et lave son linge. Dans la journée du 20, elle est prise de diarrhée, dans la soirée du même jour, du choléra ; elle meurt le 21.

3° Alphonsine Gentil, sœur de la précédente, enfant de quatre mois allaitée par sa mère, la veuve Gentil, est aussi atteinte de la maladie le 20 au soir, et succombe, le 21 dans la matinée, chez la fille Huet à laquelle elle a été confiée après la mort de sa mère.

4° Ch. Cuveillier, garçon de trois ans, autre nourrisson de la veuve Gentil, ayant depuis longtemps, au dire des voisins, une diarrhée presque continuelle, est atteint du choléra, le 20 à six heures du soir, chez la femme Bretin qui l'a recueilli après la mort de sa nourrice ; il meurt le même jour à dix heures.

5° Le 20, Bathilde Renon, âgée de cinq ans, est atteinte subitement du choléra à dix heures du soir, sans avoir eu préalablement de la diarrhée ; elle succombe le lendemain matin. Cette enfant qui demeure chez ses parents, à 200 mètres environ de l'habitation de la veuve Gentil, n'a pas eu, assure-t-on, de rapports directs avec les membres de cette famille ; mais il n'a pu être établi si elle en avait eu d'indirects, soit avec eux, soit avec l'enfant Cuveillier qui est venu habiter à 30 mètres environ de sa demeure et y mourir.

6° La fille Lecointre, âgée de quarante-cinq ans, donne des soins à la fille Eudoxie Gentil ; le 20, elle avait de la diarrhée depuis le matin ; après trois heures de séjour auprès d'elle, elle est prise d'un malaise qui l'oblige à la quitter. Dans la nuit du 20 au 21, elle est prise du choléra et meurt le 23.

7° La veuve Joseph, âgée de soixante-cinq ans, succède à la fille Lecointre auprès d'Eudoxie Gentil ; elle reste auprès de cette dernière jusqu'à sa mort et l'ensevelit. Dans la nuit du 21 au 22, elle est prise du choléra et meurt le 23. Cette femme avait la diarrhée depuis deux jours.

Nous noterons en passant que son fils et sa bru qui lui donnèrent des soins furent atteints de la cholérine le 23. Ils guérirent rapidement.

8° La femme Gentil avait cinq enfants ; deux étant morts, les autres furent recueillis par l'hôpital de Châteaudun. Le 28, un de ces enfants, garçon de huit ans, fut pris d'accidents cholériques très-prononcés que nous constatâmes avec notre collègue M. le docteur Antoine. Il guérit.

9° Ed. Morolles, âgé de cinq ans, après un jour de diarrhée, est pris du choléra dans la nuit du 30 au 31 ; il guérit.

L'habitation de ses parents est contiguë à celle de la femme Bertin qui a recueilli l'enfant Cuveillier, à 15 mètres de celle de la fille Lecointre, à la porte de laquelle il allait souvent pendant qu'elle était malade, sans entrer toutefois, au dire de ses parents ; enfin à 20 mètres de celle de la veuve Joseph.

Tout se réduit, en définitive, à un seul fait, une attaque simultanée de choléra frappant deux enfants et un nourrisson de la veuve Gentil.

Bathilde Renon n'a pas eu de rapports avec la famille Gentil.

La fille Lecointre avait la diarrhée, c'est-à-dire le commencement du choléra, avant de soigner la jeune Eudoxie Gentil. La veuve Joseph était dans le même cas ; elle avait la diarrhée depuis trente heures, avant de remplacer la fille Lecointre.

Il ne faut pas compter comme un exemple de contagion la cholérine qui a frappé un enfant de la veuve Gentil qui, conduit à Châteaudun, a été atteint huit jours après sa mère, ni la cholérine du jeune Morolles, qui n'a eu aucun rapport avec l'enfant Cuveillier ni aucun cholérique, et qui a été pris onze jours après la veuve Gentil.

Que penser de la maison de cette femme ? M. Raimbert ne dit pas quelles en étaient les conditions hygiéniques, et quelles étaient les habitudes de cette nourrice, qui devait être très-pauvre, puisqu'elle était nourrice des hôpitaux.

L'observation d'Eudoxie Gentil est nulle pour ainsi dire. Faisons donc toutes réserves. En considérant surtout qu'il est notoire que l'enfant Cuveillier avait la diarrhée depuis longtemps, et surtout en nous en rapportant à ce que M. Raimbert écrit lui-même : il y avait dans le pays, le 17 octobre, des troubles gastro-intestinaux, avant l'arrivée de la femme Gentil de Paris.

Un peu de frayeur dans un pays (et il y en avait à Conie), une atmosphère viciée, une mauvaise hygiène dans une maison, et des soins absents expliquent, sans la contagion, les cas observés chez la femme Gentil.

Est-il besoin d'ajouter que l'enfant Alphonsine Gentil, cessant d'être allaitée, passant de la nourrice au biberon, était dans une des conditions favorables au développement de la diarrhée et du choléra infantile.

A. D.

OBSERVATION DE PROLAPSUS COMPLET DE L'UTÉRUS

Dans l'état de vacuité et dans l'état de grossesse,

Par le Dr Aubinais.

Lorsqu'on réfléchit au peu de volume de l'utérus dans son état de vacuité, à la faiblesse de son poids, à son élévation dans le bassin, à l'étroitesse et à la rigidité du vagin, on s'étonne à bon droit de la possibilité dans ces conditions de la production d'un prolapsus complet de l'organe et de sa précipitation au-dehors de la vulve.

C'est cependant ce que nous démontrent quelques faits à la vérité fort rares, car de vieux praticiens affirment n'en avoir jamais rencontré et pourtant ces faits sont irrécusables.

Le but que je me propose en consignant ici deux seules observations qui m'ont paru comporter un certain intérêt scientifique, est de servir à l'histoire du prolapsus complet de l'utérus tant pendant la vacuité de l'organe que pendant la grossesse.

Obs. I. — Il y a déjà une trentaine d'années, je fus appelé à soigner une jeune paysanne qui jouissait d'une brillante santé et qui assurément n'avait point eu de rapports sexuels, car sa moralité était à l'abri de tout soupçon.

Cette jeune fille, qui paraissait avoir une vingtaine d'années, était atteinte depuis deux jours d'une précipitation à la vulve du corps de l'utérus.

Cet accident avait été le résultat des manœuvres suivantes :

On était dans la saison des foins. Deux jeunes paysans voulurent essayer la force de leurs bras. Dans le but d'effrayer la jeune fille qui était occupée avec eux à faire une meule de foin, ils prirent la jeune fille par dessous chaque aisselle et secouèrent violemment le corps en dehors de la meule de foin, qui était élevée de plus de 3 mètres au-dessus du sol. Le corps était dans une position verticale et les intestins pesaient de tout leur poids sur l'utérus. Dans les secousses imprimées au corps, la matrice fut tellement abaissée, qu'elle fut précipitée à la vulve et vint faire saillie entre les grandes lèvres. La pression de l'organe sur l'ouverture du canal de l'urèthre rendait l'émission de l'urine difficile.

Après avoir vidé la vessie à l'aide de la sonde, je réduisis l'utérus. Pour cela faire, je plaçai la malade sur un lit ; je fléchis les jambes sur les cuisses, afin de relâcher les muscles cruraux et abdominaux, et à l'aide du doigt index mouillé d'huile d'olive, je refoulai l'utérus dans le bassin. J'eus le soin, dans la crainte que l'organe ne vînt à baisser, de favoriser sa position normale en maintenant pendant huit jours la malade étendue sur un lit, de telle sorte que la tête se trouvât dans une position déclive par rapport au siége qui était soulevé par un oreiller.

Cette précaution suffit et je n'eus pas besoin de recourir au tamponnement du vagin non plus qu'à l'application d'un pessaire.

Lorsqu'au bout de huit jours de repos au lit je pratiquai attentivement le toucher, j'obtins la certitude que l'utérus était bien réduit et avait repris sa position naturelle.

Un an environ après l'accident, la jeune fille me fut conduite par sa mère, qui était une femme de bon sens. Celle-ci me dit qu'elle désirait savoir de moi s'il n'y avait pas quelque inconvénient à marier la jeune personne.

Je m'assurai par un toucher attentif que la matrice occupait sa position naturelle. Le mariage eut lieu. J'ai eu occasion de toucher cette femme dans l'intervalle de ses grossesses et de l'accoucher trois fois et j'ai pu m'assurer qu'elle était parfaitement guérie de son prolapsus utérin.

Obs. II. — Le 24 août 1864, je reçus, pendant que j'assistais à une séance du Conseil général, une lettre de notre confrère, le docteur Mercier. Il me priait de venir l'aider dans l'accouchement de la femme d'un capitaine au cabotage de Trentemoult. Cette dame, qui paraissait avoir de trente à trente-cinq ans, avait eu plusieurs enfants. Ses accouchements s'étaient terminés heureusement. Ils étaient prompts.

Cette femme était fort courageuse. Elle s'occupait peu d'elle et elle n'avait pas la patience de garder le lit plus de trois jours après chaque accouchement. Après son dernier accouchement, elle eut l'imprudence, le troisième jour, de rester levée toute la journée et de se livrer à des travaux fatigants. Ainsi, elle se rappelle qu'elle a balayé ses chambres, qu'elle a même enlevé plusieurs fardeaux. A dater de ce jour, elle sentit un poids dans le bas-ventre, et comme elle continuait à travailler, elle ne tarda pas à s'apercevoir qu'une tumeur se présentait à la vulve. Elle consulta alors son médecin, le docteur Tigé, qui, reconnaissant un prolapsus utérin, conseilla le repos du lit pendant quelque temps et appliqua un pessaire ; mais la femme ne voulut point se soumettre aux sages conseils qui lui étaient donnés ; elle ne garda point le lit, et comme elle se livrait toujours à des travaux au-dessus de ses forces, le pessaire fut chassé et le corps de l'utérus vint faire saillie à la vulve. Le prolapsus utérin fit de tels progrès, que l'utérus formait à la vulve une tumeur du volume du poing d'un enfant. Cette tumeur remplissait l'ouverture de la vulve et proéminait même assez pour qu'à chaque époque menstruelle la vue découvrît le museau de tanche et alors on voyait le sang s'écouler par le col utérin entr'ouvert. La matrice ainsi prolabée n'était soutenue que par une serviette que le malade avait le soin de changer chaque jour et qu'elle attachait au-dessus du pubis et vers le sacrum à une autre serviette qui remplissait l'office d'une ceinture hypogastrique.

Croirait-on que dans cette triste et répugnante condition de santé la femme pût redevenir grosse ? C'est cependant ce qui arriva, et ce fait rappelle celui emprunté par Chopart à Marrigues, fait qui a été souvent cité. Dans l'observation de Marrigues que cite Chopart comme dans celle-ci, le col utérin faisait tellement saillie au-dehors de la vulve, que l'on voyait à l'œil nu les règles s'écouler par l'ouverture du col. La grossesse, dans l'un comme dans l'autre cas, avait été le résultat de la fécondation de la femme à travers cette ouverture béante. Ici, le pourtour de l'ouverture du col était un peu excorié par suite du frottement qu'il subissait contre la serviette.

Lorsque les premières douleurs de l'enfantement apparurent, on recourut à la sage-femme, qui avait l'habitude de prêter son assistance ; mais la sage-femme fut vite effrayée de trouver engagée à la vulve une tumeur qui offrait déjà une ouverture de la largeur d'une pièce de 2 francs, car la dilatation du col était en train de s'opérer. M. Tigé fut demandé. Il se trouva malade : on recourut à M. Mercier. Celui-ci reconnut de suite qu'il avait affaire à un prolapsus utérin complet. La poche des eaux s'était rompue dès les premières douleurs. En introduisant le doigt index dans l'ouverture que présentait la tumeur et en portant le doigt aussi haut que possible, notre confrère rencontrait la tête, qui paraissait plonger un peu dans le petit bassin. Il crut (comme les douleurs étaient expulsives et que la femme poussait fortement en bas), que ce qu'il y avait de mieux à faire c'était de temporiser. Pendant tout le temps de la douleur, il soutenait la tumeur avec la main et il pouvait suivre les progrès de la dilatation de l'ouverture du col. Bien que les contractions utérines fussent énergiques et rapprochées, le toucher pratiqué de temps à autre laissait reconnaître que la tête ne baissait pas. Lorsqu'au bout de vingt heures environ on vit que les douleurs perdaient de leur fréquence et de leur force, on donna du seigle ergoté, qui ne favorisa en rien l'accouchement. La femme, qui avait l'habitude d'accoucher promptement, s'alarmait de voir le travail traîner autant en langueur : elle demandait à être débarrassée, et lorsque je pus arriver à elle, elle disait à bout de forces et me suppliait de la délivrer sur-le-champ.

En présence d'un fait aussi insolite, je cherchai, par un toucher fort soigneux, à bien me rendre compte de la présentation de l'enfant. L'ouverture du col pouvait avoir la largeur d'une pièce de 5 francs. En imprimant à la main une forme conique par le rapprochement des doigts, je pus, après avoir trempé la main dans de l'huile d'olive, dilater mollement et lentement l'ouverture, au point que je portai la main entière dans le petit bassin. Il me fut facile de constater une inversion du vagin, et je pus m'assurer aussi que la tête avait franchi le détroit supérieur et plongeait par le synciput dans la cavité du petit bassin ; mais elle paraissait être retenue par une sorte de hernie interne formée par le vagin. Ma première pensée fut que l'accouchement devait se terminer par les seules forces de la nature, et j'allais faire préparer un bain lorsque la femme demanda à être débarrassée de suite par le forceps si je croyais la chose faisable. Avant de céder au désir que m'exprimait d'une manière si suppliante cette pauvre femme, je m'assurai encore, par l'entière introduction de la main, s'il était possible d'appliquer les branches du forceps avec chance de saisir solidement la tête et de l'amener à la vulve. La tumeur formée au synciput de la tête semblait déjà indiquer que l'enfant était vivant, ce dont on put du suite s'assurer par l'auscultation. Je pus, en prenant toutes les précautions désirables, appliquer convenablement la branche à pivot, puis j'éprouvai plus de difficulté pour bien placer la branche à mortaise ; car je tenais ayant tout à bien saisir la tête et le plus haut possible afin que le forceps ne lâchât pas la tête en dérapant. A la facilité que j'éprouvai à articuler les branches de l'instrument, j'acquis la certitude que la tête était bien saisie. A l'aide de tractions modérées et bien dirigées, j'abaissai lentement la tête ; mais à mesure que la tête approchait de la vulve, je voyais que l'ouverture du col externe ne prêtait pas assez pour me donner la certitude d'en éviter le déchirement partiel. Malgré toutes les précautions que j'ai prises, ce déchirement eut lieu. L'enfant était d'un volume ordinaire. Il était plein de vie et a continué à vivre. Le retrait de l'utérus se fit bien et l'extraction du placenta fut facile. Je réduisis sans plus tarder l'utérus, en le remontant le plus haut possible, sans tenir compte de la déchirure du col, déchirure qui avait une certaine étendue. Avant de quitter la malade et alors que l'utérus était bien revenu sur lui-même, je crus prudent de tamponner assez exactement le vagin avec de vieux chiffons, car je me défiais de la malade et j'avais peu foi dans la promesse qu'elle faisait de garder le lit tout le temps nécessaire à sa guérison. M. Mercier a continué à voir seul la malade. Il ne devait m'appeler que s'il jugeait ma présence nécessaire. La malade a donc reçu des soins intelligents et dévoués. Le tamponnement a été surveillé, puis, lorsqu'on crut prudent d'enlever le tampon, la femme a été condamnée à un repos absolu. J'ai su, par notre honorable confrère, que les suites de couches n'avaient été traversées par aucun accident. La femme a été promptement rétablie, mais malheureusement elle n'a pas voulu s'assujettir à garder le lit pendant deux mois au moins. Ce laps de temps paraissait nécessaire pour empêcher la reproduction du prolapsus utérin. J'ai su depuis que la femme portait un très-large pessaire. Elle fera bien de ne pas se priver de ce secours, qui est sans doute aidé par l'emploi d'une ceinture hypogastrique bien confectionnée.

Réflexions. — Il serait superflu, après tout ce qui a été écrit dans les ouvrages *ex professo* sur le prolapsus utérin, d'insister sur les causes multiples qui produisent cet accident. Toutes ces causes ont été signalées avec soin et ont été sagement appréciées. Assurément, comme chacun le sait, la cause la plus fréquente de cette infirmité dépend des fatigues que la femme éprouve dans les jours qui suivent l'accouchement, lorsqu'elle n'a pas la prudence de garder le lit le temps nécessaire à sa parfaite guérison. Généralement, surtout chez les femmes du peuple, le repos au lit n'est pas assez prolongé après l'accouchement, et si encore on ne pouvait reprocher à la femme que de se lever trop vite, mais j'en ai vu qui (malgré toute la défense que je leur en faisais) se levaient dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, et se livraient aux mêmes travaux qu'elles accomplissaient alors qu'elles étaient dans l'état de vacuité. Je pourrais citer ici deux femmes chez lesquelles le prolapsus utérin a été brusquement déterminé par l'action de mettre le pain au four deux jours après l'accouchement.

Il y a assurément aussi à déplorer l'abus que l'on fait du forceps. Cet instrument, qui rend tant de services et à la mère et à l'enfant, alors qu'il est manié par une main prudente et habile, est la source fréquente de prolapsus utérins lorsqu'il est appliqué avant la dilatation complète du col et lorsqu'il est manié par une main téméraire et inhabile. Je suis souvent consulté par des femmes qui portent des prolapsus à divers degrés d'abaissement, et en les questionnant, je vois qu'elles ont presque toutes été accouchées avec le forceps.

Les deux exemples que j'ai choisis de préférence à tant d'autres, parmi les nombreux cas qui se sont offerts à moi dans une pratique obstétricale de trente-six ans, sont fort curieux. Le premier par sa rareté. Il n'est pas en effet commun (car c'est le seul qu'il m'a été donné d'observer), de rencontrer chez une jeune fille un prolapsus complet de l'utérus. Le second, qui se complique d'une inversion du vagin, contient aussi d'utiles enseignements. Il prouve l'innocuité, dans certains cas, de la déchirure partielle du col utérin. Cette innocuité n'existe pas toujours. On voit quelquefois la déchirure du col déterminer des hémorrhagies qui ne peuvent être réprimées que par le tampon. C'est en groupant les faits que l'on aide au

progrès de la science, et sous ce rapport celui qui fera l'histoire complète du prolapsus de la matrice avec toutes les complications de cet accident sera peut-être heureux de rencontrer les deux observations que je viens de relater.

(*Journal de médecine de la Loire-Inférieure*).

EXTRACTION D'UN FRAGMENT DE SONDE

brisée dans la vessie,

P. M. le Dr Laroyenne.

Un homme de soixante ans se présente à l'Hôtel-Dieu, racontant qu'il a, depuis vingt-quatre heures, dans la vessie un fragment de sonde en gomme d'une longueur qu'il évalue à 0m 10.

A la suite d'une chute d'un quatrième étage sur le sol, qu'il a faite il y a huit ans, il éprouve des troubles dans la miction qui le forcent de temps à autre à faire usage d'une sonde lorsqu'il veut vider complétement sa vessie. Couché sur son lit, il l'avait introduite, lorsqu'en s'inclinant pour prendre un objet placé sur le parquet, il sentit sa sonde se briser. Il chercha à la retirer et constata qu'une portion était demeurée dans le réservoir vésical.

Le chirurgien rechercha à l'aide du cathétérisme si une des extrémités de l'instrument séjournait dans l'urèthre. La perméabilité du canal étant constatée, il chercha à le saisir à l'aide d'un lithotriteur à mors plats, en ayant soin d'opérer cette saisie le plus près possible de l'orifice uréthro-vésical, dans l'espérance d'y trouver l'extrémité uréthrale du fragment de sonde dont la longueur (0m 10) avait dû gêner la migration dans un organe souffrant depuis longtemps et conséquemment plus ou moins rétracté. Il fut assez heureux pour y réussir; aussi, après quelques tâtonnements destinés à éviter de blesser le col, il attira aisément le lithotriteur chargé de la sonde jusque dans la portion spongieuse du canal. L'instrument, éprouvant quelque difficulté à franchir cette région, le lithotriteur put, légèrement ouvert, être retiré.

La sonde, fixée avec un doigt placé au périnée, on essaye vainement de la retirer à l'aide de la pince à trois branches et d'autres instruments plus ou moins ingénieux destinés au même usage. Un interne du service offrit une pince à pansement étroite, et à son aide on put facilement compléter l'extraction du corps étranger, remarquable par la dureté qu'il offre après un séjour de soixante-douze heures dans la vessie.

Cette solidité était produite par le mandrin qu'elle contenait dans son intérieur et dont le malade avait négligé de rappeler la présence.

Le lendemain de l'opération, uréthrite légère. Le catarrhe vésical est resté le même.

— Il y a quelques années que M. Segalas a proposé à l'Académie de médecine d'employer le lithotriteur pour extraire les corps étrangers de la vessie, chez l'homme. (*Note de la réd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 août 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

1° L'ampliation d'un décret qui approuve la nomination de M. Broca, membre de l'Académie de médecine. (Section de médecine opératoire.)

Sur l'invitation de M. le président, M. Broca est invité à prendre place parmi ses collègues;

2° Deux rapports de M. le docteur Serradell, sur une épidémie de scarlatine et de suette qui a régné en 1865 à Taurinya et à Saore (Pyrénées orientales). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une observation de M. Lalagade (d'Alby), relative à un cas de tétanos traumatique, traité par l'opium à haute dose, par le chloroforme en inhalations, en frictions et en injections dans les plaies. (Commissaires : MM. Velpeau, Richet et Broca);

2° Une lettre de M. Papillaud (de Saujon), sur le traitement prophylactique de la rage par le venin de la vipère. Cette recette est empruntée, dit l'auteur, au *Siglo medico*, de Madrid. (Commission de la rage);

3° Une note sur le traitement du choléra, par M. le docteur Bontemps, de Saint-Sulpice-des-Champs. (Commission du choléra.)

— **M. Béclard** présente, au nom de MM. Robert et Collin, un instrument dont voici la description :

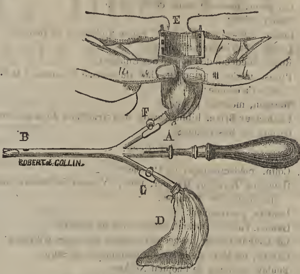
« Déjà dans un extrait du *Bulletin de l'Académie*, M. Barth a indiqué la manière par laquelle il a introduit un liquide dans la poitrine, après l'évacuation du pus, sans produire de commotion et sans introduire d'air au moyen de la baudruche appliquée sur le trocart à robinet.

« Dans le but d'opérer simultanément l'injection d'un liquide détersif et l'évacuation de l'épanchement de la plèvre :

« M. Barth nous a chargés de fabriquer un trocart à double courant, sur lequel deux baudruches sont appliquées.

« L'opérateur, après avoir fait sa ponction, attire le manche et la tige du trocart jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le clou A, formant point d'arrêt à l'extrémité de la rainure dite à bayonnette; arrivé à ce point, deux yeux, B, pratiqués sur la canule, se trouvent en rapport avec deux yeux semblables existant sur la tige creuse du trocart.

« En ouvrant le robinet C, le pus s'écoule par la baudruche D, puis on ferme le robinet, on verse alors le liquide à injecter dans la baudruche E. Les moindres bulles d'air remontent nécessairement à la surface du liquide; et lorsque la baudruche est pleine, on ouvre le robinet F, par lequel passe l'injection qui va laver la plèvre, en ayant soin, pour empêcher l'introduction de l'air, de refermer le robinet avant que le liquide ait entièrement disparu.



« Pour la sortie du liquide, il suffit de laisser le clou B au même point et d'ouvrir l'autre robinet; les ouvertures restant réunies, le liquide sort naturellement par la baudruche D, qui fait soupape comme avec le trocart de Raybard. »

— **M. Cerise** offre en hommage à l'Académie :

1° Une brochure, *La vérité sur la mort de J.-J. Rousseau*, par M. Achille Chereau;

2° Une brochure *Sur la propagation et la marche de l'épidémie du choléra à Constantinople en 1865*, par le docteur Mongeri.

— **M. Delpech** offre, au nom de l'auteur M. Thelmier, une étude sur les accidents des laboratoires et les moyens de les prévenir.

— **M. Depaul**, au nom de la commission de vaccine à laquelle ont été renvoyées les communications de MM. de Closmadeuc, Denis et Thomeuf sur des faits de syphilis vaccinale, demande que l'Académie écrive à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, afin qu'il soit institué une commission spécialement chargée d'aller examiner les faits sur les lieux.

— **M. le Président** déclare :

1° Une vacance dans la section de médecine opératoire, pour remplacer feu Baffos;

2° Une vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, pour remplacer feu Bally.

Discussion sur l'organisation immédiate des plaies.

M. J. Guérin, après avoir résumé sa précédente argumentation, dit qu'il aborde l'une des autorités qu'il doit contredire, M. Velpeau; il reconnaît que c'est là une des autorités considérables contre laquelle il doit employer toutes ses ressources et toute sa prudence, et il ajoute que si dans son discours il lui échappe quelque chose qui ne soit pas d'accord avec son respect pour la haute valeur de M. Velpeau, il prie ce dernier de le considérer comme non avenu.

M. Velpeau, dit M. Guérin, a publié en 1839 un *Traité de médecine opératoire* où il n'est point question de la méthode sous-cutanée, et c'est la même année que j'ai publié mes travaux sur ce sujet. Nous allons voir ce qui revient à chacun de nous.

M. J. Guérin scinde son discours en deux parties; il se propose de traiter aujourd'hui la question de science et de réserver pour la séance prochaine la question des applications chirurgicales.

Et d'abord, dit l'orateur, parlons de la conception générale de la doctrine. J'entends par organisation immédiate des tissus, l'apparition immédiate de tissus destinés à reproduire l'organe, et je dis que l'organisation immédiate est un terme opposé à ce qui se passe dans la cicatrisation postérieure à l'inflammation, et je pose en principe que la loi existe pour tous les tissus; personne n'avait dit cela avant moi. Il n'y a rien de cela dans le livre de M. Velpeau. Et si nous y trouvons quelque chose, c'est une phrase ou deux, mais il y a manière d'interpréter les faits, et je me servirai de leurs applications au lieu de m'en tenir à la lettre des textes.

J'ai déjà dit que les théories de la réunion immédiate de Hunter, au lieu de pouvoir renfermer la théorie de l'organisation immédiate des tissus, devait être comprise maintenant au moyen de cette dernière théorie.

En effet (ici M. Guérin démontre sur le tableau la manière de comprendre les faits), les auteurs disent : Hunter avait vu les tissus se réparer lorsqu'ils étaient mis en contact, il s'ensuit qu'il avait voulu dire que les tissus pouvaient se réparer quand ils étaient un peu écartés; le médium unissant de l'auteur anglais est plus ou moins abondant et il fait les frais de la réparation.

Moi, j'ai dit : Quand les tissus coupés sous la peau sont écartés dans certaines limites, il y a une reproduction de tissu entre les bouts de tissus divisés. A plus forte raison le fait existe quand ils sont peu écartés et tout à fait rapprochés.

Dans le premier cas, Hunter n'avait en vue que la réunion par première intention, et moi je vois l'organisation immédiate.

Hunter ne connaissait qu'un des états de guérison immédiate des plaies, tandis que j'ai donné la loi générale.

M. J. Guérin dit que l'organisation immédiate est une première condition de la méthode sous-cutanée, que l'absence du contact de l'air est une autre considération. Il cite un passage du livre de M. Velpeau où cet auteur dit que l'action de l'air sur les plaies n'a point d'importance, et que, dans cette question, le livre de M. Velpeau ne montre rien de ce qu'il a prouvé.

M. Velpeau. Je le montrerai.

M. J. Guérin. Je sais que M. Velpeau montre souvent qu'il a pensé ce que les autres ont pensé.

M. Velpeau. Ce n'est pas au moins ce que vous dites en ce moment.

M. J. Guérin. M. Robin, que je n'ai pas contredit, comme on me l'a fait dire, a cité des choses qui donnent une certitude à ma théorie; il a reconnu que les tissus divisés venaient des blastèmes spéciaux aux dépens desquels les tissus se régénéraient. Mais notre collègue a dit que Hunter connaissait ces blastèmes, je l'accorde pour un moment; mais je voudrais que l'on considérât que l'auteur anglais admettait bien une spécificité du blastème, mais qu'il comprenait une spécifité morbide, tandis que moi je déclare qu'il s'agit d'une spécificité physiologique.

J'ai dit que toutes les plaies exposées à l'air suppurent; et M. Bouley a parlé d'animaux réfractaires, tels que le bœuf. Cela ne signifie rien pour l'homme. M. Velpeau a dit que les plaies du strabisme ne suppurent pas, je m'inscris contre cela. La plaie suppure, une partie échappe parce qu'elle est sous-cutanée, mais l'autre partie de la plaie de la conjonctive suppure, témoin ce bourgeon charnu que les chirurgiens recommandent de cautériser. La plaie du muscle qui est sous-cutanée ne suppure pas parce que on a fait porté l'œil dans une direction opposée à la déviation, afin de couper le muscle, et parce que l'opération étant faite, l'œil revient à sa place, et le muscle coupé est caché au fond de la plaie.

Pour me résumer, je porte le défi à M. Velpeau et à mes contradicteurs de me prouver l'inexactitude de cette loi que j'ai posée :

Les plaies pratiquées sous la peau ne s'enflamment pas, ne suppurent pas, et les tissus s'organisent immédiatement.

M. J. Guérin dit que la ténotomie a été le point de départ de la méthode sous-cutanée; que la première théorie, celle d'Ammon, était que les deux bouts du tendon se réunissaient par des tissus nouveaux; que M. Bouvier attribuait la réunion du tendon divisé à l'accollement des parois de la gaîne du tendon; que M. Velpeau voyait dans la cicatrisation des tendons une organisation des lames celluleuses du voisinage, une sorte de virole celluleuse analogue au cal. Il n'y avait dans tout ceci aucune idée de l'organisation immédiate des tissus, telle que je l'aie posé en principe.

M. J. Guérin cite des auteurs qui lui ont rendu justice. Sédillot, qui a écrit ailleurs que dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*, a vanté les avantages de la théorie et des applications de la méthode sous-cutanée; une lettre de Doubowiski, toute pleine d'éloges sur la méthode sous-cutanée appliquée à la section des tendons.

Je désire, dit l'auteur, faire cesser une équivoque; M. Velpeau a pensé que les guérisons de plaies sous-cutanées sans suppuration tenaient au soin et à l'habileté du chirurgien; je remercie M. Velpeau de l'éloge qu'il m'a adressé, mais je veux qu'il soit rendu quelque chose à la méthode.

M. J. Guérin aborde la question de la régénération des tissus dans les plaies sous-cutanées. C'est, dit-il, par induction que j'ai supposé la régénération des muscles. Mais j'ai vu aussi des faits; il n'est pas besoin de microscope pour démontrer la reproduction, les yeux distinguent aussi bien un tendon d'un muscle, qu'ils peuvent distinguer M. Velpeau de M. Bouillaud.

Du reste, M. Velpeau n'a-t-il pas dit quelque chose de semblable à ce que j'avance, quand il écrivait : « Le tissu celluleux peut se transformer en tissu fibreux, et même en muscle. »

M. Velpeau. Il y a vingt-six ans de cela.

M. J. Guérin. Soit, M. Velpeau change.

M. Velpeau. Je change quand la science fait des progrès.

M. J. Guérin. Eh bien, moi, je n'ai pas changé depuis quarante ans.

Pour ce qui est du nerf, continue l'orateur, j'ai dit que la section sous-cutanée du tissu pouvait être suivie de reproduction d'éléments nerveux, et j'ai indiqué les conditions de la réunion; mais j'ai été plus loin, il fallait faire la synthèse organique, il fallait voir le rétablissement de la fonction du nerf, et je l'ai vu.

La section sous-cutanée des vaisseaux n'empêche pas leur réunion, leur organisation immédiate. En faisant la ténotomie, j'ai coupé la tibiale postérieure, et j'ai vu la guérison survenir; j'ai vu le trombus disparaître et les parties reprendre leur état normal. Ces faits ont une signification; toutefois, je crois que les artères ne font pas exception à la loi générale, mais je n'affirme pas avoir vu de réunion d'artère telle que l'humérale dans une plaie sous-cutanée. Pour les os, j'ai vu une reproduction lorsque les plaies intéressant le tissu étaient sous-cutanées. Après avoir appliqué une couronne de trépan sur les os du crâne, et après avoir recouvert la plaie de l'os avec le péricrâne, j'ai vu des jetées osseuses partir des os eux-mêmes; je dois dire ici que j'avais détruit le périoste, et que je donne là une preuve que les os du crâne ne se réparent pas par le périoste.

Ici, M. J. Guérin fait une digression : J'ai parlé, dit-il, de la contractilité des tendons, je l'ai vue. Si je montre qu'il y a des mouvements de contraction dans le tendon rotulien, j'aurai donné une preuve de la contraction des tendons.

Eh bien, trois fois déjà j'ai constaté le fait. On voit, lorsque la rotule est fixée et immobile, le tendon rotulien se tendre. On voit aussi, chez les malades dont la rotule est soudée, le tendon se contracter (1).

En terminant, M. J. Guérin dit : M. Velpeau juge mes observations mauvaises et dit qu'elles ne font rien voir. Mon honorable contradicteur confond voir et faire voir.

Il y a des gens qui ne veulent pas voir et des gens qui ne voient point, et il arrive souvent que ceux qui ne voient point se mettent à la suite de ceux qui ne veulent point voir. M. Velpeau est du nombre de ceux qu'on suit.

Je lui rappellerai pourtant que des rapports académiques ont jugé autrement que M. Velpeau. La commission, que Gerdy a appelée la commission de *secours*, a dit de mes opérations, après de longs examens, que mes observations étaient rigoureuses et bien commentées, et que je méritais le prix pour mes études sur la ténotomie.

Quand j'ai appliqué la méthode sous-cutanée, une commission, que l'on a appelée cette fois la commission des *miracles*, a jugé bonnes mes opérations dans le service que l'on m'avait confié à l'hôpital des Enfants, et il était ajouté : que les méthodes de M. J. Guérin forment un ensemble de moyens avec lesquels il a produit des résultats nouveaux et que le praticien a bien mérité de la science, et le rapport disait qu'il y avait lieu de lui conserver un service dans les hôpitaux. Il est vrai de dire qu'il a été au contraire supprimé.

Dans la prochaine séance, je parlerai des applications chirurgicales de la méthode sous-cutanée.

La séance est levée à cinq heures.

(1) M. J. Guérin nous a montré, à la fin de la séance, sur lui-même ce qu'il appelle la contraction du tendon rotulien, plus un malade qui avait, disait M. Guérin, la rotule soudée. M. J. Guérin et le malade étaient pressés de partir, nous n'avons pu examiner le malade suffisamment.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons lettres sur lettres à propos de l'article que nous avons fait sur la brochure de M. Stanski, les unes signées et les autres anonymes. Nous négligeons les dernières comme non avenues ; une opinion que l'on ne signe pas n'est pas une opinion.

Dégagées de tous ambages, il y a en présence deux opinions, dues à une réunion de médecins divers.

L'une consiste à admettre que le choléra est épidémique et contagieux. Épidémique en fait, et contagieux, parce que l'on voit des individus être atteints après avoir eu des rapports avec des cholériques ; et l'on attribue la contagion à la transmissibilité de miasmes cholérigènes fournis par les déjections des malades.

L'autre opinion consiste à envisager le choléra comme une simple épidémie. Suivant cette opinion, le choléra est lié à une viciation de l'air par des miasmes dont l'Inde est le foyer, et qui sont portés dans des directions variables. Il frappe seulement les individus dont les conditions individuelles sont relativement mauvaises. Plusieurs personnes sont atteintes à la fois ou successivement, comme plusieurs personnes peuvent être atteintes d'une angine, d'une bronchite ou d'un rhumatisme, lorsqu'elles ont été exposées au froid, contre lequel elles étaient mal protégées. Cette opinion est aussi la nôtre. L'air que nous respirons tous est actuellement un air vicié, ceux qui résistent à son action sont les gens bien portants, ou qui soignent bien leur santé. Ceux qui sont atteints, n'ont pas pris beaucoup plus que d'autres des miasmes cholérigènes : ils n'étaient pas en mesure de résister. En consultant les observations de la thèse de M. Stoufflet, on voit que le choléra frappait des ivrognes le lendemain d'un excès, des tuberculeux, des femmes qui relevaient de couche, des gens surmenés par de longs soins donnés à des malades, etc., etc.

Parmi les lettres que nous recevons, presque toutes, et celles de M. Rousseau, d'Épernay, soutiennent la première théorie. Nous en sommes étonnés, non pas tant à cause de notre opinion, qui est contraire, que par rapport à l'esprit de ces lettres. Nous ne recevons pas d'observations, mais bien des paraphrases et des commentaires sur ces deux remarques :

Il y a des villages où on a vu des cholériques seulement depuis le jour où il est arrivé quelqu'un d'une ville où le choléra existait.

On a vu plusieurs membres d'une même famille être atteints par le choléra, successivement ou en même temps.

Ou bien encore des raisonnements opposés aux termes des raisonnements de M. Stanski.

Nous prions nos correspondants d'attendre ; nous discuterons toutes les observations que nous trouverons invoquées en faveur de la contagion à mesure qu'elles se présenteront.

Dr Armand Després.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers :

MM. Caillemer, médecin-major de 1re classe;
Fleury, idem;
Comte, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Belle-Ile;
Lescot, vétérinaire principal;
Roger, médecin de l'hôpital des Enfants;
Proust, médecin principal, chef du service de santé, à la Nouvelle Calédonie;
Margain, médecin principal;
Le docteur Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine.
Giroux de Busareingnes;

Chevaliers :

MM. Colin, médecin-major de 1re classe;
Gandaire, Bercejol, Magnier, Dufay, Viennet et Parent, médecins-majors de 2e classe ;
Danyau, pharmacien;
Gaudel, Palat et Durand, vétérinaires en premier.
Le docteur Lunier, inspecteur général des asiles d'aliénés ;
Cazalis, médecin de la Maison municipale de santé;
Bouley, médecin de l'hôpital Necker;
Clerc, médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare;
Hillairet, pharmacien de l'hospice d'Angoulême;
Martinet, médecin de l'hospice de Bourganeuf;
Cathala, médecin en chef de l'hôpital de Cette;
Pollet, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Tourcoing;
Leroy, chirurgien de la garde nationale de Beauvais;
Jargois, docteur en médecine et maire de Champeix;
Hatton, médecin de l'hospice de Fresnay ;
Besson, chirurgien des hospices de Chambéry ;
Pichorel, chirurgien en chef de l'hospice du Havre;
Dumesnil, directeur médecin de l'asile de Quatre-Mares-Saint-Yon;
Gent, médecin de l'hospice de Meulan ;
Martin de Moussy ;
Le docteur Jourdanet, médecin français établi au Mexique ;
Buignet, professeur à l'École de pharmacie de Paris;
Riche, professeur à l'École de pharmacie de Paris;
A. Mercier, docteur en médecine à Paris ;
Jaccoud, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;
Mayet, membre de la Société de pharmacie de Paris;
Delpech, membre de l'Académie de médecine;
Orillard, directeur de l'École de médecine de Poitiers;
Coste, professeur à l'École de médecine de Bordeaux;
Estevenet, professeur à l'École de médecine de Toulouse;
Planchon, directeur de l'École de pharmacie de Montpellier;
Hamon, vétérinaire au dépôt d'étalons de Lamballe,
Fleury, chirurgien principal de la marine en retraite;
Berdot, ancien chirurgien militaire;
Broca, ancien chirurgien militaire;
Dupire, médecin à Fontainebleau ;
Guérin du Grand-Launay, directeur médecin honoraire de l'asile d'aliénés de Saint-Dizer ;

MM. Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg ;
Parise, professeur à l'École de médecine de Lille ;
Baron-Subervie, médecin inspecteur des eaux de Bagnères de Bigorre ;
Goubeaux, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort ;
Baudry, médecin-vaccinateur à Évreux;
Bourguet, médecin-vaccinateur à Rodez;
Chambay, médecin des épidémies d'Alençon ;
Crouzet, médecin inspecteur des eaux de Balaruc;
Debrou, médecin des épidémies d'Orléans;
Dubourg, médecin des épidémies de Marmande;
Génieys, médecin de l'établissement thermal d'Amélie;
De Montozon, médecin des épidémies de Château-Gontier.

— Par divers décrets ont été nommés :

Médecins principaux de 1re classe : MM. Bourguillon, Marmy, Champenois et Coindet.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Messager, Chèvrel, de Guillin, Delcominète, Simon, de Launay, Bédié, Alix, Herbecq, Bagnol et Baudouin.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Haguet, Martial, Poupelard, Hatry, Bock, Fargues, Pitou-Balme, Bauchard et Farine.

— Par arrêté ministériel, MM. Robert et Collin sont nommés fournisseurs d'instruments de chirurgie de la Faculté de médecine.

— L'état sanitaire de Paris, vers la fin de la semaine, était très-amélioré. Il y a eu lundi une légère recrudescence de l'épidémie dans les hôpitaux et en particulier à l'Hôtel-Dieu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Échepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des lésions de l'intestin dans les hernies, par E. Nicaise, docteur en médecine, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. Un volume in-8° de 120 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Germer-Baillière.

Traité du rhumatisme musculaire, par M. le docteur Dupuy (de Frenelle). Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Asselin.

Traitement du choléra, par M. le docteur Dupuy (de Frenelle). Prix : 75 c. — Paris, 1866, Asselin.

Équivalents, atomes, molécules, par le docteur Edouard Grimaux. Un vol. in-8° de 108 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, F. Savy.

Doctrine stœchiologique du choléra, d'après les travaux récents, par le docteur A. Papin-Ruillier-Beaufond. Un vol. in-8° de 64 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Étude médicale et statistique, sur la mortalité à Paris, à Londres, à Vienne et à New-York, en 1865, d'après les documents officiels, avec une carte météorologique et mortuaire, par le docteur L. Vacher. Un vol. in-8°, prix : 5 fr. — Paris, 1866, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 97. — MARDI 21 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 21 AOUT 1866. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — De la non contagion du choléra. — Des maladies régnantes pendant le mois de juillet 1866. — Arthritis, arthritisme, Arthritides. — Nouvelles. — Bibliographie.

DE LA NON-CONTAGION DU CHOLÉRA.

Dans les divers articles que nous avons publiés jusqu'ici et que nous publierons, nous avons négligé à dessein dans la discussion des observations et travaux sur la contagion du choléra :

1° Les interprétations relatives au transport du choléra par les vaisseaux ;

2° Les simples mentions de faits sans observations.

Si le choléra a été contagieux dans ces deux conditions, il l'a été dans les conditions de la pratique de notre ville; et réciproquement, s'il ne peut être contagieux chez nous, à Paris, il ne pouvait l'être ailleurs.

La transmission du choléra par les bâtiments est passible de ces deux objections déjà souvent formulées, à savoir : qu'un bâtiment peut être une atmosphère mobile, et cela a été admis par M. Mélier, dans son remarquable rapport à l'Académie, pour la fièvre jaune de Saint-Nazaire ; à savoir, que personne n'a dit et ne dira pourquoi vingt bâtiments partis d'une ville infectée, ne porteront, à supposer qu'ils le portent, le choléra que sur un ou deux points du monde.

Les simples mentions de faits qui circulent de bouche en bouche, et dont le nombre grossit ainsi, seront toujours récusables. Nous ne prendrons pour exemple que cette phrase d'une lettre de M. Rousseau (d'Épernay), publiée dans l'*Union médicale :*

« En avril 1832, le choléra se développa à Vertus, à 20 kilomètres d'Épernay, après le passage d'un régiment venant de Paris, et qui avait logé dans cette petite ville. » Rien ne justifie le soupçon de contagion ; un rapprochement est établi sans documents à l'appui.

Nous devons en dire autant des suppositions de M. Simon (de Londres) et du professeur Miller de King's College (de Londres), sur la contamination des eaux potables par les déjections cholériques et leur capacité pour engendrer le choléra. Nous nous étonnons que l'un des collaborateurs de la *Gazette hebdomadaire,* M. Le Fort, se soit fait l'écho de telles hypothèses qui ne sont pas plus fondées que le vote des médecins français et de la commission sanitaire sur la contagion du choléra. Eh quoi ! l'on voudrait rapprocher ce qui se passe à Londres de ce qui a lieu à Paris ? Mais est-ce qu'il est possible d'oublier que l'année dernière le choléra était en même temps à Batignolles et à Saint-Ouen, et si l'on veut que les gens de Saint-Ouen aient eu le choléra pour avoir bu l'eau de la Seine au-dessous de l'égout collecteur d'Asnières, quelles sont donc les causes qui ont donné le choléra aux gens de Batignolles ?

Ceux-ci buvaient, si nous sommes bien renseignés, l'eau du canal de l'Ourcq, et même c'était accidentellement, car des conduites d'eau étaient en réparation en ce moment, si nos souvenirs sont exacts.

Qui a engendré le choléra chez un nombre de malades assez grand pour vicier des rivières par des déjections cholériques, soit à Londres soit à Paris, dans l'hypothèse de la *Gazette hebdomadaire?*

Ces détails, on le voit, puisés dans le journal anglais, *the Lancet,* nous séduisent peu, d'autant qu'ils ne sont pas les seuls documents sur le choléra, et que le même journal renferme l'annonce d'un livre du docteur Hearne, intitulé : *De la non-contagion du choléra,* ce qui prouve que, même à Londres, il y a des médecins qui regardent les choses de près. Dans *the Lancet* du 4 août, il y a encore l'analyse d'un livre du docteur Macpherson, *Cholera in its home*; il ressort du travail de ce médecin, qui est inspecteur des hôpitaux du Bengale et ancien médecin de l'hôpital général européen de Calcutta, deux points importants : que le choléra apparaît en mars, avril et mai, que son foyer se trouve sur les bords du Gange et de l'Hooghly ; que les équipages des vaisseaux ancrés sur les ports ont des cas de choléra, mais que les navires une fois en mer redeviennent salubres, et ceci est bon à noter pour répondre aux auteurs qui parlent de la transmission du choléra par les navires. Les citations de livres étrangers ne surprennent pas quand l'on remonte aux sources ; il n'est pas juste de penser d'ailleurs et *a priori* que la vérité puisse nous venir des commentaires d'une société anglaise, plutôt que de l'observation des cholériques que nous voyons chez nous.

Examinons les observations :

Nous empruntons à la thèse de M. Stoufflet, que nous avons déjà citée, des faits de choléra ayant présenté quelque apparence de contagion.

Et d'abord notons que sur 524 cas de choléra, 85 seulement ont pu être mis en suspicion au point de vue de la transmissibilité. Rendons aussi justice à M. Stoufflet qui n'a pas affirmé la contagion et a donné la mesure de son bon esprit, en fournissant tous les détails qu'il a pu recueillir.

Étudions les 85 faits. Aujourd'hui nous donnons les plus détaillés.

Six infirmiers et infirmières ont été malades, mais, de l'aveu même de M. Stoufflet, ils ne l'ont pas été gravement, de sorte que l'on peut se demander s'il s'agissait pour tous réellement de choléra.

Voici l'observation d'une infirmière :

Viel (Honorine), trente-six ans. C'est une ancienne infirmière venue de l'hospice de la Salpêtrière pour ce service spécial ; elle est gastralgique depuis quinze ans et sujette à des contractures du côté droit depuis 1857.

Elle avait de la diarrhée depuis trois jours et n'en disait rien ; le 28 novembre, elle vomit une fois et n'en accuse que sa gastralgie ; mais les accidents augmentent, elle ne peut plus les cacher, et le 29 on l'installe de force dans un lit. Pouls à 72. Sitôt qu'elle fut couchée, les contractures reparurent dans la jambe droite. Glace, opium 0,05 en cinq pilules ; vésicatoire à l'épigastre.

Le 30. Hier elle a eu de nombreux vomissements ; mais ce qui l'épuise ce sont les contractures douloureuses de sa jambe. État nerveux, surexcitation ; elle rit et pleure à la fois. Frictions avec huile de camomille camphrée, poudre et extrait de belladone 0,05, en deux pilules à prendre matin et soir.

Le 1er décembre, la contracture de la jambe est extrême ; le pied est dans l'extension forcée, un peu incliné en dedans. La chaleur du lit augmentant l'intensité du spasme, on lui permet de se lever ; le poids du corps servira encore à le vaincre.

Le 2, même état, mais pendant la nuit seulement ; un bandage roulé est énergiquement appliqué et la belladone est continuée.

Le 3, la malade ne se plaint plus de rien ; la constriction exercée l'a guérie, dit-elle.

Le 5, elle reprend ses fonctions.

Adonis (Éléonore), cinquante ans, entrée le 28 septembre. Elle allait le matin à la Chapelle-Saint-Denis soigner une malade. C'est là qu'elle fut prise des accidents, et de là qu'elle fut conduite à l'hôpital. Mais soignait-elle un cholérique ? Avec cette indication vague de la Chapelle-Saint-Denis, il était impossible de le rechercher ; personne ne savait même la rue où elle se rendait tous les matins. La malade était affectée d'un squirrhe ulcéré du sein, et à son entrée elle avait de la diarrhée depuis un jour.

Veuve P... (Victoire), quarante-sept ans. Cette dame en était à sa première garde, au moins à la Maison municipale de santé ; elle veille pendant douze jours une apoplectique, qui fut prise à la fin d'accidents cholériques. La malade morte, la garde rentre chez elle, et au bout de trois à quatre jours le choléra l'atteint, et la tue le cinquième jour.

Il y a des causes adjuvantes morales. Sa vie était devenue bien accidentée depuis quelque temps, sa famille avait cessé de la voir, et elle en éprouvait un profond chagrin ; enfin, si la misère n'était pas encore arrivée, elle était bien imminente.

Nous rejetons la première observation ; il s'agit d'une garde-malade, et il n'est pas dit qu'elle ait soigné un cholérique. Il faut rejeter de même la seconde observation.

Treton (Jean-Pierre), quarante-trois ans, entré le 1er novembre. Il ne remplit ces fonctions que comme auxiliaire et depuis le 10 octobre ; son premier état fut celui de tourneur en optique. En 1860, il fut obligé de le quitter, à cause de la faiblesse de ses yeux et de ses attaques d'épilepsie qui se rapprochaient de plus en plus ; ces dernières ont débuté après la mort de sa fille en 1852 ; jusque-là il n'avait eu que du vertige épileptique. Il entra alors à l'hospice de Bicêtre comme infirmier et y fut soigné pour sa maladie à différentes reprises. Le 1er novembre, en remplissant ses fonctions, il fut frappé tout à coup. N'était-ce pas une nouvelle attaque ? c'est bien probable, car il n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé, et quand il reprit connaissance, il était dans une voiture qui le transportait à l'hôpital Lariboisière. Il avait alors de la diarrhée depuis quinze jours et des vomissements un peu plus fréquents depuis un ou deux jours ; car le malade fait remarquer qu'ils lui sont habituels, surtout le matin. A l'hôpital, il eut quelques crampes.

Entré le 1er novembre, il est sorti le 6 ; son état ne fut jamais grave ni inquiétant.

J'ai déjà dit qu'en 1849 il avait eu le choléra ; sa convalescence avait été longue, puisqu'il lui fallut sept semaines de soins chez lui, puis deux mois de campagne. Cette fois, il reprit son travail de suite, mais il ne put le continuer que pendant onze jours, ses forces le trahissant et le service étant encore trop actif, à ce moment de l'épidémie. Depuis, sa position s'est encore aggravée.

Le porteur des pompes funèbres n'a pas eu le choléra.

Le 1er octobre, il entre à la fois le nommé Fontaine, terrassier, âgé de trente-sept ans : sa femme, couturière, âgée de quarante-trois, et leur fille de onze ans.

Deux autres enfants ont été épargnés, l'aîné et le plus jeune.

Un frère du mari est mort aussi à Clichy du choléra ; mais je ne puis dire s'il vivait encore avec eux. Nous avons déjà dit qu'en 1849, le chef de la famille avait perdu six de ses enfants, après avoir été légèrement atteint lui-même.

C'est le 27 septembre que le père fut pris des accidents sans diarrhée prémonitoire, puis douze heures après ce fut le tour de l'enfant et enfin la mère fut atteinte le 1er octobre. L'enfant seule est morte.

Les conditions de santé de cette famille étaient loin d'être bonnes. Ainsi le père était atteint de phthisie pulmonaire ; à l'auscultation des sommets des poumons on entendait des craquements humides à gauche et à droite ; mais les lésions étaient plus avancées du côté droit, car il y avait encore de gros râles humides et en faisant tousser le malade, on entendait du gargouillement. En 1862, il était entré à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie qui nécessita la thoracentèse ; de chaque côté du cou, il portait de nombreuses cicatrices de ganglions scrofuleux.

La misère était profonde : le père, la mère, les enfants couchaient par terre sur de la paille ; mais c'était le fruit de l'insouciance, du défaut d'ordre des parents. La veille du jour où la maladie se déclara, le père et la mère étaient ivres ; les voisins, tout en entendant des va-et-vient, des efforts de vomissements, ne connurent pas d'abord ce qui venait de les frapper ; « nous avons cru qu'ils rendaient ce qu'ils avaient pris de trop. »

— L'ivresse, la veille des accidents, la simultanéité du début du choléra sont ici en opposition avec l'idée de la contagion. Ces gens étaient dans de mauvaises conditions communes ; la mort des parents dans des épidémies antérieures, prouverait que ces individus avaient en eux des conditions favorables au développement du choléra.

Le 3 octobre, le nommé Lefèvre conduit à l'hôpital trois de ses enfants, une fille de treize ans et deux jeunes garçons, l'un de quinze, l'autre de quatorze ans.

Pendant le transport de ses enfants, la mère tombe malade, puis le père, quelques jours après. Deux autres enfants étaient déjà morts, une petite fille de dix-huit mois et un petit garçon de huit ans et demi ; seuls, les aînés n'ont pas été atteints (dix-huit et quinze ans).

C'est le 24 septembre que la petite fille tombe malade ; on l'enterre le mardi, et son frère le jeudi. Le dimanche suivant les trois autres tombent malades après deux jours de diarrhée prémonitoire, dont ils n'avaient pas même parlé ; la mort de leur frère ne les avait ni éclairés, ni effrayés.

Les deux jeunes garçons se sont guéris, la fille est morte ; elle était souffrante depuis quelque temps d'une maladie de peau ; dans le voisinage on la disait « remplie d'humeurs. » Entrée le 3 octobre à midi, elle mourait le lendemain à cinq heures du matin.

Les conditions hygiéniques étaient peut-être peu satisfaisantes : 9 personnes confinées dans un petit local humide, au rez-de-chaussée.

L'observation précédente n'a pas besoin de commentaires, il en est de même des deux observations suivantes : dans la première, toute la famille a été malade, elle n'était pas acclimatée au séjour de Paris ; dans la seconde, la mère et l'enfant étaient déjà malades.

Le 7 octobre, le même brancard apportait, à onze heures du matin, la femme Moreaux, vingt-neuf ans, couturière, et sa fille de trois ans et demi ; celle-ci était malade depuis trois jours, et la mère depuis le matin même.

Ils étaient à Paris depuis quinze jours, venant du département de l'Aisne. La mère est morte le 10 octobre ; son enfant s'est guérie.

Ici la misère était profonde ; la nourriture de cette pauvre famille ne consistait qu'en du pain, quelques légumes. Le père et son fils ne furent pas assez malades pour être forcés d'entrer à l'hôpital, et ils se hâtèrent de quitter Paris.

Le 10 octobre sont entrés la veuve Perrin, journalière, âgée de trente-cinq ans, et un de ses fils, âgé de huit ans.

La famille se composait de la mère et de six enfants ; le père était mort depuis dix mois, de phthisie pulmonaire. Les enfants s'échelonnaient ainsi : treize, neuf, huit, quatre, trois ans, sept mois. Enfin, six semaines auparavant la veuve avait été atteinte de fièvre typhoïde et sa convalescence n'était pas encore terminée. Quant à l'enfant, il dépérissait depuis quelques mois et toussait beaucoup. Nos deux malades sont morts le lendemain de leur entrée.

Le choléra de la mère éclata subitement, sans diarrhée prémonitoire ; le fils, au contraire, eut cinq jours de diarrhée auparavant.

Les cinq autres enfants ne paraissent pas avoir été atteints ; je n'en suis cependant pas absolument certain, puisque je n'ai pu en interroger qu'un seul ; les autres étaient placés de différents côtés, et je n'ai pu savoir leurs adresses.

Le 12 octobre, nous voyons arriver à la fois : la femme M..., blanchisseuse, âgée de trente-quatre ans, sa fille de huit ans, un jeune garçon de dix ans, enfin un petit enfant de quatorze mois : en un mot tous ses enfants.

De cette famille, il ne reste que la petite fille sortie de l'hôpital treize jours après. La mère est morte le lendemain de son entrée à deux heures du matin, après trente heures de maladie et ses deux autres enfants, l'un le surlendemain, l'autre le cinquième jour.

La femme était estimée, propre, économe, élevant sa famille avec le plus grand soin. On n'assigne qu'une cause à sa maladie : des émotions morales. Voulant quitter son logement, rue Fontaine-du-But, elle avait loué dans une des rues qui entourent le cimetière Montmartre. En visitant son logement pour en préparer les dispositions, elle fut saisie de peur en voyant d'abord sortir deux cercueils de la maison où elle allait entrer, puis défiler en peu d'instants devant ses fenêtres, une série de corbillards se rendant au cimetière. La panique la prend, elle refuse d'entrer en jouissance, abandonne l'argent versé d'avance et va louer loin de là, rue Marcadet, un nouveau logement. Le 8 octobre, elle déménage; mais ici nouveaux déboires! Le mari, un peu adonné à la boisson, était irrité de l'argent perdu, et sa femme en pâtit. Il y eut des scènes pénibles entre lui et le propriétaire qui s'interposait; le mobilier fut en partie brisé, etc., etc.

Trois jours après, les accidents éclatèrent, sans diarrhée prémonitoire; pour les enfants, elle avait commencé le matin même.

La mère jouissait d'une excellente santé; la veille encore elle avait lavé le linge de la famille et ne s'était plainte de rien. Le petit garçon de dix ans était également bien portant, actif; il aidait sa mère dans les détails du ménage et soignait son jeune frère. Ce dernier paraissait noué, suivant l'expression populaire, et l'opinion générale, c'est que c'était un enfant qui ne vivrait pas.

Ici le choléra atteint les deux individus à la fois; il y a aussi des désordres qui peuvent expliquer le choléra de la mère et de l'enfant de dix ans.

Dans l'observation suivante on voit encore les accidents apparaître simultanément. Où est donc la contagion?

Le 13 octobre, à quatre heures du soir, il entre un homme d'affaires, âgé de quarante et un ans. Sa femme l'accompagne, puis rentre chez elle et se couche. A huit heures, elle appelle à son secours, part de suite pour l'hôpital, où elle entre cinq heures après son mari. Une heure après, ce dernier meurt et le lendemain sa femme expire à neuf heures du soir. Voici maintenant les antécédents :

Le mari était malade depuis l'avant-veille avec diarrhée et vomissements; les crampes ne survinrent que la veille. Mais le choléra n'a frappé là qu'un homme condamné depuis longtemps, et arrivé à la troisième période de la phthisie pulmonaire. Enfin l'alcoolisme y a joué son rôle habituel; l'absinthe, mêlée à quelque sirop, était la panacée du défunt : ses mains, sa tête tremblaient continuellement. Sa dame avait également de la diarrhée depuis deux jours, mais les vomissements ne survinrent qu'après son retour de l'hôpital. Jamais elle n'avait été malade; on pourrait bien dire qu'elle imitait quelquefois son mari, mais ce n'était pas coutume. Si le ménage vivait, c'était grâce à son travail assidu.

Le 14 octobre, on voit arriver la femme D..., modiste, âgée de trente-neuf ans, et son fils de dix-huit ans, apprenti tourneur en cuivre. Tous deux venaient du II[e] arrondissement; mais il faut ajouter que ce n'était que depuis le 8 octobre qu'ils y demeuraient : ils venaient du XI[e] arrondissement.

Le reste de la famille se compose du mari qui habite Constantinople la plupart du temps, d'une jeune fille de quatorze ans qui ne fut pas atteinte, et d'une enfant d'un an qui mourut à Montmartre, du choléra, chez et avec sa nourrice.

La mère meurt le lendemain à midi, et le fils sort guéri.

La mère était souffrante depuis quelque temps, et ce fut même là le motif de son changement de domicile; le soir, en sortant de son travail, elle avait de la peine à remonter le faubourg du Temple pour rentrer chez elle. Malheureusement, il faut ajouter que l'exemple de son père, mort aliéné par suite d'excès de boissons, ne lui avait pas servi de leçon; les renseignements sont d'une parfaite concordance à ce sujet et son fils lui-même l'avouait avec douleur. Chez elle le début fut brusque, sans diarrhée prémonitoire.

Son fils était malade déjà depuis douze jours au moment de son entrée; il eut plus de nausées que de vomissements; enfin les crampes furent à peine marquées dans les extrémités. Il se rétablit promptement, puisque quatre jours après il descendait dans les salles de convalescence; mais celle-ci fut de longue durée et nécessita un mois de séjour aux Ménages.

Ici le début du choléra n'est pas précisé, la mère était souffrante depuis quelque temps; le fils avait de la diarrhée depuis douze jours.

Le 20 octobre, la femme B..., âgée de trente-deux ans, entrait avec son fils de deux ans et demi.

Celui-ci était malade depuis deux jours : diarrhée, vomissements et crampes. Le 20 octobre, à quatre heures du matin, la mère est prise de diarrhée, tombe sans connaissance, puis surviennent les autres symptômes. Transportée à neuf heures du matin, elle meurt à deux heures du soir, après dix heures de maladie seulement; son fils a survécu jusqu'au troisième jour.

Ici la misère, le chagrin, la peur sont intervenus.

Le mari et sa femme tenaient un établissement qu'ils avaient dû abandonner cinq jours auparavant; ils ne pouvaient même faire blanchir le linge de la famille, puisqu'après la mort de nos deux malades, 160 pièces de linge furent trouvées accumulées dans des paniers : l'air de la chambre en était infecté. Dès que la mère vit son enfant malade, elle fut prise de tremblements nerveux, d'effroi; elle osait à peine l'approcher, et cependant elle le soignait.

Enfin, elle était enceinte de six mois.

De la famille, il reste le père et une petite fille de cinq ans, qui ne furent atteints ni l'un ni l'autre.

Le rôle de la peur est bien marqué dans cette observation.

Le 30 octobre, entre la veuve Jarrige, journalière, âgée de quarante et un ans et sa fille Marie, âgée de deux ans.

La famille se composait auparavant du père, âgé de quarante-sept ans, journalier, et de deux autres enfants, deux filles, l'une de dix ans, l'autre de six ans. Le père fut frappé le premier après dix jours de diarrhée prémonitoire et mourut le troisième jour. Après lui, ce fut la deuxième de ses filles, puis la mère, puis la plus jeune des enfants. L'aînée n'y échappa pas; transportée au dépôt des hôpitaux, pendant la maladie de sa mère, elle y tombe malade presqu'à son arrivée.

Le père seul est mort; la mère et sa fille sont sorties le onzième jour. La mère eut près de huit jours de diarrhée prémonitoire, qui débuta de suite après la mort du mari; l'enfant de six ans ne l'eut que pendant deux jours; la plus jeune pendant trois jours, et l'aînée n'eut que de l'anorexie pendant quelque temps. La santé de la veuve était assez bonne; mais il faut dire qu'en 1861, elle fut opérée à l'Hôtel-Dieu, par M. Foucher, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté, pour une tumeur blanche du pied, et y subit une amputation que j'ai crue médio-tarsienne; peut-être le scaphoïde a-t-il été conservé! En voici les suites : pendant un an, elle ne put marcher qu'avec des béquilles; au bout de ce temps, elle en laissa une et enfin, six mois après, elle se contenta d'une canne solide. Mais au mois de mars de cette année 1866, la marche était toujours pénible, douloureuse; le moignon et la jambe s'œdématient souvent; enfin, en tout temps, elle s'y plaint du froid et ne peut les réchauffer. Cette infirmité, qu'elle supporte courageusement du reste, force la famille à habiter un rez-de-chaussée, qui malheureusement est de plus humide, inégal, en contre-bas du sol.

Son attaque de choléra ne lui a laissé aucune suite fâcheuse; l'appétit était bon, les forces revenues, et n'était son moignon, elle pourvoirait courageusement aux besoins de sa famille dont elle est le seul soutien maintenant.

Mais il n'en est pas de même pour l'enfant; le choléra paraît avoir déterminé l'évolution d'une maladie intestinale : son ventre avait pris des proportions inquiétantes; elle était sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation; enfin elle maigrissait beaucoup.

Ainsi on voit le choléra se succéder sur plusieurs individus d'une même famille, ou les atteindre à la fois.

Quand le logement était évidemment malsain;

Quand l'homme et la femme étaient ivres;

Quand deux membres de la famille étaient déjà malades;

Chez des femmes enceintes veillant un enfant malade,

C'est-à-dire quand plusieurs individus étaient dans des conditions de santé analogues, sinon identiques, qui les mettaient également hors d'état de résister à l'épidémie. Dr Armand Després.

Des maladies régnantes pendant le mois de juillet 1866.

Nous donnons aujourd'hui, par anticipation, notre revue clinique hebdomadaire; voici ce qui résulte du rapport de M. le docteur Besnier à la Société de médecine des hôpitaux.

Tandis que, pendant tout le mois de juillet, les maladies prédominantes de la saison n'ont offert, dans leur nombre ni dans leur évolution, aucune modification importante, on a assisté dans ce mois au début et aux progrès rapides d'une épidémie cholérique, qui ne tarda point à devenir le point de départ et l'origine d'un grand nombre d'accidents, que l'on était porté jusqu'alors à considérer comme prémonitoires, et non pas seulement comme secondaires et consécutifs.

Nous dirons d'abord, en nous reportant au rapport lu par M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux, ce qu'ont offert de particulier les affections autres que le choléra ; nous réserverons, pour la seconde partie de cette revue, ce qui a trait à la marche et l'évolution de l'épidémie.

I. Les affections thoraciques ont été plus nombreuses qu'elles ne le sont habituellement à cette époque de l'année; on doit signaler en particulier la fréquence des pleurésies.

Les affections des voies digestives, embarras gastriques et gastro-intestinaux, diarrhées de toute nature, sont devenues extrêmement communes, depuis le début de l'épidémie cholérique : quelques-unes de ces affections se montrent, à leur début, avec une apparence symptomatique insolite et une intensité tout à fait exceptionnelle, et n'en cèdent pas moins avec facilité au traitement rationnel employé.

Aux Ménages, l'influence épidémique est signalée, par M. Mauriac, comme s'étant manifestée presque exclusivement par des dérangements gastro-intestinaux d'une grande intensité et de courte durée : « la maladie débutait subitement par des coliques, du malaise épigastrique, des évacuations alvines réitérées, liquides et abondantes; quelquefois dans les vingt-quatre heures, vingt, trente garde-robes jaunes ou même blanchâtres, et tout à fait semblables à celles du vrai choléra; tout cela sans cyanose, ni algidité, ni changement de physionomie; à peine quelques crampes. Au bout de douze, vingt-quatre ou trente-six heures, cessation des coliques, suppression des garde-robes coïncidant avec une sueur plus ou moins abondante, mais sans fièvre de réaction bien marquée; puis retour très-rapide à la santé. »

Les fièvres typhoïdes sont restées à peu près stationnaires; on a, de plus, constaté, comme on le verra plus loin, un certain nombre de cas intérieurs de choléra. Comme caractères particuliers, M. Empis mentionne une gravité plus grande que dans le mois précédent, et M. Gubler signale, chez ses malades de Beaujon, une fréquence insuitée des accidents ataxo-adynamiques; M. Siredey a observé, dans son service, un cas très-intéressant de fièvre typhoïde à forme spinale.

Les affections diphthéritiques ont reparu, avec une grande intensité, à l'hôpital Sainte-Eugénie; et suivant la remarque de M. Barthez, les cas sont plus graves que dans la précédente épidémie.

Pour ce qui est des fièvres éruptives, la variole, bien qu'elle continue à décliner, a cependant atteint un assez grand nombre de malades : M. Potain a observé, à Necker, un exemple remarquable d'évolution simultanée de la variole et de la vaccine.

La rougeole semble, comme la variole, diminuer en nombre et en gravité; mais elle a fourni également un assez grand contingent à l'épidémie cholérique.

On peut mentionner, comme faits intéressants de fièvres éruptives signalés par M. Woillez : 2 varioloïdes, dont une immédiatement suivie du développement d'un érythème noueux aux quatre membres et au niveau du tronc; 1 zona ayant occupé la fesse et la cuisse gauches, sans douleurs vives; 1 cas de miliaire blanche aux deux avant-bras, avec fièvre, abattement, stupeur et douleur épigastrique au début.

Relativement aux maladies puerpérales, M. Empis signale l'état sanitaire excellent de ses femmes en couche; M. Piloris à Necker, M. Vernois à l'Hôtel-Dieu, M. Frémy à Beaujon, ont fait la même remarque.

II. — *Épidémie cholérique.* — L'état sanitaire de la ville et des hôpitaux, ainsi que nous l'indiquions dans nos précédents rapports, était généralement très-bon, la constitution médicale d'une bénignité exceptionnelle, et la mortalité générale relativement très-peu considérable. Rien, sauf ce qui se passait en d'autres villes plus ou moins éloignées, de la France et de l'étranger, ne pouvait faire prévoir une nouvelle invasion de l'épidémie; il y avait bien eu quelques chaleurs assez fortes, quoique nullement excessives, et en tout cas peu prolongées; mais il ressortait bien expressément de toutes les observations faites par vous, durant ces derniers mois, que les troubles intestinaux étaient très-rares, et, notamment, qu'il n'y avait pas de diarrhées. Bien plus : au moment même où l'épidémie éclatait à la fois dans la ville et dans divers établissements publics, l'état sanitaire était excellent la veille encore, et les malades atteints de diarrhée ne se comptaient pas en plus grand nombre que d'habitude.

A l'hôpital Saint-Louis, en particulier, où l'épidémie actuelle a débuté, le 12 juillet, dans le service d'accouchements composé de 28 lits, occupés par de nouvelles accouchées, l'état de santé, constaté le matin même, était très-satisfaisant, sauf pour 2 d'entre elles, atteintes de péritonite, à la suite d'imprudences faites au quatrième jour de l'accouchement. Le 12, au soir, un nouveau-né fut pris de convulsions avec vomissements et diarrhée, et mourut le 13 au matin, complétement algide; le 14, l'infirmière venait de grand matin chercher en toute hâte M. Odier, interne du service de M. Hardy, qui constata l'invasion subite des vomissements et de la diarrhée, avec refroidissement et amaigrissement extrêmement rapide sur 7 enfants à la fois. Le soir du même jour, 2 femmes mères, du service, étaient atteintes, puis divers malades placés dans différentes salles de l'hôpital. Le 13, l'hôpital Cochin reçoit ses premiers cas extérieurs; le 14, le choléra est à l'Hôtel-Dieu; le 15, la maladie fait son entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie par 1 enfant apporté du dehors. Quelques jours avant, le 12, Lariboisière reçoit un cholérique du dehors, mais l'on n'y constate des cas intérieurs que vers le 17 et le 18, jours marqués en outre par l'entrée de plusieurs malades du dehors. Le 17, à Beaujon, le choléra débute en faisant explosion dans la salle Sainte-Claire, service de M. Moutard-Martin, où, dans la même journée, sans symptômes prémonitoires, il atteint 5 malades; le même jour, on reçut quelques malades, et, à partir de ce moment, les entrées se succèdent assez nombreuses, puisque, du 17 au 31 juillet, il y a eu 151 cholériques traités à Beaujon. Le 22, la maladie était constatée par M. Archambault à l'hospice des Incurables (hommes), et reconnue également dès cette époque à la Salpêtrière, aux Ménages, aux Incurables (femmes), à Lourcine, par MM. Desnos, Mauriac, Raynaud et Simon.

Symptômes prémonitoires. — De même que l'épidémie, considérée dans son ensemble, n'avait pas eu de période prémonitoire, de même les accidents cholériques se sont, dans un grand nombre de cas, développés d'emblée sans symptômes précurseurs. A la Maison de santé, pendant la première quinzaine de l'épidémie, M. Bourdon constate un bon nombre de cas foudroyants, et plusieurs chez des individus qui n'avaient pas présenté de diarrhée prémonitoire. « A l'Hôtel-Dieu, dit M. Horteloup, la diarrhée prémonitoire a manqué dans plus de la moitié des cas; sur 400 pris au hasard, 45 fois seulement il y avait eu diarrhée deux ou trois jours avant les vomissements et les crampes, rarement six, huit ou dix jours avant. » « Chez un grand nombre de nos malades, dit M. Moutard-Martin, quelle que soit leur origine, le choléra a débuté subitement, sans symptômes précurseurs, et le nombre des invasions subites est environ le tiers du nombre total. » Aux Incurables (femmes), sur 6 malades atteintes, M. Raynaud n'a constaté qu'un seul cas de diarrhée prémonitoire; aux Incurables (hommes), M. Archambault a noté cette diarrhée; mais, chez 3 malades sur 9, elle a été de si courte durée, que tous les symptômes ont éclaté presque simultanément. A Lariboisière, M. Hérard note que, dans 22 cas sur 96, le début a été brusque, et que les vomissements et les crampes ont apparu en même temps que la diarrhée, ou un peu après elle. A Saint-Louis, pour le service de M. Hardy, M. Odier, qui surveille les enfants avec la plus grande et la plus louable sollicitude, a été en mesure de vérifier que, au moment même de l'invasion du choléra, les enfants atteints avaient des selles plus ou moins parfaites, suivant leur mode d'alimentation, mais qu'aucun d'eux n'avait de diarrhée. A Beaujon, au contraire, dans le service de M. Frémy, sur 5 cas de choléra intérieurs, développés sur une population de 56 malades, on a observé constamment une diarrhée prémonitoire de douze heures de durée au moins.

Dans le même hôpital encore, et contrairement à ce qui a été observé partout ailleurs, M. Gubler a noté que la diarrhée prémonitoire avait presque constamment précédé de deux à trois jours l'invasion du choléra.

Cas intérieurs et cas extérieurs. — D'après le relevé que nous avons fait des documents qui sont parvenus à la commission de la presque totalité des hôpitaux, on peut évaluer approximativement le nombre des cas développés à l'intérieur au tiers environ du nombre des cas extérieurs. Il se pourrait toutefois que ce chiffre excédât un peu la réalité, si l'on tient compte de l'erreur à peu près inévitable déjà signalée dans les précédentes épidémies, et qui nous a été rappelée à nouveau par M. Woillez, erreur qui consiste à comprendre parmi les cas intérieurs des malades admis comme non cholériques, et dont le diagnostic exact n'est pas porté au moment de l'entrée à l'hôpital. « On a compté, dit M. Woillez, 2 cas intérieurs sur mes 12 malades, mais c'est une fausse interprétation. Il s'agissait de 2 hommes accusant de la diarrhée, et qui, une fois admis comme non cholériques, ont été reconnus avoir eu des crampes ou des vomissements avant l'admission, et placés ensuite dans la salle des cholériques. »

Il est quelques hôpitaux qui n'ont eu aucun cas développé à l'intérieur, et nous citons en première ligne l'hôpital Cochin et l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres; aucun malade, M. Woillez l'indique explicitement, séjournant dans l'hôpital, n'a été atteint par le choléra, quoique plusieurs fussent affectés de diarrhée depuis longtemps. A l'hôpital des Enfants, on avait bien constaté, dans le service de M. H. Roger, avant que l'épidémie fût établie, 1 ou 2 cas de mort prompte avec diarrhée, refroidissement et prostration très-rapide; mais il n'y avait là rien de caractéristique, et ces faits n'ont été interprétés que rétrospectivement. Depuis, il est entré du dehors un certain nombre de cholériques, mais aucun cas intérieur ne s'est développé, et cela est dû, suivant la remarque de M. Chauffard, qui dirige le service des cholériques, à l'isolement provoqué dans un pavillon situé près de la porte d'entrée, et sans rapport avec les autres services.

A Sainte-Eugénie, au contraire, où les conditions locales n'ont pas permis à l'administration de pratiquer l'isolement dans d'aussi heureuses conditions, M. Bergeron a noté « 8 cas intérieurs, dont 2 chez des infirmières (l'une attachée au service des garçons) et 6 chez des petites malades, entrées depuis plus ou moins longtemps à l'hôpital, mais pour des maladies complétement étrangères à l'épidémie : ainsi, 8 cas internes, 8 filles; or le bâtiment affecté au service des filles est précisément celui dans lequel on a installé le service des cholériques des deux sexes, sans isolement complet. » Ces faits parlent assez d'eux-mêmes pour qu'il soit inutile d'y ajouter aucun commentaire; il ne faudrait pas cependant s'exagérer leur importance, car les hôpitaux Cochin et des Enfants-Malades sont situés, comme le fait remarquer M. Chauffard, dans une zone relativement épargnée par l'épidémie. En effet, à l'hôpital Necker, contigu, comme on le sait, à l'hôpital des Enfants, on a noté seulement, dans le service de M. Delpech, 2 cas intérieurs contre 40 venus du dehors.

Dans d'autres régions, au contraire, à Beaujon, à Saint-Louis, à Lariboisière, à la Maison de santé, à l'Hôtel-Dieu, le chiffre des cas intérieurs est, en général, véritablement énorme; à Beaujon, où M. Moutard-Martin a noté, dans son service de femmes, 18 cas intérieurs contre 36 venus du dehors; à Lariboisière, où M. Hérard reçoit 29 cas intérieurs contre 67 extérieurs, et M. Tardieu 34 intérieurs pour 47 du dehors; à la Maison de santé, où M. Bourdon compte 15 cas intérieurs; à l'Hôtel-Dieu, enfin, où M. Horteloup note 78 cas intérieurs sur un total de 291 malades.

Au point de vue de la gravité, il ressort également de nos observations qu'elle est beaucoup plus considérable pour les cas intérieurs que pour ceux venus du dehors; nos relevés nous indiquent, à cet égard, une mortalité moyenne de 50 à 60 p. 100 pour les cas intérieurs, tandis qu'elle n'est que de 33 à 43 p. 100 au sujet des cas extérieurs. A l'Hôtel-Dieu, M. Horteloup note que la mortalité générale étant de 54 p. 100, celle des cas intérieurs a été de 62 p. 100.

Tous ces chiffres ont pour nous une très-grande importance; car s'il est vrai que les cas intérieurs se développent chez des sujets plus ou moins valétudinaires, il ne saurait échapper, d'autre part, que les sujets atteints dans l'hôpital reçoivent dès le premier moment les soins les plus éclairés et les plus assidus, tandis qu'il est loin d'en être de même pour la population dans laquelle se recrutent les cas extérieurs, et l'on ne saurait oublier non plus qu'un bon nombre des cas venus du dehors se sont également développés chez des valétudinaires. M. Bourdon insiste particulièrement sur cette extrême léthalité qui a atteint à la Maison de santé des proportions inouïes : sur 15 malades pris à l'intérieur de l'établissement, 13 ont succombé malgré les soins les plus éclairés prodigués dès le début des accidents, tandis que pour les malades amenés du dehors, la mortalité n'a guère été que de 50 pour 100. De même à Lariboisière, dans le service de M. Tardieu, on compte 25 décès sur 34 cas intérieurs, et 27 seulement sur 47 cas extérieurs.

Ainsi donc, parmi les caractères propres à cette épidémie, se rangent la soudaineté de son développement, la rareté relative des phénomènes prémonitoires, la rapidité et l'instantanéité des atteintes, le chiffre et la mortalité énormes des cas intérieurs. Dans les premiers jours de l'épidémie, et même encore aujourd'hui, certains malades succombent littéralement en quelques heures. Aux Incurables (femmes), M. Raynaud a noté que la durée a été, pour les cinq malades qui ont succombé, de vingt-trois, trentre-trois, trente-quatre, quarante-quatre et quarante-huit heures. « Comparativement à l'année dernière, dit M. Hérard, les cas sont beaucoup plus graves, plus foudroyants; aujourd'hui même, l'état n'a pas changé, et l'on ne constate pas encore cette augmentation des symptômes prémonitoires qui annonce la fin d'une épidémie. » Tous les cas n'offrent cependant pas un même type ni une évolution semblable. « Cette fois encore, dit M. Moutard-Martin, j'observe un grand nombre de cas à marche lente, dans lesquels on voit l'algidité persister pendant plusieurs jours, et souvent j'ai vu les malades entrer en convalescence, s'étant réchauffés petit à petit, sans qu'il y ait eu, à proprement parler, de réaction. Des malades sont morts encore algides le cinquième et le sixième jour après leur entrée à l'hôpital, quels que fussent les moyens de réchauffement employés. »

Le temps ne me permet pas de m'arrêter à tracer le tableau détaillé de l'appareil symptomatique; je dirai seulement que, chez les enfants, M. Bergeron a noté la persistance des vomissements et de la diarrhée pendant la période de réaction, même chez un bon nombre de ceux qui ont guéri; puis l'absence des crampes au-dessous de 14 ans; celles-ci, cependant, ou, du moins, des convulsions douloureuses des muscles des membres et du tronc faisant crier les enfants, ont été notées par M. Odier sur les nouveau-nés de l'hôpital Saint-Louis. « Ces enfants ont tous présentés les mêmes symptômes. Tout à coup vomissements sans effort, par régurgitation, incessants; diarrhée aqueuse, décolorée, avec quelques fragments mous, blanchâtres, sans odeur; soif très-vive, cris presque imperceptibles, amaigrissement presque instantané de tout le corps, cyanose faible des extrémités, refroidissement général, mais surtout des extrémités. Température (33° à 36°). »

Aux Enfants-Malades, suivant la remarque de M. Chauffard, « la mortalité a été en rapport avec l'âge; tous ceux qui ont moins de 2 ans succombent très-rapidement dès que l'atteinte est sérieuse; au-dessus de 2 ans, la lutte contre le mal est possible, et les succès se montrent. »

Parmi les maladies qui ont fourni le plus de cas intérieurs se rangent en première ligne la variole et la phthisie, puis l'état puerpéral, la fièvre typhoïde, la rougeole, et enfin les affections les plus diverses. A l'Hôtel-Dieu, d'après la communication qui nous a été faite par M. Horteloup, 6 femmes récemment accouchées ont été atteintes, 4 ont guéri; mais, sur 9 femmes enceintes, 8 ont fait une fausse couche et 7 sont mortes un ou deux jours après. Tous ces chiffres portent avec eux leur lugubre enseignement, et nous ne les accompagnons d'aucune réflexion.

Les deux tableaux suivants, qui nous sont fournis, l'un par M. Moissenet et l'autre par M. Damaschino, interne du service de M. Tardieu, représentent d'une manière très-claire le rapport du choléra avec les diverses affections observées dans leurs services :

Service de M. Moissenet : 64 malades entrés en juillet.

Maladies initiales.	Atteintes secondaires du choléra.
Variole	10 5
Phthisie	11 4
Embarras gastrique	6 2
Fièvre typhoïde	5 2
Angine	2 1
Maladies diverses	30 3

Sur un mouvement de 64 malades, il y a donc eu 17 cas de choléra, ayant fourni 11 décès, dont 9 survenus moins de quarante-huit heures après le début.

Voici maintenant le tableau du service de M. Tardieu :

Maladies initiales.	Atteintes secondaires de choléra.	Morts.	Guéris.
Phthisie pulmonaire	5	5	»
Variole et varioloïde	4	2	2
Accouchement	4	2	2
Fièvre typhoïde	3	3	»
Rhumatisme articulaire	3	2	1
Paralysies diverses	2	»	2
Syphilis constitutionnelle	1	1	» (1)
Maladie de Bright	1	»	1 (2)
Maladies diverses	11	10	1
	34	25	9

Nous avons réuni, d'après vos communications, un bon nombre de faits pleins d'intérêt sur le mode de transmission de la maladie, sur l'influence des conditions hygiéniques locales, sur le nombre de personnes donnant des soins aux cholériques, qui ont été atteintes; mais le temps nous manque pour une rédaction méthodique, et nous réunirons tous ces documents à ceux du mois présent pour vous en présenter une relation complète.

De même pour ce qui concerne le traitement; nous rapporterons aujourd'hui seulement par anticipation les particularités les plus intéressantes ou les plus neuves qui sont relatives au traitement.

MM. Woillez et Delpech ont employé, avec un succès dont ils se louent, la teinture de *cannabis indica;* M. Delpech, des lavements avec 20 grammes d'alcool dans les cas d'algidité persistante et de diarrhée intense; M. Hérard, l'acide arsénieux, suivant les indications de M. Cahen : 1 à 2 centigrammes en pilules ou en solution (16 malades, 10 morts, 6 guérisons). MM. Tardieu et Damaschino ont essayé sans succès, chez deux malades à l'agonie, une injection de huit gouttes d'une solution au 1/30e de sulfate de strychnine; dans les mêmes mains, le sulfure de potassium a semblé donner d'abord de bons résultats, mais les malades ont fini par succomber; plusieurs d'entre vous signalent les bons effets du traitement hydrothérapique, et nous croyons même savoir que, dans un service, les affusions froides ont constitué avec succès une méthode exclusive de traitement.

Enfin, M. Hérard a pratiqué des injections d'eau salée dans les veines (elles ont été pratiquées dans quatre cas extrêmes et désespérés).

Une première fois : On ne put introduire plus de 60 grammes (il y avait des fuites par les canules de l'instrument). Le malade a encore vécu trois jours après. On n'a pas noté de symptômes spéciaux.

Une deuxième fois : 180 grammes ont été injectés en une demi-heure. Le malade a semblé se réveiller; il a parlé, a demandé où il était; les yeux sont redevenus humides. Avant l'injection, la température à l'aisselle était de 36°,2; après l'injection, de 37°. Le malade est mort deux heures après l'injection, après être retombé dans la somnolence.

Une troisième fois : 1,100 grammes ont été injectés en une heure. Le malade a pu parler, refuser de donner une signature qu'on lui demandait; les lèvres avaient perdu leur teinte violacée, les yeux étaient humides, la chaleur était revenue à la peau, intense, brûlante; le malade se sentait bien soulagé, il n'avait plus d'altération; le visage et la poitrine étaient couverts de sueur; mais peu à peu il retombe dans la somnolence, et meurt quatre heures après l'injection, sans avoir présenté d'autres phénomènes.

Une quatrième fois : 800 grammes ont été injectés. Le malade agonisait. Il est mort une heure après l'opération. La chaleur sembla revenir; le malade put parler, se confesser (suivant l'aumônier), et mourut dans une période de somnolence, pendant laquelle on pouvait encore attirer son attention en lui parlant; les paupières avaient perdu leur rigidité, et le malade les remuait.

En résumé, la chaleur a semblé reparaître; les malades ont pu parler, et l'on a pu prolonger de quelques heures la vie des malades, en même temps que l'agonie a semblé plus calme et s'est faite dans la somnolence.

Donnons, en terminant, quelques détails sur le traitement adopté dans les services d'enfants : « A l'hôpital des Enfants, dit M. Chauffard, les indications de la médication vomitive sont très-fréquemment observées, et nous y obtempérons promptement et franchement. Les résultats sont excellents : l'ipéca a modifié avec beaucoup d'avantage l'état général, et, parmi les symptômes, il a amendé souvent très-vite les vomissements et la diarrhée. »

« A Sainte-Eugénie, dit M. Bergeron, j'emploie les boissons stimulantes avec une extrême réserve (je suis tenté d'attribuer à cette pratique la rareté des congestions viscérales : 1 seul cas de congestion pulmonaire, 2 cas de congestion cérébrale ayant nécessité des émissions sanguines et ayant guéri). Le quinquina sous forme d'extrait, dès le début de la réaction, et chez tous les malades, à la même période, sulfate de quinine de 0,30 à 1,0, suivant l'âge, soit en injections hypodermiques, soit dans du café, selon la tolérance. Bains tièdes avec affusions froides. Larges vésicatoires volants à l'épigastre. »

(1) La malade était soumise depuis plus de deux mois au traitement mercuriel.

(2) L'anasarque et les hydropisies ont momentanément disparu.

ARTHRITIS, ARTHRITISME, ARTHRITIDES (1).

Par M. le Dr DESNOS.

Le mot arthritis est dérivé de ἄρθρον, articulation. Dès l'antiquité il servit à désigner les maladies dans lesquelles les articulations étaient atteintes, et à la tête desquelles figuraient par conséquent le rhumatisme et la goutte. Lorsqu'une distinction nosographique, instituée par Baillou, sépara ces deux maladies, il fut plus particulièrement employé à dénommer la goutte, puis, peu à peu, il fut laissé dans l'oubli. Gintrac et Bazin l'en ont tiré, il y a quelques années, pour l'appliquer, le premier ,à la goutte; le second, à un état morbide constitutionnel, dans lequel le rhumatisme et la goutte sont confondus ou tout au moins sont considérés comme deux variétés d'une même maladie, comme deux branches d'un même tronc, selon la comparaison de Pidoux.

Bazin n'a pas été le premier, en notre siècle, à proclamer l'identité de la goutte et du rhumatisme. Elle a été professée, depuis longtemps déjà, par Chomel et Grisolle. Elle a rallié des hommes considérables, parmi lesquels nous trouvons Requin, Pidoux.

Mais comme c'est Bazin qui, dons ces dernières années, par son enseignement, par ses publications et celles de ses élèves, par l'entrée dans la pathologie cutanée largement ouverte à cette doctrine, et, peut-être aussi, puissance des mots, par le rajeunissement d'une expression tombée en désuétude, a le plus contribué à répandre parmi les médecins de notre époque cette théorie avec ses conséquences, nous croyons devoir ex-

(1) Extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié sous la direction du docteur Jaccoud. Nous publions ici ce résumé de la question de l'arthritis, pour mettre nos lecteurs au courant d'idées à l'ordre du jour.

poser le résumé de ses opinions comme l'expression des idées le plus généralement répandues sur l'arthritis.

Cette exposition sera le sujet de la première partie de cet article. Une seconde partie sera consacrée à l'examen de la doctrine.

I. Le médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans la conception de sa pathologie générale, admet parmi les maladies inhérentes à l'organisme deux classes distinctes.

L'une est constituée par les diathèses que caractérise la formation d'un seul produit morbide qui peut avoir son siége indifféremment dans tous les systèmes organiques (exemples : diathèses tuberculeuse, cancéreuse, etc.). L'autre comprend les maladies constitutionnelles (diathèses polygéniques de E. Gintrac) qui se manifestent par un ensemble de produits morbides et d'affections très-variées, sévissant également sur tous les systèmes organiques (exemples : scrofule, syphilis).

L'arthritis appartient à cette dernière classe, et Bazin la définit :

Une maladie constitutionnelle, non contagieuse, caractérisée par la tendance à la formation d'un produit morbide (le tophus), et par des affections variées de la peau, de l'appareil locomoteur et des viscères, affections se terminant généralement par résolution.

Arthritisme, à proprement parler, devrait signifier le résultat de l'action de l'arthritis sur l'économie, l'ensemble de ses manifestations. L'usage a prévalu de se servir de ce mot comme synonyme d'arthritis.

Les arthritides, dans le langage de Bazin et de son école, sont les différentes affections de la peau qui surviennent sous l'influence de l'arthritis, par opposition aux herpétides qu'engendre la dartre ou herpétisme, aux scrofulides, produites par la scrofule, aux syphilides, résultat de la syphilis.

Pour E. Gintrac (1859), le mot arthritides, qu'il plaçait également en regard des expressions herpétides, scrofulides, syphilides, s'appliquait aux manifestations cutanées de la goutte.

Outre des prodromes, il existe dans l'évolution de l'arthritis quatre périodes distinctes ; elle s'élève à quatre puissances successives, selon l'expression de Pidoux.

a. Prodromes. — Différents troubles dans les fonctions de la peau, exagération de la transpiration, surtout dans certaines régions, la tête, les aisselles, les pieds, les mains et les organes sexuels, la chute prématurée des cheveux, appartiennent aux prodromes. On note encore une tendance à l'obésité, malgré la modération de l'appétit. Joignez à cela de la constipation, des migraines, des congestions de la tête, des épistaxis, des troubles de la vue et de l'ouïe, des éblouissements, des tintements d'oreilles.

b. Première période. — Dans la première période, on observe parfois de légères attaques de rhumatisme, quelques éruptions fugaces de la peau, parmi lesquelles il faut ranger diverses variétés d'érythèmes, l'urticaire, la fièvre bulleuse, le zona, l'herpès, les furoncles, certaines formes d'acné et d'eczéma, éruptions disséminées et généralisées. A la même époque, et concurremment avec les affections cutanées, Bazin note les lésions des muqueuses, coryza, ophthalmies, angines et stomatites aphtheuses, et nous retrouvons encore les troubles viscéraux des prodromes, la migraine, la dyspnée, les douleurs vagues.

c. Deuxième période. — A la seconde période, les attaques de goutte, de rhumatisme articulaire, les crampes, les contractures, les coryzas et les migraines tenaces, les dyspepsies avec pyrosis, les formications dans les membres, les congestions cérébrales répétées. Ajoutons un prurit localisé aux parties génitales, fréquemment compliqué de pertes séminales, symptôme important au point de vue diagnostique (Bazin). Ces diverses lésions des muqueuses, des orifices naturels et des viscères alterneraient ou coïncideraient avec des éruptions de la peau beaucoup plus tenaces, plus rebelles et surtout plus localisées que celles de la première période.

d. Troisième période. — Dans la troisième période, les affections des articulations se fixent et se généralisent, de manière à produire parfois des lésions extrêmement graves ; celles-ci peuvent cependant manquer en partie, mais leur absence augmente les accidents vers la peau, et entraîne l'apparition de désordres considérables du côté des viscères.

e. Quatrième période. — Enfin les lésions organiques graves sont le triste apanage de la quatrième période, ou période ultime. A elle les maladies chroniques du cœur, dont l'arthritis est la source principale (Sénac), à elle les apoplexies cérébrales, l'asthme, auxquels il faudrait ajouter l'angine de poitrine (voy. ce mot) et les dégénérescences athéromateuses des vaisseaux. Enfin les affections hépatiques, la cirrhose, les cancers du foie, de l'estomac, des ovaires, de l'utérus, la gastrite chronique, les dégénérescences et les lésions chroniques des reins, prédomineraient dans ce dernier stade de l'arthritis. Nous dirons de plus que pour Pidoux, dont les idées, il faut l'avouer, ne laissent pas que de rencontrer des dissidents (Hérard, Durand Fardel, Buron), la phthisie tuberculeuse ne possède pas d'existence propre. Au lieu d'être une maladie chronique qui commence, elle est une maladie chronique qui finit, l'aboutissant commun d'un certain nombre de maladies chroniques initiales, leur dernière étape dans l'individu, ou dans la succession des générations. L'arthritis est une de ces maladies initiales, et figure sous ce rapport, à côté de la scrofule, comme origine de la tuberculose.

Bazin admet cinq formes d'arthritis :

1° Une forme bénigne ;

2° Une forme commune, qui est celle qu'on trouve le plus souvent ; elle présente des affections à marche moins rapide, mais plus graves que dans la forme précédente ;

3° Une forme maligne, dont les affections ont une gravité insolite ; les lésions organiques viscérales se montrent prématurément ;

4° Une forme fixe primitive, qui est représentée par localisation du rhumatisme ou de la goutte sur une ou plusieurs articulations, et qui se borne à cette seule manifestation ;

5° Une forme herpétique, qui est une forme fixe primitive, dans laquelle toutes les affections se montrent sur la peau et sur les muqueuses, tandis que les articulations sont respectées par la maladie.

Puis, après s'être appliqué à tracer les symptômes communs et différentiels de la dartre et de l'arthritis, l'auteur étudie leur étiologie, leur marche, leur pronostic.

On nous permettra de ne pas entrer, sur ces différents points, dans des considérations plus étendues. Ce que nous venons de dire suffit pour fournir un ensemble des vues de Bazin. Nous renvoyons, pour des détails plus circonstanciés, aux articles *Dartre, Goutte* et *Rhumatisme*.

Quant au traitement, le point culminant des conclusions thérapeutiques de Bazin, c'est l'appropriation spéciale des alcalins, des eaux alcalines, au traitement de l'arthritis.

« Je suis arrivé, dit-il, à reconnaître d'une manière générale : 1° que les eaux alcalines sont efficaces dans les affections arthritiques ; 2° qu'il faut administrer les eaux arsenicales dans les herpétides ; 3° enfin, que les eaux sulfureuses sont des agents énergiques contre les affections de nature scrofuleuse. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés en date du 1er et 15 août 1866, ont été nommés pour services rendus à l'instruction publique :

1° *Officiers de l'instruction publique :* MM. le baron Larrey, Maillot et Hutin, inspecteurs du service de santé militaire ; Caffe, membre de la Commission centrale d'hygiène des établissements d'instruction publique.

2° *Officier d'Académie :* M. Rottée, médecin du collége de Clermont.

— L'état sanitaire de Paris reste toujours le même. Depuis trois jours on signale une légère recrudescence.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fritz, ancien interne, lauréat des hôpitaux. Ce très-regretté confrère vient de succomber aux atteintes du choléra.

Les obsèques se feront demain mardi, à dix heures et demie très-précises, 23, rue des Lombards.

Des tumeurs des muscles, par le docteur A. DESPRÉS, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris. In-8, de 142 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Traité complet des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur BONNIÈRE ; ouvrage illustré d'un grand nombre de figures dans le texte. Septième fascicule. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 98. — JEUDI 23 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 23 AOUT 1866. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 AOUT 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin a terminé ses discours; le dernier est peut-être celui où il y aurait le plus de choses à contester.

M. J. Guérin a cité des faits de sa pratique; mais ce ne sont pas des observations, et les citations ne renvoient à aucune observation publiée. Cette manière de servir la science nous paraît tout à fait insuffisante. A Paris, où les erreurs ont souvent de la peine à passer, l'on veut pouvoir contrôler les assertions des chirurgiens et vérifier les guérisons dont ils parlent. D'un autre côté l'honorable académicien dit que, grâce à l'occlusion pneumatique, il a pu guérir, en quelques jours, l'incision pratiquée sur un kyste à grains hordéiformes du poignet. Qu'est-ce que cela signifie? Un cataplasme ou un pansement avec des bandelettes de diachylon et l'immobilité absolue de l'avant-bras, en eussent fait tout autant. La tendance qu'ont les incisions faites par des instruments bien tranchants à se réunir immédiatement est bien connue, et les chirurgiens de notre pays ne manquent pas de mettre des mèches dans les incisions qui ont ouvert les abcès, pour éviter l'occlusion prématurée, immédiate souvent, de l'ouverture du foyer qu'on veut évacuer.

Mais sur ce point de pratique comme sur beaucoup d'autres du même ordre, M. J. Guérin nourrit des illusions, à un âge où d'ordinaire l'on est un peu plus sceptique.

Nos lecteurs verront, par ce qui suit, que les vues philosophiques ont le merveilleux privilége de conserver les hommes. M. J. Guérin, avec un désintéressement tout juvénile, et sans calculer, vient de mettre sa bourse au service de ses idées sur les fonctions des tendons.

Voici la lettre que nous écrit l'honorable académicien :

Monsieur,

Je n'ai eu connaissance que ce soir, lundi 20, de l'article que vous m'avez consacré dans la *Gazette des hôpitaux* de samedi dernier. Je n'ai donc pu vous adresser plus tôt ma réponse.

Vous avez dit dans votre article que « les seules nouveautés qu'ait « dites M. J. Guérin dans la dernière partie de son discours, sont « une *supposition* et une *erreur*. » Je passe sur la supposition, mais l'erreur, la voici : « Admettre la contractilité des tendons, dites-vous, « *choque le bon sens*, quoique M. J. Guérin veuille bien fournir la « preuve de ce fait qu'il avance. » Vous vous livrez ensuite à des explications plus ingénieuses les unes que les autres, pour prouver que ce que j'ai pris pour la contraction du tendon rotulien, n'est que le résultat d'une grossière méprise.

Cette méprise, monsieur, qui ne vous a pas coûté deux minutes à découvrir, il y a vingt ans qu'elle se renouvelle tous les jours dans mon esprit : vous devez juger quelle sera ma reconnaissance pour l'homme qui pourra la faire cesser.

Mais, je vous le confesse, votre article n'a pas eu jusqu'ici ce résultat. Cependant, pour vous encourager à compléter ma désillusion, je viens vous faire la proposition suivante :

Nous soumettrons le fait de la contraction des tendons, tel que je l'ai annoncé et avec les preuves que j'en ai données, à une commission composée de trois physiologistes désignés par M. le président de la Société de biologie, et présidée par lui. Nous déposerons entre les mains de ce dernier la somme de mille francs chacun. Celui de nous qui aura appris de l'autre à mieux voir dans cette question, abandonnera ses mille francs, lesquels seront offerts à l'Académie de médecine, pour un prix extraordinaire sur la *contractilité des tendons*. Faculté vous sera réservée de concourir pour ce prix.

Vous apprécierez, j'en suis sûr, monsieur, tout ce qu'il y a de délicat de ma part et d'avantageux pour vous dans ma proposition. Ce sera un moyen pour moi de vous payer ma dette de reconnaissance, et pour vous, d'attacher votre nom à la découverte d'une vérité.

Quelque violence que je fasse à votre modestie, je compte, monsieur, que vous voudrez bien insérer ma lettre dans votre prochain numéro. Je vous prie d'en agréer d'avance tous mes remercîments.

Votre très-humble serviteur,

Jules GUÉRIN.

Nous acceptons la proposition de M. J. Guérin.

Si peu sérieuses et si peu scientifiques que soient les ressources que l'honorable académicien prétend utiliser pour faire triompher ses propositions, nous acceptons. Seulement, nous demanderons que M. J. Guérin prenne pour juge de sa méprise, c'est-à-dire de la contraction des tendons, la Société de biologie tout entière.

Pour éviter toutefois des longueurs, M. J. Guérin pourrait porter de suite ses mille francs à l'Académie de médecine, et en allant y porter les nôtres, nous toucherions sans peine le prix extraordinaire, en donnant une simple lecture du dernier paragraphe de notre premier-Paris de samedi. Et puisqu'un prix est d'une si grande signification pour M. J. Guérin, nous aurions alors une double satisfaction, celle d'un gain inattendu pour avoir publié une vérité, et celle de tirer promptement M. J. Guérin d'une incertitude qui obsède son esprit généralisateur, depuis vingt années, et avec une si extraordinaire persistance. — Dr Armand DESPRÉS.

Des faits de choléra attribués à la contagion.

ÉPIDÉMIE DE 1865 A L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE (1).

Les lecteurs ont déjà vu une partie des faits cités par M. Stoufflet. C'était ce qu'il y avait de plus détaillé. Voici maintenant les autres mentions concernant les cas où l'on a pu soupçonner la contagion.

Veuve Tanière, trente-sept ans, journalière. Son mari est mort, la veille, au troisième jour de maladie; il fut pris le lendemain d'un excès de boisson. La veuve n'eut qu'un jour de diarrhée prémonitoire; elle était atteinte d'une maladie de cœur fort avancée qui l'avait forcée d'entrer plusieurs fois à l'hôpital. Le choléra se déclara le jour de la mort du mari, après qu'elle lui eut fermé les yeux. Il y avait deux enfants présents qui ne paraissent pas avoir été atteints.

De Buschère, vingt-trois ans, journalière. Elle soignait son mari cholérique depuis quatre jours, quand elle devint malade; à midi, le jour même de son attaque, elle avait fait son repas habituel, mais elle avait de la diarrhée depuis deux ou trois jours. Elle fut surprise par les accidents vers cinq heures du soir et mourut le lendemain à une heure du matin, après huit heures de maladie. Bonne santé habituelle, puisque jamais elle n'avait été malade. Son enfant d'un an fut atteint presque en même temps et inhumé avec elle.

Le mari a survécu jusqu'au dixième jour.

Enfin, le beau-frère qui les avait soignés fut malade à la suite, mais la femme de ce dernier fut épargnée.

On peut dire que la misère était profonde ici; le logement humide, étroit, sombre.

Femme Royer, vingt-deux ans, boutonnière. Accouchée depuis huit mois, elle était enceinte d'un à deux mois. Elle tombe malade après avoir soigné son enfant, cholérique depuis deux jours. Après elle, son mari a été légèrement atteint, mais il s'est guéri, tandis que sa femme et son enfant sont morts. La mère avait eu un jour de diarrhée prémonitoire.

Bouillon, quarante-quatre ans, domestique. Devenue malade à la suite de soins prodigués à sa sœur, qui meurt après avoir avorté, cette femme entre avec sa nièce âgée de dix ans. Cette dernière s'est guérie, mais sa tante est morte le jour de l'entrée; elle avait eu dix jours de diarrhée prémonitoire, et elle était entrée au quatrième jour de la maladie confirmée.

Femme Bezancenet, soixante-neuf ans. Son gendre est mort quinze jours auparavant, après trois jours de maladie. Elle est entrée au quatrième jour de la sienne, après quatre jours de diarrhée prémonitoire. Cette dame était sujette à de fréquents étourdissements qu'on rapporte à des congestions cérébrales peu intenses; elle est morte cinq jours après.

Femme Jacobs, née Strubutz, trente ans, couturière. Elle avait quatre enfants; l'un âgé de six mois, qu'elle nourrissait, tombe malade et meurt au bout de huit jours. La mère est atteinte de suite après; le père entre à l'hôpital un jour après sa femme; un autre enfant est mené ensuite dans un hôpital d'enfants; le troisième fut encore malade; sur le quatrième je n'ai pas de renseignements. La mère est morte le lendemain, ainsi que l'enfant mené dans un autre hôpital; le père et le troisième enfant se sont guéris, puis ils sont partis de suite dans leur pays natal (Hollande). L'attaque de choléra fut subite, sans diarrhée prémonitoire, et rapportée, quant à son début, à une indigestion occasionnée par des moules, le jour même; avec cela un peu de boisson, mais rarement : c'était comme moyen préventif contre le choléra ! Enfin la santé du mari n'était pas parfaite; il passait pour poitrinaire dans le voisinage.

Simon, vingt-deux ans, matelassière. Cette malade avait soigné son enfant, âgé d'un an, et mort le lundi 16 octobre. De plus, la semaine précédente, elle avait cardé les deux matelas d'un cholérique décédé, matelas que l'on disait avoir été imbibés complétement, percés par les déjections du défunt. Le jour même de la mort de son enfant, le soir, elle est prise des accidents graves, se remet incomplétement le lendemain, retombe, et enfin entre le troisième jour. Elle est morte, sans qu'on ait pu obtenir une réaction franche, complète.

Je n'ai pu savoir combien de temps l'enfant fut malade; la mère accusait un jour de diarrhée prémonitoire.

Champigny, cinquante-huit ans, journalière. Sa fille, après l'avoir soignée trois jours, fut légèrement atteinte. Les vomissements ne durèrent que huit heures, puis la diarrhée diminua; reprise des accidents le troisième jour, et mort.

Femme Milan, soixante-trois ans, couturière. Cette dame est tombée malade le vendredi, 20 octobre, sans avoir eu de diarrhée prémonitoire; depuis le 10 du même mois, elle soignait son mari gravement atteint; ce dernier ne vint pas à l'hôpital, et le défaut d'emplacement força les parents d'y faire transporter sa femme; celle-ci en conçut une vive peine, et c'est à cette circonstance que son mari attribue sa mort. Quoi qu'il en soit, elle nous a présenté, dès la première visite, un beau type de typhus cholérique, de réaction avec congestion cérébrale, asphyxie, contre lesquelles échouèrent les émissions sanguines. Mort le huitième jour après son entrée. Avant cette maladie, elle était sujette à des congestions subites. Elle était à Paris depuis le 9 octobre, mais elle habitait Romainville avant cette époque.

Thuelle, vingt-quatre ans, blanchisseuse. Trois jours auparavant elle avait perdu un de ses enfants mort du choléra. La diarrhée la prit de suite et les vomissements survinrent un jour après. Mort, le jour même de son entrée, dans l'algidité.

Femme Leudret, vingt-sept ans, brodeuse sur châles. Ses soins assidus ont sauvé la vie de son enfant, âgé de neuf mois; mais à la suite de ces fatigues, elle fut atteinte elle-même et mourut huit jours après. Sa santé était chancelante depuis sa dernière couche. Pas de diarrhée prémonitoire.

Femme Martinot, cinquante-six ans, chiffonnière. Elle avait soigné son gendre quelques jours auparavant, et enseveli une femme de ses amies, morte huit jours auparavant. Elle-même fut prise de diarrhée trois jours après, et les accidents graves éclatèrent cinq jours après le début de la diarrhée. Mort, le lendemain de son entrée.

Chagrins à la suite de la ruine de sa petite fortune; excès de boisson consécutifs.

Femme Roug, trente-huit ans, chiffonnière. Sa petite fille de deux ans et demi fut la première malade de la famille; après sa mort, la mère fut atteinte. Celle-ci nourrissait deux enfants, l'un de douze mois, l'autre était une fille plus jeune. La nourriture était malsaine, insuffisante, repoussante. Entrée le 29 octobre, elle est morte le surlendemain, dans l'ataxie, le délire. Le pouls était énorme, cérébral; l'intelligence perdue; la respiration irrégulière. Tout échoua contre un état si grave.

Veuve Poitrat, cinquante-sept ans, concierge. Son mari était mort depuis sept jours, après deux jours de maladie, quand elle entra à l'hôpital, le jour même du début des vomissements, ayant déjà cinq jours de diarrhée prémonitoire. La réaction ne fut jamais complète, franche; la malade toujours inquiète, toujours agitée, demanda son exeat le douzième jour; mais le surlendemain, elle rentrait et mourait, en quelques heures, d'apoplexie pulmonaire.

Lamoureux, dix-huit ans, fleuriste. Toute la famille de cette jeune fille a été atteinte après elle. Ainsi elle entre à l'hôpital le mardi, au huitième jour de sa maladie, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Le vendredi, une de ses sœurs, âgée de neuf ans, tombe malade, puis la mère s'alite, puis c'est le père, enfin l'aînée des enfants. La mère et sa plus jeune fille furent si gravement atteintes, qu'elles furent administrées; l'aînée de la famille fut la moins malade; elle n'eut guère que de la diarrhée.

Revenons à notre malade; elle n'eut qu'un jour de diarrhée prémonitoire; le jour même du début des accidents graves, elle travaille jusqu'à midi et rentre chez elle; puis une syncope survient et quand elle reprend connaissance, les vomissements débutent. La réaction fut typhique, puisqu'à son entrée à l'hôpital, elle fut placée dans une salle, comme fièvre typhoïde, et y séjourna jusqu'au lendemain à dix heures du matin. Mort le même jour à trois heures du soir. Elle n'avait jamais été malade, mais elle était profondément chlorotique.

Veuve Salomon, quarante-cinq ans, couturière. Son mari était mort du choléra quatre jours auparavant; elle fuit son domicile et vient coucher avec ses deux enfants chez une amie; pendant la première nuit, le mari de cette dernière meurt du choléra; le lendemain, la nouvelle veuve conduit notre malade à l'hôpital, donne sa propre adresse, puis disparaît à son tour; je n'ai pu la retrouver.

A l'entrée, on donna ce renseignement : diarrhée, vomissements et crampes depuis sept heures; il n'y aurait donc pas eu de diarrhée prémonitoire. Mais nous ne savons pas si les enfants ont été atteints ou non, ni combien de temps le mari fut malade.

Queunié, seize ans, cartonnière. C'est par une suppression de règles que le choléra débute chez cette jeune fille, la veille des accidents; ce jour-là, elle eut deux petites selles semi-liquides, mais l'appétit était bon. Le lendemain elle part à son travail à six heures, rentre à dix heures, puis les accidents éclatent avec violence; à neuf heures du soir, on nous l'amène algide, cyanosée et elle meurt à une heure du matin. Après l'inhumation, la mère fut atteinte, puis le père; celui-ci n'eut que de la diarrhée; tous deux se sont guéris.

Femme Portal, vingt-neuf ans, journalière. La mère et sa fille ont été atteintes; la mère vient mourir à l'hôpital Lariboisière et sa fille part le lendemain à l'hôpital Sainte-Eugénie, où elle est morte deux jours après, le même jour que sa mère. Pour la première, il y eut une diarrhée prémonitoire de deux jours.

B....., trente-quatre ans, laveuse. Elle étai enceinte de trois

(1) Voir le premier Paris, n° 97.

à quatre mois; après douze heures seulement de diarrhée prémonitoire, les vomissements et les crampes se déclarèrent. Elle entre au troisième jour et meurt le cinquième.

Après elle, sa fille âgée de douze ans, puis son petit garçon de huit ans, furent atteints; tous deux se sont guéris; la jeune enfant eut deux jours de diarrhée prémonitoire; les autres accidents survinrent après l'inhumation de la mère. — L'amant ne fut pas atteint, ni la mère de ce dernier.

Femme Rondot, quarante ans, journalière. Elle avait soigné et enseveli sa mère (soixante-dix-huit ans), morte six jours auparavant; enfin, elle s'était couchée dans les derniers draps dont il fut fait usage pour sa mère sans les avoir fait blanchir. C'est quatre jours après qu'elle se sent un peu mal en train; mais elle fait son repas du soir habituel, et on m'y signale une copieuse salade. La nuit même, tous les accidents éclatent à la fois. Mort, dans l'algidité complète.

Sa sœur et le mari de cette dernière ne furent pas atteints, bien que son beau-frère fût déjà bien cachectique; car il y avait trois ans qu'il était atteint de phthisie pulmonaire. Tous couchaient dans la même chambre.

D....., vingt-trois ans, journalière. Elle avait soigné et enseveli son enfant, mort sept jours auparavant.

Le lendemain de cette mort, les accidents la prennent, sans diarrhée prémonitoire; la malade m'assure même qu'elle était constipée auparavant. Elle entre à l'hôpital le sixième jour, en même temps que son amant, le père de l'enfant. Ce dernier était malade de la veille et s'est guéri. La mère est morte le lendemain, après nous avoir fourni une preuve de plus de l'inefficacité des saignées et des sangsues dans la réaction avec congestion cérébrale.

P....., vingt-trois ans, journalière. Accouchée depuis trois mois, elle nourrissait son enfant. Deux jours auparavant, son amant était entré à l'hôpital, au deuxième jour de maladie; elle fut l'y voir, et c'est dans la nuit suivante que les accidents du choléra débutèrent. Elle mourait le lendemain après douze heures de maladie.

Misère comble.

Veuve Buteau, soixante-dix ans. Deux enfants confiés à sa garde sont morts trois jours auparavant chez elle; le surlendemain, elle est prise de diarrhée, qu'on ne peut appeler prémonitoire, puisque huit heures après, les crampes et les vomissements survenaient. Mort immédiate après son entrée, au bout de vingt-quatre heures de maladie.

Tupin, dix-huit ans, domestique. A Paris depuis trois mois, cette jeune fille avait soigné l'enfant confié à sa garde, mais qui ne fut que légèrement atteint. La diarrhée la prit ensuite, dura trois jours, puis le choléra éclata; elle mourut algide, le lendemain à neuf heures du matin.

On ne s'explique pas cette mort; ce que j'ai su, c'est qu'elle avait un profond regret d'avoir quitté sa mère, sans doute par un coup de tête, et souvent elle répétait qu'elle était poursuivie par sa malédiction.

Femme Vécale, vingt-huit ans, journalière. Elle avait soigné trois enfants, morts du choléra dans sa maison, et c'est à la suite qu'elle-même fut atteinte. Mort.

Femme G....., vingt-cinq ans, repasseuse. Cette jeune femme servit de garde-malade à un jeune homme pendant huit jours; elle le soigna et l'ensevelit après sa mort.

Mais il y a d'autres causes encore: défaut de nourriture convenable, car le choléra débuta par une indigestion occasionnée par des moules (elle en avait fait son repas cinq fois de suite); chagrins domestiques; elle était presque obligée de nourrir son mari, qui la maltraitait.

Il n'y eut pas de diarrhée prémonitoire; tous les symptômes parurent à la fois à trois heures du matin, et le même jour à cinq heures du soir, elle était morte.

Un enfant de deux ans et demi et le mari ne furent pas atteints; mais elle ne resta malade chez elle que pendant quatre heures.

Fournay, vingt-neuf ans. Elle fut atteinte, après avoir soigné et enseveli une femme de ses amies, morte plusieurs jours auparavant. Mais il faut dire que c'était une alcoolique à un haut degré, et l'opinion générale est, que c'était une nature épuisée.

Les accidents graves du choléra éclatèrent, sans diarrhée prémonitoire, à sept ou huit heures du matin; le jour même, elle mourut à cinq heures du soir.

Femme Jourdain, cinquante ans, journalière. Nous retrouvons encore ici les mêmes habitudes de boisson que chez la précédente. Comme rapport avec des cholériques, elle servit de garde-malade à un homme qui fut grièvement atteint, mais s'en guérit.

La question de la diarrhée prémonitoire est insoluble; au bureau, elle fut inscrite pour quatre jours, à son lit elle n'en accusa qu'un seul; enfin, à son domicile, on assure qu'elle fut prise inopinément la nuit qui précéda son entrée à l'hôpital.

Mort, le quatrième jour.

Veuve Abbat, soixante-cinq ans, domestique. Cette malade avait prodigué pendant huit jours ses soins à une de ses amies, reçu son dernier soupir, et enfin elle l'avait ensevelie. De suite après les cérémonies funèbres, elle fut prise du choléra, sans diarrhée prémonitoire. Elle fut, pour le service, un nouvel exemple de l'inefficacité des sangsues et saignées contre la réaction avec accidents cérébraux.

Chelmail, seize ans, domestique. Cette jeune fille avait soigné ses maîtres, malades tous deux, puis une amie de la maison; mais c'est un cas complexe que nous retrouverons au chapitre suivant.

Jacob, trente-deux ans, palefrenier. Le mercredi, 3 octobre, il enterre sa petite fille d'un mois; le lendemain, la mère est atteinte et meurt le dimanche à quatre heures du soir. Notre malade la soigne pendant tout ce temps, l'ensevelit, veille seul près de son cadavre et le lendemain lundi, avant l'inhumation, il est transporté à l'hôpital, où il meurt le cinquième jour. Pas de diarrhée prémonitoire.

De cette famille, il ne reste qu'un enfant de vingt mois, qui fut soustrait à l'épidémie dès le début de la maladie de sa sœur.

On peut bien accuser un travail excessif, joint à des privations volontaires. La mère se lève déjà quatre jours après son accouchement, porte des seaux d'eau, passe une partie de la nuit à travailler. Le mari travaille en proportion. Tous deux se nourrissent à peine suffisamment; jamais ils ne boivent de vin, disant que c'est inutile. Le motif de ces privations et de ce travail excessif? Ils ont acheté des terres dans leur pays, et ils veulent payer rapidement leur dette.

Tricard, trente-sept ans, ferblantier. Ce malade avait perdu sa femme, enlevée par le choléra trois semaines auparavant. Ce qui n'est pas moins certain, c'est qu'il faisait souvent des excès de boisson, et quelques jours auparavant, il était rentré ivre à son domicile. Pas de diarrhée prémonitoire. Mort au bout de trois jours et demi de maladie.

Sprittoz, soixante-deux ans, commissionnaire. Ce vieillard avait soigné sa fille, morte trois semaines auparavant; mais, depuis cette époque, il n'avait pas cessé de s'enivrer tous les jours. C'était sa fille qui le nourrissait, pourvoyait à ses besoins; qu'allait-il devenir? Le choléra n'avait pas été précédé de diarrhée prémonitoire. La mort eut lieu vingt et une heures après le début des accidents.

Malaine, soixante-douze ans, concierge.

Notre malade est un catarrheux, surpris par le choléra la veille de son entrée, à dix heures du soir. Sa femme, âgée de soixante-quatorze ans, était malade depuis trois jours, et cela très-gravement; elle eut le bonheur d'échapper à la mort, mais son mari est mort le jour même de l'entrée à l'hôpital, au bout de vingt-quatre heures de maladie.

Dans la même loge de concierge, couchaient encore la fille de ce vieillard et son mari; tous deux prodiguèrent leurs soins à leur mère, veillèrent dix-huit jours à son chevet et ne furent pas atteints.

Perenet, vingt-sept ans, imprimeur. Il est soigné pendant un jour par sa femme; celle-ci, enceinte de huit mois, est atteinte dès le lendemain et va mourir chez sa mère à Charonne au sixième jour; le mari est mort un jour avant sa femme, et je sais qu'il avait eu quatre à cinq jours de diarrhée prémonitoire, tandis que sa femme fut prise subitement.

R......, vingt-deux ans, repasseuse. Elle perd sa fille, de dix-huit mois, et l'enterre le lundi, 1er octobre; le lendemain elle tombe malade, entre à l'hôpital le vendredi suivant, avorte d'un mort-né et se guérit; la convalescence a demandé vingt-cinq jours. Son amant n'a pas été atteint; mais on a compté quinze personnes, devenues malades après elle dans la maison.

Veuve Gamblin, quarante ans, journalière. Son mari meurt le 5 octobre, après cinq jours de maladie; puis sa fille, âgée de neuf ans, succombe ensuite; enfin la mère est atteinte en dernier lieu; elle eut deux jours de diarrhée prémonitoire, qui survint aussitôt après la mort du mari. Entrée au troisième jour de la maladie confirmée, elle était convalescente trois jours après, et reprenait ses occupations au bout de quinze jours de convalescence. Logement enfoncé sous terre, dans lequel le soleil ne pénètre jamais.

Aron, douze ans. Cet enfant fut malade avant son père; elle avait de la diarrhée depuis douze jours, les autres symptômes depuis trois jours quand son père fut atteint. L'enfant vient à l'hôpital Lariboisière, le père va à l'hôpital Saint-Louis; tous deux sont sortis guéris. La famille ne se composait que de ces deux personnes.

Veuve Belan, trente-neuf ans, journalière. La famille se composait du mari, de la femme, de la mère de cette dernière et de trois enfants. Le père est atteint le premier, il meurt le 10, et on l'inhume le 12 octobre. Ce jour-là, la veuve est prise des grands accidents, après dix à douze heures de diarrhée, puis la mère, âgée de soixante-six ans, mais elle ne paraît avoir eu qu'une forte diarrhée. Plus tard encore, une enfant de dix ans fut atteinte et a succombé. Les deux autres, plus jeunes, furent épargnés.

Le père et sa fille ont été les seules victimes; la mère entrait en convalescence le neuvième jour: celle-ci a été longue, à cause du chagrin qu'elle éprouvait; elle avait perdu son mari après neuf mois de ménage, et l'établissement de ce dernier, par suite les ressources de la famille, était fort compromis par cette mort cruelle.

Femme Kergen, trente ans, couturière. C'est après elle que le reste de sa famille est atteint, c'est-à-dire son mari, qui fut à l'Hôtel-Dieu se faire soigner et y resta huit jours, puis ses deux enfants, âgés de cinq et quatre ans.

Le ménage n'avait que de bien faibles ressources, une nourriture insuffisante. La mère tombe malade presque sans diarrhée prémonitoire (six à sept heures), entre le jour même à l'hôpital, et au bout de huit jours, descend à la salle de convalescence.

Femme Leclercq, trente-trois ans, journalière. Elle nourrissait son enfant de dix mois et un autre enfant étranger. Le choléra frappa d'abord son enfant le 6 octobre, puis la mère, trois jours après, sans diarrhée prémonitoire. La mère était convalescente le septième jour et sortait de l'hôpital le quatorzième jour.

Veuve Petit, vingt-neuf ans, journalière. Cette malade avait perdu son mari quinze jours auparavant; elle nourrissait deux enfants, le sien de onze mois et celui d'un étranger (4 mois); son enfant ne fut pas atteint. Le choléra se déclara chez elle après quatre jours de diarrhée prémonitoire, puis la convalescence s'établit le huitième jour, et elle sortait sept jours après. C'est une femme d'une bien vigoureuse constitution; elle reprit ses occupations immédiatement et même l'allaitement de deux enfants; la sécrétion lactée ne s'était pas entièrement arrêtée et redevint bientôt suffisamment abondante.

Femme Boulin, trente ans, nourrice. Accouchée de deux mois, elle était nourrice sur lieux à Paris, et dans cette ville, depuis quinze jours. On ne sait lequel des deux, de la nourrice ou du nourrisson fut atteint le premier; ils le furent probablement simultanément. L'enfant mourut à la campagne de méningite, et la nourrice se guérit et partit en province allaiter un autre nourrisson.

Diarrhée prémonitoire de deux jours.

Reis, dix-sept ans, domestique. Cette jeune domestique avait soigné sa maîtresse pendant douze jours, puis une enfant qui devint malade à la suite de sa mère; outre ces deux personnes atteintes de cholérine plus ou moins intense, un autre enfant fut encore atteint, mais d'une autre maladie. Au milieu de ses fatigues, elle eut de l'anorexie pendant huit jours; puis, à la suite, la diarrhée, les vomissements et les crampes survinrent, accidents qui la firent envoyer à l'hôpital. La réaction fut franche, un peu lente, et la convalescence fut déclarée le onzième jour.

Veuve L..., trente-neuf ans, tailleuse. Son amant était mort vingt et un jours auparavant; ce fut à l'atelier qu'elle fut prise des accidents graves, et de là, conduite à l'hôpital. L'alcoolisme était prononcé chez cette femme; les vomissements survinrent avant les autres symptômes. Guérison.

Veuve L..., cinquante et un ans, femme de ménage. La veille de son entrée, son amant, tailleur de pierres dans un cimetière, était mort; après l'avoir soigné pendant plusieurs jours, elle se sentit bientôt atteinte, resta malade chez elle pendant huit jours, puis entra à l'hôpital.

Chez elle on ne faisait pas mystère de ses habitudes de boisson, car souvent elle rentrait en pleine ivresse. Des épistaxis spontanées et assez abondantes l'ont fait échapper aux dangers de la réaction avec congestion cérébrale; ce ne fut que le vingtième jour de sa maladie que la convalescence parut certaine.

Pujol, vingt-deux ans, tapissière. Elles étaient trois jeunes filles logeant dans la même chambre. Notre malade fut prise de choléra en second lieu après avoir soigné cinq jours durant une de ses compagnes; la troisième fut atteinte ensuite un peu plus tard. Toutes trois se sont guéries.

Pas de diarrhée prémonitoire, convalescence le septième jour pour la nôtre.

Femme Cotty, vingt-six ans, lingère. Cette femme avait soigné un cholérique jusqu'à sa mort.

Diarrhée prémonitoire un jour et demi. Elle entre au deuxième jour de maladie. Guérison. Ni son mari ni ses enfants ne furent atteints.

Femme B...., vingt-quatre ans, couturière. Elle est tombée malade après avoir soigné son mari. Faut-il ajouter que le manque d'espace et de couchage la forçait de dormir à côté de lui dans les moments de calme, d'amélioration? C'est un détail qu'elle a donné spontanément.

Tous deux se sont guéris, et Dieu sait les excès de boisson auxquels ils se livraient! L'étonnement fut grand quand on les vit guéris tous deux. Notre malade vint seule à l'hôpital le quatrième jour de sa maladie, sans compter à peu près quinze heures de diarrhée prémonitoire. A part un peu de gastralgie, la guérison était certaine le douzième jour.

D..., vingt et un ans, lingère. Cette jeune fille était malade d'un rhumatisme articulaire aigu quand son amant fut atteint par le choléra; à la chute de la fièvre, elle le fut à son tour et vint se guérir à l'hôpital Lariboisière. A son entrée, le jeune homme était déjà mort à la Maison municipale de santé, mais elle l'ignorait.

Lézier, quatorze ans, lingère. Cette malade entre souffrante, déjà depuis quinze jours, de diarrhée, avec des vomissements rares survenant de temps à autre. Après son départ, sa sœur, plus âgée qu'elle et logée dans la même chambre, fut prise également de cholérine, mais qui dura moins longtemps.

Fossey, seize ans, domestique. Elle entre le septième jour de sa maladie, sans avoir eu de diarrhée prémonitoire. Après elle, un de ses maîtres fut atteint assez sérieusement. Tous deux se sont guéris.

Simonnot, trente ans, employée. Elle fut l'origine de cas ultérieurs; ainsi sa sœur, qui vivait avec elle, tomba malade ensuite et fut mourir à l'hôpital Beaujon, le 23 octobre; une autre amie mourut avant cette époque.

Notre malade avait eu deux jours de diarrhée prémonitoire et une indigestion, suite d'imprudence, le matin du même jour où les accidents se déclarèrent.

La réaction fut mêlée de délire, d'ictère, d'érythème général de la peau. Toujours agitée, la malade n'eut pas de repos qu'on ne l'eût transportée à la Maison municipale de santé. C'est dans le service et sous la direction de mon excellent maître, M. le docteur Cazalis, qu'elle assura sa convalescence.

Bonnesse, seize ans, domestique. Elle veillait sur un jeune enfant de deux mois et demi qui fut pris de choléra un peu avant elle et mourut en quelques heures.

La jeune fille n'était à Paris que depuis six semaines. A son domicile, on assure qu'elle avait de la diarrhée depuis huit ou dix jours; mais la malade m'a plusieurs fois assuré, à son lit, n'en avoir pas eu avant la maladie de l'enfant, et que le saisissement qu'elle éprouva, en voyant cette mort si rapide, la lui donna. Son état s'est rapidement amélioré, et elle est partie de suite, chez sa mère, en province.

Vandet, trente-neuf ans, cordonnier. Ce malade avait perdu huit jours auparavant deux de ses enfants (dix-huit mois, quatre ans), enlevés par l'épidémie. Après l'inhumation, il tombe malade à son tour, sans diarrhée prémonitoire, et entre à l'hôpital le deuxième jour. A sa rentrée chez lui, il eut presque une rechute, la diarrhée le reprit et dura encore quinze jours: il l'attribue au profond chagrin qu'il avait éprouvé en retrouvant sa maison vide depuis la mort de ses enfants. Sa femme n'eut que de la diarrhée.

V..., soixante-deux ans, ancien cocher. Son frère était mort huit jours auparavant; c'est chez lui qu'il logeait. Buveur à outrance. Mort par une complication de pneumonie lobulaire centrale. Il habitait une maison qui a été fort décimée par l'épidémie, puisqu'il y eut 3 morts sur 6 malades; tous avaient eu quelques rapports directs entre eux: ainsi la concierge soigne une dame locataire de la maison, puis tombe malade; puis son mari après elle; ce dernier avait de plus enseveli le propriétaire, frère de notre malade.

Bachoffer, vingt-quatre ans, domestique. A Paris depuis deux mois, ce jeune homme, encore sans place, logeait chez un de ses parents, qui mourut du choléra le 17 octobre. N'ayant pas d'occupation, notre malade lui servit d'infirmier et le soigna de son mieux. Le matin même du jour de l'inhumation, il fut atteint à son tour et conduit de suite à l'hôpital; à peine eut-il quelques heures de diarrhée prémonitoire. — Guérison.

Allard, treize ans et demi. Le père de ce jeune garçon est tombé malade et fut soigné chez lui. Deux de ses enfants furent atteints ensuite; l'un fut envoyé à l'hôpital Saint-Antoine, et l'autre chez nous. Ce dernier est entré au cinquième jour de la maladie, sans compter un jour de diarrhée prémonitoire. Guérison de tous les membres de la famille.

Toitot, cinquante ans, concierge. Le choléra l'a rendu veuf; sa femme est morte quatre jours auparavant. Le troisième jour, il fut lui-même atteint, à peine quelques heures de diarrhée avant les autres symptômes, et entra le second jour de sa maladie confirmée; déjà la réaction était commencée. A la convalescence, il eut un peu de délire simple, de la divagation, de l'absence de présence d'esprit.

Le pouls fut toujours intermittent chez ce malade, un peu inégal dans les deux radiales; malheureusement je n'ai pu le retrouver ni m'assurer s'il y avait quelque lésion cardiaque compliquant son emphysème pulmonaire.

Newman, seize ans, imprimeur. Il fut atteint à son atelier après avoir soigné un de ses camarades de chambre. Au mois de janvier, ce malade avait eu plusieurs hémoptysies qui le firent entrer à l'hôpital de la Charité, puis on y constata les signes de la tuberculisation pulmonaire. Le choléra n'a fait qu'aggraver son état; à peine guéri, il fut obligé de rentrer à l'hôpital pour de nouvelles hémoptysies.

Boulanger, trente-sept ans, afficheur. Ce malade a déjà été cité

comme exemple prouvant qu'une première atteinte du choléra ne préserve pas d'une seconde. Après avoir été surpris par l'épidémie en pleine rue, il fut ramené chez sa sœur, et malgré un séjour de trois à quatre heures à peine, sa nièce fut atteinte après lui, mais légèrement.

P..., vingt-cinq ans, serrurier. Son père et sa mère furent atteints de diarrhée après lui. Cette famille habitait une cour où logeait une famille d'étrangers employés au balayage des rues et qui fut presque éteinte entièrement par le fléau. Notre malade était loin d'avoir une bonne santé; car, toussant continuellement, s'amaigrissant progressivement, il passait pour poitrinaire. Habitudes de boisson, vie peu régulière.

Il mourut dans l'ataxie, le délire; réaction cérébrale.

Denis, vingt-sept ans, journalier. Ce jeune homme fut atteint huit jours après le début d'une blennorrhagie qu'il voulut couper à l'aide d'un mélange de liqueurs fortes. Voici, du reste, la composition qu'il employa : Mêlez ensemble un demi-verre d'absinthe pure, un demi-verre de rhum et un demi-verre de vin blanc, puis avalez. Le résultat immédiat, ce fut d'abord des vomissements qui s'arrêtèrent ensuite, puis de la diarrhée qui alla en augmentant, et enfin le choléra huit jours après.

Sa sœur le soigna pendant les trois derniers, puis tomba malade après le départ de son frère à l'hôpital; ce dernier avait logé chez elle pendant ces trois jours. — Il est mort.

Hopp, quarante-deux ans, briquetier. J'ai déjà parlé de ce malade; après son départ, un de ses enfants fut malade pendant quelques jours.

Scheffer, onze ans. Ce petit malade n'avait encore que quatorze jours de séjour à Paris, lors de son entrée à l'hôpital, et depuis son arrivée à Paris la diarrhée n'avait pas cessé. C'est dans ces circonstances qu'il fut atteint par l'épidémie. Transporté à l'hôpital il y est mort le jour même.

Après son départ, ses deux frères furent atteints successivement, mais ils furent soignés chez eux, et tous deux se sont guéris.

Foerster, quatorze ans, tabletier. Un de ses camarades d'atelier, son compagnon de chambre, fut atteint après lui. Notre malade avait eu deux jours de diarrhée prémonitoire; il est mort.

On voit, d'après cette énumération de faits non détaillés, que, dans 25 cas, il y a une énonciation du fait de contact, sans autres documents relatifs à l'état des individus, à leur genre de vie, et à leur hygiène; si, dans ces mentions d'observations, nous trouvions qu'il s'agissait de sujets bien portants, bien nourris, bien logés, et n'ayant commis aucun excès de débauche ou de fatigue, il y aurait lieu de prendre les faits en considération; mais il n'en est rien; nous déclarons ces faits non valables, parce qu'il n'est pas démontré que le contact seul a causé le choléra chez d'autres individus que l'on a pu mieux observer.

Les cinq malades qui avaient cessé d'être en contact avec des malades depuis plus de sept jours ne nous paraissent pas devoir être considérés comme frappés par la contagion.

Il est avéré que douze malades avaient fait des excès plusieurs jours avant d'être atteints; sont-ce les excès ou la contagion qui avaient causé occasionnellement le choléra? Il y a trop d'exemples de maladies, et même de choléra, survenues après un simple excès, pour que la première hypothèse ne soit pas admise.

Dans six cas, tous les membres d'une même famille subissaient les effets de la dernière des misères, ce qui constituait des conditions défavorables identiques pour tous les individus de la famille frappée.

Enfin on trouve que, dans des cas un peu détaillés, où l'on peut invoquer la contagion, il y avait d'autres conditions. Six individus étaient malades avant d'être en contact avec un cholérique ou avaient eu une indigestion (de moules) pendant qu'ils étaient en rapport avec un cholérique.

Trois fois les malades avaient été atteints en même temps, et il est probable que, dans beaucoup de cas précédents, il y avait des malades qui avaient simultanément la diarrhée.

Quatre malades étaient nourrices, trois malades ont pris le choléra en soignant un individu atteint de diarrhée.

Il est donc impossible de tirer de ces faits des preuves de contagion incontestables; dès que l'on trouve un peu de détails à côté de la mention du contact, mille objections surgissent, puis les faits deviennent inconciliables : ici une malade prendrait un choléra foudroyant près d'un malade qui aurait seulement de la diarrhée; là un individu, qui aurait séjourné avec un cholérique pendant dix jours, aurait seulement une cholérine.

Voyons aussi les coïncidences et ce qu'elles peuvent signifier. Une mère a le choléra, son enfant l'a aussi; on dit que la mère a infecté l'enfant; mais il se trouve que, dans une observation, il est fait mention d'un enfant éloigné de sa mère, et avec laquelle il n'avait aucun contact, qui a le choléra quelques jours après sa mère. S'il avait été près de celle-ci, n'en aurait-on pas inféré qu'il y avait eu contagion?

Mais citons encore le fait de ce garçon qui avait eu des rapports avec des cholériques, et qui, ayant une blennorrhagie, avait tenté de se guérir avec un apozème barbare à l'absinthe; il est pris, le lendemain, de choléra. Est-ce la contagion, est-ce l'apozème, qui a favorisé le développement du choléra? On a su, pour celui-là, la cause occasionnelle du choléra; qui dit que là où on ne signale rien, il n'y ait pas eu quelque écart de l'hygiène qui a empêché les malades de résister à l'action de l'influence épidémique?

A. D.

Sur l'emploi du laudanum dans les collyres.

Le laudanum de Sydenham entre fréquemment dans la composition des collyres; il n'est guère d'affection douloureuse des yeux qui ne soit traitée par les collyres laudanisés.

On a tort d'associer, comme on le fait habituellement, le laudanum aux astringents qui servent de base des collyres, tels que : sulfate de cuivre, sulfate de zinc, etc. Comme, dans ce cas, le principe astrigent amène, dès le moment de l'action du collyre, une irritation qui se traduit par une hypersécrétion de larmes, le laudanum se trouve entraîné et son action est nulle.

Associé au nitrate d'argent, il n'est plus seulement inutile, il devient dangereux, car en réduisant une partie du sel d'argent, il rend inutile le collyre et empêche de recourir à une autre médication.

Qu'arrive-t-il quand on emploie le laudanum seul? Si la solution est très-étendue, 1/100 par exemple, il y a trop peu de laudanum absorbé; à doses plus élevées, 1/15, 1/10, il devient un excitant très-marqué de l'œil et fait couler des larmes abondantes.

A la dose de 1/4, il agit comme excitant, non à cause de l'opium, mais à cause du vin qu'il contient. Il faut donc conclure de là que les collyres opiacés ne doivent point être prescrits, parce qu'ils n'exercent aucune action calmante, et ne peuvent être que nuisibles en diminuant l'action astringente des médicaments auxquels ils ont été associés. (*Journal de médecine de Bordeaux, 1866.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 août 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Vicherat, de Nemours (Seine-et-Oise), sur un cas de cow-pox récemment observé au hameau de Glaudelle (Seine-et-Oise). (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Giraldès, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Une lettre de M. le docteur Achille Brachet, qui présente à l'Académie un nouvel ophthalmoscope achromatique, fondé sur la vision, par le microscope composé.

— M. Guérard fait hommage à l'Académie, au nom de M. E. Duval, d'une brochure *Sur la chorée et sa cure par l'hydrothérapie.*

— M. Cerise fait hommage à l'Académie : d'un *Traité de politique et de science sociale*, par Buchez. Ce livre, dit le présentateur, se rapporte à la science médicale sur les questions d'hygiène qui y sont traitées.

— M. Larrey offre au nom des auteurs :

1° Une étude sur le service de santé militaire chez les Romains, par M. R. Briau;

2° Une traduction du livre de Rhasès, sur la variole et la rougeole, par MM. Leclerc et Lenoir, médecins vétérinaires.

RAPPORTS.

M. Gobley lit une série de rapports sur les eaux minerales; les conclusions des rapports sont mises aux voix et adoptées.

Discussion sur l'organisation immédiate des plaies.

M. J. Guérin. L'orateur résume la fin de son dernier discours et dit : M. Velpeau m'oppose qu'on a fait des opérations sous-cutanées avant moi et pour beaucoup de malades, c'est là ce qu'il appelle une généralisation. L'Académie des sciences pense autrement. Généraliser, c'est trouver le principe qui régit des faits connus et l'étendre à d'autres faits inconnus. Ce que j'ai dit en particulier pour la généralisation de la méthode sous-cutanée, c'est que son principe était la propriété de prévenir l'inflammation. Ici, l'orateur énumère les opinions d'auteurs élogieuses pour la méthode sous-cutanée. Celle de Sédillot, qui a déclaré que l'honneur d'avoir trouvé le principe de la méthode sous-cutanée appartenait à M. J. Guérin; celle de M. Ricord, qui disait : si vous prouvez la bonté de la méthode sous-cutanée, vous ferez une révolution dans la chirurgie; celle de Malgaigne, dans les premiers temps où cet auteur était écouté et impartial, il y était consigné que M. J. Guérin s'était emparé de la méthode sous-cutanée et qu'il en avait étendu et généralisé les applications. Dans un autre passage Malgaigne disait, à propos de l'orthopédie, que M. Guérin avait trouvé dans cette branche de la science un terrain vague, plein de ronces, et que ce médecin l'avait exploité avec bonheur, et que les doctrines émises à cet égard avaient remué la science de fond en comble; enfin que les travaux de cet auteur, M. J. Guérin, avaient produit comme un éblouissement. Bonnet (de Lyon), ajoute M. J. Guérin, a dit, de son côté, qu'il était réservé à la méthode sous-cutanée d'établir en loi la proposition de Delpech.

Étudiant ensuite les applications de la méthode sous-cutanée, M. J. Guérin examine d'abord les espèces d'opérations, et dit que les chapitres du livre de médecine de M. Velpeau ne disent rien sur ces opérations, et que même, M. Velpeau dit qu'il leur préfère les méthodes anciennes. M. Velpeau, dit M. J. Guérin, ne connaissait pas la méthode sous-cutanée.

Abordant la question de la ténotomie, l'orateur dit : Avant moi on avait coupé le tendon d'Achille, mais je suis venu dire que la ténotomie pouvait être appliquée pour tous les cas de difformités congénitales causées par la rétraction musculaire, et pour prouver quel était à ce moment l'état des esprits sur les difformités congénitales et sur le pied-bot, que l'on se rappelle la discussion académique de 1838 sur le pied-bot. M. Velpeau admettait peu les déformations causées par la position du fœtus; il croyait à des malformations des os, des ligaments et même des muscles, et à ce moment il disait : Mais nous avons maintenant quelque chose de mieux, c'est la théorie de M. J. Guérin.

A ce moment il fallait généraliser, et c'est ce que j'ai fait. Aussi, l'Académie des sciences m'a donné un prix pour ma généralisation sur la ténotomie.

Ici M. J. Guérin entre dans un détail relatif à la publication d'une note spéciale pour ses travaux dans la médecine opératoire de M. Velpeau, et expose ainsi les faits : M. Velpeau avait cité toutes mes opérations de ténotomie sans me citer; je l'ai vu et il m'a dit de rédiger une note; ce n'était pas un acte de complaisance, c'était justice. Mais je dois dire encore une chose, j'ai communiqué mes recherches à M. Velpeau avant de les avoir publiées; comme je ne savais l'avenir réservé à mes recherches, j'ai envoyé un pli cacheté à l'Académie, et quand M. Velpeau a publié dans un journal un extrait de son livre, j'ai fait ouvrir mon pli cacheté; il contenait la généralisation de la méthode sous-cutanée pour toutes les variétés de pied-bot, et il en résultait que avant moi on avait fait empiriquement la ténotomie, tandis qu'après et suivant la méthode sous-cutanée, on faisait des sections méthodiques fondées sur l'étiologie, et la généralisation des redressements par la ténotomie devenait une loi, un principe.

Dans mes premiers travaux, j'ai cherché à montrer que la méthode était non dangereuse, ensuite j'ai cherché à établir jusqu'où elle était efficace, pour le pied, pour l'œil et même le sphincter anal. J'ai fait plus, j'ai appliqué la méthode sous-cutanée à la cure des hernies étranglées et à la cure radicale des hernies. Il y a vingt ans de cela j'ai eu du succès, et M. Scutin a repris l'application de la méthode à cet égard. M. Velpeau a voulu aussi employer cette manière de faire, mais il n'a pas réussi. L'insuccès dans ce cas tenait à un manque de foi. Il fallait aussi mieux opérer; il fallait faire dans le sac des incisions sous-cutanées profondes pour favoriser l'exsudation d'une grande quantité de blastème pour boucher l'orifice du sac. J'ai fait onze de ces opérations; sur un malade, j'ai obtenu de beaux résultats; j'ai eu à Versailles un très-beau cas de cure radicale chez une jeune fille que j'ai revue au bout de cinq ans mariée et mère, et sa hernie n'avait pas reparu.

Que dire des avantages de la méthode pour les autres tissus? J'ai coupé des ligaments articulaires, M. Velpeau connaissait-il cela? Je sais bien qu'il cite Bell et A. Cooper comme ayant coupé des ligaments des articulations des doigts avec une aiguille à cataracte, mais est-ce là de la méthode sous-cutanée? On a fait la section sous-cutanée des nerfs. M. Ricord a fait la section des veines du cordon par la méthode sous-cutanée.

Pour les os, j'ai montré que l'on pouvait les fracturer impunément pour les redresser chez les rachitiques, et que les fractures n'étaient pas suivies d'inflammation. Cette opinion n'était pas admise au moment où je l'ai formulée; on sait quels étaient les dangers que M. Velpeau attribuait à la rupture des ankyloses.

Quant à la doctrine de l'innocuité des ponctions des abcès froids où l'on empêche l'accès de l'air, elle n'avait pas moins d'ennemis que les autres doctrines de la méthode. Beaucoup d'entre nous se souviennent de la théorie de Lisfranc, qui croyait les accidents dus à l'inflammation de la plaie faite pour ouvrir les abcès, et recommandait d'ouvrir largement et de placer des sangsues sur le foyer purulent. C'est l'usage de la méthode qui a vérifié la bonté de la méthode sous-cutanée dans cette question du traitement des abcès froids et des abcès par congestion.

M. J. Guérin énumère ensuite les applications de la méthode sous-cutanée, la possibilité d'arrêter un phlegmon par la méthode sous-cutanée, les bons effets de la méthode pour le traitement des kystes et des épanchements sanguins, la possibilité de l'ablation des tumeurs fibreuses du sein par des incisions en croix, réunies après l'ablation écrite la tumeur. (Ici M. J. Guérin cite un cas où il a réussi.)

A propos des kystes du poignet, M. J. Guérin veut prouver que M. Velpeau les désigne sous le nom de *noli me tangere*; il lit un passage de la médecine opératoire de M. Velpeau où il est dit que ni le séton, ni l'incision ne sont bons à employer, et que si l'on fait une injection iodée, on s'expose à obtenir des adhérences des tendons entre eux, et à des difformités des doigts, de sorte que l'on pourrait dire que ces maladies sont comme des espèces de *noli me tangere.*

Pour ce qui est de la négation de M. Velpeau, ajoute M. J. Guérin, voyez ce qu'il faut en penser; vous avez entendu M. Velpeau dire ici : On ne se base pas sur des ragots de malades qui parlent de *noli me tangere*, et c'est abuser de la crédulité publique que de leur accorder de la confiance. Messieurs, que dirai-je, quand on voit jouer ainsi avec la science, équivoquer de la sorte et braver la vérité?... mais je m'arrête et je me borne à une comparaison : le Napolitain est moqueur, tous les moyens lui sont bons pour taquiner le Calabrais. Le Calabrais qui est l'objet des bourrades du Napolitain, poussé à bout finit par répondre : Napolitain, tu te moques de moi, je le sais, mais toi tu ne sais pas que je sais que tu te moques de moi.

M. J. Guérin parle de l'occlusion pneumatique qui est, suivant lui, une extension de la méthode sous-cutanée, puisque l'on donne à la plaie une enveloppe artificielle. Il dit qu'il a fait soixante-huit applications déjà, et qu'il a fourni six exemples dans ses précédentes communications pour des kystes à grains hordéiformes du poignet et pour des corps étrangers articulaires. Je sais bien que l'on a voulu, dit l'orateur, réserver à Goyraud (d'Aix) la priorité de l'extraction des corps étrangers articulaires par la méthode sous-cutanée, mais Goyraud lui-même a dit : J'ai appliqué le principe de la méthode de M. J. Guérin.

Je mets, dit M. J. Guérin en terminant, tous mes confrères à contribution, et je leur promets que tous les kystes articulaires traités par la méthode sous-cutanée, telle que je la pratique, seront guéris sans inflammation.

J'ai établi, dit M. J. Guérin pour se résumer, une méthode avec ses conséquences générales, et maintenant la science s'occupe de prévenir encore l'intoxication traumatique; elle s'occupe d'oblitérer les portes à la putréfaction en empêchant le contact de l'air sur les plaies, et c'est là le but de l'occlusion pneumatique.

Je suis arrivé aujourd'hui à la fin de ma tâche; j'ai montré comment la physiologie, la pathologie générale et la clinique avaient pu profiter des bienfaits de la méthode sous-cutanée; cette lutte que j'ai soutenue sera le prélude d'un retour de l'union de la médecine et de la chirurgie. Bientôt, avec une génération nouvelle, la révolution s'accomplira, et j'aurai l'honneur d'avoir donné le signal et d'avoir planté le drapeau. Alors la chirurgie, entrant dans une nouvelle voie, convertira les opérations ordinaires en opérations sous-cutanées, et alors aussi je déposerai les armes.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les titres des candidats à la place de correspondant étranger.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur et très-honoré confrère,

L'opinion de la *Gazette des Hôpitaux* est très-accentuée pour la non contagion du choléra.

Dans un article intitulé *Correspondance*, M. le docteur A. Després convient que le plus grand nombre des avis reçus est contraire à sa manière de voir, ce qui prouverait que la grande majorité des abonnés ou correspondants est contagionniste.

C'est qu'en effet, nier la contagion du choléra, c'est nier la lumière, c'est combattre la vérité la plus évidente et la plus incontestable, la plus manifeste.

M. le docteur Després nous dit qu'il est étonné de l'esprit de ces lettres, que ne constituent pas des observations, mais bien des paraphrases et des commentaires. Il oublie sans doute que ces paraphrases et ces commentaires sont précisément le résultat d'observations ayant amené la conviction de praticiens qui transmettent brièvement leur avis, faute de pouvoir entrer dans des longueurs et des détails qui ne sauraient modifier en rien le jugement qu'ils ont porté sur les faits.

Leur pratique active et de tous les instants ne leur permet guère ce luxe de développement; ils transmettent leur appréciation, et il faut bien admettre qu'ici au moins, le nombre a bien quelque valeur.

M. Després a été surpris de voir le plus grand nombre de nos confrères contagionistes. Moi, j'aurais été extrêmement surpris du contraire, et sur ce point, au moins, j'ai l'intérieure satisfaction d'avoir mieux jugé que notre très-estimé rédacteur, cependant si habile, si perspicace et si érudit.

Je répète en deux mots l'observation que contient ma précédente lettre, à laquelle vous pourrez vous reporter, monsieur le rédacteur.

Pas de choléra à Évreux.

Un individu arrive de Paris, il en est pris une demi-heure après son arrivée, après avoir été en proie pendant deux ou trois jours (rue de la Roquette, à Paris), à des malaises caractérisés par des douleurs intestinales et une légère diarrhée.

Trois heures après son attaque, il est transporté à l'hôpital.

Le lendemain même cet établissement est infecté. Quatre cas se produisent dans une même nuit et ainsi de suite les jours précédents; le plus grand nombre meurt, ainsi que notre garçon boulanger arrivé de Paris, propagateur du fléau.

Ce jeune homme, âgé de vingt-trois ans, fut momentanément enlevé de l'hôpital par ses parents à leur domicile, et reçoit la visite fréquente d'un militaire retraité, connaissance de son père. Ce militaire voit bientôt le choléra envahir sa maison. Un enfant de dix jours, que sa femme nourrissait artificiellement, est atteint (première victime en dehors de l'hôpital et de la prison) ; je dis de la prison, car quelques cas s'étaient produits aussi dans cet établissement, dont je suis le médecin, ce qui ne surprendra point quand on saura que je fus appelé à soigner le garçon boulanger avant son entrée à l'hôpital, chez lui, lors de son enlèvement et à l'hôpital même, et j'insiste ici, car je crois non-seulement à la contagion immédiate, mais à la contagion médiate du choléra.

Je reviens au premier fait : la nourrice berce l'enfant dans ses bras pour calmer ses cris, pendant toute la nuit de son attaque. A six beures du matin elle est prise à son tour, sans diarrhée ni aucun accident prémonitoire; elle meurt à cinq heures du soir. Dans la nuit qui suit, une petite fille de cinq ans est atteinte dans cette même maison également, sans accidents précurseurs; elle succombe au bout de quatorze beures. Le nourrisson était mort dans l'intervalle. Tous trois ont succombé dans la période cyanique. Il y avait dans la maison, de l'espace, de l'air, une certaine propreté et quelque bien-être. Ce militaire, étant pensionné de l'état et faisant une profession qui lui avait permis d'adopter deux enfants, dont l'une a été la troisième victime du fléau, qui a envahi sa demeure isolée du reste de toute autre habitation placée dans la banlieue, au pied d'une côte verdoyante et boisée.

Telle est l'histoire des premiers cas qui se sont produits si subitement parmi nous.

Telle est la conclusion que nous avons cru devoir en tirer. Notre conviction est basée sur des faits, qui pour ne pas être ici entourés d'une foule de détails utiles, peut-être, pour des personnes n'ayant pas assisté à leur constatation, n'en ont pas moins pour nous une valeur incontestable et ont laissé dans notre esprit une empreinte ineffaçable.

Recevez, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mon plus profond respect et de ma très-haute considération.

Dr BUISSON (d'Évreux).

Évreux, le 18 août 1866.

Les convictions de M. le docteur Buisson sont respectables, mais les faits qu'il cite ne sont pas des observations. Si nous avions la date du début des maladies, la forme des accidents, la description de l'état sanitaire d'Évreux, le numéro des salles des malades atteints, et surtout l'observation du garçon boulanger, nous montrerions que la contagion a été à Évreux aussi problématique qu'à Paris.

Nous renvoyons M. Buisson à ce que nous avons dit des faits signalés par M. Raimbert, dans le n° 96 de la *Gazette des Hôpitaux*, pour ce qui est de la nourrice, de l'enfant élevé au biberon et des diarrhées qui existaient dans le bourg de Conie.

Nous ajoutons deux remarques :

A l'hôpital, quatre individus sont atteints à la fois, presque immédiatement après l'arrivée du boulanger de Paris. De deux choses l'une, ou il s'est agi de cas de choléra foudroyants, ou il y a eu diarrhée prémonitoire. S'il y a eu diarrhée, elle existait avant l'arrivée du malade de Paris, et si la diarrhée existait le pays était sous l'imminence de l'invasion du choléra, et l'on voit ce que pourrait alors signifier l'arrivée d'un voyageur de Paris.

Il y a eu du choléra dans la prison d'Évreux. Qui l'y a porté? M. Buisson croit à une contagion médiate dont il aurait été le véhicule, si nous saisissons bien le sens de sa lettre. Or, ces cas existaient en même temps que ceux de l'hôpital, autant qu'on en peut juger, et M. Buisson est obligé de dire qu'il avait soigné le garçon boulanger avant l'entrée de ce malade à l'hôpital.

M. Buisson nous excusera d'être si difficile à l'endroit de sa narration; si nous respectons toutes les convictions de nos honorables correspondants, nous ne devons reculer néanmoins devant aucun examen. — Dr Armand Després.

NÉCROLOGIE.

Hier ont eu lieu les obsèques du Dr Fritz; le deuil était conduit par ses maîtres MM. Béhier et Barthez. Parmi la foule de médecins réunis, qui étaient venus honorer la mémoire de ce jeune médecin rempli de talents et d'espérances, nous avons remarqué MM. Velpeau, Barth, Gubler, Axenfeld, Giraldes, Dolbeau, Oulemont, Chauffard, Lorain. Un grand nombre d'internes des hôpitaux suivaient le cortége.

M. Husson représentait lui-même l'administration des hôpitaux.

M. Paul Topinard a prononcé le discours suivant :

« Messieurs, nous sommes réunis autour de cette tombe pour une triste cérémonie. Un d'entre nous vient encore de tomber au champ d'honneur. Hier, c'était Boussard, Gibert, aujourd'hui c'est Fritz, demain ce sera peut-être notre tour.

« Il y a quinze jours à peine, profitant d'une heure de loisir, Fritz courait à Strasbourg embrasser sa mère; il ne se doutait pas qu'il la voyait pour la dernière fois. A son retour, en effet, il ressentait les premières atteintes du fléau qui l'a terrassé. Un excès de confiance, les soucis de la clientèle, des études opiniâtres lui firent malheureusement négliger les précautions convenables. La maladie poursuivit son cours silencieux et éclata enfin dans la nuit du samedi au dimanche dans sa terrible gravité. Fritz vit son état, son expérience lui laissa peu d'illusion, et dix heures après il expirait entre les bras de ses amis en pleurs.

« La science médicale, messieurs, perd dans Fritz l'une de ses illustrations futures. Ses travaux déjà nombreux et si remarquables en sont le ferme garant. La presse regrette en lui, l'un de ses rédacteurs les plus distingués et les plus féconds; la Société médicale d'Observation, que j'ai la pénible mission de représenter ici, un de ses membres les plus érudits et les plus dévoués, un charmant causeur et un logicien solide. La plupart d'entre nous enfin, pleurent au bord de cette fosse un bon camarade, un excellent ami.

« Fritz, tu meurs bien jeune! lorsque tu allais recueillir le fruit de ta persévérance et de tes travaux. Mais ta mémoire vivra parmi nous, et tes écrits consultés souvent, conserveront autour de ton nom une auréole touchante de regrets et de respects.

« Adieu Fritz, adieu. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Même état sanitaire de Paris.

La Société de chirurgie reprendra ses séances le mercredi 28 août 1866, dans son local, 3, rue de l'Abbaye.

— La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance le 24 août, à la Faculté de médecine (cabinet du doyen).

Ordre du jour : 1° Observation de gangrène de l'oreille dans la convalescence d'une rougeole, par M. Causit.

2° Note sur l'emploi thérapeutique de l'essence de romarin à l'extérieur, par M. Paul Topinard.

— M. le Dr Letenneur père, de Nantes, âgé de quatre-vingts ans, vient de mourir. L'un des doyens de l'internat des hôpitaux de Paris (1807), M. Letenneur était connu parmi nous pour sa thèse sur la pneumonie chronique; il exerça la médecine avec honneur et distinction à Challans (Vendée) pendant quarante-cinq ans.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des conditions dans lesquelles survient le choléra. — État des malades avant l'apparition des premiers accidents.

Il est peu de questions plus importantes que celle de la prétendue contagion du choléra; tout ce qui peut la combattre, ou, dans l'hypothèse contraire, en démontrer l'existence, doit être noté avec le plus grand soin.

Il serait intéressant de connaître les prédispositions individuelles et de savoir, en particulier par une enquête sévère, portant sur un grand nombre de cas, quel était l'état de santé antérieur des malades frappés par le choléra, et s'il n'y a point, dans une prédisposition antérieure, une raison plus puissante que la contagion, pour expliquer le développement de la maladie. Cette question a été traitée par M. Stoufflet, dans sa thèse, et il est arrivé aux résultats suivants :

I. — En ne parlant ici que des cas extérieurs, sur 461, 21 malades étaient antérieurement atteints de maladies aiguës, 12, c'est-à-dire plus de la moitié sont morts; presque tous ont été pris de choléra, au moment où la fièvre est tombée, et presque toujours il n'y a pas eu de diarrhées prémonitoires.

Voici quelles ont été les diverses maladies :

Angine simple. (Guérison.)

Angine diphthéritique récidivée. (Mort.)

Bronchites. (1 mort, 3 récidives après le choléra : elles s'aggravent et deviennent des broncho-pneumonies.)

1 pleurésie. (Mort.)

2 fièvres typhoïdes. (Mort.)

4 blennorrhagies. (4 morts.)

3 rhumatismes articulaires. (Guérison.)

3 varioles, dont une se développe concurremment avec le choléra. (2 morts.)

1 dyssenterie. (Guérison.)

En revenant sur quelques-uns des résultats consignés dans ce tableau, nous y voyons la gravité exceptionnelle de la blennorrhagie en temps de choléra, puisque sur 4 malades, on compte le même nombre de morts; dans tous ces cas, la maladie avait passé sa période aiguë. Dans une des observations de rhumatisme, l'affection articulaire s'est suspendue pendant le choléra. Les trois rhumatismes ont guéri; ce fait a eu son analogue à l'Hôtel-Dieu, cette année même, il y a peu de jours, dans le service de M. Grisolle, suppléé par le docteur Fournier. Un jeune malade rhumatisant, au cinquième ou sixième jour, avec un rhumatisme très-aigu, a vu tout d'un coup ses jointures devenir libres et presque indolentes au moment où commencèrent les diarrhées cholériques ; lorsque le rhumatisme ainsi modifié, poursuivit plus tard son évolution, le choléra ne récidiva point; il en fut de même pour les malades dont l'observation est donnée dans la thèse du docteur Stoufflet.

II. — 52 malades atteints d'affections chroniques ont été atteints de choléra, et cela sur un chiffre de 461 malades. 27 ont succombé.

13 phthisiques ont été atteints. . . .	6	sont morts.
10 catarrheux.	4	—
10 malades atteints d'affections cardiaques	5	—
2 calculeux.	1	—
4 maladies utérines.	4	—
3 diarrhées chroniques.	3	—

Sur 13 phthisiques qui ont été atteints du choléra, 6 seulement sont morts; mais chez tous les autres, l'affection organique a reçu, de l'attaque cholérique, une très-fâcheuse impulsion. Quand le docteur Stoufflet les a revus chez eux, tous avaient eu de nouvelles hémoptysies; chez tous, les lésions étaient bien plus avancées.

Les diarrhées chroniques sont peu intéressantes : tous les malades sont morts. L'un avait soixante-onze ans et sortait de l'hôpital de la Pitié. En général, ces malades comptent parmi les premières victimes de l'épidémie.

III. — Il nous faut maintenant passer en revue, toujours à propos des cas extérieurs, un certain nombre de causes prédisposantes dont l'importance, numériquement établie, quelle que soit l'interprétation que l'on donne à ces faits, ne saurait être négligée.

Ce sont d'abord les dérangements intestinaux fréquents : sur 25 de ces malades, 13 furent enlevés par l'épidémie. Parmi ces malades, les uns étaient sujets à des embarras gastriques, à des dyspepsies, d'autres à de la diarrhée, et tous vivaient paisiblement avec leur maladie, fasant peu ou ne faisant rien pour la guérir.

Pour les gens qu'une vie irrégulière, des habitudes d'ivrognerie poussées jusqu'à l'abrutissement crapuleux prédisposaient au choléra, on en compte, sur un total de 461, 86, et sur ce nombre 50 sont morts; la misère, l'alimentation insuffisante ont paru, dans 33 cas, avoir pu servir, à l'exclusion de toute autre, de cause prédisposante.

Le défaut d'acclimatation paraît avoir, au point de vue des dangers d'invasion du choléra, une très-grande importance. 95 malades étaient depuis moins d'un an à Paris, et, sur ce nombre, 32 avaient de un à trois mois de séjour, 28 avaient un peu moins d'un mois.

Dans une précédente revue clinique, en parlant des cas qui ont éclaté à l'intérieur des salles, nous avons mentionné comme spécialement prédisposées à l'influence, les femmes nouvellement accouchées. Parmi les malades venus du dehors, nous retrouvons aussi cette influence nettement constatée : sur 18 femmes enceintes, 10 morts; sur 3 femmes nouvellement accouchées, 3 morts.

Deux femmes qui ont guéri n'ont pas avorté, et sont accouchées depuis heureusement et à terme.

Des autres, 11 ont avorté certainement, savoir : 3 chez elles avant leur entrée et 8 à l'hôpital; pour les 5 autres femmes enceintes, on ne sait si elles ont avorté ou si elles sont accouchées à terme.

Le pronostic paraît être plus favorable pour une femme cholérique enceinte qui avorte, que pour celle qui n'avorte pas.

IV. — Relativement au nombre et à la gravité différente des malades venus de l'extérieur ou observés dans les salles, nous trouvons les chiffres suivants :

Malades.		Guéris.	Morts.
De l'extérieur. . .	461	250	211
De l'intérieur. . .	63	16	47

La proportion des morts a été de 49 pour 100, pour les cas extérieurs, et de 75, pour les cas intérieurs; il en ressort donc cet enseignement, important à plus d'un titre, de la gravité plus grande (de 50 à 75 pour 100) des cas de choléra développés dans les salles.

De l'insufflation comme remède dans l'intussusception.

Le docteur Greig, dans un intéressant travail publié dans l'*Edinburgh medical journal*, et récemment analysé dans la *Gazette médicale de Paris*, insiste beaucoup sur l'emploi de l'insufflation dans l'invagination intestinale, surtout chez les enfants.

Chacun sait qu'il y a deux espèces d'invagination; l'une inflammatoire et l'autre non inflammatoire. Cette dernière ne donne souvent lieu à aucun symptôme pendant la vie, et souvent ce n'est qu'à l'autopsie que l'on constate son existence.

Le docteur Greig ne s'occupe, dans son travail, que de l'intussusception inflammatoire qui se traduit par un ensemble de signes presque caractéristiques, à savoir : un début brusque, des vomissements incessants, une constipation opiniâtre, des accès de douleurs vives, une tumeur abdominale, et surtout l'écoulement par le rectum d'une certaine quantité de mucus sanguinolent.

Dans ces cas, suivant le docteur Greig, les purgatifs sont plus nuisibles qu'utiles ; ils sont rarement conservés dans l'estomac, et par les efforts de vomissements qu'ils provoquent, ils font contracter vivement l'intestin, et partant aggravent l'état des malades. Les lavements pourraient, au contraire, rendre service; malheureusement la contraction spasmodique du rectum ne permet pas toujours de les administrer. On ne rencontre point la même difficulté à injecter de l'air ; aussi ce mode de traitement a-t-il une supériorité très-grande sur tous les autres. Son application est simple et ne nécessite point de grands appareils. Ce qu'il importe surtout de faire, c'est d'injecter assez d'air pour distendre l'intestin jusqu'à la portion invaginée.

Nous ne pouvons rapporter les cinq observations qui font la base du mémoire du docteur Greig. Nous nous contenterons d'en choisir une qui servira de type.

Il s'agit d'un jeune enfant de six mois, qui avait toujours été bien portant jusque-là. Il fut pris, à six heures du soir, le 13 octobre 1862, sans cause appréciable, d'agitation puis de vomissements intenses; la peau devint froide, la face pâle et les lèvres livides. Il paraissait éprouver une douleur vive dans l'abdomen. On lui administra alors une cuillerée d'huile de ricin qui fut rejetée presque aussitôt. L'enfant ne put également retenir un lavement ; à huit heures, il rendit un peu de sang par l'anus, et cette légère hémorrhagie se répéta à chaque accès de douleurs pendant la nuit. Le ventre était souple, mais un peu ballonné ; la pression n'y était douloureuse qu'au moment des paroxysmes. En déprimant fortement les parois de l'abdomen au-dessous de l'ombilic, on parvint à sentir une tumeur dure, située un peu à droite de la ligne médiane. Les symptômes ne tardèrent pas à s'aggraver ; le petit malade rejetait tout ce qu'on lui faisait prendre, et souffrait beaucoup plus du ventre et n'avait aucune garde-robe. Le docteur Greig voulut alors avoir l'avis de deux confrères, et il fut décidé que l'on pratiquerait l'insufflation. A cet effet, le canon d'un soufflet fut introduit dans l'anus, et une grande quantité d'air injectée. L'air pénétra facilement et sembla procurer un soulagement notable. Vingt minutes après l'injection, on entendit une sorte de borborygme, bientôt suivi d'un craquement assez fort pour faire croire aux personnes qui entouraient l'enfant que quelque chose s'était rompu dans l'abdomen. Il n'en était rien, et le jeune malade rendit sans douleur, une demi-heure après, une garde-robe légèrement teintée de sang. Deux jours après, tout symptôme sérieux avait disparu.

Le docteur Greig est loin d'être partisan de l'expectation. Le fait suivant, du reste, montre, par le résultat qui fut obtenu, combien il y aurait imprudence à presque abandonner la maladie aux seules ressources de la nature.

Un bel enfant de quatre mois fut pris subitement, vers le milieu du jour, le 12 novembre 1863, d'une agitation très-grande : il se débattait dans son lit et paraissait en proie à de vives douleurs abdominales. On lui donna en ce moment un peu de lait, mais il le vomit aussitôt après. Dans la soirée, il rendit par l'anus quelques gouttes de mucus sanguinolent; cette légère hémorrhagie se repéta plusieurs fois encore pendant la nuit, en s'accompagnant d'un ténesme considérable. On ne sentait point de tumeur abdominale ; seulement à la percussion on trouvait une matité assez nette, s'étendant de l'ombilic à la fosse iliaque gauche. Un bain tiède, des fomentations, un lavement ne procurèrent aucun soulagement. Cependant comme les symptômes, vomissements, constipation, etc., étaient moins accusés que dans les cas précédents, le docteur Greig voulut abandonner la maladie aux seuls efforts de la nature, et remit au lendemain l'injection d'air. Lorsqu'il revint, le lendemain matin, le petit malade était mort. A l'autopsie, on trouva l'iléon et le cœcum invaginés dans le colon ; la tumeur arrivait à un pouce de l'anus.

En résumé, dans quatre cas d'invagination intestinale traités par l'insufflation d'air dans le rectum, la guérison eut lieu, et dans le seul cas où aucun traitement actif ne fut fait, l'enfant succomba.

DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA.

Dans une question aussi controversée que celle de la contagion ou de la non-contagion du choléra, la *Gazette des hôpitaux* tient plus que jamais à rester une tribune ouverte à toutes les opinions.

Après avoir donné jusqu'ici la parole à M. le docteur Després, dont les opinions très-arrêtées sont profondément respectables, nous pensons que le moment est arrivé de la donner en outre à un autre de nos collaborateurs, M. le docteur Revillout, qui s'est distingué l'année dernière parmi les membres de la Commission que le gouvernement français avait envoyée en Égypte.

Nous ferons le meilleur accueil à toutes les communications qui pourront nous être envoyées au sujet de cette question, l'une des plus intéressantes de celles qui devaient se traiter au Congrès médical de Strasbourg. — Dr E. Le Sourd.

Notre collaborateur et ami M. le docteur Després, dans une série d'articles remarquables que nos lecteurs ont lus, a soutenu et soutient encore que le choléra n'est jamais contagieux; d'une autre part, M. Grimaud, de Caux, et beaucoup d'autres, ont prétendu qu'il l'est toujours, et exclusivement. Ce sont là des doctrines extrêmes dont les conséquences pratiques sont très-graves, et que nous devons examiner pour voir si la vérité ne serait point entre elles.

Rappelons d'abord que l'une de ces deux opinions conduit à la complète suppression, non-seulement de toute quarantaine, mais de toute mesure de précaution, telles qu'isolement des malades dans des salles spéciales, etc.; tandis que l'autre mène

fatalement à un état de choses dont les victimes seraient peut-être plus nombreuses que celles du choléra lui-même.

Le jour où le public serait persuadé, comme l'est M. Grimaud, de Caux, que les germes du choléra ont besoin d'un support pour être transportés, qu'ils s'attachent aux hommes comme aux choses, s'y multiplient et s'y propagent, semblables aux sarcoptes de la gale; qu'une lettre venue d'un pays où le choléra a régné peut apporter cette épidémie; que le laps de temps écoulé n'est pas une assurance contre le danger d'êtres qui se multiplient et se répandent incessamment, apportant avec eux la mort : ce jour-là des esprits logiques tirant les conclusions forcées de ces prémisses, le cholérique, comme un pestiféré, ne trouvera personne qui le soigne, toutes les quarantaines sembleront trop courtes; et, la peur étant une passion féroce, on verra se renouveler des émotions et des fureurs populaires dont le souvenir nous étonne; on brûlera les lazarets avec leur contenu, hommes ou choses; on recevra à coup de canons les navires qui reviendraient de pays où le choléra sévissait; on ne voudra rien laisser sortir des villes ou des provinces ravagées. Des choses pareilles se sont vues en pleine civilisation, quand tout un peuple s'imaginait que pour détruire la maladie, il fallait détruire tout ce qui en portait en soi le germe, à commencer par les malades.

Ainsi ce n'est pas le moins du monde une doctrine indifférente que celle des contagionistes proprement dits. Il n'est pas permis de la soutenir avec des présomptions, des suppositions, ou des à-peu-près; il faudrait des preuves convaincantes, et ce n'est point là ce qu'on donne.

M. Després a pris franchement le contre-pied de cette opinion dangereuse; et bien que nous ne fussions pas complétement de son avis, c'est avec plaisir que nous l'avons vu tailler à droite et à gauche au milieu des soi-disantes preuves que les contagionistes purs avaient avancées.

Il est souvent utile pour ébranler une doctrine extrême en un sens, d'entendre soutenir une doctrine extrême dans le sens opposé; mais, quoique ces doctrines extrêmes offrent en général l'avantage de paraître d'abord plus simples, puisqu'elles nient tous les faits complexes, il est rare que la vérité se rencontre dans une d'elles.

En ce qui regarde la question actuelle, on peut être contagioniste, sans l'être comme M. Grimaud, de Caux; on peut nier la contagion directe, par le contact, sans être d'accord avec M. le docteur Després.

Est-ce la faute de la langue française, si peu riche, disent les Allemands? Le fait est que ce terme *contagion*, peut s'interpréter de plus d'une manière.

Une maladie peut être purement contagieuse, contagieuse par le seul contact, par un germe qui se transporte d'un individu à un autre : il en est ainsi de la gale, la syphilis, etc.; elle peut être contagieuse et en même temps épidémique, existant à la fois dans l'air à l'état de miasme insaisissable, et sur le malade, à l'état de virus, capable de transmettre le mal à ceux qui l'approchent et le touchent; la petite vérole est dans ce cas. Enfin, tout en étant épidémique, elle peut être contagieuse sans qu'il existe de virus ou de produit inoculable, sans qu'on puisse saisir un germe qui se transmette par le contact, la présence d'un ou de plusieurs malades semblant augmenter seulement la concentration et la force de ce poison insaisissable qui paraît exister dans l'air. Les exemples seraient nombreux; nous citerons au hasard certaines affections éruptives et le typhus des armées.

Dans tous ces cas le mot *contagieux*, paraissant peut-être plus clair, a prévalu sur les autres termes qu'on a voulu mettre à sa place. C'est incontestablement celui de tous dont on se sert le plus souvent.

Eh bien, lorsqu'on demande si le choléra est contagieux, pour démontrer qu'il ne l'est pas, suffit-il de répondre qu'il est épidémique, lorsque nous voyons tant de maladies être à la fois épidémiques et contagieuses? Suffit-il de dire qu'on ne l'a pas vu se transmettre par le contact, lorsque certaines affections contagieuses ne se transmettent pas ainsi? Non, il faut plus. Il faut prouver que la présence de malades qui souffrent de cette affection est absolument indifférente pour ceux qui respirent le même air. Il faut prouver que pour se transmettre, l'épidémie a toujours suivi la voie de l'atmosphère, et non point celle que lui donnaient les voyages des individus qu'elle avait atteints d'abord; il faut démontrer en un mot qu'un certain nombre de cholériques ne peuvent jamais former un foyer de choléra, un nouveau centre d'où l'influence morbide pourra se propager et s'étendre.

Nous ne nous rangerons pas pour notre part parmi les anti-contagionistes, jusqu'à ce qu'ils aient fait cette preuve; car si nous considérons le choléra comme contagieux, c'est, bien entendu, dans le troisième sens de ce terme, à la façon du typhus des armées.

Nous ne pouvons donc que nous associer aux observations de M. Després, lorsqu'il se moque de ceux qui veulent toujours découvrir un agent palpable et direct pour la transmission du choléra, de ceux qui accusent l'eau des fleuves, ou même, à défaut d'autre intermédiaire, les lettres apportées par la poste.

Ici la contre-épreuve est faite depuis longtemps, et je ne conçois pas qu'on l'oublie. Mille ont tenté de s'inoculer le choléra de toutes les manières : ils n'ont jamais pu y réussir. Moi-même, l'année dernière, en Égypte, après avoir enveloppé, dans mes couvertures de voyage une cholérique, qui y mourut le troisième jour, je m'en suis entouré pendant plusieurs nuits et de longs jours de malade. Il est prouvé que les malades sont plus que tous autres soumis aux influences épidémiques; le contact très-prolongé avait été on ne saurait plus direct; je n'ai pas pris le choléra; et personne ne l'a pris de tous ceux qui ont manié ces couvertures jusqu'en Franche-Comté, où je les ai fait laver au bout d'un certain temps. C'était bien autre chose que des lettres, et pourtant je n'avais pas la moindre inquiétude; car les expériences antérieures me rassuraient absolument contre cette théorie des animalcules transportables qui a dû certaine vogue à ce qu'étant sans fondement sérieux, elle pouvait avoir, l'année dernière, le charme de la nouveauté.

Il est heureux qu'elle soit fausse. On n'en admirera pas moins, mais on craindra moins d'imiter ceux qui, pendant le choléra de 1865, au Caire, ont tenu haut et ferme l'honneur du nom français. Ils étaient là quarante et quelques compatriotes: négociants, banquiers, etc., qui électrisés par un homme de cœur, M. Roustan, notre consul, se sont organisés pour donner nuit et jour leurs soins personnels aux malades.

Divisés en escouades par le consul, ayant à leur disposition une quinzaine de mille francs fournis par les cotisations volontaires de la colonie, ils avaient transformé en bureau de secours la nouvelle chancellerie de France, et en leur appartement des cholériques de tous les quartiers de la ville. Ils les couchaient sur les lits de l'ambulance, les frictionnaient eux-mêmes à tour de rôle, et, à mesure des vacances dans l'hôpital européen, ils les y faisaient transporter. Ils *montaient cette garde* plusieurs ensemble. Chacun devait passer chaque fois au moins six heures de suite dans ce contact presque incessant des malheureux contaminés; et encore, lorsqu'ils avaient fini leurs heures de service, souvent ils restaient avec ceux qui étaient convoqués pour prendre leur place.

Ces hommes de courage ne sont point morts; tandis que l'épidémie sévissait avec une violence sans pareille. Dans la ville du Caire qui contenait alors au plus trois cent mille âmes, il mourait douze cents personnes par jour, et peut-être plus, pendant les trois jours où sous l'influence du vent du sud, les morts étaient devenus si nombreux qu'on ne les comptait plus aux portes de la ville.

Mais, en temps de choléra, la peur est une cause de maladie bien plus dangereuse que le contact. Je pourrais en fournir des exemples frappants; mais tout le monde en a vu. Cela se comprend, du reste, puisque la peur a la réputation méritée d'agir, lorsqu'elle est par trop forte, à la manière des purgatifs; et puisqu'il est maintenant bien établi que toute espèce de purgation prédispose à être pris du choléra.

Qu'on ne laisse donc pas prévaloir une doctrine qui manque de base scientifique, et ne pourrait faire que des poltrons. Qu'on proclame bien haut l'innocuité du contact des cholériques, parce qu'on sera dans la vérité; mais comme la vérité doit passer avant tout, et être déclarée tout entière par les hommes de science comme par des témoins, qu'on ne se hâte pas de nier que le choléra soit un peu contagieux à la troisième manière, bien que surtout épidémique.

Nous reviendrons bientôt sur ce sujet.

Dr Victor Revillout.

RÉFLEXIONS SUR LE MÉCANISME ET LA PROPHYLAXIE

De l'inversion utérine arrivant pendant et après l'accouchement.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont dû lire avec intérêt l'article sur l'*inversion utérine*, de M. le professeur Courty, avant-goût propre à faire désirer l'ouvrage dont on a extrait ce fragment. Cet intérêt même me porte à prendre un instant la plume, non pour critiquer, mais pour développer quelques passages qu'on y lit sur la prophylaxie de l'inversion.

Résumant les idées admises, le professeur de Montpellier donne, entre autres recommandations, celles « d'apaiser les contractions utérines, si elles sont violentes et trop rapprochées, les exciter si l'organe est menacé d'inertie; n'exercer sur le cordon que des tractions modérées; introduire la main dans l'utérus pour décoller le placenta s'il est adhérent; après la sortie du délivre, titiller le col et frictionner le fond à travers l'hypogastre pour déterminer la contraction des fibres utérines et la formation du globe dur et résistant qui inspire à l'accoucheur toute sécurité, etc. » Je souligne les passages relatifs aux contractions utérines, parce que c'est là que je veux m'arrêter surtout, et parce que c'est là le fond de la question de l'inversion.

On a cité quelques cas d'inversion spontanée en dehors de l'état puerpéral, et sans aucune autre lésion que l'abaissement à travers le col du fond utérin relâché, mais ces cas méritent confirmation. On ne peut nier au contraire l'inversion occasionnée par un polype intra-utérin, lequel, expulsé à travers le col, pendant qu'il était encore adhérent, a entraîné avec lui le fond utérin auquel il était greffé. Ce n'est cependant pas de ces cas que je viens parler, mais seulement de ceux où l'inversion accompagne ou suit de près l'accouchement. La fréquence et la gravité immédiate de cet accident, les inconvénients qu'il entraîne à sa suite et les difficultés d'une réduction tardive, tout ici mérite la plus grande attention des praticiens.

Pour mieux saisir les données prophylactiques dont je veux parler, il faut avoir préalablement une idée nette du mécanisme de l'inversion; c'est ce que je vais établir en peu de mots.

Les fibres musculaires de l'utérus, qui étaient plus ou moins relâchées pendant la gestation, deviennent, pendant le travail, le siége de contractions très-énergiques auxquelles est due presque exclusivement la terminaison de l'accouchement. La somme des forces que déploie l'utérus en ces moments n'est pas la même chez les animaux et dans l'espèce humaine, pas plus qu'elle n'est exactement la même chez toutes les femmes; mais les variations ne sont pas assez grandes pour qu'on ne puisse pas établir une moyenne ou un minimum général. On a donné presque exclusivement le nom de contractions à celles qui sont énergiques, intermittentes et douloureuses, tandis qu'on a laissé pour le reste le nom de rétraction ou de tonicité, mais c'est là une subtilité plutôt qu'un fait réel. N'importe le nom, du reste, nous représenterons les forces utérines nécessaires au minimum de vingt unités ainsi réparties :

Quatre pour effacer et dilater le col, pendant les derniers temps de la grossesse et au moment du travail surtout;

Une pour rompre la poche amniotique;

Dix pour pousser l'enfant à travers le col, à travers le bassin et à travers la vulve;

Trois pour décoller et expulser le délivre, ainsi que les caillots sanguins;

Deux enfin pour opérer la rétraction utérine, fermer les sinus béants et rendre à l'utérus la forme, la position, ainsi que le volume primitifs.

Voyons maintenant ce qui va arriver chez la femme dont l'utérus a tout juste le nécessaire de forces pour ces opérations, là où des maladies ou l'état de civilisation ont accru les obstacles à surmonter pour l'achèvement de la parturition.

L'utérus est alors obligé de dépenser cinq unités, je suppose, pour la dilatation du col, deux pour la rupture des membranes et douze pour l'expulsion de l'enfant; il ne lui en reste plus que trois pour le décollement et l'expulsion du délivre; il ne lui en reste plus du tout pour se rétracter et opérer le reste; de là bien des accidents graves, au milieu desquels nous trouvons l'inversion.

La nature a placé dans les efforts volontaires de la femme un auxiliaire puissant pour l'expulsion du produit, et l'art peut aussi y suppléer par des tractions faites sur le fœtus ou sur le délivre; mais qu'on le remarque bien, ces auxiliaires n'ont pas d'action directe sur la rétraction utérine et ses conséquences. Bien au contraire, les efforts de la femme, comme les tractions de l'accoucheur, exposent fort à l'inversion, lorsqu'elles vident l'utérus pendant que les parois de ce viscère n'ont plus la force de se contracter. Ces auxiliaires, lorsqu'ils sont au contraire appliqués avant la fatigue et l'épuisement de la matrice, ont une action indirecte mais très-heureuse, parce qu'ils ménagent les forces de cet organe, de manière à lui laisser plus qu'il ne faut pour se rétracter et par conséquent pour se préserver de l'inversion.

N'importe la cause de cet accident, le mécanisme est à peu près toujours le même quand il se fait surtout lentement. Le col utérin se laisse facilement dilater, le fond de l'organe affaissé sous le poids des viscères abdominaux, appuie d'abord sur le col, puis il s'y engage de plus en plus en rendant externe sa surface intérieure. Si le repos de l'organe ou les ressources de l'art viennent exciter les contractions pendant que le fond utérin est peu engagé, ce fond se relève, et le col en se resserrant aide à ce relèvement. Si au contraire la contraction est réveillée lorsque le fond utérin est trop engagé pour pouvoir se relever, alors le col, en se resserrant, étrangle la partie qui l'a franchi et les fibres qui la composent, trouvant dans l'étranglement un point d'appui, tirent sur les fibres qui pourraient encore rester à l'intérieur, et l'inversion se fait complète. Ainsi cet accident peut commencer dès les instants qui suivent la délivrance, et ne s'achever que des jours, des semaines et même des mois après l'accouchement.

Voilà le mécanisme bien simple de l'inversion, et quoique les auteurs tendent à le donner ainsi, je dois cependant écarter des causes que l'on a invoquées sans raison, et amoindrir d'autres causes qu'on a exagérées, pendant qu'on a à peine mentionné la fatigue utérine, sur laquelle je viens d'insister. Une des causes qu'il faut écarter est la contraction utérine, si forte qu'elle soit, pour expulser le fœtus, ou le délivre; cette contraction, pendant qu'elle a lieu, préserve de l'inversion au lieu d'y disposer la matrice. Les tractions mêmes qu'on fait sur le cordon, pour favoriser le décollement et la sortie du délivre, peuvent atteindre un certain degré sans inconvénients, lorsque l'utérus se contracte, tandis que ces tractions peuvent occasionner l'inversion dans le cas contraire, quoique opérées, à un degré bien faible. Je pourrais en dire autant de la toux, de la position assise ou même verticale, et d'autres causes qu'on doit éviter sans doute, mais dont on a exagéré l'importance pendant qu'on a négligé la cause réelle, celle qui entraîne le relâchement et la fatigue des parois utérines.

Jetons un coup d'œil sur l'histoire de l'obstétrique, et nous verrons que, accouchement pénible ou prolongé, expectation obstétricale et inversion utérine, marchent ordinairement ensemble.

Quoique confondue avec d'autres tumeurs qui paraissent à la vulve, l'inversion utérine est déjà signalée par Hippocrate. Un peu mieux dessinée dans Celse, Arétée et Galien, elle se distingue encore mieux dans les écrits des médecins alexandrins et des Arabes. Les écoles naissantes de l'Occident auraient trouvé la maladie assez bien décrite, si la barbarie ne les avait pas privées, pendant longtemps, des travaux de l'Orient, et le XVIIe siècle arrive, sans que l'inversion utérine soit mieux dessinée. Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau et ses contem-

porains, ont jeté quelque lumière sur ce sujet, tout en laissant encore beaucoup à faire; mais ils en ont assez dit pour démontrer la fréquence de cet accident. Ce n'était pas cependant aux tractions intempestives qu'on exerçait sur le cordon qu'il fallait l'attribuer puisque Mauriceau, Portal, et la plupart de leurs contemporains, conseillaient d'aller avec la main prendre le délivre dans l'utérus, s'il ne sortait pas immédiatement après l'enfant.

Depuis l'époque que je viens de signaler, l'obstétrique prend une grande extension chez toutes les nations de l'Europe, on commet moins d'erreurs de diagnostic à l'endroit qui nous occupe, et cependant l'inversion utérine ou, comme on l'appelait, le *renversement*, est toujours parmi les accidents qu'on rencontre assez souvent. Deleurye fait sur ce sujet un travail spécial en 1758, Baysellame en fait un en 1803, et les faits se multiplient tellement que Baudelocque consacre plusieurs leçons à l'étude de ce sujet. Dailliez, qui a recueilli ces leçons ainsi que d'autres documents, nous a laissé, sur ce point obstétrical, le travail le plus complet qu'on ait encore publié. A quoi attribuer cette profusion de faits? Ce n'est pas à un diagnostic plus précis, car une meilleure étude faisait écarter les polypes et autres tumeurs qu'on avait confondues souvent avec l'inversion; le nombre, par conséquent, aurait dû diminuer. Ce n'était pas non plus à l'impéritie des soins ou aux tractions intempestives sur le cordon qu'il fallait attribuer cette fréquence, puisqu'on voyait l'inversion se produire à la Maternité de Paris, sous les yeux de Baudelocque, et dans la pratique de bien des praticiens instruits de son époque. Cette fréquence tenait surtout au funeste principe d'abandonner complétement à la nature tout ce qu'elle peut faire dans l'accouchement, et de n'intervenir que lorsque ses forces sont tout à fait impuissantes. Comme si nos femmes en étaient encore à l'état de nature, et qu'elles ne fussent pas modifiées par les maladies et par la civilisation!

L'expectation de Paris s'est propagée à presque toutes les autres écoles, et celles qui la professent le plus sont précisément celles qui ont le plus d'inversions utérines. C'est en Angleterre que M. Courty a trouvé les statistiques les plus développées; or il faut savoir que là un travail qui dure vingt-quatre heures est toujours considéré comme naturel. Si nous n'avons pas allégué encore les observations en France, il ne faut pas croire que les cas y aient beaucoup diminué depuis Baudelocque, surtout sous la main des médecins et des sages-femmes qui ont l'expectation en grande vénération. Les cas mêmes où l'on a opéré la réduction immédiate sont loin d'être tous connus, parce qu'on craindrait d'être accusé d'imprudences graves en les publiant.

Si, par contre, nous allons en Allemagne où l'obstétrique est étudiée avec soin, nous voyons peu de travaux sur la matière, et on ne parle pas d'une fréquence aussi marquée de cet accident. On ne s'est pas douté de la cause de ce fait, tandis qu'elle est surtout dans l'intervention plus hâtive qu'on y pratique pendant le travail.

Si au lieu de chercher loin les preuves de ce que je dis, je donne les résultats de ma pratique personnelle, je dois déclarer formellement que je n'ai jamais eu un seul cas d'inversion utérine, quoique j'exerce cependant des tractions méthodiques sur le cordon, si, douze ou quinze minutes après la sortie du fœtus, la délivrance ne s'est pas faite spontanément. J'ai vu des cas d'inversion utérine, comme tous les praticiens qui s'occupent avec assiduité de maladies des femmes, mais ces cas s'étaient effectués sous d'autres mains. J'ai été appelé à les réparer et non à les prévenir.

On me dira peut-être que, si j'affirme pour le passé, je ne puis pas répondre de l'avenir; c'est vrai, mais il me semble avoir assez étudié mon ennemi pour le reconnaître de loin et lui défendre l'approche. La médecine est belle quand elle guérit le mal, mais elle est plus belle encore quand elle l'empêche d'arriver, et si les principes que je professe, si les résultats que j'obtiens depuis bien des années ne sont pas trompeurs, c'est la prophylaxie que j'ai toujours cherché à suivre en obstétrique.

La prophylaxie de l'inversion, par conséquent, se trouve presque tout entière dans une intervention innocente, mais assidue et surtout préventive, de manière à ménager les forces de l'utérus pendant le travail, et laisser à cet organe beaucoup d'énergie pour la rétraction qui suit la délivrance. Ceux qui ont suivi mes cours ou qui ont lu mes publications, savent combien j'insiste sur l'intervention de tous les instants. Je ne puis pas répéter ici ces détails pratiques, ma clinique obstétricale, qui en est déjà à sa cinquième livraison, pourra les fournir à ceux qui désirent les connaître. Chose qui surprendra peut-être, j'ai trouvé tant d'avantages dans le ménagement des forces utérines et le retrait de l'utérus après l'accouchement, que, même dans le travail le plus prompt et le plus heureux, je donne, après la délivrance, un gramme ou deux de seigle ergoté. J'ai reconnu, en effet, que l'utérus, chez certains sujets, peut se rétracter un instant, spontanément, par suite des frictions sur l'hypogastre, ou d'autres excitants artificiels, mais cette rétraction peut aussi être passagère. Quelques heures, un jour ou deux après, si on tâte ces utérus, on les trouve bien flasques. Il m'est arrivé de ne pouvoir même pas les délimiter en haut, tant ils étaient mous. Pareille chose n'arrive guère après l'administration du seigle, parce que les contractions, réveillées par ce moyen thérapeutique, sont aussi énergiques que permanentes. Quand on aura mieux apprécié la rétraction utérine, et qu'on l'aura préparée ou provoquée, on aura réellement prévenu les inversions, ainsi que d'autres accidents non moins graves, qui arrivent malheureusement encore assez souvent après l'accouchement. Dr A. Mattei.

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE. — OPÉRATION.

Par M. le Dr Roger (de Hédé).

Au mois de février 1865, Mme G..., âgée d'environ quarante-cinq à cinquante ans, femme d'un cultivateur aisé des environs, fit appeler un de mes confrères nouvellement établi dans le pays, M. Graslaud, pour une grosseur qu'elle avait sur le milieu du ventre et qui la faisait beaucoup souffrir. M. Graslaud reconnut de suite une hernie ombilicale, présentant tous les symptômes d'un étranglement, durant déjà depuis au moins vingt-quatre heures. Il essaya de réduire, et, ne pouvant y parvenir, ordonna une application permanente de compresses imbibées d'eau froide, en engageant la malade à m'envoyer chercher et annonçant qu'il faudrait probablement pratiquer une opération. Le mari promit de le faire.

A peine M. Graslaud fut-il parti qu'on se décida à envoyer chercher un autre de mes confrères en grande réputation dans les environs et qui, disait Mme G..., l'avait déjà soignée dans des cas semblables et l'avait débarrassée sans opération.

A son arrivée, ce monsieur, après avoir regardé la malade, lui annonça que cela n'était rien et que sous peu de jours, avec le traitement qu'il allait lui ordonner, elle serait complétement rétablie. Il partit en ordonnant, je crois, une purgation et des lavements. Les accidents continuèrent de plus en plus, et l'état de la malade finit par devenir très-inquiétant.

Sur ces entrefaites, je m'étais trouvé avec M. Graslaud, qui, n'entendant plus parler de sa cliente, me raconta l'affaire et me demanda si j'avais été appelé. Les choses en étaient là, et trois ou quatre jours s'étaient passés; je ne pensais plus à rien, quand le 23 février, au moment où j'allais me coucher, on vint me chercher pour donner des soins à la femme G..., de la part du second médecin, me disant qu'il fallait aller de suite et porter ce qu'il fallait pour faire une opération de hernie étranglée.

J'avoue que je fus stupéfait. Il y avait au moins sept jours que les accidents avaient commencé. Je croyais Mme G..., ou morte ou opérée. Je répondis aux personnes que je croyais bien qu'il n'y avait plus de possibilité de faire une opération, qu'en tous les cas je voulais être assisté du premier médecin et non du second (j'avais des motifs particuliers); et que je ne ferais certainement pas cette opération la nuit. Le lendemain de grand matin, les personnes revinrent me chercher, disant que M. Graslaud était à m'attendre.

Voici l'état dans lequel je trouve la malade à mon arrivée : la face est pâle, les traits grippés, le pouls petit, misérable, battant au moins 90 fois par minute. Les vomissements sont continuels; la malade, qui n'avait d'abord rendu que des glaires, vomit des matières d'apparence muqueuse et verdâtres; le ventre est un peu gonflé, surtout dans la partie droite et inférieure; il y a de la matité, et de la sensibilité à la pression autour de la tumeur. Depuis huit jours, la malade n'a pas été à la selle; elle vomit tout ce qu'elle prend; elle est d'une faiblesse si grande qu'il me semble qu'elle ne passera pas la journée. La tumeur, grosse environ comme le poing d'un adulte, est très-dure; elle offre un son mat, excepté un peu à la partie supérieure. L'exploration, quoique faite avec beaucoup de ménagements, est très-douloureuse. La cicatrice ombilicale est située à la partie supérieure de la tumeur. Devant des symptômes aussi graves, je refuse de procéder à une opération; j'ai peur que Mme G... ne meure entre mes mains; je pense du reste trouver un intestin si malade, que je ne puis croire au succès d'une opération. M. Graslaud trouve aussi le cas fort grave et désespère de la réussite. Cependant la malade, qui se sent sûrement perdue et à laquelle on a annoncé qu'une opération la sauverait, nous supplie de vouloir bien l'opérer. Son mari, à qui j'ai fait part de mes inquiétudes, veut aussi à toute force que l'opération soit faite. J'étais fort embarrassé. (C'était alors ma première opération de hernie étranglée). J'aurais voulu avoir l'avis d'un médecin plus expérimenté, mais le temps pressait et la ville était loin. Encouragé par mon confrère, je ne crus pas devoir refuser une opération que la malade réclamait si instamment. J'y procédai sur-le-champ. La malade, couchée sur une table devant une fenêtre, fut endormie avec le chloroforme. Le sommeil survint rapidement. J'essayai encore de réduire, mais inutilement. Je fis alors une incision d'environ 8 centimètres sur un des côtés de la cicatrice ombilicale. L'incision s'étendait à la fois sur la tumeur et au-dessus. J'incisai avec précaution, couche par couche, et j'arrivai, comme dans le cas de M. Foucher, sur une enveloppe très-mince renfermant les organes étranglés. J'ouvris cette poche, qui ne contenait aucune sérosité; elle était entièrement remplie par une masse d'épiploon, excepté à la partie supérieure, où on voyait une anse d'intestin grêle. Je voulus attirer cette anse, pour voir en quel état elle se trouvait, mais elle était adhérente dans plusieurs endroits à l'épiploon, qui adhérait lui-même à l'enveloppe fibro-séreuse. Après avoir rompu les adhérences avec ménagement en me servant des doigts, je pus examiner cet intestin. Il était en fort mauvais état, parsemé de taches violettes foncées et même brunes. Dans les parties où il était adhérent, il était criblé de petits pertuis par lesquels on voyait sourdre des matières qui paraissaient venir de l'intérieur. Je ne savais à quoi me décider. Enfin, sachant le peu de succès des anus contre nature, dans cette région, je rentrai l'intestin. L'épiploon ne pouvant rentrer et craignant de voir cette masse se gangrener, je liai le pédicule et j'incisai tout ce qui dépassait. Je réunis, au moyen de fils d'argent les deux extrémités de mon incision, ne laissant qu'un endroit au centre, lequel était bouché par le pédicule de l'épiploon. La malade s'était réveillée sur la fin. Elle n'avait pas souffert. On la remit dans son lit et je fis appliquer sur le ventre des compresses imbibées d'eau froide, renouvelées tous les quarts d'heure. Je prescrivis aussi un lavement, si la malade n'allait pas du bas, et des bouillons froids.

Quelques heures après l'opération, comme je m'en retournais, j'entrai dans la maison pour savoir ce qui était survenu : la malade avait eu quatre ou cinq selles copieuses; les vomissements avaient diminué et la malade avait pris un bouillon, qu'elle n'avait pas rendu; le ventre était toujours très-sensible; le pouls battait 110 fois et était toujours très-petit; le faciès était meilleur.

Le lendemain matin l'opérée était mieux; elle n'avait pas vomi, la nuit, avait pris du bouillon et un peu de vin et d'eau sucrée. Il y avait eu une ou deux garde-robes; le pouls battait encore 100 fois. Le soir, M. Graslaud, qui demeurait auprès, la vit. Il la trouva plus mal, le ventre douloureux, les vomissements reparus, mais en moins grand nombre, le pouls à 110 ou 115. Il ordonna une pilule d'extrait gommeux d'opium de 0,05 et des frictions avec onguent napolitain belladoné sur le ventre. Le 26 au matin, je trouve Mme G... mieux. On cesse l'eau froide; je fais appliquer sur le ventre, surtout du côté droit, un grand vésicatoire volant, en laissant libre le tour de la plaie, que je panse avec de la charpie imbibée de glycérine. Le soir, le pouls remonte un peu. Le 27, 100 pulsations; pas de vomissements; bouillon et eau rougie; selles modérées. Le 28, continuation; ventre moins douloureux; peu de sommeil. Frictions mercurielles belladonées et pilule de 0,05 d'extrait d'opium. La plaie est belle, les bourgeons charnus s'établissent. Le 2 mars, coliques vives dans tout le ventre; diarrhée fréquente; la figure se grippe un peu; pouls à 105; potion avec diascordium et sous-nitrate de bismuth. Le 4, la malade va mieux; la diarrhée a cessé; les selles sont plus épaisses; la plaie va bien; 95 pulsations; potages et vin. Le 6, continuation; pouls à 95. La femme G... prend des potages et suce de la viande. Le ventre n'est plus douloureux, l'amélioration continue, et quinze jours après Mme G... est debout. Depuis, elle n'a pas porté de bandage et n'a rien vu reparaître.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, c'est l'état de la malade, l'étranglement durant depuis huit jours. On ne voit pas d'exemples pareils dans les auteurs. Ordinairement au bout de trois à quatre jours au plus, la gangrène de l'intestin survient. Dans notre cas, la constriction de l'anneau n'était pas aussi forte que dans celui de M. Foucher. On voit que, malgré la gravité des symptômes et un commencement de péritonite qui existait avant l'opération, qui augmenta un peu et ne céda qu'au vésicatoire, le succès ne se fit pas attendre, quoiqu'il fût encore compromis, au bout de peu de jours, par une entérite. Ceci prouve une fois de plus qu'il ne faut pas désespérer, même dans les cas les plus graves, et qu'on ne doit pas abandonner les malades toutes les fois qu'il reste encore une chance à l'opération.

Essais sur de nouveaux agents d'anesthésie locale.

I. Un des chirurgiens les plus estimés des États-Unis, le docteur Bigelow de Boston, a cherché à remplacer l'éther, comme anesthésique local, par un des nombreux produits de distillation des huiles de pétrole.

Dans une communication faite récemment à la Société médicale de Boston, il préconise un nouvel agent, le rhigolène (ῥιγός, froid extrême), qui bout à 38 degrés et peut être considéré comme le plus volatil des hydrocarbures; il lui paraît préférable au kérosolène demi crémeux employé par le docteur Simpson, et qui ne bout qu'à 58 degrés; il est préférable à l'éther dont le point d'ébullition est supérieur à 60 degrés; de plus, il est d'un prix moins élevé et n'a point l'odeur forte de l'éther.

II. L'emploi du chlorocarbure indiqué par le docteur Simpson est un moyen secondaire, il est vrai, de produire une anesthésie locale légère contre les douleurs névralgiques ou autres.

Beaucoup moins stimulant ou irritant que le chloroforme, il ne donne pas lieu à la chaleur vive, à la douleur cuisante que provoque l'application de ce dernier agent.

Le kérosolène ou chlorure de carbone ne diffère du chloroforme que par un équivalent de chlore; il peut se donner en potions, en sirop dans tous les cas où le chloroforme peut être intérieurement administré. Nous donnons la préférence à la formule indiquée par M. Am. Vée.

Chlorure de carbone	2 s.
Huile d'amandes douces	15 gr.
Gomme arabique	10 »
Eau distillée	100 »
Sirop simple	25 »

A l'extérieur il peut être donné en frictions, la meilleure manière de le formuler paraît être la suivante :

Axonge	6 gr.
Cire blanche	4 »
Chlorure de carbone, 6, 8 à	10 »

CORRESPONDANCE.

A M. le docteur Armand Després.

Monsieur et très-honoré confrère,

Un peu en arrière avec la *Gazette des hôpitaux*, je n'ai lu qu'hier l'article que vous avez inséré dans le numéro du 7 août sur la *non-contagion du choléra*.

Le but de cet article est de prouver que l'opinion des contagionistes peut se traduire par ces mots : « Châteaux scientifiques en Espagne. » Permettez-moi, monsieur, de vous soumettre à ce sujet quelques observations.

Après avoir parlé de plusieurs de vos estimables confrères, et en particulier des médecins de Marseille, vous me faites l'honneur de vous occuper de mon travail, dans lequel « vu ma position dans la hiérarchie médicale, » vous vous attendiez à trouver une démonstration par A + B de la contagion du choléra.

Je ne comprends pas en quoi j'étais mieux placé qu'un autre pour mener à bonne fin cette opération algébrique, les médecins chargés du service médical des bateaux arrivant d'Alexandrie, étant seuls dans une position spéciale, pour faire connaître cet enchaînement des faits que je ne puis vous blâmer de rechercher avec tant de soin. Laissez-moi cependant, monsieur et très-honoré confrère, vous dire à ce sujet toute ma pensée. Combien de fois n'a-t-on pas signalé, aux non-contagionistes, cette succession d'attaques cholériques observées, surtout dans les petites localités, au début des épidémies, entre gens qui avaient volé au secours d'un parent, d'un ami! Simple coïncidence; qui pourrait assurer que tous ces gens-là n'auraient pas été

atteints du choléra s'ils n'avaient pas eu de communication avec les malades? D'un autre côté, combien de gens se sont trouvés en rapport avec des cholériques sans rien contracter? Telle est la réponse habituelle des non-contagionistes. Je me contenterai de faire observer à ces derniers que tous les jours on voit des malades atteints de variole, de scarlatine, de rougeole, être traités dans une salle d'hôpital, dans une famille, sans que d'autres personnes soient atteintes. Pourtant, qui doute de la contagion de ces maladies, si ce n'est toutefois M. Stanski?

Pour mon compte, afin d'être certain de la véracité des faits que j'énonçais, j'ai dû me contenter de signaler ceux que j'avais observés moi-même ou ceux sur lesquels je ne pouvais avoir aucun doute, en raison du caractère des personnes qui me les avaient communiqués. Vous citez, dans votre article, quelques-uns de ces faits; ce sont, à mon avis, les moins démonstratifs, parce qu'ils ont été observés au sein du foyer épidémique. Toutefois ces faits eux-mêmes sont dignes de fixer l'attention, à cause de leur fréquente reproduction durant les épidémies de choléra. Mais vous ne dites pas un mot, monsieur et très-honoré confrère, de cet ensemble, je dirai même de cette succession de faits, qui font plus spécialement la base de ma croyance. Je crois devoir les repoduire ici aussi succinctement que possible :

1° Épidémie de choléra dans le Bengale, au mois d'avril 1865;

2° Coïncidence du choléra de la Mecque avec celui des *hadjis*, venant de l'Inde;

3° Coïncidence du choléra d'Alexandrie avec celui des *hadjis*, venant de la Mecque;

4° Coïncidence du choléra de Marseille avec l'arrivée des bateaux jetant dans notre ville des flots d'émigrants qui fuyaient le choléra d'Alexandrie;

5° Choix spécial du choléra : ce dernier débute en France tout juste sur le point qui a des communications directes avec l'Égypte;

6° Choix spécial de victimes : les premiers malades que j'ai à soigner à l'Hôtel-Dieu, appartiennent à la classe qui vit dans les ports au milieu des navires venus d'Alexandrie;

7° Coïncidence de l'absence du choléra en Sicile, avec la sévérité des quarantaines faites dans ce pays;

8° Coïncidence du développement du choléra à la Guadeloupe, avec l'arrivée d'un navire venant de Marseille, infectée de choléra; les premières victimes sont prises à la Guadeloupe, dans le voisinage du navire;

9° Coïncidence de la rapidité actuelle des communications avec la rapidité du transport du choléra de l'Inde en Europe; tandis que, il y a trente ans, lorsque les communications étaient lentes et indirectes, le choléra mettait des années pour nous arriver, quoique les vents soufflassent alors comme aujourd'hui, etc., etc.

Voilà, monsieur, l'ensemble, la succession des faits sur lesquels je m'appuie pour soutenir la doctrine de la contagion du choléra. Je sais, aussi bien que vous, que la preuve mathématique manque; je sais que l'interprétation de ces faits peut prêter à de nombreuses discussions. J'ai pour principe de respecter toutes les opinions consciencieuses; mais avouez avec moi, monsieur et très-honoré confrère, que toutes ces coïncidences sont bien étranges, je dirai presque bien intelligentes, pour ne pas donner lieu à réfléchir, pour ne pas faire naître au moins le doute sur la non-contagion du choléra.

J'ajouterai à ce qui précède que rien ne prouve la vérité de la théorie que vous adoptez, quand vous expliquez l'importation du choléra au moyen des miasmes cholériques poussés par les vents. Cette théorie pourrait bien être aussi désignée du nom de *Château scientifique en Espagne*; car, où se trouve la démonstration de cette conception de l'esprit? Vous, monsieur et très-honoré confrère, qui vous montrez si difficile sur les preuves, vous auriez bien dû nous donner l'exemple.

Je vais même plus loin. Je dis que votre théorie est en faveur de la transmission du choléra; seulement vous faites voyager le miasme cholérique sur l'aile des vents, tandis que nous lui donnons pour véhicule un navire, des marchandises, des voyageurs, etc. Si vous voulez que nous admettions que les vents puissent être le véhicule du miasme, pourquoi ne voulez-vous pas admettre que les hommes puissent aussi servir à ce transport?

L'hypothèse du miasme venant des bords du Gange jusqu'à l'autre bout du monde, à l'aide des vents, n'est-elle pas plus difficile à comprendre que celle de ce miasme, transporté par les hommes et les choses? Avouons au moins, monsieur, qu'en présence de pareilles opinions, que je reconnais et ai toujours reconnues discutables, il ne peut résulter aucun malheur de la croyance à la contagion, tandis que de grandes calamités publiques peuvent être le résultat de l'opinion contraire. Les questions relatives à la contagion du choléra prêtent le flanc au doute, j'en conviens; cependant, je suis contagioniste parce que les raisonnements qui sont en faveur de mon opinion me paraissent beaucoup plus sérieux que les raisonnements opposés.

Quant aux craintes que vous manifestez sur la fausse sécurité que les quarantaines peuvent donner aux populations, j'ai de la peine à me les expliquer, car de deux choses l'une : ou bien le choléra se montrera dans une ville malgré les mesures quarantainaires, alors l'hygiène suivie en temps de choléra sera observée; ou bien cette ville sera complétement garantie, et dans ce cas, il n'y aura à s'occuper que des règles ordinaires de l'hygiène.

Seux.

Nous recevons la lettre suivante :

Paris, 23 août 1866.

A monsieur le rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Monsieur,

Je n'admets ni les ambages, ni les circonlocutions, ni les restrictions de votre réponse à ma lettre, je vous demande si vous acceptez *sérieusement, sans restriction aucune*, la proposition que renferme ma lettre du 20.

Je veux éclairer la science sur une vérité que vous avez déclarée une erreur. Je veux que cette vérité soit constatée et vérifiée dans les formes qu'il convient à la science; car s'il fallait lutter avec vous de facéties et de dénigrement, je n'aurais ni le temps, ni la force d'être votre adversaire.

Mon silence, à l'endroit de vos provocations insultantes, vous a dès longtemps prouvé le cas que j'en fais.

J'attends votre réponse pour me mettre à la disposition de M. le président de la Société de biologie.

J'ai l'honneur d'être, monsieur, votre serviteur,

Jules Guérin.

Quoiqu'il nous eût été agréable d'être jugé par la Société de biologie tout entière, nous acceptons le jury restreint que M. Jules Guérin a choisi; et nous attendons qu'il ait déposé ses mille francs, pour aller déposer les nôtres.

M. J. Guérin a rajeuni encore depuis sa dernière lettre. Il veut maintenant prouver sa méprise, c'est-à-dire la *contraction des tendons*, non plus avec sa bourse mais bien avec des injures. Ce dernier moyen n'est guère plus scientifique que le premier. — Dr Armand Després.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés ministériels en date du 14 août 1866 :

M. Liégard, professeur adjoint d'anatomie et physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur titulaire de matière médicale et thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Le Cœur, décédé.

M. Chancerel, suppléant pour les chaires de médecine et chef des travaux anatomiques à ladite école, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Liégard.

M. Bourrienne, suppléant pour les chaires d'accouchement à ladite école, est nommé en outre chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chancerel.

M. Postel, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine à ladite école, en remplacement de M. Chancerel.

M. Chrestien, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique interne à ladite école, en remplacement de M. Féron, démissionnaire.

M. Henrion, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. de Schacken, démissionnaire.

M. Ledru, docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à ladite école, en remplacement de M. Aucler, décédé.

— Par décret en date du 7 août, M. le docteur Ballu, chargé du service sanitaire des écoles de filles et de l'asile de Melun, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 18 août 1866, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Le Bas, Tellier et Mercier, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Bercegol, Dauvé, médecins-majors de 2e classe; Ricque, de Courtois, médecins aide-major de 1re classe; Bourdel, pharmacien-major de 2e classe; Caby, vétérinaire en 2e.

— M. le docteur Mondot vient d'être nommé chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Séguin, chevalier de la Légion d'honneur, et de M. le docteur Gustave Krans, un des jeunes médecins les plus distingués de la Belgique.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Schnepp, nommé récemment vice-consul à Djeddah. C'est sous le climat dévorant de cette résidence que notre malheureux et savant compatriote vient de trouver une mort prématurée.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 100. — MARDI 28 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 28 AOUT 1866. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AOUT 1866.

Nous avons le regret d'annoncer que M. le docteur Desprès ne fait plus partie de la rédaction de la *Gazette des hôpitaux*.

Comme ami, nous ne saurions nous séparer sans peine d'un collaborateur dévoué et distingué; mais, tout en comprenant très-bien les entraînements d'une conviction profonde, dès notre retour à Paris nous avons cru devoir faire rentrer dans la voie de ses traditions modérées et bienveillantes le journal que nous avons l'honneur de diriger. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

Épidémie cholérique à l'hôpital Saint-Louis. (Service des femmes.)

Par M. de LIGNEROLLES, interne du service.

Les quartiers de Paris avoisinant le chemin de fer du Nord, qui établit des communications incessantes avec Amiens, semblaient devoir être le point de départ d'une nouvelle épidémie. Ce sont, en effet, les hôpitaux de Saint-Louis et de Lariboisière qui, les premiers, eurent des cholériques; mais il ne faudrait pourtant pas attacher une trop grande importance à ce mode d'apparition de l'épidémie, car si le premier cholérique de Lariboisière vint du dehors, c'est au centre même de Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Hardy, salle Saint-Ferdinand, que se montra le choléra.

Parmi les enfants nouveau-nés qui se trouvaient dans cette salle, destinée en temps ordinaire aux femmes en couches, un d'entre eux fut pris, le 12 juillet, de vomissements et de diarrhée avec amaigrissement rapide; le surlendemain, 7 autres étaient frappés des mêmes accidents et tous succombaient en très-peu de temps. Presque aussitôt, 2 femmes nouvellement accouchées étaient atteintes à leur tour; puis d'autres cas se montraient dans les autres salles.

Ces faits sont relatés dans le *Rapport de la commission des maladies régnantes*, par M. le docteur Besnier, qui les doit à l'un de nos collègues, M. Odier. On n'en pouvait douter; nous étions au début d'une seconde épidémie. Des services spéciaux furent immédiatement créés : celui des hommes fut confié à M. le docteur Cazenave; M. le docteur Hillairet fut chargé de celui des femmes. C'est ce dernier service qui fera le sujet de cette note; il n'en est pas question dans le rapport de M. le docteur Besnier. C'est un motif pour nous engager à publier le résultat de nos observations, quelque restreint que soit le nombre de cas sur lesquels elles ont porté.

Quarante-cinq femmes cholériques seulement ont été soignées par M. le docteur Hillairet, du 18 juillet au 18 août. Ce nombre est bien inférieur à celui des hommes; car, d'après la statistique de mon collègue, M. Fremonge, interne de M. Cazenave, le chiffre des cholériques hommes s'est élevé à environ 85, ce qui, joint aux cholériques femmes et aux cas antérieurs au 18 juillet, porte le nombre des cholériques à l'hôpital Saint-Louis à 149.

La différence relative à l'âge est moins importante; cependant le plus grand nombre des malades avaient de vingt à quarante ans; puis venaient les femmes âgées et enfin quelques enfants.

Les arrondissements qui ont le plus fourni aux services spéciaux de Saint-Louis sont : le 19e, le 10e, le 11e; puis viennent le 20e, le 3e, et enfin le 4e et le 1er; quelques malades seulement appartenaient aux autres arrondissements.

Le degré de salubrité du logement des malades n'a pas paru avoir une grande influence sur le développement du choléra; car, sur 45 cholériques, 24, y compris celles qui ont été atteintes dans l'hôpital, habitaient un appartement bien éclairé, bien aéré, tandis que les autres se trouvaient dans des conditions d'insalubrité plus ou moins marquées.

La proportion a été sensiblement la même pour la nature du régime alimentaire; quelques malades cependant ont contracté le choléra après un écart de régime.

Le nombre des cas développés dans l'intérieur de l'hôpital a été peu considérable, si on le compare à celui des autres hôpitaux : sur 45 cholériques, 8 seulement ont été prises dans les autres services. Ce chiffre, moindre encore pour le service des hommes, n'a rien qui doive surprendre, si l'on se rappelle le genre de maladies traitées à Saint-Louis, la disposition des salles et la parfaite aération de cet hôpital; enfin l'isolement des salles destinées aux cholériques, qui, au lieu d'être au milieu des autres services, comme dans quelques hôpitaux, se trouvent dans la partie la plus retirée de l'hôpital.

Ceci nous amène à parler d'un point étiologique du choléra encore fort controversé aujourd'hui, la contagion. Sans vouloir traiter cette question, nous nous contenterons de citer un fait, bien de nature, selon nous, à confirmer les contagionistes dans leur opinion et à ébranler peut-être celle des partisans outrés de la non-contagion.

Le 6 août, nous recevons une jeune fille de neuf ans, arrivée à la période algide du choléra; cette enfant meurt quelques heures après son entrée; le lendemain, la mère entre avec deux autres de ses filles, toutes trois atteintes de choléra; la fille aînée, qui les avait accompagnées, est également prise, en sortant de l'hôpital, de vomissements et de diarrhée. Voilà donc cinq personnes bien portantes auparavant, qui deviennent cholériques les unes après les autres : la mère au chevet de sa fille, les trois autres en étant dans la même chambre que leur mère. Ce fait seul nous eût décidé à croire à la contagion du choléra, si plusieurs autres cas semblables ne nous avaient déjà depuis longtemps convaincu. En outre, les renseignements que nous avons pris sur les malades entrés dans notre service, militent encore en faveur de la contagion; car sur 45 femmes, 16 d'entre elles, y compris les cas développés dans l'hôpital, avaient été en contact avec des cholériques ou bien avaient habité la même maison; 7 autres malades ont donné des documents insuffisants; 22 seulement ont contracté le mal en dehors de toute influence contagieuse connue. Une dernière preuve, qui peut aussi venir à l'appui de l'idée que nous défendons, c'est la propagation même du choléra à l'hôpital Saint-Louis : un enfant est atteint dans la salle Saint-Ferdinand; le lendemain, 7 autres sont cholériques, puis 2 femmes et enfin quelques malades des autres services le deviennent à leur tour.

Quant à la santé de nos malades avant l'invasion du choléra, 3 seulement étaient souffrantes depuis plus ou moins longtemps, 2 venaient d'accoucher, 5 autres présentaient des maladies de peau.

Les symptômes offerts par les différentes malades de notre service ont été sensiblement les mêmes lorsque le choléra a été confirmé; mais avant qu'il fût déclaré, ils ont assez souvent varié.

Ainsi la diarrhée prémonitoire ne s'est montrée que 15 fois sur 45; 18 fois le choléra a soudainement éclaté par de la diarrhée, des crampes et des vomissements; 13 fois il nous a été impossible d'avoir des renseignements exacts sur le début du mal.

Parmi ces 45 cholériques, toutes n'avaient pas le choléra; 8 d'entre elles étaient atteintes de cholérines plus ou moins fortes, qui toutes ont cédé à un traitement de quelques jours. Les 37 autres malades, qui furent frappés de choléra, ne le furent pas toutes également; 19 étaient aux différents degrés de la première période, 12 offraient déjà l'algidité de la seconde; les 6 dernières étaient complétement cyanosées à leur arrivée dans la salle.

Sur les cholériques de la première et de la deuxième période, nous avons toujours trouvé un pouls fréquent, plus ou moins développé, mais la plupart du temps régulier. Deux fois les vomissements sont restés longtemps incoercibles, alors même que la malade était déjà dans la période de réaction; plus souvent la diarrhée s'est prolongée jusque dans la convalescence. Chez une femme seulement, les crampes ont persisté jusqu'à la fin de la réaction. Chez toutes les autres, elles disparaissaient de bonne heure.

Six de nos malades ont eu un état typhoïde avec torpeur, abattement, faiblesse extrême; mais nous n'avons pas constaté de phénomènes cérébraux graves; une jeune fille, cependant, a présenté quelques symptômes de congestion de la région cervicale de la moelle; mais ils ont promptement été dissipés. Nous n'avons pas non plus à signaler de complications pulmonaires : la respiration était tantôt lente, tantôt au contraire très-fréquente.

La plupart des cholériques ont eu des troubles fonctionnels plus ou moins prononcés. 38 fois sur 45, les urines ont été ou diminuées ou supprimées; 7 fois seulement elles ont paru être conservées avec leur quantité et leurs caractères normaux. Presque toujours, l'acide azotique a fait naître dans les urines une teinte bleuâtre, plus ou moins marquée; un certain nombre de fois, la chaleur et l'acide azotique ont révélé la présence de l'albumine. Enfin M. Thibaut, interne en pharmacie du service, y a trouvé une proportion d'acide urique beaucoup plus considérable qu'à l'état normal.

Les autres symptômes propres au choléra n'ont pas plus manqué que les altérations de la sécrétion urinaire : la voix était, dans la majorité des cas, couverte, cassée; une fois seu-

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN (1).

II. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Par suite de cette liberté sans limites, que les lois romaines laissaient à chacun de pratiquer la médecine dans l'empire, comme nous l'avons indiqué déjà, les études médicales y étaient le plus généralement insuffisantes. Peu s'en préoccupaient au point de rester longtemps étrangers à l'exercice de l'art qu'ils devaient apprendre. L'étudiant aurait dépensé où le praticien pouvait gagner, et ce contraste suffisait pour décider le choix de la plupart.

Cependant, comme il n'est rien de plus attrayant que les grands problèmes de l'existence, de la maladie et de la mort, cette science de l'homme est devenue en tout temps un objet d'amour et de passion pour ceux qui l'abordaient avec un large esprit. Dans les conditions les plus contraires leur zèle paraissait d'autant mieux. On vit Galien, Jacobus et tant d'autres faire les voyages les plus dispendieux et les plus pénibles pour écouter les professeurs, et réunir les moyens d'instruction disséminés dans tout l'empire. L'enseignement de la médecine était alors fort mal organisé, ou pour mieux dire il ne l'était pas, ce qui doit surprendre au premier abord quand on sait combien dans ses autres parties l'instruction publique était florissante. L'étude des lettres avait reçu une impulsion puissante par le grand exemple de Cicéron qui, vieillard consulaire, *imperator*, presque triomphateur, s'était fait gloire de les cultiver encore jusque dans leurs détails les plus techniques. Dès lors on vit se multiplier les écoles où la jeunesse se pressait, et s'il n'y régnait pas toujours un goût très-pur, comme l'observe, avec vérité, M. Nisard dans son beau livre sur les poëtes latins de la décadence, du moins est-il incontestable que l'émulation n'y manquait pas. La mode portait les nouveaux enrichis à se poser en protecteurs de ce qu'ils ne pouvaient comprendre, soit en allant assister aux cours, soit en invitant à leurs festins les hommes qui leur semblaient briller par l'éloquence ou par le savoir.

Aussi lorsqu'un littérateur, un philosophe illustre venait à traverser une ville où sa réputation l'avait précédé, on lui demandait comme une faveur de se faire entendre en public, et alors, non-seulement les classes instruites, mais le peuple même accourant pour l'écouter, les salles accoutumées, la basilique ne suffisant plus, il lui fallait parler dans le cirque, où la foule mêlée prenait place aussi nombreuse et plus attentive que pour un spectacle solennel, ou pour un combat de gladiateurs. Souvent dans un élan d'enthousiasme, les auditeur votaient des statues qui perpétuassent le souvenir de l'orateur qui les avait charmés.

Cet essor intellectuel fut favorisé d'autant plus par le gouvernement impérial que les précepteurs des Césars y faisaient sentir leur influence.

Un enseignement officiel et public fut organisé d'abord à Rome, puis dans les provinces où chaque ville dut avoir un nombre réglé de professeurs tant de grammaire que de rhétorique. Ces professeurs avaient à subir la concurrence de l'enseignement particulier qui resta libre à côté d'eux presque jusqu'au moment des invasions barbares; mais ils pouvaient recevoir un traitement fixe dont, sous Gratien, le minimum fut considérable, si, comme je le crois, les *annones* civiles et militaires étant égales à cette date, on peut évaluer les unes et les autres d'après la dix-huitième nouvelle de l'empereur Valentinien III. En outre ils jouissaient de priviléges sur lesquels nous aurons à revenir, car ils leur furent communs avec une partie du corps médical, avec les médecins choisis par les villes en nombre également déterminé, mais non pas pour y faire des cours.

A ce sujet, nous devons nous permettre une remarque grammaticale fort importante par les conséquences qui découlent de son omission. Le terme français professeur répond souvent mal au terme latin qui l'a produit. Ceux que désignaient les expressions suivantes : « *artis medicæ, medendi, medicinæ professores,* » n'enseignaient pas l'art médical, mais en faisaient profession et le pratiquaient. Le savant inspecteur général des services sanitaires, M. le docteur Mélier, nous

(1) Voir nos numéros des 21, 26, 28 juin et 12 juillet 1866.

Comme ce mémoire doit bientôt paraître en volume, nous y renverrons ceux de nos lecteurs qui voudraient l'étudier à fond, particulièrement dans les notes qui le fortifient et le complètent.

Pour indiquer la nature de ces notes, nous les avons reproduites intégralement dans le premier chapitre, ne devant plus les insérer dans les autres de crainte de voir leur étendue croissante laisser trop peu de place au texte dans les colonnes de ce journal. (*Note de la rédaction.*)

lement, nous l'avons vue intacte à la période algide; la sécrétion cutanée, la teinte de la peau, la température des malades, ne nous ont rien offert de particulier.

Il n'en est pas de même de quelques complications dont certaines de nos malades ont été atteintes.

Ainsi toutes les femmes enceintes que nous avons eues à soigner ont avorté. Trois d'entre elles ont guéri; deux autres sont mortes avant la fin du travail. Chez les premières, l'avortement a semblé hâter la convalescence; une surtout que nous avions presque condamnée la veille, s'est rétablie après son avortement avec une rapidité surprenante.

Une semblable amélioration s'est aussi montrée chez une autre malade à la suite d'une métrorrhagie de quelques jours de durée; une épistaxis abondante a paru produire le même effet.

Une seule fois nous avons remarqué un exanthème rubéolique étendu à tout le corps et développé au moment de la réaction.

Deux malades ont vu reparaître leurs règles à la période de réaction; deux autres n'ont pas cessé de nourrir leur enfant, quoiqu'elles fussent à la fin de la première période, et cependant aucun des deux enfants n'a eu le choléra.

Il nous reste maintenant à examiner quelle a été la gravité de tous ces cas de choléra.

La mortalité si grande, signalée dans la plupart des statistiques pour les cas intérieurs, a été beaucoup moindre à l'hôpital Saint-Louis; puisque, sur les 8 cas de choléra développés dans l'intérieur de l'hôpital (les cholériques hommes non compris), nous n'avons perdu que trois malades, dont une femme âgée de soixante-sept ans, et épuisée par une bronchite chronique: les deux autres sont mortes en quelques heures.

La mortalité a été un peu plus considérable pour les cholériques venues du dehors. Sur 37 femmes reçues dans le service, 12 ont succombé; mais encore faut-il défalquer de ce chiffre deux malades mortes, l'une avant d'arriver dans la salle, l'autre deux heures après son entrée; ce qui, néanmoins, porterait le nombre des décès, y compris les cas intérieurs, à 15 sur 45, c'est-à-dire le tiers. Près de la moitié de ces cas ont été foudroyants. Cependant c'est là un résultat heureux sur lequel nous reviendrons en finissant.

Trente cholériques ont donc été guéries; 8 n'avaient eu que de la cholérine, et 22 avaient été atteintes de choléra. Pour toutes la période de réaction s'est bien établie, et la convalescence a suivi une marche parfaitement régulière, à part cependant les complications que nous avons indiquées.

Le traitement a toujours été des plus simples : M. le docteur Hillairet, laissant de côté les moyens empiriques, a traité le choléra comme toute autre maladie. Quand il a vu un état saburral de la langue, avec nausées et vomissements, à la première période, il a prescrit l'ipéca qui, plus d'une fois, nous a rendu grand service; il a combattu l'état de faiblesse avec refroidissement rapide par du café au rhum, et la potion à l'acétate d'ammoniaque, ainsi que l'élixir de la Grande-Chartreuse, en même temps que des frictions et des embrocations des membres supérieurs étaient ordonnées cinq à six fois; la poudre de Dower nous a donné, dans de pareils cas, d'excellents résultats. Les lavements laudanisés et le sous-nitrate de bismuth ont presque toujours suffi pour arrêter la diarrhée des cholérines, et souvent diminuer celle du choléra.

Contre les vomissements souvent répétés, la glace et les vésicatoires à l'épigastre ont très-souvent réussi; mais quelquefois aussi les vésicatoires n'ont pas pris. Une seule fois, dans un cas désespéré, nous avons essayé sans succès la potion au sulfate de cuivre (0g,25). Dès que les malades se trouvaient mieux, M. Hillairet leur ordonnait d'abord des bouillons, puis des potages et des viandes légères; la plupart reprenaient rapidement leurs forces.

Mais, disons-le, si nous avons eu une mortalité aussi faible, comparativement à la plupart des autres hôpitaux, il faut peut-être en rapporter la cause tout autant aux conditions hygiéniques, dans lesquelles se sont trouvées nos cholériques, qu'au traitement que nous avons employé.

Le pavillon Sainte-Marie, qui était notre salle de cholériques, est en effet merveilleusement disposé pour réunir les exigences de la meilleure hygiène. Il est composé de chambres isolées des principaux bâtiments de l'hôpital; pour la plupart, ces chambres sont à un seul lit, toutes sont bien aérées, condition sur laquelle insistait surtout M. Hillairet, qui recommandait encore de tenir, nuit et jour, les fenêtres et portes ouvertes, et de ne jamais laisser séjourner les déjections des malades. C'est à ces précautions que chaque cholérique devait de ne pas se trouver constamment dans une atmosphère empoisonnée par sa propre exhalation, ni par celle de ses voisines de lit.

CHOLÉRA.

Traitement par le sulfate de cuivre,

Par le Dr Groussin (de Bellevue).

Le vendredi 27 juillet 1866, à dix heures du matin, j'arrive auprès de G..., trente-neuf ans, épicier, demeurant au bas Meudon, près Paris, père de famille, dans une grande aisance de fortune; vie laborieuse et régulière; homme fort, bien musclé, tempérament nervoso-sanguin, intelligence vive, appréhension constante, depuis quelques semaines, d'être pris par le choléra; selles diarrhéiques (3 à 5 par jour, depuis quatre jours).

A ma visite, pouls à 105, coliques et selles liquides (six) depuis deux heures, lassitude, prostration des forces, figure fatiguée, crampes légères et à longs intervalles dans les cuisses et les mollets, envies de vomir, voix affaiblie, mais pas basse. Potion à l'extrait de ratanhia, additionnée d'alcoolat de mélisse et de laudanum de Sydenham; frictions, bouteilles d'eau chaude, édredons, etc...

A quatre heures du soir, je suis mandé en toute hâte : pouls 140, yeux enfoncés dans les orbites, 15 selles environ depuis dix heures et demie et cette fois rizoïdes, 5 à 6 vomissements, crampes plus fréquentes et plus douloureuses, traits plus altérés; pas d'urines depuis dix heures et demie; voix basse et éteinte; température des téguments inférieure à celle de l'état normal, sauf le bout du nez et les les oreilles froids; en un mot choléra confirmé; continuation des mêmes moyens; état stationnaire dans la nuit du vendredi au samedi. Bain alcalino-térébenthiné (60 grammes d'essence de térébenthine).

Samedi, sept heures du matin. Les accidents se sont accrus depuis une heure; miction nulle, pulsations incalculables, à cause de leur extrême faiblesse et de leur rapidité; selles plus fréquentes; yeux plus ternes. Je ne perds pas courage, soutenu par l'épouse du malade et deux parentes, femmes très-actives, très-intelligentes et d'une docilité admirable pour l'exécution de mes conseils. Je supprime la potion au ratanhia et j'ordonne :

Sulfate de cuivre. . . .	10 centigrammes.
Laudanum de Sydenham. .	6 gouttes.
Alcoolat de mélisse. . .	4 grammes.
Potion gommeuse. . . .	140 grammes.

A prendre par cuillerées à café toutes les dix minutes, concurremment avec de la glace, du vin vieux, chaud, sucré, parfumé de clous de girofle, de cannelle et de jus de citron; ces deux extrêmes (glace puis vin chaud), plaisent au malade, pris à petits intervalles l'un de l'autre; il les aime et les supporte. Je reste deux heures de suite auprès de G...; je jette dans le lit du malade et j'étends sur toute la surface du corps, excepté la face, de la calamine (voir plus bas), je roule autour des deux membres gauches des bandes de cuivre très-minces, et je redouble d'attention pour que la chaleur artificielle soit entretenue.

Samedi à midi. Un peu de mieux; les deux premières cuillerées seules ont été vomies; moins de crampes; le pouls se laisse deviner; la réaction s'annonce.

Même potion que la précédente, sauf le sulfate de cuivre porté de 10 à 12 centigrammes; sitôt la potion précédente terminée, celle-ci (de 12 centigrammes), est aussitôt commencée et continuée suivant le même mode (chaque vingt minutes). Pour la première fois le malade a uriné, mais très-peu; la peau laisse à la main une impression meilleure.

Samedi à cinq heures du soir. Le mieux continue; j'envoie chercher une troisième potion (le pharmacien est loin), bien que la précédente ne soit pas terminée, mais celle-ci contenant 15 centigrammes de sulfate de cuivre, au lieu de 12 centigrammes, et toujours aussi glace, vin chaud, un peu de rhum. Je quitte le malade à regret, convaincu, par cette visite de cinq heures du soir, que l'équilibre entre les deux forces du mal et du remède était atteint : il fallait, sous peine de mort, qu'à partir de cette heure le plateau penchât de mon côté; mais une fatigue extrême, un ébranlement moral, causé la veille par la mort en quatorze heures d'un père de famille de trente-deux ans appartenant à l'une des plus brillantes et des plus riches familles de Paris, me forcèrent à rentrer; je me souvins encore de ce précepte moral rappelé souvent dans ses leçons par mon maître, M. Guéneau de Mussy, que chacun de nous se doit aussi à lui-même et à ceux de son foyer.

Dimanche à huit heures du matin. Le mieux a continué; facies meilleur; pas d'urines. Un quart de lavement avec 8 gouttes de laudanum et 15 centigrammes de sulfate de cuivre.

Dimanche, à quatre heures du soir. Le mieux se maintient; le lavement n'a pas été rendu.

Lundi à neuf heures du matin. Pas de selles depuis hier soir à quatre heures; pas de vomissements; pouls à 95 et solide; 200 grammes d'urines environ. Depuis la veille, outre les moyens sus-indiqués, on a donné quelques cuillerées de panade, de potage et de gelée de viande, supportées. Mais depuis une heure environ, la potion répugne au malade; quelques nausées; un dégoût pour son vin et même sa glace; éructations fréquentes.

Je juge que l'action médicale du sel cuprique est terminée et que son action toxique pourrait bien commencer. Je le supprime, je dégage mon malade de ses bandes de cuivre, je fais retirer les draps, disparaître toute trace de calamine, et plonger G... dans un bain alcalino-térébenthiné, à double effet de le nettoyer de toute cette farine cuprique adhérente à sa peau, et d'opérer une révulsion vers les téguments.

Lundi, à quatre heures du soir. Le mieux continue; toujours voix cassée; yeux meilleurs; mais encore des nausées et des éructations.

Mardi et mercredi. Le mieux continue; potion au quinquina.

Jeudi matin à dix heures. Depuis dimanche soir le malade, chose assez curieuse, n'a pas encore eu une seule selle. A partir d'aujourd'hui, je le considère comme tout à fait hors de danger; la faiblesse est encore grande, sa voix est encore altérée, mais la figure est bonne et le pouls normal.

Ainsi, mon malade a pris en potions, 30 centigrammes de sulfate de cuivre, plus 15 centigrammes en lavement, plus le cuivre absorbé par la peau et dont la quantité ne peut être évaluée. Les potions se donnaient jour et nuit, par cuillerées à café, toutes les vingt minutes; la poussière et les bandes métalliques sont restées en contact avec le malade pendant vingt-quatre heures. En agissant ainsi, je n'ai fait que me conformer à la règle tracée en ces termes, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 juillet 1866 : « en un mot dans les cas graves, faire pénétrer le cuivre par toutes les voies et le plus promptement possible... »

L'année dernière, à pareille époque, j'ai eu trois cholériques dans la même localité (*bas Meudon*); je n'ai employé le sulfate de cuivre que sur un; il a succombé; mais mon confrère de Meudon, M. Droux, et moi, nous nous souvenons très-bien que, pendant deux ou trois heures, nous avons obtenu un commencement de réaction et d'amélioration fort remarquable. J'ai réfléchi depuis, que dans ce cas nous avions trop attendu, car la période algide était déjà arrivée depuis un certain temps, et je crois que le moment le plus favorable à l'administration du sulfate de cuivre est au moment même où commence cette période, ou mieux un peu avant elle. Notez que l'épidémie qui sévit actuellement au bas Meudon n'est point à sa période de déclin, que, depuis que G... a été atteint, trois décès ont eu lieu, d'autres cas s'annoncent, et que, sur une agglomération de 300 habitants seulement environ, il y a eu, en été 1865, 4 décès cholériques, et il y en a déjà plus cette année.

BEC-DE-LIÈVRE.

Opération, procédé par emboîtement pour prévenir l'encoche. — Suture entortillée à ressort-caoutchouc. — Moyen simple pour empêcher le sphacèle de l'extrémité du petit lambeau obturateur.

Par M. le Dr A. Gaillard (Saint-Julien-le-Petit.)

Jean M..., vingt et un ans, porteur d'un bec-de-lièvre simple, congénital, s'étendant jusqu'à la narine droite, est opéré en septembre 1865, de la manière suivante :

Un aide placé en arrière maintient la tête du patient, et saisit avec les pouces et les index les deux bords de la division, afin de prévenir l'écoulement du sang.

Après avoir incisé une forte bride et rendu libre l'angle supérieur de la scissure, j'accroche à son extrémité inférieure, avec un petit

---

a appris qu'il en était encore de même des mots correspondants en Italie. Quant à l'école des archiâtres, « *schola archiatrorum* » ce n'était pas plus une école proprement dite que cette école, ce collége des poëtes, « *collegium, schola poetarum* » sorte d'académie où siégea Martial, et dont précédemment Jules César était membre, s'y laissant à ce titre impunément refuser par ses confrères des hommages qu'il eût exigés partout ailleurs.

« Lorsqu'il venait y prendre place, dit Valère Maxime, le poëte Accius ne se leva jamais devant lui; non qu'il méconnût la dignité d'un personnage si considérable et si puissant, mais parce que, comparant leurs travaux en ce qui touchait leurs communes études, il avait la confiance d'être plutôt quelque peu supérieur. Aussi ne l'accusa-t-on pas d'insolence, car, dans cette enceinte, il s'agissait de l'emporter non pas en dignités ou en noblesse, mais en ouvrages et titres littéraires. »

Les médecins conféraient entre eux comme les poëtes, et leur ensemble, *collegium medicorum*, pouvait avoir des lieux de réunion spéciaux, et même des salles de festin pour y faire des banquets annuels, comme nous en trouvons la preuve dans une des inscriptions choisies par Orelli. Sans doute les poëtes étaient dans le même cas. Quant aux archiâtres, nous verrons plus loin leur histoire et les priviléges qui en firent un corps séparé.

Ces trois expressions : *collegium, schola, professores*, n'ont pas toujours été comprises par les historiens médicaux. C'est sur elles que, par inadvertance sans doute, des Allemands contemporains ont construit tout un système fort original, tendant à faire admettre dans l'empire romain des institutions analogues à celles de l'Allemagne actuelle : système que nous n'avons point à exposer dans ses détails, car il ne saurait résister à l'examen; et, du reste, craignant déjà de fatiguer par les citations nécessaires d'auteurs anciens, nous nous sommes interdit dans ce travail toute espèce de controverse et toute observation critique sur les modernes. Il suffit d'ailleurs de parcourir avec un peu d'attention les textes, pour voir que les médecins désignés pour les villes n'y constituaient par leur ensemble rien qui ressemblât à nos facultés. Ils devaient soigner gratuitement les pauvres comme ils soignaient les riches, et pouvaient recevoir à cet effet un salaire public; mais ils n'avaient pas à professer : ceux mêmes qui désiraient le faire devaient se procurer à leurs frais un amphithéâtre convenable avant l'époque où, suivant Lampride, l'empereur Alexandre Sévère leur en fit fournir par l'État, comme on en fournit à l'école pratique.

La médecine était donc apprise auprès des maîtres particuliers qui l'enseignaient, soit pour se faire connaître, soit pour les sommes que leurs élèves leur payaient.

« Avec quel maître as-tu fait jamais marché pour moi? (dit un médecin à son père dans l'*abdicatus* de Lucien). — Avec aucun. J'étais dénué de tout, dans la misère, et c'est comme objet de pitié que j'ai été reçu par les maîtres qui ont bien voulu m'instruire gratuitement. »

Dans le second siècle de notre ère, ce n'étaient pas généralement les médecins le plus en vogue qui donnaient ainsi des leçons. Galien lui-même qui nous l'indique, après avoir, avec un grand succès, démontré l'anatomie et les autres sciences médicales lors de son arrivée à Rome, y renonça définitivement et ferma son amphithéâtre vers l'âge de trente-quatre ans, aussitôt qu'il eut, comme praticien, une réputation bien établie, des malades riches et nombreux.

Dès lors, bien qu'il fît par la suite plusieurs démonstrations publiques qui furent rédigées sous sa dictée, il cessa d'être professeur, en ce sens qu'il n'avait plus voulu s'astreindre à former les élèves par des cours réguliers.

Il n'en était pas moins chef d'école; il était entouré d'amis et de disciples qui, tout imbus de ses idées, les défendaient envers et contre tous. Ses ouvrages, déposés dans la bibliothèque de la voie sacrée, à la disposition de chacun, y étaient lus avidement; multipliés par les copistes, ils pénétraient jusque dans les villes les plus éloignées; et le haut prix qu'on y attachait les fit contrefaire par plusieurs, tandis que d'autres s'efforçaient de s'en attribuer le mérite.

Telle fut également l'histoire de presque tous les chefs de sectes médicales. Ils répandaient surtout leurs nouvelles doctrines par leurs livres et leurs entretiens, qui leur créaient des partisans; mais ils prenaient rarement la peine d'en exposer les éléments dans un enseignement suivi. C'était l'affaire des médecins sans malades qui cherchaient à mettre à profit les connaissances qu'ils avaient acquises.

Cependant, sous le nom d'*iatrosophistes*, surtout dans les provinces grecques et dans Alexandrie, ville grecque au milieu de l'Égypte, il y eut des hommes qui parvinrent à la gloire par leur enseignement seul, et ne le discontinuèrent jamais.

C'étaient des espèces de rhéteurs habiles dans l'art de la parole et

ténaculum, le bord qui correspond à la cloison nasale et je taille de haut en bas avec un bistouri à lame étroite, un lambeau ayant une certaine épaisseur. Arrivé un peu au-dessous de la moitié de sa longueur, je décris une légère courbe saillante, et je prolonge mon incision sur la lèvre, de manière à aviver complétement tout l'angle arrondi de ce bord. Le côté opposé tendu aussi avec le ténaculum est ensuite avivé; mais ici je donne à mon lambeau le moins d'épaisseur possible à sa partie supérieure, et quand j'arrive en regard du point où commence la courbure saillante, j'en forme une nouvelle, mais en sens contraire, et j'achève ma section un peu au-dessus de l'angle mousse de ce bord, c'est-à-dire qu'au moment de terminer, je relève un peu le bistouri. C'est la partie inférieure de cette courbe qui formera mon petit lambeau obturateur. Je réunis par deux points de suture entortillée à ressort-caoutchouc. La première traverse les deux courbures à leur sommet, de manière à emboîter l'une dans l'autre, et la deuxième est placée au-dessous de la narine droite. Le petit lambeau est relevé et maintenu à l'aide d'un fil de soie. Pour éviter la mortification de sa pointe et le bien soutenir, je m'y prends ainsi : une petite plaque en métal très-mince de la largeur et de la longueur du lambeau, à peu près, est percée d'un trou vers son milieu; j'engage dans ce trou le fil de soie qui y est retenu par un nœud, et, après lui avoir fait traverser le lambeau et la partie correspondante de la lèvre, je l'attache à une de mes petites griffes à ressort-caoutchouc que j'avais fixée, au préalable, près de l'aile du nez du côté gauche.

Tout se passe très-bien les premiers jours. Mes sutures sont parfaitement maintenues et toujours à égale pression.

Le troisième jour j'enlève le point de suture supérieur; le quatrième, le point traversant les courbures, ainsi que celui qui retient le petit lambeau.

L'adhérence est complète partout; la peau est intacte au-dessous des fils, garantie qu'elle était par les petites plaques de caoutchouc; la pointe même du petit lambeau ne s'est pas sphacélée, ce qui serait infailliblement arrivé, si j'avais fait, comme d'habitude, un petit nœud circulaire.

Ce jeune homme a quitté Saint-Julien dix jours après son opération. Je l'ai revu quelque temps après, et j'ai pu constater qu'à l'endroit où, d'ordinaire, apparaît l'encoche, il y avait au contraire une légère proéminence qui, sans doute, s'affaissera peu à peu et à la longue. J'avais donc même dépassé le but que je voulais atteindre.

Mon procédé ressemble évidemment beaucoup à celui de M. Mirault (d'Angers). Il en diffère pourtant par des points essentiels qui me paraissent militer en sa faveur. Les deux courbes que j'établis sur les parties inférieures des bords de la scissure, en permettant à l'une de s'emboîter dans l'autre, a pour résultat manifeste de diminuer les chances d'avoir une échancrure, écueil presque inévitable de tous les procédés antérieurs; en outre, le lambeau de M. Mirault n'étant que l'extrémité terminale du lambeau vertical doit subir une certaine torsion pour être mis en place, tandis que le mien, se trouvant fourni par la partie horizontale de la lèvre elle-même, vient tout naturellement combler le vide sans violence aucune.

Je ferai remarquer aussi que, grâce à cet emboîtement réciproque et à mon mode de suture, je n'ai eu recours qu'à deux points de suture sur toute la hauteur de la lèvre, au lieu de 3, 4 et 5 que l'on applique communément.

De plus, le moyen que j'ai employé pour maintenir le petit lambeau me semble préférable au nœud constricteur qui occasionne presque constamment la gangrène de son extrémité libre. Je sais bien que quelques chirurgiens ont proposé le collodion, mais j'avoue que je doute fort que toujours il puisse être suffisant. J'aurais pu fixer mon fil tout simplement à l'épingle de la suture supérieure, ou encore aux extrémités d'une petite épingle à insectes traversant la peau superficiellement. J'ai préféré une de mes petites griffes à ressort-caoutchouc dont je n'ai eu qu'à me louer en maintes circonstances.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de rappeler en peu de mots la manière dont j'ai modifié la suture entortillée, afin de protéger les parties sous-jacentes de la coupure des fils et des épingles; et pour rendre élastique toute suture, tout en employant des fils ordinaires.

Je plie par le milieu une petite lanière de caoutchouc; dans le pli j'engage un fil et le noue, et près de ce nœud je fixe un œillet métallique que j'aplatis après d'un coup de marteau; puis je colle en dessous une petite pièce de caoutchouc ou de toile cirée qui doit dépasser un peu le nœud.

Deux plaques ainsi préparées sont nécessaires pour un même point de suture dont l'épingle doit passer à travers les œillets. Souvent je supprime ces œillets; les épingles sont alors engagées tout près des nœuds.

On comprend facilement que la petite partie de caoutchouc comprise entre les nœuds et les points d'entrée et de sortie de l'épingle se laissant distendre sous la traction des fils, fait office de ressort, et que les petites plaques protègent efficacement les parties sous-jacentes. On peut lier les fils directement, ou, ce qui vaut mieux, faire deux ou trois huit de chiffre à la manière ordinaire : le premier tour seul est élastique, lui seul agit activement, les autres ne sont là, pour ainsi dire, que comme appareil de sûreté. En effet, si le caoutchouc venait à se rompre, grâce à eux, la suture n'en serait nullement dérangée. Ne voit-on pas tout de suite l'avantage que présentent ces petites modifications, surtout pour le bec-de-lièvre, et principalement quand on opère sur des enfants très-jeunes dont les chairs tendres se laissent si facilement couper! Quoi qu'il en soit, tel sera désormais mon *modus faciendi*, et j'espère m'en bien trouver.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 29 juin 1866.

Présidence de M. Paul TOPINARD, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Bourillon, membre correspondant qui, à propos de la discussion qu'a soulevée l'observation de tumeur du cervelet, lue à la Société par M. Hemey, insiste sur la nécessité dans l'état de la science d'examiner les urines au point de vue de la glycose dans toutes les affections de cet organe. On connaît, ajoute-t-il, plusieurs faits de glycosurie consécutive à une lésion du cervelet. M. Claude Bernard a constaté la présence du sucre et de l'albumine dans l'urine de lapins auxquels il avait fait la section du pédoncule cérébelleux de façon à produire la rotation. (Leçons sur le syst. nerv. t. I, p. 440 et 459.) J'ai trouvé du sucre dans l'urine d'un lapin dont j'avais piqué le cervelet avec un trocart (Thèse, Paris, 1861). Enfin M. Friedberg (de Berlin), a publié un cas de ramollissement cérébelleux avec glycosurie; la lésion s'étendait jusqu'au pédoncule moyen (Comptes rendus de l'Ac. des sciences, 1861), sur un grand nombre d'observations que j'ai compulsées, c'est la seule fois que j'aie rencontré la mention de ce symptôme; mais cela tient peut-être à ce qu'il n'a pas été recherché.

2° Une lettre de M. Béhier, qui donne sa démission de président de la Société en la motivant sur l'impossibilité où il se trouve d'assister à ses séances le vendredi soir.

Une Commission composée de MM. Topinard, Cornil et Pelvet, est chargée de se rendre chez M. Béhier pour lui exprimer les regrets que cette démission inspire à la Société et le prier de la retirer.

— M. VOISIN lit un rapport sur la candidature de M. Bordier, et sur son observation intitulée : *Aphasie, ataxie phonétique.*

On procède ensuite à l'élection de trois membres titulaires.

Sont nommés : MM. Causit, Fontan et Frarier.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Séance du 13 juillet 1866.

Présidence de M. Paul TOPINARD, vice-président.

M. TOPINARD annonce que M. Louis, président perpétuel et fondateur de la Société, membre de l'Académie de médecine, etc., assiste à la séance et l'invite à prendre le fauteuil de la présidence.

M. LOUIS remercie la Société et prie M. Topinard de continuer à présider.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance se compose :

1° Du volume du *Congrès médical* de Bordeaux ;

2° De lettres de MM. Ball, Hayem et Pelvet, qui demandent un congé. (Accordé.)

M. TOPINARD. Le bureau a le regret de vous apprendre que M. le professeur Béhier maintient sa démission de président de la Société. En conséquence, vous êtes appelés à procéder à la nomination d'un nouveau président.

Une discussion s'engage sur cette proposition, à laquelle prennent part MM. Woillez, Ferréol, Bucquoy, Bricheteau, Gérin-Rose, etc.

Sur la proposition de M. Fritz, il est donné lecture de la liste des membres honoraires de la Société.

Le scrutin est ouvert et donne le résultat suivant :

MM. Barthez.	17 voix.
Gombault.	1 —
Roger	1 —
Sée	1 —

En conséquence, M. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, est nommé président de la Société.

La séance est levée à neuf heures et demie.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

La règle de l'art. 909 C. N. qui rend sans effet *les dispositions testamentaires faites par le testateur, dans le cours de la maladie dont il est mort, en faveur du médecin qui l'aurait soigné pendant cette maladie,* ne souffre pas d'autres exceptions que celles qui sont énoncées dans cet article.

— Un tel legs n'en est pas moins nul pour être fait à titre d'ami.

— Pour être incapable de recevoir d'un testateur, il suffit que le médecin l'ait soigné à une époque quelconque de la maladie dont il est mort, quelles qu'aient été la chronicité et les rémissions de cette maladie, et alors même que ce médecin n'aurait pas été le seul, ni le dernier à diriger le traitement.

TESTAMENT DU DUC DE CADEROUSSE-GRAMONT.

Texte du jugement.

« Le tribunal,

« Attendu que le duc de Caderousse-Gramont est décédé à Paris le 25 septembre 1865, laissant un testament olographe, fait au Caire, à la date du 24 janvier de la même année, par lequel il déclarait « laisser toute sa fortune au docteur Déclat, » à la charge de payer diverses dettes énumérées dans l'acte ;

« Attendu que cet acte est argué de nullité par la dame Paulze-d'Ivoy, la marquise de Croix et le marquis de Précontal, seuls héritiers du sang du duc de Caderousse, par ce motif qu'ayant été fait, pendant la maladie dont est mort le testateur, au profit du médecin qui l'aurait traité pendant le cours de cette maladie, le legs universel qu'il contient serait nul, aux termes de l'article 909 du Code Napoléon, comme fait à une personne incapable ;

« Attendu qu'à cette prétention des héritiers, Déclat oppose les relations d'affection qu'il entretenait avec le duc de Caderousse, et qui prouveraient suffisamment, selon lui, que la disposition faite en sa faveur aurait été déterminée par sa qualité d'ami plutôt que par celle de médecin ; qu'il s'agit d'examiner tout d'abord si une telle distinction peut être admise, et si elle n'est pas, au contraire, formellement prohibée ;

« Attendu qu'on ne pourrait l'admettre sans substituer arbitrairement à la certitude d'une présomption légale la recherche d'une preuve la plupart du temps difficile, et sans énerver, dans son essence, une disposition protectrice des droits de la famille, des faiblesses du malade et de la dignité du médecin ; sans violer enfin ouvertement l'un des principes les plus absolus de nos lois ;

« Attendu que si l'ancien droit coutumier, qui n'avait pas de prohibitions expresses contre les libéralités faites aux médecins, autorisait la jurisprudence, procédant seulement par voie d'analogie, à tempérer, suivant les circonstances, la rigueur de ses applications, le Code Napoléon établit, sur ce point, dans son article 909, une prohibition tellement inflexible, que le législateur a pris soin, dans le même article, de déterminer d'une manière fixe et rigoureuse les seules exceptions qu'il voulait y apporter ;

« Attendu que le legs fait à Déclat excluant, par son titre universel, par son importance, par les expressions mêmes qui l'accompagnent, toute idée de disposition rémunératoire, et Déclat ne pouvant se prévaloir de la qualité d'héritier du testateur, ledit legs ne rentre dans aucune des exceptions prévues par la loi, et reste par conséquent soumis à la règle générale, et qu'il y a lieu de rechercher si les circonstances de la cause autorisent l'application de cette règle ;

« Attendu que cette application n'est subordonnée qu'à deux seules conditions : 1° celle de la concordance du testament avec la maladie dont est mort le testateur ; 2° celle du traitement de cette maladie par le légataire universel ;

« Que la première question à résoudre est donc celle de savoir si, à la date du 24 janvier 1865, le duc de Caderousse était déjà atteint de la maladie à laquelle il a succombé le 25 septembre suivant ;

« Attendu qu'il résulte de tous les documents de la cause, notamment du certificat du médecin chargé de constater les décès, que le duc de Caderousse est mort d'une maladie de poitrine, dite *phthisie pulmonaire ;* que, sans qu'il soit nécessaire de rechercher si cette maladie remontait à une époque éloignée, où l'on pourrait facilement en rencontrer le germe et les premiers symptômes, il suffit, pour se convaincre de son existence à la date du testament, de rapprocher de cette date celles de quelques écrits émanés de la main même du testateur ;

« Attendu que ce dernier écrivait à Déclat, le 11 janvier 1865, que « son mal n'avait fait qu'augmenter ; que l'oppression devenait de « plus en plus forte ; » le 18 du même mois, six jours avant le testament, que « son mal s'était terriblement aggravé ; que, sur mer, il « avait souffert horriblement, non du mal de mer, mais de la poi- « trine ; qu'il avait toujours froid, de ce froid glacial qui lui montait

---

dans les ruses de la dialectique, qui trouvaient bon de choisir la médecine pour thèse de leurs brillants discours. Ils apprenaient à leurs élèves comment on se donnait le vernis d'une science qu'on n'avait pas, comment, dans une consultation, on embarrassait ses confrères par une attaque bien conduite, comment la perte d'un malade pouvait devenir un sujet de triomphe.

De tels cours étaient très-suivis; on venait de loin pour les entendre; car rien ne semblait plus pratique à cette classe trop nombreuse alors de médecins avides d'argent qui cherchaient surtout les apparences, et la présence d'adversaires qui s'étaient rompus à cette escrime, forçait les autres à s'habituer au maniement de telles armes.

Le rhéteur biographe, Eunape, donne une place distinguée dans son livre et dans son estime, à l'un de ces iatrosophistes, Magnus, qui ne sachant guère guérir, s'était acquis une immense célébrité aux dépens de ses confrères plus habiles. Il professait publiquement dans la ville d'Alexandrie; et nul ne put jamais devant lui prétendre avoir fait une cure sans qu'il demandât aussitôt à s'en assurer par lui-même. Il faisait introduire le sujet en question, il l'examinait, l'interrogeait, lui trouvait toujours des maladies plus graves les unes que les autres, et prenant à parti le médecin qui l'avait soigné, le pressant d'arguments, l'entraînant à des réponses périlleuses, il le réduisait enfin au silence, à la grande joie des auditeurs qui s'amusaient de cette joûte, à la grande terreur du malade prétendu qui croyait sentir les froids ciseaux de l'inexorable Parque.

Le grand nombre de pareils succès en atténua heureusement la portée. On ne s'effraya plus autant d'être condamné par un homme qui, dans ses terribles pronostics, ne faisait pas grâce à la santé la plus robuste. Mais l'admiration s'en accrut comme à la vue d'un tour de force surnaturel.

L'esprit grec était ainsi fait qu'un paradoxe bien défendu ne manquait pas de le séduire, et que la plus sérieuse controverse y devenait un jeu d'esprit. La médecine eut le sort commun.

Lorsque à la table d'un homme de lettres plusieurs savants étaient réunis, on finissait par mettre en cause certaines questions qui, par un singulier privilége, revenaient indéfiniment aussi bien là que dans les déclamations des écoles. Qu'on lise Plutarque, Aulu-Gelle ou Macrobe, on est frappé de la ressemblance de ces discussions, toujours les mêmes malgré les différences de langues, de localités ou d'époques. Les philosophes ou les rhéteurs y tenaient tête aux médecins sur des questions de physiologie, et s'indignaient à la pensée que le génie divin de Platon pût ne pas être une autorité sans réplique, lorsqu'il prétendait que les liquides suivaient le larynx et la trachée pour être absorbés dans les poumons.

Il faut bien le dire, à nos yeux, les médecins ainsi mis en scène y jouaient encore le plus beau rôle; car s'ils ne brillaient pas toujours par une éloquence extraordinaire, du moins soutenaient-ils des thèses moins contraires à l'observation.

Heureux hasard qui ne doit rien prouver. En l'absence de diplôme, il pouvait arriver que le rhéteur de la veille fût le praticien du lendemain.

Quand on ne manquait pas d'une certaine aisance pour disserter sur le corps humain, les tempéraments et les maladies, on pouvait songer à tirer parti de ces facultés naturelles. On imaginait un système, on ouvrait un cours, on faisait des livres; et bientôt séduits par de belles paroles, les malades étaient pris au piége, et la fortune se faisait.

Tels furent, suivant Pline, les débuts d'Asclépiade de Bithynie, illustre chef d'école, vanté par Cicéron dans son *Traité de l'orateur.* Tels furent sans aucun doute les débuts d'un grand nombre; et l'on comprend l'indignation de Pline, lorsqu'il s'écrie : « Les moindres Grecs, riches de faconde, se font les arbitres de nos existences; ils s'instruisent à nos périls, leur expérience se forme par nos morts. » Ce qui était encore un avantage sur ces praticiens inintelligents que l'expérience n'instruisait pas. Galien eut tout à craindre de ces hommes mal élevés, d'un esprit étroit, gonflés d'orgueil, ne pouvant souffrir chez leurs confrères la science qui leur faisait défaut. Ils savaient s'entendre dans leurs mesquines jalousies communes et dans leurs haineuses entreprises, de telle sorte que le régime de la plus extrême liberté eut parfois les inconvénients des corporations exclusives. Nous le verrons plus en détail à propos de la législation alors en vigueur; disons seulement que l'enseignement public de la médecine à Rome, moyen d'attirer les regards lorsqu'on parlait avec élégance, n'était pas toujours sans danger pour celui qui s'y livrait avec éclat.

Dr Victor REVILLOUT.

« sans cesse à la poitrine ; » le 8 février : « qu'il toussait beaucoup, « avec des douleurs terribles ; qu'il ne respirait plus, qu'il n'avait pas « cessé de cracher le sang un seul jour ; »

« Attendu que la suite de la correspondance depuis février jusqu'à septembre 1865 n'est qu'une constatation presque quotidienne des diverses phases de la maladie ; que si, à certaines époques, quelques-uns de ces efforts que le malade puisait dans son énergie naturelle donnent un dernier espoir de guérison, des symptômes caractéristiques ne tardent pas à reparaître, et l'on retrouve toujours cette même maladie, lente dans sa marche, mais incessante dans ses progrès, s'avançant par périodes successives vers la crise suprême, et se rattachant ainsi fatalement et immédiatement à la mort ;

« Attendu qu'à cette première condition de la concordance du testament avec l'existence de la dernière maladie, l'article 909 en ajoute une seconde : celle du traitement de cette dernière maladie par le médecin légataire universel ; qu'il y a lieu, dès lors, de rechercher si, pendant la maladie dont il est mort, le duc de Caderousse a reçu du docteur Déclat des soins susceptibles d'être considérés comme un traitement proprement dit ;

« Attendu que le traitement dont parle l'article 909 du Code Napoléon n'ayant pas été défini par la loi, l'appréciation des circonstances multiples dont il se compose est nécessairement confiée à la sagesse et à la conscience des tribunaux ;

« Attendu qu'il n'est pas douteux qu'au moins à partir de 1858, époque où il a été introduit dans la maison du duc de Caderousse, jusqu'en 1864, époque où ce dernier, dans l'espoir de combattre un mal irremédiable, crut devoir recourir à la médecine homœopathique, Déclat n'ait été son seul et unique médecin ; qu'il est certain aussi que, pendant cette période, le duc de Caderousse était depuis quelque temps profondément atteint de la maladie mortelle qui en 1858 se révélait déjà par des tubercules, et qui, à la fin de 1864, après quelques apparences d'amélioration, reprenait sa marche progressive, quand le malade partait le 29 décembre pour l'Égypte, où trois semaines après il faisait son testament ;

« Attendu qu'au moment même où, fatigué de remèdes impuissants, le duc consultait accidentellement et successivement divers médecins étrangers, il considérait tellement le docteur Déclat comme son médecin habituel, qu'il recommandait un jour de ne lui rien dire de ses infidélités momentanées, « de peur de lui faire de la peine ; »

« Attendu surtout qu'on ne peut douter de l'influence continue de Déclat sur le traitement suivi par le duc de Caderousse, lorsqu'on le trouve, le 15 mai 1865, signant une ordonnance conjointement avec le docteur Taillefer ; le 27 du même mois, se joignant aux docteurs Trousseau et Vigla, appelés en consultation auprès du malade ; au mois d'août suivant, entretenant avec le docteur Bonnet-Malherbe, médecin de Cauterets, où le duc prenait les eaux, une correspondance médicale touchant la maladie de ce dernier, et approuvant le traitement qui lui était prescrit ; enfin, apparaissant encore au moment de la dernière crise, non-seulement commo ami, mais aussi comme médecin, tellement que les certificats le désignent comme ayant soigné le malade jusqu'à son dernier jour ;

« Attendu que s'il n'apparaît d'aucune circonstance de la cause que le docteur Déclat ait employé quelque moyen contraire à la délicatesse pour amener le duc de Caderousse à exhéréder sa famille, qui n'avait elle-même encouru d'autre reproche, de la part du testateur, que celui de l'avoir protégé contre les entraînements de sa jeunesse, il suffit qu'il soit démontré par ce qui précède que les deux conditions auxquelles est soumise l'application de l'article 909 existent dans l'espèce pour qu'il y ait lieu de prononcer la nullité du testament ;

« Par ces motifs, sans qu'il soit besoin de recourir à une enquête pour établir la preuve des faits articulés ;

« Sans qu'il soit besoin aussi d'examiner si le testament dont il s'agit est le produit d'un ressentiment aveugle, ou s'il a le caractère d'un fidéicommis,

« Faisant droit à la demande principale des héritiers,

« Déclare nul et de nul effet le testament olographe du duc de Caderousse-Gramont, fait au Caire, à la date du 24 janvier 1865 ;

« Déclare le docteur Gilbert Déclat non recevable, en tout cas mal fondé dans sa demande à fin de délivrance du legs universel à lui fait par ledit testament ;

« Dit qu'en l'état il n'y a lieu de statuer sur la demande des héritiers à fin d'être autorisés à vendre sur licitation la ferme de Mortière ;

« Condamne Déclat en tous les dépens. »

CORRESPONDANCE.

A M. le docteur Seux.

Monsieur et honoré confrère,

La lettre que vous m'avez adressée a été imprimée, sans qu'elle m'eût été communiquée. Pour ce motif, joint aux réflexions que M. E. Le Sourd, propriétaire du journal, a cru devoir placer en tête d'un article sur la contagion du choléra, je me suis retiré de la rédaction de la *Gazette* (1). Je vous écris donc comme un simple confrère, au lieu de vous avoir répondu sur-le-champ.

Si j'ai accepté le fond des discours de M. Stanski, j'ai qualifié d'agressifs les termes de l'argumentation de ce médecin, et c'était là une sorte de satisfaction accordée à l'avance aux contagionistes trop vertement attaqués, dans la forme.

Vous reproduisez, monsieur, les opinions que M. Stanski a combattues, votre neuvième conclusion, en particulier. Réfléchissez à ce qu'il y a d'arbitraire dans cette revue rétrospective des anciennes épidémies, que vous interprétez si différemment des autres médecins.

Vos quatrième, cinquième et sixième conclusions ont été, dès le principe, controuvées par les observations de deux médecins de Marseille même, MM. Maurin et Didiot. Voici même les conclusions sages du comité de médecine des Bouches-du-Rhône :

« Le début du choléra de 1865, à Marseille, a coïncidé avec l'arrivée des émigrants d'Alexandrie et l'augmentation de l'épidémie en Égypte, sans qu'on ait pu suivre, dès le principe et d'une manière certaine, les faits d'importation. »

Cette contradiction, monsieur, dont les exemples sont nombreux et peuvent diminuer la valeur d'opinions contagionistes venues de loin, n'est pas propre à nous convaincre, d'autant que, à Paris, des faits de contagion authentiques du choléra n'ont pas encore été produits par des médecins de nos hôpitaux. Au contraire, les cas intérieurs développés dans nos hôpitaux semblent infirmer formellement la contagion, surtout depuis que l'isolement des cholériques est poursuivi avec rigueur.

Je termine, monsieur, en vous faisant remarquer qu'il est parti beaucoup de bâtiments de Marseille pendant le choléra, et qu'il est au moins singulier qu'un seul d'entre eux ait eu des cholériques à bord, et qu'un seul ait pu porter le choléra en Amérique. Vous savez, en effet, que le choléra de New-York a été attribué à l'arrivée d'un bâtiment venant de Liverpool. Il en est de ces faits comme de ceux que j'ai soumis à un examen rigoureux, et il me serait facile de les réduire à leur juste valeur, comme ces observations de contagion dite directe qui sont parvenues à ma connaissance.

J'ai repris, monsieur, ma liberté, et je puis aborder la discussion scientifique sans restriction. Si vous m'interrogez de nouveau, je vous répondrai encore avec franchise, si toutefois cette lettre ne vous dit pas que. pour établir la contagion du choléra, il faut autre chose que des rapprochements et des apparences ; et si vous ne trouvez pas avec moi regrettable de voir les médecins céder ainsi au *vertige* de la contagion.

Dr Armand Després,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

(1) Cette démission a été acceptée. — Voir le premier-Paris.

M. Amédée Latour, faisant allusion au défi de M. Jules Guérin, défi si peu digne d'un savant, et que M. Després a eu tort, à notre sens, d'accepter, publie les réflexions suivantes:

« Je me permets d'ajouter, comme simple réflexion générale, que je comprends peu ces défis d'argent mêlés à des questions de science. Ce serait un procédé commode pour imposer silence aux contradicteurs, que de les défier au moyen de sacs d'écus. Celui qui affirme peut être riche, et celui qui nie peut ne l'être pas. Un billet de banque ne vaut pas un bon argument. S'il prenait fantaisie à M. de Rothschild de me défier, par un pari de cent mille francs, de prouver que la terre ne tourne pas d'Orient en Occident, je ne pourrais pas tenir le pari, et cependant il n'en serait pas moins vrai que, depuis le commencement des choses, la terre tourne d'Occident en Orient, et que M. de Rothschild aurait tort de soutenir le contraire. Moi, je n'aurais que le tort de ne pas posséder les millions de M. de Rothschild. Quel que soit le libéral usage que l'on veuille donner à cet argent parié, il y a, je le dis comme je le sens, quelque chose qui blesse le goût et les plus délicates fibres du sens intime dans des propositions de ce genre. Voilà mon humble avis. »

Une de nos grandes figures de l'École d'Édimbourg, M. le docteur Duncan, vient de mourir à Tours, d'une attaque de choléra.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 101. — JEUDI 3 AOUT 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 30 AOUT 1866. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 AOUT 1866.

Pour éviter toute espèce de malentendu, nous tenons à affirmer que le débat pendant entre MM. Guérin et Després est complétement étranger à la démission présentée par ce dernier, alors qu'il nous mettait en demeure de ne pas publier la note dont nous avons fait précéder l'article de M. le docteur Revillout. — Dr E. Le Sourd.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Guérin avait fait entendre sur sa méthode, ses travaux, sa personne, un triple discours qui avait occupé trois séances. M. Velpeau vient de lui répondre; et je n'ai pas besoin de dire avec quel intérêt on écoutait la parole à la fois savante et incisive du célèbre maître.

Il avait pris pour but de montrer que rien n'était absolument nouveau dans la méthode de M. Guérin; que la ténotomie existait déjà antérieurement, à 1838 et qu'elle avait été appliquée non-seulement aux pieds-bots, mais aux fausses enkyloses, particulièrement par Duval; que la méthode sous-cutanée était dès-lors formulée en principes, sauf que personne ne songeait à y faire rentrer toute la chirurgie; que le mécanisme de la réparation *sans phlegmasie* des tissus coupés sous la peau avait été étudié et décrit par Hunter, Delpech, Duval, etc.

M. Velpeau s'est, du reste, félicité d'avoir, par ses observations, fourni peut-être à M. Guérin l'occasion de développer plus d'une fois à la tribune ses éminentes facultés d'orateur.

A ce point de vue, évidemment les académiciens ne sauraient que gagner à voir discuter tour à tour leurs personnalités scientifiques. Ils pourraient songer à provoquer cette discussion eux-mêmes, comme M. Guérin.

Mais quelque intéressantes que soient pour la galerie les questions de personne, et ces belles joutes à armes courtoises entre savants, elles nous paraissent un peu déplacées à l'Académie de médecine. Grâce à Dieu, la postérité ne commence point encore pour ceux qui entrent dans cette académie. S'ils partagent avec d'autres le titre d'immortels, du moins n'a-t-on jamais prétendu qu'ils étaient morts au point de vue scientifique. Nos maîtres qui sont là travaillent et produisent, loin de se reposer sur les lauriers acquis. Le moment n'est donc pas venu de discuter leur gloire et leur personne, de mesurer le piédestal qui supportera leur statue. D'autres, plus tard, que ce soit le plus tard possible! doivent se charger de leur éloge; ce soin ne les regarde pas.

D'ailleurs, quand on n'est pas assez intéressé dans une question, on y porte souvent une sourde irritation, une ardeur excessive qui peut faire dépasser le but. On s'*enivre*, pour ainsi dire, en racontant sa vie et ses travaux, comme les *gentlemen riders* qui font des paris dans les courses. On se dépouille de ce froid jugement qui fait la force des académies.

Et quel est, le plus généralement, le résultat pratique de tant d'efforts?

Arrive-t-on seulement à devancer sur soi-même le verdict inconnu de la postérité? Non: on force ses adversaires à découvrir certains noms oubliés, à faire ressortir certaines indications qui avaient passé presque inaperçues, et on sort de la lutte toujours amoindri : sinon d'une manière définitive, au moins pour quelque temps, jusqu'à ce que le souvenir de cette discussion se soit effacé, comme tout s'efface.

Dr Victor REVILLOUT.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

De la créance du médecin pour règlement de ses honoraires en cas de faillite du client.

§ 1er. — Privilége de l'art. 2101 C. N.

Depuis quelque temps les faillites sont devenues tellement nombreuses, que plus d'un médecin a dû voir ses intérêts plus ou moins engagés dans les questions qui s'y rapportent. Quelques-uns même nous en ont écrit, et ont demandé des conseils à la *Gazette des Hôpitaux*. Nous leur avons répondu d'abord directement; car la *Gazette* se fait un plaisir de mettre toutes ses lumières au service de ses abonnés.

Mais, comme les renseignements demandés offraient un caractère essentiellement pratique, et semblaient devoir être d'une application assez fréquente, il nous a semblé qu'il serait bon de ne pas nous en tenir à ces réponses particulières, et de traiter sommairement la question dans tout son ensemble.

Dans quelle situation se trouve le médecin, au point de vue de ses honoraires, lorsque son client a fait faillite?

A-t-il un privilége au moins pour une partie des sommes qui lui sont dues?

Dans quels cas et dans quelles limites ce privilége lui est-il accordé, à supposer qu'il le lui soit?

Pour les soins qu'il aurait donnés antérieurement à la dernière année, le médecin a-t-il à craindre la prescription de l'art. 2271 C. N.?

Cette prescription peut-elle lui être opposée par les syndics, malgré la volonté contraire du débiteur?

Telles sont les questions principales qui nous semblent être de nature à intéresser nos lecteurs. Nous allons les passer rapidement en revue, nous appuyant surtout sur les arrêts soit de la cour de cassation, soit des cours d'appel, sur les jugements des tribunaux civils ou de commerce, en un mot sur les monuments de la jurisprudence la plus récente, toutes les fois qu'il en existera.

Aujourd'hui nous commencerons par étudier le privilége des médecins en cas de faillite.

L'art. 2101 C. N. est ainsi conçu :

« Les créances privilégiées sur la généralité des meubles « sont celles ci-après exprimées, et s'exercent dans l'ordre sui- « vant : 1° les frais de justice; 2° les frais funéraires; 3° les « frais quelconques de la dernière maladie, concurremment « entre ceux à qui ils sont dus; 4° les salaires des gens de ser- « vice, pour l'année échue et ce qui est dû sur l'année courante; « 5° les fournitures de subsistances faites au débiteur et à sa « famille; savoir : pendant les six derniers mois, par les mar- « chands en détail, tels que boulangers, bouchers et autres, et « pendant la dernière année, par les maîtres de pension et « marchands en gros. »

Nous avons reproduit cet article en entier, parce qu'on a tiré de grandes conséquences de la position qu'y occupe le § 3 : *Frais de la dernière maladie*, de suite après le § 2 : *Frais funéraires*; sans faire attention qu'il y précède non moins immédiatement les § 4 et 5 qui rappellent des idées beaucoup moins funèbres.

C'est, du reste, ce seul article qui règle la matière; et tout dépend de l'interprétation qu'on donne à ces mots *la dernière maladie.*

Ces expressions ont-elles trait seulement à la maladie dont on meurt? Exigent-elles le décès du client pour être applicables? C'est ce qu'ont soutenu certains jurisconsultes.

Quelques-uns même veulent en plus que la mort du client précède la déclaration de faillite, moment auquel il faut se reporter, disent-ils, pour régler les droits de chacun sur les biens que les créanciers vont se partager. Ils veulent que le client soit bien mort de la maladie même pour laquelle sont réclamés les honoraires. Ainsi, d'après eux, le médecin ne pourrait avoir un privilége que dans une hypothèse unique; celle où le client, atteint d'une maladie grave aurait succombé à ses progrès avant la cessation de payement et la déclaration de faillite.

D'autres, allant moins loin, et parmi eux il faut citer M. Troplong, premier président de la cour de cassation et du sénat, n'exigent pas que le failli soit mort avant la déclaration de faillite, du moment où, très-malade à cette époque, il aurait succombé bientôt après aux progrès de la même affection. Dans ce système le privilége serait pour ainsi dire en suspens : dépendant d'une circonstance postérieure à l'instant où, par la faillite, le débiteur se trouve dépouillé de ses biens. Le mot dernière reçoit encore ici une physionomie fatale.

Mais le mot dernière en français n'est pas nécessairement et toujours le synonyme du mot suprême.

Quand on dit « mon dernier voyage, » ce n'est pas toujours une preuve qu'on ne doive plus jamais voyager. On se réfère au moment où l'on parle, et non point à celui où l'on ne parlera plus.

Cette expression ainsi comprise n'offre plus qu'un sens relatif.

Si telle avait été la pensée des rédacteurs de notre code, il est certain qu'il importerait peu que le failli fût mort ou vivant, malade ou guéri; dans tous les cas, son médecin participera au privilége pour frais de la dernière maladie qui l'aurait atteint.

Cette doctrine a été soutenue; et même, en rapportant un arrêt contraire que nous allons citer, les rédacteurs des deux grands recueils de jurisprudence Dalloz et Sirey, ont fait des réflexions et des réserves qui sont toutes à l'avantage des médecins.

En effet, il semble que tous les motifs qui ont pu guider nos législateurs à nous accorder un privilége, se rencontrent aussi bien dans le cas de faillite qu'en cas de décès du client. Le failli n'a plus rien dont il puisse disposer, pas plus que le mort. L'un et l'autre voient, si l'on peut employer ce terme, voient leur fortune passer en des mains étrangères. L'un et l'autre avaient des besoins auxquels ils n'eussent pu suffire peut-être, s'ils eussent tout payé comptant. Car si l'on avait supposé que les biens du mort ou du failli devaient suffire à payer tout le monde, on n'eût établi de privilége en faveur de personne; c'est évident.

Évidemment, ces priviléges à courte date ont eu pour but de laisser l'usage des choses essentielles à celui qui n'a plus, peut-être, qu'un temps court pour profiter de sa fortune apparente. En attendant, on n'a pas voulu qu'il mourût de faim, qu'il manquât de soins ou de remèdes, et, lui mort, on n'a pas voulu que son corps fût abandonné sans les cérémonies funèbres; comme on ne voulait pas que, lui mort ou vivant, ses créanciers eussent à craindre pour le remboursement des frais de leur poursuite.

Ainsi le médecin aurait toujours un privilége en cas de faillite.

Disons-le vite, la jurisprudence ne semble pas pencher du côté de cette doctrine, la meilleure suivant nous.

Voici comment s'exprime un arrêt de la cour de cassation (chambre civile, présidence de M. Troplong, premier président, 21 novembre 1864).

« Attendu que sous l'ancien droit, le privilége pour frais « de dernière maladie n'existait que pour ceux causés par la « maladie suivie du décès du débiteur; que les rédacteurs du « Code par les expressions dont ils se sont servis, et par la « place qu'ils ont assignée à ce même privilége, immédiate- « ment après celui énoncé au § 2 de l'art. 2101, pour les frais « funéraires, ait clairement manifesté la volonté qu'il devait en « être encore ainsi sous l'empire de la législation nouvelle, que « les priviléges sont de droit étroit, et ne peuvent être étendus « au delà des cas pour lesquels ils ont été limitativement éta- « blis.

« Attendu, en fait, que Pesty n'a pas succombé à la maladie « à l'occasion de laquelle le docteur Vergnès a rendu les soins « dont il demande la rémunération, qu'il n'importait dès lors « que ces soins eussent été donnés jusqu'au jour de la décla- « ration de la faillite du débiteur, etc. »

C'est la seule fois que la cour suprême ait eu à se prononcer sur ce point de controverse.

Comme on le voit, pour accorder un privilége au médecin, elle exige la mort du client; mais elle n'indique pas s'il faut en outre que ce décès ait précédé la déclaration de faillite. Elle semblerait même tendre plutôt à passer sur cette condition.

Mais si le client finit par guérir, d'après l'arrêt, point de privilége pour le médecin qui l'aura soigné.

On peut mentionner dans le même sens plusieurs jugements, tant du tribunal civil de la Seine (28 janvier 1834, 17 décembre 1857, 20 août 1862), que du tribunal de commerce de la Seine (11 décembre 1862), et du tribunal civil de Nantes (13 décembre 1865).

Ce dernier même n'hésite pas à étendre l'application d'un tel système au pharmacien pour ses fournitures. Il lui refuse également tout privilége en cas de faillite; ce qui aurait pour conséquence de faire refuser des remèdes aussi utiles que le pain au malade dont la position indiquerait une grande aisance, et qui ne payerait pas comptant.

Car ici on ne peut plus dire, comme on le fait pour le médecin, qu'il ne débourse que sa science, et que son désintéressement professionnel lui ferait un devoir de la débourser, alors même qu'il saurait d'avance n'en être point rémunéré. On ne peut plus parler de la reconnaissance éternelle, à ce qu'on suppose, dans le fait le plus souvent assez problématique, d'un homme qui pourrait peut-être encore s'acquitter dans l'avenir, pour le médecin qui l'aura sauvé.

Les déboursés d'un pharmacien sont on ne saurait plus ma-

tériels et palpables, et le rôle qu'il joue dans la guérison n'est pas assez grand pour motiver une reconnaissance exceptionnelle. C'est donc une perte nette que cette doctrine lui impose.

En regard, nous devons citer les jugements malheureusement beaucoup moins nombreux, qui accordent un privilége au médecin ou au pharmacien, dans les biens du client failli.

Voici quelques considérants d'un jugement que le tribunal de commerce de Nantes a rendu le 31 mars 1858 : « ... Qu'en « effet, il y aurait alors à faire remonter le privilége à une « époque trop éloignée, lorsque le médecin aurait eu la faculté « de se faire payer s'il eût voulu, et qu'il est resté créancier par « sa faute.

« Mais, qu'aussi, lorsque l'ouverture de la faillite le sur- « prend pour ainsi dire, au milieu des soins qu'il donnait « à son malade, il doit être privilégié, puisque la position « financière de son client, lui aurait-elle été connue, il n'en « devait pas moins lui continuer, par devoir, ses soins et ses « visites.

« Et que le failli, dépouillé de tout ce qu'il possède, ne peut « plus acquitter, envers son médecin, une dette au payement « de laquelle sont habituellement attribués les premiers de- « niers.

« Qu'au reste, la position du failli, incapable de rien régler « par lui-même, doit être assimilée à celle du malade qui vient « de succomber, et dont les frais de maladie sont par tous « reconnus privilégiés, etc. »

La même doctrine a été affirmée par un jugement du tribunal de commerce de Montargis (3 mai 1860), dont la *Gazette des hôpitaux* a déjà publié le texte (mardi, 10 juillet 1860).

Enfin, le tribunal civil de Saint-Amand s'est appuyé sur les mêmes principes, dans un jugement du 6 janvier 1865, curieux surtout en ce qu'il est postérieur à l'arrêt contraire de la cour suprême.

On le voit, la jurisprudence n'est pas encore entièrement fixée. Espérons donc que, dans l'avenir, la cour de cassation, faisant ce qu'elle a fait souvent du reste, ne craindra pas de revenir sur un système qui semble mal interpréter la volonté du législateur.

Espérons que bientôt, et définitivement dans la pratique, on ne refusera plus au médecin, en cas de faillite de son client, le privilége que la loi lui donne.

D[r] Victor Revillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation de la tête sous l'apophyse coracoïde.

(Observation recueillie par M. H. Betbèze, interne des hôpitaux.)

La malade qui fait l'objet de cette observation est une femme âgée de trente-huit ans, bien constituée, qui entre dans le service de M. Demarquay, avec une déformation notable de l'épaule, et perte partielle des mouvements du bras.

Cette lésion offre un double intérêt : d'abord, au point de vue de l'histoire des luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de fracture, ainsi qu'au point de vue du traitement, question bien étudiée par M. le professeur Richet, qui en a fait l'objet d'un mémoire spécial.

Le 22 juin dernier, la malade est heurtée par une voiture qui la renverse. C'est à la partie supérieure du bras, que le moyeu de la voiture a frappé, et c'est sur le coude que dans la chute a porté tout l'effort.

Il en est résulté : au coude, une ecchymose qui a persisté plusieurs jours, mais sans que la malade éprouvât le moindre accident sur ce point; à l'épaule, tous les symptômes d'une contusion violente, douleur, gonflement qui, en persistant plus de huit jours, ont empêché de reconnaître tout d'abord les symptômes réels de la lésion. Cependant, ce qu'on pouvait constater dès les premiers moments, c'était la possibilité des mouvements que l'on communiquait à l'humérus resté pendant le long du corps, à l'exception du mouvement d'élévation, ce que l'on expliqua par le gonflement et les douleurs de la contusion.

Ces premiers accidents disparus, l'examen de l'articulation put se faire plus complétement et le médecin, après avoir constaté la présence de la tête humérale sous l'apophyse coracoïde, tenta la réduction de cette luxation devenue manifeste. Les tractions ne firent qu'augmenter les souffrances, et le bras resta quinze jours en écharpe, sans que l'état du membre en fût amélioré.

Une seconde tentative de réduction est faite trois semaines après l'accident, mais sans amener de meilleur résultat. La malade éprouvait, il est vrai, moins de douleurs dans les mouvements, mais ceux-ci restaient toujours bornés et le mouvement d'élévation toujours impossible. C'est dans cet état que la malade est entrée, le 20 juillet, à la Maison de santé.

A un premier examen, la présence de la tête de l'humérus au-dessous de l'apophyse coracoïde, la saillie de l'acromion, l'aplatissement du moignon de l'épaule, la déformation de cette dernière, la perte partielle des mouvements du membre, tous les symptômes enfin d'une luxation ancienne font qu'on s'arrête à ce diagnostic et que l'on songe à l'emploi des moufles, pour en opérer la réduction. L'action de ces dernières, et surtout le sommeil anesthésique, en facilitant l'examen de l'épaule, ne tardèrent pas à démontrer l'existence d'une fracture du col anatomique de l'humérus, venant compliquer la luxation.

Un effort de 150 kilog. fut, en effet, produit par les moufles, sans qu'aucun changement sensible s'opérât au niveau de la tête luxée. La réduction reconnue impossible, M. Demarquay, profitant du sommeil anesthésique, constate les faits suivants :

Et d'abord, existence au sommet de l'aisselle et au-dessous de l'apophyse coracoïde d'un corps plus ou moins arrondi, qui paraît isolé, dur au toucher, mais d'une mobilité sous les doigts peu étendue, à cause de l'ancienneté de la luxation et des adhérences fibreuses sans doute organisées : c'est la tête de l'humérus, car si l'on porte la main au niveau de la cavité glénoïde, on sent en cet endroit un vide complet et, comme conséquence immédiate, aplatissement du deltoïde et saillie de l'acromion. Cette saillie osseuse bien reconnue, en portant les doigts immédiatement au-dessous, on trouve un léger vide où l'on peut déjà sentir l'extrémité supérieure de l'humérus, c'est-à-dire la grosse tubérosité de cet os. Si en ce moment on imprime au bras des mouvements, cette extrémité osseuse est parfaitement sentie à la mobilité qui lui est transmise. La tête participe-t-elle à cette mobilité? Si, pendant qu'on la tient avec ses doigts dans le fond de l'aisselle, on réitère les mêmes mouvements, on la trouve à peu près immobile, ne subissant pas les déplacements que l'humérus tend à lui imprimer. Il y a donc une séparation complète entre ces deux parties de l'os, ou plutôt il y a luxation de la tête humérale avec fracture du col anatomique; double lésion dont l'existence est parfaitement en rapport avec les circonstances de l'accident, contusion violente au niveau de l'épaule et chute sur le coude. Elle explique en outre l'état actuel du membre.

Elle explique en effet pourquoi la malade ne peut exécuter le mouvement d'élévation du bras, tandis qu'elle peut faire les autres mouvements, mais dans certaines limites. Elle explique encore la position du membre qui, au lieu de se porter en dehors, c'est-à-dire éloigné du corps, comme dans les luxations de cette espèce, reste comme pendant à côté du thorax; et l'on comprend que sa longueur soit modifiée, car mesuré depuis l'acromion jusqu'au niveau de l'épicondyle, il donne une longueur de 26 centimètres, mesure qui est sensiblement la même que du côté sain. Ainsi, la tête humérale, fragment supérieur de la fracture, après avoir rompu et franchi la capsule fibreuse est restée à une assez grande distance du fragment inférieur dont on peut préciser l'extrémité.

Telle est cette lésion aussi grave que peu commune, sur le traitement de laquelle les auteurs ont si longtemps discuté. Difficile à reconnaître, on peut dire qu'elle est encore plus difficile à traiter.

On sait que l'opinion des classiques sur la marche à suivre, était de se borner à la consolidation de la fracture et de ne tenter la réduction que six semaines ou deux mois après. Ainsi, Heister, Jean-Louis Petit, conseillent de réduire d'abord la fracture, vu l'impossibilité de faire l'extension; c'est aussi le conseil de Boyer, mais il a peu de confiance aux tentatives de réduction, et Delpech, de son côté, les considère comme très-imprudentes.

La découverte des anesthésiques, en enlevant la résistance musculaire dans la réduction des luxations non compliquées, et les rendant ainsi plus faciles, devait exercer la plus heureuse influence sur le traitement des luxations avec fracture.

Aussi est-ce à l'aide du chloroforme et du procédé dit de refoulement, dont il a donné les règles, que M. Richet a démontré la possibilité de guérir de semblables lésions.

Grâce au sommeil anesthésique, en effet, il n'est pas nécessaire de produire l'extension et, par conséquent, de disposer à cet effet d'un bras de levier plus ou moins long; pour remettre en place le fragment supérieur, il suffit d'agir sur lui par des pressions directes. M. Richet a démontré que ce procédé de refoulement, qui est un puissant auxiliaire dans les luxations simples, devient le seul procédé applicable dans les cas où les tissus fibreux forment obstacle à la rentrée de l'os luxé.

Il conseille donc de réduire immédiatement et par ce procédé, la luxation, après avoir endormi le malade. Ainsi ramenée à l'état de simplicité, la fracture doit être traitée comme les autres fractures en général.

Mais de nombreux obstacles peuvent s'opposer à cette réduction, soit des résistances fibreuses qui augmentent avec l'ancienneté de la lésion, soit certaines dispositions anatomiques, comme dans le cas observé par MM. Gosselin et Demarquay. C'était une luxation sous-coracoïdienne simple; la tête de l'os siégeait très-haut et très-profondément, et le muscle grand pectoral fort développé venait augmenter la difficulté qu'on avait à atteindre la tête humérale. Plusieurs tentatives de refoulement furent faites par M. Gosselin, sans pouvoir embrasser la partie supérieure de la tête luxée. Enfin, dans une dernière tentative, une seule main put être conduite assez haut et la réduction se fit.

En présence de ces difficultés, lorsque la réduction par refoulement aura échoué, et que ces tentatives auront été renouvelées plusieurs fois, il est admis qu'on s'occupera de la consolidation de la fracture, renvoyant la réduction après la réunion des fragments. Si cette réduction est impossible, il restera l'établissement d'une pseudarthrose entre la tête osseuse et les parties voisines. C'est aussi une pseudarthrose qui doit s'établir dans le cas qui nous occupe, mais comme il n'y a pas eu consolidation de la fracture, la fausse articulation se fera avec l'extrémité du fragment inférieur et probablement la cavité glénoïde. Par cette terminaison, la malade verra ses mouvements, sans reprendre leur intégrité première, augmenter cependant par l'usage, en force et en étendue. En effet, déjà la malade accomplit un certain nombre de mouvements avec facilité; tout fait espérer que ces mouvements deviendront de plus en plus marqués ; en effet, la pseudarthrose qui va se former entre l'extrémité supérieure de l'humérus et la cavité glénoïde, ainsi que le faisait observer M. Demarquay, doit nécessairement jouir d'une certaine mobilité à cause de la condition des parties. Cette condition doit rendre ces fractures moins graves.

NOUVEAU KÉRATOTOME-FIXATEUR

Pour l'opération de la cataracte.

Par M. le D[r] Tavignot.

(Présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 20 août 1866.)

L'idée du kératotome-fixateur a germé depuis longtemps dans l'esprit de divers chirurgiens, et nous connaissons tous les essais plus ou moins ingénieux des Guérin, Dumont, Jæger, Guthrie, Reylard, Bodinier, etc., que la pratique courante n'a pu utiliser à cause de leurs défectuosités manifestes.

Ces différentes tentatives attestent néanmoins, qu'il y avait là un but utile à atteindre, un résultat important à obtenir : celui de pratiquer la section de la cornée avec le même instrument servant à immobiliser le globe oculaire.

Or, le kératotome que nous allons faire connaître remplit cette double indication, et suffit en outre aux autres temps secondaires de l'opération.

Il se compose de trois parties distinctes :

1° D'un crochet curviligne, sorte de ténaculum qui figure et remplace très-bien la pique de Pamard ;

2° D'un couteau triangulaire mobile dans sa gaîne métallique ;

3° D'une curette qui devient saillante à volonté.

Fig. — Kératotome-fixateur. — Deux tiers de grandeur naturelle.

La lame est à demi dégagée de sa gaîne et la curette est rentrée de moitié. Le même instrument sert pour les deux yeux : il suffit de changer le crochet de côté et de retourner le tranchant du couteau, après avoir dévissé le bouton du curseur.

L'opération est pratiquée de la manière suivante :

Premier temps. — Le kératotome-fixateur est présenté en regard de l'œil dans une position telle que l'extrémité du crochet s'implante dans la cornée, au niveau de son union avec la sclérotique ;

Deuxième temps. — Le manche de l'instrument est ramené, graduellement en arrière, jusqu'à ce que la pointe du couteau soit en rapport avec la partie périphérique opposée de la cornée qu'il s'agit d'attaquer pour former le lambeau ;

Troisième temps. — L'instrument étant tenu immobile avec l'index et le médius qui prennent un point d'appui solide, en avant, sur ses deux ailerons latéraux, tandis que le pouce repose en arrière sur le bouton, la lame entre peu à peu en action par la seule impulsion de ce doigt ;

Quatrième temps. — Le ténaculum, qui a fixé le globe oculaire, devient, à volonté, un véritable kystitome avec lequel on débride la capsule antérieure du cristallin, selon les règles ordinaires ;

Cinquième temps. — La curette sert enfin, s'il y a lieu, à faciliter la sortie des débris cristalliniens.

Cet instrument offre le triple avantage de rendre l'opération de la cataracte plus facile, plus régulière et plus sûre.

Elle est plus facile, puisque l'attention de l'opérateur ne reste plus divisée entre l'agent qui fixe l'œil, la pointe du couteau qui va faire la contre-ponction et son tranchant qui taille le lambeau; elle reste tout entière fixée sur ce même tranchant qu'il importe tant de bien diriger.

Elle est plus régulière, parce que l'œil soumis à un seul agent mécanique dont les deux actions opposées s'équilibrent forcément, n'a plus de tendance à osciller dans un sens ou dans un autre : ce qui permet d'éviter l'irrégularité du lambeau, la section accidentelle de l'iris, une contre-ponction défectueuse.

Elle est plus sûre enfin, car notre manière de fixer le globe oculaire prévient l'issue de l'humeur vitrée, au lieu de la provoquer plus ou moins par une pression antéro-postérieure qu'il est souvent assez difficile d'éviter avec les instruments ordinaires.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la conjonctivite granuleuse.

Nous empruntons à une des leçons cliniques de M. Foucher quelques considérations sur le traitement de la conjonctivite granuleuse.

Dans la forme sur-aiguë, outre les émissions sanguines locales, les scarifications de la conjonctive, lesquelles doivent être nombreuses et superficielles, on emploiera les applications

topiques froids ; lorsque l'affection sera moins aiguë, on devra avoir recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent, soit à l'aide d'une solution, soit en la touchant partiellement avec le crayon ; quelle que soit la méthode employée, il faut passer immédiatement sur la surface cautérisée une solution de sel marin pour limiter l'action du caustique employé.

Dans tous les cas de conjonctivite chronique, les cautérisations au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre sont douloureuses et ne doivent être faites que tous les deux ou trois jours. On peut les remplacer par l'usage du glycérolé d'amidon au sulfate de cuivre, selon la formule de Graefe.

Sulfate de cuivre, 10 à 15 centigrammes.

Glycérolé d'amidon, 5 grammes.

M. Foucher recommande l'emploi des crayons ou du glycérolé de tannin dont il a obtenu les meilleurs effets. Les cautérisations à l'acide chromique conseillées par M. Hairion, doivent être faites avec la plus grande prudence : elles sont très-énergiques et peuvent être dangereuses. Quant au procédé qui consiste à exciser la conjonctive, il doit être formellement condamné ; il réussit rarement, et la cicatrisation vicieuse qui en est la suite, peut amener le trichiasis, l'entropion et l'oblitération des points lacrymaux.

De la nécessité de traiter les maladies utérines compliquant la phthisie.

H. Bennet et Aran ont été les premiers à signaler les rapports qui existent entre les affections utérines et la phthisie pulmonaire. Mais s'ils sont d'accord sur la question de pathogénie, ces deux auteurs cessent de l'être sur la question de thérapeutique. Aran, admettant une sorte de balancement entre la maladie des poumons et celle de l'utérus, considère celle-ci comme une révulsion heureuse que la nature apporte à l'affection pulmonaire, et conseille de la respecter ou du moins n'intervenir qu'avec une extrême prudence.

M. H. Bennet, obligé par sa santé à résider depuis plusieurs hivers à Menton, au milieu d'une population de phthisiques, a pu observer la fréquence des maladies utérines chez les femmes atteintes de tuberculisation pulmonaire. Suivant lui, le médecin doit agir toutes les fois que les lésions utérines sont bien confirmées, car en modifiant l'appareil utérin, on ne peut qu'améliorer l'état général des malades et exercer ainsi une salutaire influence sur la marche de l'affection pulmonaire. Il rapporte plusieurs observations à l'appui de son opinion. Quant à l'aménorrhée que l'on observe à la dernière période de la phthisie, il est évident qu'elle dénote surtout l'appauvrissement du sang ; aussi, dans ce cas, doit-on plutôt suivre la conduite d'Aran. (*Bulletin de thérapeutique, 1865.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 août 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par M. le docteur Carret (de Chambéry), et M. le docteur Mialet (de Gourdon) ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1865, dans le département du Nord. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Grellois sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Baréges, pendant l'année 1864. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Hardy, qui se présente comme candidat, pour la section de thérapeutique ;

2° Une lettre de M. Alphonse Guérin, qui se présente comme candidat pour la section de pathologie externe.

— M. CLOQUET présente :

1° Une brochure de M. Scoutetten, sur l'électricité des eaux minérales ;

2° Deux brochures de M. le docteur Simonin, directeur de l'École de médecine de Nancy, sur l'action comparée des anesthésiques.

— M. le docteur F. VOISIN, associé national de l'Académie, donne lecture de la première partie d'un mémoire sur les facultés intellectuelles de l'homme ; mémoire qui doit servir d'introduction au troisième volume d'un grand ouvrage en cours de publication, sur l'homme animal, moral, intellectuel.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national.

La Commission présentait :

En première ligne, M. Marchand (de Fécamp) ;

En deuxième ligne, M. Malapert (de Poitiers) ;

En troisième ligne, M. Lepage (de Gisors) ;

En quatrième ligne, M. Houzeaux (de Rouen) ; Glénard (de Lyon) ; Janel (de Bordeaux).

Au premier tour de scrutin, sur 40 votants ;

M. Marchand (de Fécamp), obtient 38 voix ;

M. Janel (de Bordeaux), obtient 2 voix.

En conséquence, M. Marchand (de Fécamp), est nommé correspondant national.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. VELPEAU. Après les longs et beaux discours de M. Guérin, qui m'ont été particulièrement consacrés, j'ai besoin de répondre quelques mots. Mardi dernier, je n'ai pu rester à la fin de la séance, je devais prendre le chemin de fer, et le chemin de fer n'attend pas. D'ailleurs j'avais jugé la suite de la discussion d'après ce que j'en avais entendu, et rien n'en était de nature à me forcer à assister à la séance. Le ton en était très-modéré.

Il est vrai que M. Guérin m'avait déjà causé une grande déception. Un jour j'étais venu sous l'impression d'une lettre qu'il avait publiée dans son journal, et je m'étais attendu à une violente attaque. Pas du tout. Le ton de M. Guérin fut, on ne saurait plus convenable, et je finis par croire que rien ne viendrait modifier cette amenité de langage. Malheureusement je dus m'éloigner, et les choses s'étant peu à peu modifiées, M. Guérin en vint à faire éclater une sorte de bombe qui ne pouvait pas me laisser indifférent.

M. Velpeau lit ici la péroraison du discours de M. Guérin ; puis il continue :

Il y a là dedans une grande exagération, et cela se rapproche de l'exaltation, pour ne pas dire davantage.

« Faire rentrer toute la chirurgie dans la méthode sous-cutanée, » ce serait là un beau projet, digne de faire pendant à celui de « rattacher l'une à l'autre la médecine et la chirurgie. »

Évidemment, M. Guérin a écrit ces lignes sous l'influence d'une violente irritation. Il a bien l'air de s'être mis dans une grande colère à mon endroit. Mais, pourquoi donc ? Serait-ce au sujet de ce malade qui portait au poignet un kyste en bissac ? M. Guérin qui l'a opéré, et qui a vu ce malade remis en trois jours des suites de cette opération, croyait avoir fait une merveille. Il citait mes propres paroles, du moins à ce qu'il supposait, en disant que ces kystes, selon moi, étaient horriblement difficiles à guérir, qu'il valait mieux s'abstenir de tout traitement, et que les mots *noli me tangere* leur seraient parfaitement applicables.

D'après cela, le résultat obtenu en trois jours par M. Guérin aurait été véritablement merveilleux.

Mais je n'avais rien dit de pareil, et j'ai cru devoir rétablir les faits dans leur vérité.

Le mot *noli me tangere* avait été appliqué par moi non point aux kystes séreux, mais aux kystes hématiques, ce qui n'est point du tout la même chose. J'ai donc pu dire avec raison qu'appliquer ces expressions à un kyste séreux, tel qu'était celui dont M. Guérin nous a parlé, c'était véritablement *abuser de la crédulité publique*. Là-dessus, M. Guérin a cru devoir faire contre moi une sortie qui m'a prouvé une seule chose : c'est que M. Guérin avait à mon endroit une très-grande mauvaise humeur.

Cela m'a étonné, je l'avoue, car je l'avais trouvé, en ma présence, très-mesuré, très-convenable.

Que M. Guérin se rappelle combien grandes sont les différences du kyste dont il a parlé avec ceux pour lesquels j'ai employé ce mot *noli me tangere*.

Les kystes en bissac ne sont pas des kystes : 1° articulaires, 2° hématiques, et encore en parlant des kystes hématiques, en écrivant « *que l'opération la plus efficace, l'injection de liquides irritants, devenait rarement utile et applicable*, j'ajoutais cette circonstance ; *lorsque la quantité du contenu liquide ne dominait pas celle du contenu solide.* »

Qu'a de commun tout ceci avec le kyste en bissac, dont M. Guérin a retiré *un petit verre de liquide séro-synovial?*

J'ai dit, en outre, que les kystes séreux peuvent être l'objet de deux sortes d'opérations :

1° Un genre d'opérations ayant pour but de produire une cure radicale ;

2° Un genre d'opérations de nature purement palliative.

Les premières pouvant conduire à faire suppurer l'intérieur du kyste, les secondes se bornant à le vider ; les unes dangereuses, les autres non. De quelle nature est l'opération qu'a pratiquée M. Guérin ?

Il a ouvert le kyste sous la peau, et sa petite plaie s'est refermée en trois jours ; mais les petites plaies que laisse le bistouri du chirurgien, ouvrant un kyste par toute autre méthode, ne durent pas, d'ordinaire, plus longtemps ; elles se referment presque de suite.

Puis le malade de M. Guérin, se croyant guéri, est parti pour revenir, bientôt ensuite, subir une seconde opération, après laquelle, cette fois, il n'a pas reparu.

Qu'est-ce qui prouve une cure radicale ? Radicale, elle ne l'était pas après la première opération, puisque le malade est revenu. Or, je n'avais jamais dit qu'une cure purement palliative fût dangereuse.

Mais passons à une autre question, car je ne vois pas là de quoi motiver la colère de M. Guérin.

J'ai dit, et M. Guérin a accordé, que d'autres que lui avaient pratiqué la section des tendons ; mais il a ajouté que c'étaient des empiriques. Il serait bon de s'entendre sur la valeur des termes.

Hunter s'était un jour rompu le tendon d'Achille en dansant (ce qui prouve qu'il ne manquait pas toujours de gaieté).

Une fois guéri, il voulut se rendre compte de ce qui se passait en pareil cas. Il ne pouvait expérimenter sur des hommes ; il prit donc des chiens, auxquels il divisa le même tendon avec une aiguille à cataracte, introduite sous la peau, à quelque distance du tendon. Je sais que M. Guérin réprouve l'emploi d'une aiguille à cataracte ; mais d'abord, du temps de Hunter, ces aiguilles étaient bien plus larges qu'aujourd'hui.

Enfin, l'aiguille n'empêchait pas que ce ne fût une ténotomie.

Une fois qu'il eut opéré ces animaux, Hunter les tua à des époques différentes, afin de voir les différentes périodes de la réparation. Il reconnut ainsi que la réunion des tendons s'opère par un mécanisme analogue à celle des os fracturés, *quand il n'y a pas plaie*. « Les deux bouts du tendon, dit Hunter, restent toujours à une certaine distance, ce qui est sans inconvénient. Mais il y en aurait un considérable à vouloir les rapprocher de force, et c'est pourquoi je suis d'avis de permettre au malade de marcher presque dès le début. »

Si Hunter n'était pas un empirique, Delpech l'était-il davantage lorsqu'il reconnut que les bouts du tendon coupé peuvent contracter une union médiate ? Il vit aussi que les ligaments peuvent être impunément coupés, *pourvu qu'on maintienne la plaie hors du contact de l'air* ; et il savait que les muscles se rattachent par le moyen d'une organisation intermédiaire.

Passons à M. Duval, dont un élève publia, en 1837, une thèse dans laquelle il énumérait 480 opérations de pied-bot faites toujours avec succès.

L'année suivante, 1838, le frère même de M. Duval, Théodore Duval, dans sa thèse sur les fausses ankyloses du genou, déclare que son frère avait déjà fait plus de 200 opérations de ténotomie, et toujours avec un succès constant ; il ajoute que huit de ces opérations ont eu pour but de faire disparaître de fausses ankyloses du genou, et qu'elles ont réussi.

Certes, la généralisation de la ténotomie était déjà accomplie alors. Du reste, la même année 1838, M. Scoutetten, dans un mémoire sur la cure radicale du pied-bot, après avoir énuméré d'abord les causes généralement admises de cette affection (causes encore admises par beaucoup, bien que M. Guérin n'en veuille admettre qu'une, ce qui le distingue de ses confrères), M. Scoutetten, dis-je, posait nettement l'indication de faire les plaies extérieures aussi petites que possible pour *éviter l'action de l'air*, et par suite l'exfoliation, la suppuration du tendon.

Il ne se borne pas là, il décrit les diverses phases de la réparation d'un tendon coupé sous la peau. « Le tendon se rétracte, on sent un vide, on aperçoit une coloration bleuâtre, puis il se fait un gonflement momentané *non inflammatoire*, une exsudation de lymphe plastique, qui, commençant à s'organiser le dixième jour, arrive vers la fin du mois à produire une consolidation complète. »

M. Scoutetten cite des opérations faites dès 1834, et la généralisation de la ténotomie faisait si peu défaut, que M. Velpeau, en 1838, reproduisant les opinions courantes, a dit que cette opération pouvait s'appliquer à tous les tendons et aux muscles longs. D'ailleurs il n'était pas question de généralisation dans la note de M. Guérin que M. Velpeau a imprimée vers cette époque, un peu par complaisance, car il n'était pas homme à s'y laisser forcer. Il n'était question que de ténotomie dans cette note de M. Guérin ; et pour bien préciser les dates, il faut se souvenir que la publication des trois volumes de M. Velpeau, commencée en 1838 fut terminée en 1839.

M. Guérin défie, dit M. Velpeau, de rien trouver dans les travaux des autres qui se rapporte aux ankyloses ; mais, outre les exemples que j'ai déjà cités moi-même, dans un article *genou*, j'ai dit qu'il fallait procéder comme pour la section du tendon d'Achille, et couper les tissus qui faisaient résistance, en évitant le contact de l'air.

Que reste-t-il donc à M. Guérin ? d'avoir inventé la formule ? mais en quoi les formules suivantes sont-elles inférieures à la sienne.

« *A l'abri du contact de l'air*, et sous certaines conditions favorables, les parties se réunissent *sans phlegmasie* et comme par une force analogue à celle de la nutrition ou de la formation des organes. »

Vous me demandez d'où je tire ces formules ? d'une thèse de M. Lafosse (Montpellier 1836), et d'une traduction de Soten Bell, publiée en 1825.

Quant aux kystes, dès 1815 ou 1814, Carrière avait proposé de les ouvrir par une section sous-cutanée. J'ai parlé de cela dans mes ouvrages.

Je ne suis pas prêt non plus à revenir sur ce que j'ai dit au sujet de la section sous-cutanée des veines. Brodie l'avait faite parfaitement. Et quant à MM. Guillabert et Ricord, leur méthode, celle du dernier surtout, n'a rien d'analogue puisqu'elle consiste dans une ligature passée autour d'une veine, qu'on y laisse jusqu'à ce qu'elle amène la suppuration.

(M. RICORD demande la parole.)

M. VELPEAU, continuant : M. Guérin se plaint de ce que je n'ai pas confiance dans les faits qu'il apporte. Non, sans doute, et j'ai de bonnes raisons pour m'en défier. Pourquoi d'ailleurs M. Guérin ne voudrait-il pas qu'on soit aussi sévère pour ses faits, qu'il le serait pour ceux des autres ? Je ne vois pas de raisons pour qu'on se contente de son affirmation. Comme faits, il cite des récits de malades. Pourvu qu'elles rentrent dans son système, il accepte les choses les moins concluantes ; toujours très-disposé à se faire illusion. Nous l'avons vu à propos des kystes ; nous l'avons vu à propos de sa méthode pneumatique, lorsqu'il triomphait de résultats qui s'obtiennent souvent par toute autre méthode.

Chacun sait combien il est peu sage de se fier au dire des malades. Lorsqu'un malade de M. Guérin, Fragola, est venu se présenter à moi, se disant opéré du strabisme, par cette méthode toujours innocente, et accusant M. Guérin de lui avoir coupé le nerf optique, eh bien ! moi je ne l'ai pas cru.

Il y a des gens qui voient facilement ce qu'on leur montre, d'autres sont de moins bonne composition ; ils veulent être convaincus qu'ils ont vu eux-mêmes pour le dire.

Ainsi je me rappelle que Dupuytren avait taillé un jour un enfant, dans la vessie duquel il ne put trouver de pierre. Il fit venir d'abord M. Sanson, esprit indépendant qui déclara ne rien sentir ; alors Dupuytren appela M. Breschet, et lui dit de chercher à son tour. Celui-ci hésita d'abord, il tendait à dire de même ; mais, sur l'interprétation du maître, il se décida ; il avait senti ce que Dupuytren voulait qu'il trouvât. C'est avec des gens qui sont ainsi très-disposés à voir, qu'on peut faire de bonnes commissions.

Parmi les commissions en face desquelles M. Guérin s'est rencontré, quelques-unes lui ont plu ; d'autres, non. J'étais d'une, entre autres, dirigée contre quelqu'un, pour ainsi dire ; il s'agissait de difformités peut-être plus simulées que réelles, et M. Guérin trouvait bon qu'on repoussât les faits douteux. Il a fait preuve, à cet égard, d'une sévérité vraiment utile.

Je fis partie d'une autre commission, à propos de M. Guérin. Il coupait cette fois les muscles vertébraux pour redresser les bossus, et il croyait avoir atteint son but. Nous eûmes bientôt la preuve qu'il se faisait illusion, qu'il n'entendait pas les faits comme nous, que ses bossus restaient bossus, et qu'il était utile de revoir après lui.

Nous ne parlerons pas des autres commissions qui ont jugé ses travaux ; disons seulement que celle des hôpitaux contenait des hommes très-honorables, très-respectables, mais qui n'étaient pas chirurgiens du tout, tels qu'Orfila et plusieurs autres. A nos yeux, de telles commissions n'ont pas la valeur que M. Guérin leur accorde.

Pour en revenir à ce qu'il croit avoir inventé, il m'a reproché de ne pas comprendre ce qu'il voulait dire par ces mots : *organisation immédiate*. J'avais cru, je l'avoue, en effet, qu'il voulait dire réunion bout à bout, tandis qu'au contraire, dans sa bouche, ces expressions signifiaient, à ce qu'il paraît, *organisation qui commence de suite, sauf à se terminer beaucoup plus tard*. Mais alors M. Duval avait décrit cette réparation des tissus, lorsqu'il parlait d'un plasma, d'un blastème qui se produit et s'organisera sur place. Du reste, cette théorie n'offre encore rien de défini, rien de complet ; elle exige encore des expériences faites, bien entendu, sur des animaux.

Je ne puis croire à la réunion bout à bout ni des nerfs coupés, ni des muscles. M. Guérin nous a dit qu'après une opération de strabisme pratiquée par la méthode sous-cutanée, dès le troisième jour

l'œil avait repris ses fonctions. Les muscles coupés s'étaient-ils donc réunis ? J'en doute.

M. Guérin tient à me mettre au nombre de ses ennemis. Vraiment il a tort. Je lui ai rendu plus de services qu'il ne pense. S'il ne m'eût trouvé sur sa route, il se serait donné moins de mouvement, eût fait moins d'efforts, et ne serait pas venu montrer à cette tribune des facultés et des qualités qu'on ne lui connaissait pas aussi brillantes.

Je ne suis l'ennemi de personne ; je soutiens toujours ce qui me semble la vérité, comme je combats ce que je crois l'erreur ; et je me laisse convaincre, mais lentement, après avoir tourné et fait tourner et retourner les faits de toutes les manières.

Encore un mot. M. Guérin a voulu me mettre mal avec la presse, parce que j'ai pris dans un journal des arguments contre M. Guérin. Je maintiens mon droit de prendre une vérité partout où je la trouve, du moins dans tout ce qui se publie et ne se rapporte pas au secret des familles ou autres choses réservées.

La presse, je ne la flatte ni ne la tourmente ; je ne la crains ni ne la flagorne. Ceux qui rédigent un journal de médecine peuvent être des savants : c'est comme tels que je les estime, sans tenir compte de leur qualité de journalistes. Je suis indépendant par nature et ne m'inquiète pas de ce qu'on peut dire.

Du reste, M. Guérin a vraiment tort de se plaindre de moi, puisque, dans mon discours de 1857, je disais de lui les choses suivantes : (ici M. Velpeau fait la lecture d'un long passage, d'où il résulte qu'en 1857, tout en reconnaissant que M. Guérin n'avait pas inventé la ténotomie, il déclarait que nul n'avait mieux étudié l'action de l'air, fait plus de recherches à ce sujet, ou plus insisté, avant lui, sur les avantages des opérations sous-cutanées.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Paris, 25 août 1866.

Monsieur le directeur,

Nous retrouvons, avec un vrai bonheur, les sages errements de la *Gazette des hôpitaux*, dans votre énoncé de principes de ce jour à propos de la contagion du choléra. Vieille elle-même, — et c'est son honneur, — la *Gazette* ne saurait répudier la saine expérience des vieux praticiens qui, comme elle, ont suivi le progrès ! à chacun elle demande non son âge, mais ses raisons.

Or les nôtres sont entièrement contagionistes.

I. — En fait, nous voyons toutes les maladies infecto-contagieuses se propager d'un malade à l'autre par les voies respiratoires, et elles ne sont en cela que fidèles à leur première origine. De plus, avec la presque unanimité des praticiens, ceux d'entre nous qui ont exercé en province, surtout à la campagne, ont tous suivi à la piste la contagion miasmatique dans les familles, de maison en maison, de village en village, et nous avons vu, chaque année, succomber nos jeunes confrères à la fièvre typhoïde, à tel point que, en dix ans, nous l'avions contractée presque tous, et qu'un bon tiers des jeunes médecins avait disparu. Il a dû en être de même, je ne crains pas de l'affirmer, partout où il a existé un typhus quelconque, endémique, en France comme aux colonies.

II. — Au point de vue des doctrines, nous ne saurions admettre qu'on demande à un art conjectural les preuves mathématiques d'une science exacte, ni surtout qu'on prétende annuler des faits positifs nombreux, avérés, incontestables, par des faits négatifs en apparence, impuissants contre les premiers, quelque nombreux qu'ils soient, sous prétexte que certaines conditions échappent à des recherches très-difficiles par elles-mêmes en l'absence de la plupart des éléments nécessaires.

J'entends par là que la contagion étant dans la nature d'une maladie, et démontrée jusqu'à l'évidence dans une infinité de cas, cette vérité authentique ne saurait être infirmée le moindrement, parce que, dans beaucoup d'autres cas, le fait de la contagion échappe à toutes les recherches, ou ne se réalise pas sur certains individus.

Cela prouve tout simplement que la filiation est quelquefois insaisissable, ou si l'on veut qu'elle n'existe pas toujours, que la maladie n'est pas nécessairement contagieuse de l'un à l'autre, pas plus qu'aucune épidémie n'atteint inévitablement tout le monde, et cela se comprend très-bien, puisque les premiers cas avaient une cause éloignée de la source, tandis que la contagion a ses conditions plus ou moins habituelles, mais nullement fatales ni indispensables.

Eh bien, c'est à quelqu'une de ces conditions que s'attachent invariablement les anti-contagionistes quand ils s'informent de la situation des sujets, de leur âge, de leur régime, de leur genre de vie, de leur santé antérieure, de leurs rapports plus ou moins directs ou récents avec d'autres cholériques, — autant de circonstances prédisposantes, il est vrai, — mais en dehors desquelles toutes, on ne le sait que de reste, la contagion peut évidemment exercer son action effective. L'acclimatement n'a-t-il pas aussi sa large part d'influence, et ne saurait-il suffire pour répondre à une des légitimes préoccupations de notre confrère, c'est-à-dire pour rassurer les familles dont le dévouement absolu n'en est pas moins la règle, et les médecins eux-mêmes, s'ils en avaient besoin, ce que leur conduite a démenti péremptoirement en tout lieu, à toutes les époques et dans toutes les circonstances ?

III. — Je pourrais renvoyer M. Després à l'article du dictionnaire *en cours de publication*, résumé de la science actuelle, qui porte son nom et celui du savant M. Bouchut, article non signé comme tous les autres, lequel *range le choléra avec les typhus, la fièvre jaune, etc., parmi les maladies infecto-contagieuses, où la contagion se fait à distance par l'influence de miasmes répandus dans l'atmosphère.*

Le même auteur ajoute que « sauf les agents contagieux « parasitaires qui sont des êtres vivants, les virus et les miasmes « sont des ferments qui, étant placés dans l'organisme, se « reproduisent au centuple, en provoquant un état constitu- « tionnel plus ou moins grave (1). » Mais je préfère renvoyer mon honorable contradicteur aux sages et judicieux articles de son rédacteur en chef, les seuls à peu près qui eussent précédé les siens, par la raison toute simple que, placé sur le terrain des vrais principes et de la vérité des faits, l'honorable M. Brochin ne pouvait guère avoir de contradicteurs.

Pour ma part, je serais heureux qu'on voulût bien pratiquer, à propos de cette question, autre chose que l'art trop aisé de la critique, c'est-à-dire qu'on voulût bien formuler quels sont la cause, la nature, le mode et la voie de propagation du choléra. Tous les contagionistes seraient très-aises d'apprendre comment des miasmes infectieux, qui, pénétrant sans doute par la respiration, *bien qu'on ne les voie point entrer*, se reproduisent au centuple dans l'organisme, ne peuvent s'en échapper à aucune phase de la maladie, ni par la même voie, ni par aucune des excrétions ou sécrétions morbides auxquelles la nature, peu sujette aux fantaises, a constamment recours en pareille occurrence ?

Dr De Laplagne.

(1) La vie peut seule se reproduire et se multiplier ainsi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'état sanitaire de Paris s'améliore depuis quelques jours d'une manière très-sensible.

— Le choléra décroît rapidement à Londres. En six semaines, du 8 juillet au 18 août, il avait fait dans cette capitale 3674 victimes. Mais on ne signalait plus que 51 morts dans la journée du 21, et 35 dans celle du 22 août.

Six districts sur trente-sept, que comprend cette ville, ont principalement souffert ; ces six districts sont fournis d'eau par les réservoirs de l'East London company. Il s'est trouvé des gens pour accuser la qualité des eaux d'être la cause de l'épidémie, oubliant ce fait bien connu et souvent noté durant les épidémies précédentes, que le choléra semble quelquefois *se cantonner*, pour ainsi dire, dans certains quartiers d'une ville, alors même que les eaux dont se servent les habitants de tous les quartiers sont fournies par une source unique, une même rivière, un même réservoir.

— M. le conseiller docteur Manuel de Valladao Pimentel, de Rio de Janeiro, vient d'accomplir, après plus de trente années de bons services, son jubilé de professeur de clinique interne.

A cette occasion, S. M. l'Empereur du Brésil a décerné à notre éminent confrère le titre de baron de Petropolis.

Cette nomination a été accueillie par les médecins du Brésil avec la plus vive satisfaction.

De l'isomérie, par le docteur Edme Bourgoin, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi. Un vol. in-8° de 136 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, F. Savy.

Études sur les maladies du Pancréas, par le docteur E. Ancelet. In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1856, Savy.

Des maladies mentales, par M. le docteur Brierre de Boismont. Extrait de la pathologie médicale du professeur Requin. Une brochure in-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 102. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1866. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Étude clinique sur le siége et le mécanisme des bruits cardiaques dits anémiques.

Parmi les bruits de souffle intra-cardiaques, il en est qui sont sous la dépendance d'une affection organique du cœur, d'autres tiennent à des désordres purement nerveux des centres circulatoires; d'autres enfin à l'aglobulie. C'est à l'étude de ce dernier ordre de bruits cardiaques, que le docteur Parrot vient de consacrer, dans le numéro des *Archives* du mois d'août, un mémoire fort bien fait, œuvre de critique savante et d'observation raisonnée, qui n'est que le premier chapitre d'une étude plus générale que l'auteur se propose de faire des bruits intracardiaques.

I. — Une première et importante remarque du docteur Parrot a trait à la signification physiologique qu'il accorde aux bruits anormaux, lesquels seraient dus à une vibration produite dans et par le sang en mouvement et non point à une transformation des bruits normaux du cœur; cela une fois posé, et pour ne s'occuper que des souffles anémiques, il importe de déterminer tout ensemble et le lieu où ils se produisent, et le mode suivant lequel ils se développent.

Si nous nous reportons aux diverses opinions qui ont eu cours dans la science depuis une trentaine d'années, époque à laquelle l'étude physiologique et clinique des bruits cardiaques fut sérieusement entreprise, on trouve que la délimitation du siége précis des bruits cardiaques anémiques est résolue, par tous les auteurs, d'une manière à peu près identique; on localise le bruit à l'orifice aortique; c'est l'opinion de Hope, de Beau, de Bellingham. Auguste Huet admet que le bruit a son origine aux orifices de l'aorte et de l'artère pulmonaire; dans un récent et remarquable article sur l'anémie (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. IV, p. 392), M. Potain admet, sans restriction, que « le souffle anémique est dans les orifices artériels et surtout à l'orifice aortique. »

Quant au mode de production de ce bruit, les auteurs sont d'opinion variables. Pour M. Bouillaud, le souffle est dû à un surcroît de frottement, pendant le passage du liquide à travers les orifices ou les cavités cardiaques; telle est aussi l'opinion de Hope; Beau admet que les bruits artériels de l'anémie sont dus au frottement exagéré produit contre les parois artérielles, par l'ondée surabondante que leur lance un ventricule dilaté.

Leared (*Dublin quarterly Journal*, may 1852) regarde le bruit de souffle comme une conséquence de la pression réciproque, à laquelle sont soumises les particules du fluide qui circule; d'où il résulte que le courant primordial se subdivise en courants secondaires, et que les molécules, au lieu de conserver dans leur mouvement un rapport uniforme, reçoivent une impression nouvelle et irrégulière.

Le sang, dit Corrigan (*Dublin Journal of medicine*, vol. X et XIV), au lieu du mouvement uniforme qui lui est naturel, forme un courant, qui tend à produire dans les cavités qu'il traverse des vibrations, exagérées par une tension moindre de leurs parois, et qui donne au toucher la sensation d'un frémissement, et à l'oreille celle d'un bruit de souffle. Latham considère les bruits de souffle anémique comme produits par les vibrations anormales des particules sanguines.

II. — Déterminons d'abord ce qu'est ce souffle cardiaque anémique.

Il appartient au premier temps, laisse toujours entendre le second bruit normal, tandis qu'il masque presque constamment le premier.

Bref, il a son maximum d'intensité près du sternum, et d'ordinaire dans le quatrième espace intercostal, plus rarement entre le troisième et le cinquième. Ayant peu de tendance à retentir dans le voisinage, il s'éteint très-rapidement dès qu'on porte l'oreille en dehors de ces points; à gauche du mamelon, il est impossible de le percevoir.

Il se propage en général, suivant le trajet d'une ligne oblique, qui, de la région où il a le plus d'intensité, se dirige vers la partie interne de la clavicule droite; toutefois, on cesse habituellement de le distinguer au-dessus du troisième espace. Partout où ne se fait pas entendre ce murmure, les bruits normaux conservent leur netteté physiologique.

III. — A côté de ce souffle anémique et en même temps qu'on l'entend à l'auscultation du cœur, il est un autre phénomène sur lequel M. Parrot a le premier insisté, en appelant sur lui toute l'attention; c'est un pouls veineux qui, d'après M. Monneret, n'aurait rien de constant.

M. Parrot dit au contraire que les jugulaires internes, et parfois les antérieures, sont le siége ordinairement de deux pulsations, quelquefois d'une seule, qui, dans ce cas, est isochrone avec les battements de la radiale.

Ces ondulations en général, faciles à percevoir par la vue mais non par le toucher, sont d'autant plus accentuées qu'on les observe plus près de la base du cou; elles disparaissent lorsqu'on vient à comprimer les veines à leur point d'émergence, pour reparaître de nouveau dès qu'on cesse cette manœuvre. La compression est-elle pratiquée sur un point du trajet veineux autre que celui que nous venons d'indiquer, on voit le mouvement persister dans la région inférieure, tandis que la supérieure devient turgide et reste immobile.

Ce mouvement est bien dû à une marche rétrograde, à un reflux du sang contenu dans les cavités droites du cœur; il s'agit bien là d'un pouls veineux.

Dans un travail antérieur (*Archives de médecine*, avril et mai 1865), à propos de la systolie, M. Parrot avait montré que les pulsations des jugulaires externes, qu'elles soient doubles ou simples, du moment qu'elles sont isochrones avec les pulsations de la radiale, sont un indice certain d'une insuffisance de la valvule tricuspide. Or, en rapprochant ces faits de ce que M. Parrot a constaté dans des cas d'anémie pris au hasard, la conclusion est toute simple. Si, chez quelques anémiques le pouls veineux ne se perçoit point, cela tient à des conditions anatomiques individuelles; aux cas où les valvules de la jugulaire, suffisant pour arrêter le flot en retour, surtout lorsqu'il n'est point lancé avec vigueur, l'ondulation se fait alors sentir dans la veine cave et la jugulaire profonde, et vient s'éteindre à l'entrée de la jugulaire externe.

Il est donc permis de dire, sans aucune restriction, que dans l'anémie le murmure cardiaque a pour siége l'orifice auriculo-ventriculaire droit, et qu'il est dû à l'insuffisance de la valvule tricuspide.

IV. — Dans le rhumatisme articulaire aigu, la liaison qui existe entre l'état anémique et le souffle du cœur, est trop évidente pour que nous nous attachions à la démontrer.

Il est toute une catégorie de souffles cardiaques, que nous n'avons pas encore mentionnés. Moins connus que les précédents, quoique très-fréquents, ils n'ont fixé l'attention des pathologistes que depuis un petit nombre d'années : ce sont les souffles que l'on entend dans un certain nombre de maladies fébriles, et en particulier dans les pyrexies.

Ces souffles s'accompagnent toujours du reflux veineux; identiques en tous points avec les souffles anémiques, ils doivent tout naturellement être rapportés à la même cause : l'insuffisance de la valvule tricuspide; ce sont des bruits tricuspidiens.

Quelle est maintenant la cause de l'insuffisance valvulaire qui donne naissance à ces bruits? On ne peut supposer qu'une valvule qui n'a subi aucune altération, et qui, jusqu'alors était suffisante cesse tout à coup de l'être sans que l'orifice auquel elle est adaptée ait éprouvé un élargissement qui lui-même est consécutif à celui des cavités qu'il met en communication. On est donc conduit à admettre, par le fait même de l'insuffisance tricuspide, l'existence nécessaire d'une ampliation du cœur droit, pour la même raison qui nous a fait remonter du reflux veineux, lié au souffle anémique, à l'insuffisance valvulaire qui lui donne naissance.

Jusqu'ici tout est rigoureusement démontré; mais l'incertitude commence lorsqu'on se demande comment s'est produit l'élargissement du cœur droit. On peut, pour plus de clarté, les considérer d'abord dans l'anémie, puis dans les fièvres.

Dans l'anémie, Bamberger, Freidreich, Wunderlich, Vogel, Storck attribuent à un trouble passager de la nutrition le relâchement de fibres ventriculaires. Pour M. Parrot, l'explication semble rationnelle; mais ce relâchement n'existe que pour les fibres du cœur droit; là seulement il est démontré, tandis que le relâchement du ventricule gauche n'a jamais été prouvé, et il n'en est pas moins fait mention dans les recherches pourtant si précises de MM. Dechambre et Vulpian.

L'élargissement du ventricule droit détermine une ampliation de l'orifice auriculo-ventriculaire, le moins résistant de tous les orifices du cœur, tandis que celui de l'artère pulmonaire tient bon. Alors le sang, trouvant une issue facile du côté de l'oreillette, s'y précipite au détriment du poumon.

Ainsi, tandis que le ventricule gauche ne reçoit, et par conséquent ne lance dans les artères qu'une quantité de sang au-dessous de la normale (ce qui abaisse la tension dans ces vaisseaux et donne au pouls cette faiblesse si fréquente dans l'anémie), une certaine masse de ce fluide subissant un mouvement de va-et-vient, et s'immobilisant dans les cavités droites et les grosses veines, y détermine une plénitude par suite de laquelle la tension paraît devoir être augmentée dans le système veineux et le cœur droit, contrairement à ce qui a lieu pour le système artériel et le cœur gauche.

Mais dans les fièvres il n'en est peut-être pas de même, car l'anémie, cause première de tous les phénomènes précédemment énoncés, n'existe pas au début des pyrexies. Dans ces cas, M. Parrot rapproche l'ampliation des cavités droites du cœur de l'ampliation vasculaire, suite de la paralysie des vasomoteurs; pour nous, nous n'hésiterions pas, dans certains cas, à attribuer, dans les cas de pyrexie, le relâchement des parois de l'oreillette à ces altérations musculaires, que les travaux de Zenker nous ont appris à connaître, et qui se retrouvent justement dans ces mêmes pyrexies où nous constatons les souffles tricuspidiens.

Nous ne terminerons pas l'exposé très-résumé que nous venons de présenter des recherches si intéressantes du Dr Parrot sans faire une fois de plus remarquer à nos lecteurs que dans cette question, comme dans presque toutes celles qui ont trait à la médecine pratique, on n'arrive à la vérité qu'en étendant et fécondant, par une observation clinique attentive et sévère, les données certaines de la physiologie.

Du traitement du tétanos par l'ammoniaque à hautes doses.

Il est un fait d'observation, c'est que, dans la plupart des cas, bien rares il est vrai, où le tétanos a eu une terminaison favorable, on a vu la peau se couvrir de sueurs abondantes, et cette transpiration joue le rôle de crise; car, en même temps qu'elle se montre, les muscles rigides se détendent graduellement. Il y avait là une source d'indications précieuses pour le traitement du tétanos; elle n'a point été négligée.

Parmi les médicaments qui peuvent provoquer la sueur, l'ammoniaque est un de ceux qui se présentent le plus naturellement à l'esprit; le docteur Stutz (de Gmünd), passe pour être le premier qui ait appliqué ce médicament au traitement du tétanos; on trouve, dans la *Gazette de médecine de Salzbourg*, trois observations où il est question d'*alcali*; mais c'est l'alcali végétal (carbonate de potasse), et non l'alcali volatil, ammoniaque qui a été employé. Ce n'est donc point à Stutz mais à Fournier Pescay et à François d'Auxerre, que l'on doit d'avoir, les premiers, ordonné l'ammoniaque dans le traitement du tétanos.

L'étude de ce médicament, à ce point de vue fort oublié, a été reprise tout récemment par le docteur Mac-Auliffe, qui, dans sa thèse, donne quelques faits intéressants relatifs à l'emploi de l'ammoniaque dans le traitement du tétanos.

Parmi les observations qu'il a données, la première n'est pas très-concluante; il s'agit d'un tétanos peu intense, et la médication a été trop complexe, pour que l'on en puisse tirer des conclusions favorables à l'action de l'ammoniaque; mais, dans les trois autres, surtout dans la seconde observation, l'emploi de l'ammoniaque lié, il est vrai, aux émissions sanguines, a produit le plus favorable effet.

La potion ammoniacale était ainsi formulée :

Eau.	600 grammes.
Ammoniaque. . . .	15 —
Sucre.	5 —

A prendre toutes les demi-heures par cuillerées; cette potion était renouvelée chaque jour.

DE LA CONTAGION OU NON-CONTAGION DU CHOLÉRA.

Depuis la semaine dernière, nous avons reçu de nombreuses communications au sujet de la contagion ou de la non-contagion du choléra.

Nous ne saurions les reproduire toutes *in extenso*, par des motifs que pourront apprécier ceux qui nous ont écrit.

Tout ce qui serait simples formules de politesse à notre égard, ou de polémique irritante envers d'autres ne saurait être publié; mais les faits, les observations, tout ce qui peut intéresser le lecteur en l'éclairant trouvera place dans nos colonnes.

Voici d'abord un extrait d'une lettre de M le docteur Rous-

seau, chirurgien en chef de l'hôpital et médecin de la maison d'arrêt d'Épernay :

« Je vous adresse un nouveau fait qui ne prouve pas plus que ceux qui ont déjà été publiés, mais qui ajoute à leur autorité en augmentant leur nombre.

« Il existe tout près d'Épernay, mais de l'autre côté de la Marne, un petit hameau appelé la Villa. Dans ce hameau, quatre petites maisons sont éloignées des autres de 2 ou 300 mètres. Dans l'une de ces maisons habitait une femme dont le fils est revenu de Paris le 12 août présent mois, avec une simple cholérine. Il a été pris de vomissements et de crampes peu de temps après son arrivée. Un vomitif et des boissons stimulantes ont bientôt amélioré son état sans le guérir entièrement. Ce jeune homme s'appelle Prat.

« Le 14, un voisin a été pris du choléra; il est encore malade. Il s'appelle Noirtin.

« Le 18, la mère du premier malade est prise à son tour et meurt le 20.

« Le 20, une sœur de Noirtin, qui habite Épernay, mais qui était allée soigner son frère à la Villa, tombe malade et meurt le 22.

« Le 20 au soir, un voisin de Noirtin tombe malade; il est maintenant dans l'état typhoïde, après avoir éprouvé les accidents primitifs à un assez haut degré. Il se nomme Rabé.

« Le 23, le fils de Rabé est pris de cholérine. Il va bien.

« Le 24, la femme Noirtin et son enfant tombent malades tous deux assez gravement.

« Le 25, la mère de Rabé est prise à son tour. La famille Rabé se fait transporter dans le village de Fontaine. J'apprends que Rabé et sa mère y sont morts.

« Il n'existait aucune apparence de choléra-morbus à Épernay ni dans les environs avant l'arrivée du jeune Prat; mais nous avions, comme cela a lieu tous les ans dans cette saison, de nombreux embarras gastriques.

« Il vous paraîtra sans doute étonnant que la femme Prat, qui n'est tombée malade que le 18, soit morte rapidement, tandis que Noirtin, qui est tombé malade le 14, a résisté. J'ai cherché à me rendre compte de ce fait, et j'ai cru trouver quelque chose d'analogue dans les résultats qu'aurait l'ivresse chez deux individus, dont l'un aurait cédé, après avoir bu seulement quelques centilitres d'alcool, tandis que l'autre ne serait tombé qu'après en avoir bu un litre. Ce dernier mourrait, tandis que l'autre se rétablirait facilement.

« Dans la brochure que je vous adresse, vous trouverez plusieurs faits d'invasion du choléra entièrement semblables à ce dernier fait d'invasion à la Villa. Ce sont ces faits qui, dès 1832, ont détruit mes préventions contre la contagion, et m'ont forcé à l'admettre telle que vous êtes disposé à l'admettre, et telle que l'admet M. Seux. Je vais même un peu plus loin que M. Seux, car j'admets que la cause du choléra est non-seulement transportée, mais encore reproduite par les cholériques, sans quoi elle s'affaiblirait et disparaîtrait bientôt en se divisant. Je crois qu'il en est de même de toutes les maladies contagieuses, que, dans cette même brochure, je définis ainsi :

« J'appelle maladie contagieuse toute maladie dans laquelle « le malade reproduit une substance, soit liquide, soit solide, « soit gazeuse, capable de déterminer chez un autre sujet une « affection de même nature. Que cette substance ait ensuite « besoin, pour produire son effet, de toucher une surface mu- « queuse (pulmonaire, gastrique ou autre), ou qu'il lui suffise « d'être mise en contact avec la peau dénudée ou non, ce sont « des différences importantes sans doute, mais qui ne sont « cependant qu'accessoires. »

« J'ajoute ensuite : « Il est évident pour moi que les cholé- « riques reproduisent la cause du choléra, que cette cause est « susceptible de se dissoudre ou de se suspendre dans l'air, de « s'étendre à d'assez grandes distances, et d'agir sur les indivi- « dus prédisposés en pénétrant dans leurs vaisseaux par l'ab- « sorption pulmonaire. Est-elle susceptible de pénétrer par « d'autres voies? Je l'ignore; mais la voie la plus sûre est cer- « tainement le poumon. »

« Vous verrez que, dans ma brochure, je signale comme vous l'immunité dont ont joui quelques personnes courageuses qui ont donné aux cholériques des soins assidus. Je suis convaincu que le choléra est beaucoup moins contagieux que la petite-vérole, et que l'on peut, presque sans danger, soigner des cholériques, pourvu que ce soit dans des locaux bien aérés, que l'on se conforme pour soi-même aux préceptes de l'hygiène et que l'on ne néglige ni la propreté ni l'usage des désinfectants. »

De son côté, M. le docteur Abeille, ancien médecin de l'hôpital du Roule, nous fait connaître les résultats de sa pratique dans une longue lettre imagée : « J'ai assisté, dit-il, à l'épidémie du choléra à Bone (Afrique) en 1834. J'étais au Val-de-Grâce en 1849, pendant l'épidémie. J'étais à l'hôpital du Roule en 1854-1855, pendant l'épidémie; j'ai vu celle de 1865. J'assiste à l'évolution de 1866. Total, cinq fois présent. »

Avec toute l'autorité qui résulte de cette expérience imposante, notre confrère rapproche le choléra du typhus au point de vue de sa transmission. Mais il ne veut pas qu'on se serve des expressions : *contagieux*, ou *infecto-contagieux* pour l'un ou pour l'autre. Il préfère le mot *infectieux*, auquel nous faisions allusion samedi dernier lorsque nous avons écrit cette phrase: « Dans tous ces cas, le mot *contagieux*, paraissant peut- « être plus clair, a prévalu sur les autres termes qu'on a voulu « mettre à sa place. C'est incontestablement celui de tous dont « on se sert le plus souvent. »

En effet, il ne faudrait pas supposer que les auteurs qui appliquent au typhus le mot *infecto-contagieux* le croient transmissible par le contact. Toute cette terminologie est encore assez mal fixée; et les érudits qui voudraient rapprocher le mot *contagion* de son origine, en trouvant le sens de contact pour le mot latin *contagio*, trouveraient aussi celui d'influence. « *Contagio lunæ*, » a dit Cicéron, pour exprimer l'action de la lune sur la terre.

Ceci dit, nous allons laisser la parole à M. le docteur Abeille.

« Enfin, le choléra n'est-il contagieux qu'à la façon du typhus d'armée, des grandes agglomérations d'hommes, ce qui n'en ferait pas une maladie contagieuse, mais bien une maladie infectieuse, ce qui est bien différent? Je le crois et me plais à reconnaître que c'est la seule chose qu'une observation rigoureuse puisse bien établir.

« En 1834, à Bonne (Afrique), nous venions de traverser ces affreuses épidémies de fièvres pernicieuses bien plus terribles que le choléra. Le choléra avait sévi à Marseille, puis à Alger, où il régnait depuis un mois; à Bonne, pas un seul cas. Un soir arrive un navire d'Alger. Ce navire est mis en quarantaine au fort génois, à deux heures de Bonne. Personne du navire, ni gens, ni chose, ne débarque. Ce soir même, il y avait bal chez M. L...; la dame de la maison est prise de choléra vers les minuit, pour succomber le matin, et le mari est atteint à son tour dans la journée.

« Le même jour le pharmacien en chef de l'hôpital, homme soigneux, pusillanime même, est pris à son tour, et succombe rapidement; l'épidémie éclatait sur tous les points en même temps. Le navire n'avait pas bougé du fort génois; personne n'était descendu à terre. Est-ce le navire qui avait apporté le choléra? des miasmes avaient-ils pu s'échapper de son flanc et venir s'abattre, à travers deux lieues de distance, sur la ville de Bonne? Pour moi, il n'y avait là qu'une simple coïncidence; le vent du choléra avait dû souffler d'un autre point, d'autant que l'équipage du navire, si j'ai bonne mémoire, continua à bien se porter. Quoi qu'il en soit, on ne pourra mettre sur le compte du navire le fait de contagion, c'est là une chose bien claire, bien nette, pour une ville comme celle de Bonne, isolée de tous les côtés, par terre et par mer.

« Une fois l'épidémie déclarée (ici commencent nos preuves), le chef du service médical demande deux chirurgiens sous-aides de bonne volonté, pour se dévouer au service des cholériques. Il s'agissait de s'installer dans la mosquée réservée aux cholériques, et d'y rester nuit et jour pour exécuter les prescriptions. J'avais alors vingt-quatre ans et de l'entrain; je m'offris. Avec moi s'offrit un jeune ami bien délicat en apparence, M. Bruneau, que je n'ai plus revu depuis. Une dame, dont le dévouement fit époque, et que je ne nomme pas, parce que son nom se rattache à une illustration d'Afrique, s'enferma avec nous en qualité de sœur hospitalière, et ses soins et son dévouement touchaient à l'héroïsme. Pendant trente mortels jours, au milieu de vingt, trente, et même quarante cholériques, nous avons séjourné tous trois dans cette mosquée, mangeant, buvant au milieu des malades que nous soignions, nuit et jour, nous couchant alternativement et de temps en temps sur des lits déblayés de leurs cadavres. Un mois au milieu des miasmes, des odeurs, nous roulant sur les lits, nous enveloppant dans des couvertures qui avaient servi aux malades, nous étions bien et dûment au milieu de la contagion. Ce n'est pas tout : tandis que l'un avalait des déjections de cholériques, l'autre s'inoculait de leur sang; forfanterie peut-être, mais forfanterie qui, à cette époque, pouvait avoir quelque mérite, et cela n'a pas été fait seulement par nous, mais encore par d'autres camarades qui venaient à l'envi renouveler ces folles expériences.

« Eh bien, ni mon ami Bruneau, jeune homme faible et délicat, ni moi, robuste, vigoureux, ni la dame au sublime dévouement, n'avons subi la moindre atteinte du choléra après une si longue station, un contact aussi prolongé, des expérimentations aussi hardies. Les chefs de service, MM. Hutin et Worms, passaient aussi leurs journées presque entières dans cette mosquée; eux aussi n'ont pas éprouvé d'atteinte; beaucoup d'autres collègues qui, quoique non attachés spécialement au service, venaient à leurs heures de liberté prodiguer leurs soins à ces pauvres malades, n'ont pas plus été affectés que nous.

« Un seul chirurgien, si j'ai bonne mémoire, attaché à l'un des régiments de la garnison, succomba et voici comment : Il vint un jour visiter les soldats de son régiment ; en sortant de la salle, il fut tellement frappé, qu'il me dit qu'il aurait le choléra; le soir même, on le ramena, pour être soigné. Il avait en effet le choléra et expira dans la nuit, après nous avoir décrit toutes ses sensations et ses souffrances. Si l'on veut accuser la contagion au sujet de ce malheureux confrère, il faudra beaucoup de complaisance.

« Voilà des preuves telles que les demandent les contagionistes. Je pense qu'on pourrait leur en fournir par centaines, si chacun voulait, avec le dévouement et l'abnégation qui caractérisent notre nation, fournir son contingent; mais pas n'est besoin de mille, un homme suffit; et d'ailleurs, il s'en est produit d'autres semblables, et de cette preuve je conclus que le choléra n'est pas contagieux : 1° par inoculation; 2° par injection de déjections des cholériques; 3° par contact direct, et qu'on ne nous objecte pas qu'on peut citer des faits analogues pour la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. Pendant douze ans, j'ai eu dans mes salles, un service de varioleux. Si je n'ai pas contracté la variole, c'est que, par bénéfice vaccinal, j'ai conservé une immunité pour cette maladie virulente.

« La rougeole et la scarlatine sont des maladies presque exclusives de l'enfance; l'enfant qui n'a pas eu la rougeole ou la scarlatine, en est atteint, presque à coup sûr, s'il est en contact avec d'autres enfants qui l'ont. Si nous, adultes, nous ne contractons pas ces affections éruptives en les soignant, c'est que nous avons acquis une immunité par une première atteinte; et quant à ceux qui contractent la scarlatine ou la rougeole, c'est qu'ils ne l'avaient jamais eue dans leur enfance. Les syphilisés seuls sont réfractaires à l'inoculation syphilitique ; on donnera la gale à qui on voudra; on fera contracter certaines teignes par qui on voudra. Je défie qu'on donne le choléra; les expériences sur les souris sont purement ridicules.

« J'abrége et j'arrive à trois faits tout récents bien favorables aux contagionistes, d'après leur manière de voir; mais il faut que le public médical juge.

« 1° Le 25 juillet dernier, je suis appelé à onze heures du soir, au n° 14 bis de la rue Cardinet prolongée. Là, un père de famille est mort du choléra l'avant-veille. La femme, âgée d'une quarantaine d'années, a été atteinte à son tour, la veille au matin. Quand je la vois, elle est dans la plus profonde algidité, aphone, sans pouls, avec barre épigastrique asphyxiante. Elle est couverte de sueur visqueuse et froide, la langue est glacée; elle a encore des crampes douloureuses aux extrémités, des bruissements aux oreilles. Elle a des selles riziformes et quelques vomissements de temps en temps; elle n'a pas uriné de la veille, et la soif est atroce. Le lendemain matin à onze heures, elle n'était plus. A-t-elle contracté le choléra de son mari? rien ne me le prouve; car, avec elle, il y avait un garçon de dix-neuf ans, une fille de seize ans, une belle-sœur de vingt-deux ans, des voisins, des voisines en nombre qui ont tous prodigué leurs soins dévoués et empressés, et tout cela dans une chambre peu spacieuse. Il y avait là une pépinière. Pas un, mais pas un, de tout cet entourage n'a été atteint.

« Je ne vois là aucune contagion, mais une similitude d'influence subie presque en même temps, et un manque de résistance égal aux influences léthifères de la part des deux époux.

« 2° Le 5 août courant, 6, rue d'Argenson, une marchande de vin, après deux jours de diarrhée, est atteinte de choléra à six heures du matin. Je la vois à midi, dans un état désespéré, analogue au cas précédent ; une garde, trois femmes de ses parentes, lui prodiguent les soins les plus assidus dans une chambre qui n'est qu'un réduit obscur. Le mari sert au comptoir. Deux jeunes enfants de trois et cinq ans sont couchés dans la même chambre ; on est obligé de les évacuer. Cette malade expire à minuit.

« Le 9, le mari est pris à son tour, après un jour de diarrhée. Quand je le vois, à dix heures du matin, il est cuivré, la voix est cassée ; il a des crampes, des déjections alvines fréquentes, des vomissements de même nature presque continuels, mais la langue conserve de la chaleur, le pouls est encore sensible, sans pouvoir être compté. Il a une barre oppressive épigastrique; il n'a pas uriné depuis minuit. C... était complétement guéri le 15, et pouvait reprendre son comptoir. De toutes les personnes qui ont soigné la femme, aucune n'a été atteinte; les deux enfants n'ont rien éprouvé. Le mari seul, qui n'a pas pu soigner sa femme et ne l'a que très-peu approchée, a été frappé à son tour. Qui voudrait voir encore là une contagion.

« 3° Cité Odiot, pavillon 6. Un colonel en retraite était depuis bien longtemps malade ; il avait diverses affections, dont le couronnement était une albuminurie avec tout son cortége. Nous l'avions plusieurs fois vu avec M. Bouillaud. Le 6 août courant, à cinq heures du matin, ce malade qui avait une diarrhée rebelle depuis quinze jours, est foudroyé par le choléra qui le tue en huit heures. Sa bonne, qui le soignait depuis si longtemps, qui avait veillé nombre de nuits, est prise de diarrhée, le jour même de la mort de son maître. Mais les tracas, les embarras, les soins de sépulture, lui font négliger cette indisposition. Bref, le 9, elle est atteinte de choléra algide. Je la vois à onze heures du matin, teinte plombée, yeux excavés et injectés, crampes, vomissements et selles riziformes, aphonie, anurie, sueurs profuses et tièdes, angoisse, agitation extrême, par suite d'une barre oppressive énorme ; soif ardente; la malade rejette tout ce qu'elle prend. Mais la langue conserve encore de la chaleur ; le pouls est encore perceptible, sans pouvoir être compté. Cette malade est restée six jours sans uriner, et par le premier cathétérisme, je n'ai retiré qu'une centaine de grammes d'urine. Bref, elle est aujourd'hui convalescente et se lève.

« Deux nièces du défunt l'ont assisté quinze jours avant sa mort, en lui prodiguant leurs soins jusqu'au dernier soupir. Elles n'ont rien éprouvé. La bonne a-t-elle contracté le choléra de son maître? Voilà des cas que les contagionistes rangeraient certainement sous leur bannière ; mais ils ne prouvent absolument qu'une chose, l'effet des mêmes influences subies sous le même toit, dans le même genre de vie. Ces faits, avec leurs détails, prouvent que de plusieurs personnes soumises aux mêmes influences, aux mêmes émanations léthifères, si l'on veut, les unes résistent, réagissent contre les influences et ne sont point malades, et que d'autres, placées dans des dispositions physiques ou morales différentes, résistent moins, réagissent moins et sont frappées.

« C'est, au reste, l'histoire de toutes les épidémies de choléra. Tout le monde, ou à peu près, ressent l'influence délétère; tout le monde éprouve des troubles qui vont depuis la faiblesse, l'affaissement, les tremblements nerveux, les borborygmes, les étourdissements, jusqu'à l'anorexie, au dégoût, aux nausées et

à la diarrhée. Il ne faut point avoir assisté à une épidémie pour ne pas s'être aperçu de ce fait général. Maintenant celles de ces personnes qui sont débilitées par une maladie antérieure, par des écarts de régime, par des excès, et, en un mot, celles qui offrent moins de résistance à l'action léthifère, sont frappées plus ou moins rudement et offrent les caractères complets du choléra.

« Ajoutons à ces dispositions la peur, la frayeur du fléau qui, chez certains sujets, paralysent l'action des ressorts organiques, et on aura un tableau à peu près exact des dispositions propres à faire contracter la maladie.

« Dois-je le dire ? Dans les diverses épidémies que j'ai traversées, à Toulon notamment et à Bonne, quand j'ai vu, par hasard, un des nôtres ou des infirmiers atteints par le fléau, ce n'était pas précisément parmi ceux qui affrontaient hardiment les malades ou qui étaient fréquemment en contact avec eux, mais bien plutôt parmi ceux qui avaient un service dans d'autres salles, qui étaient pusillanimes.

« Si donc le choléra n'est pas contagieux, comme j'en suis pleinement convaincu, qu'on le proclame bien haut, après rigoureux examen des faits, et qu'on apaise les craintes qui, dans les populations, jettent un affreux désarroi. A Toulon, j'ai vu des maris abandonner leurs femmes, des mères fuir leurs enfants ; c'était réellement affreux en 1849. Si le choléra n'est qu'infectieux, comme le typhus, les mesures de précaution seront encore excellentes ? N'a-t-on pas établi des quarantaines à l'époque du typhus de l'armée de Crimée, et à toutes les époques où il a régné ? »

Notre honorable correspondant est donc, au fond, contagioniste, à peu près autant que nous-même, quel que soit le terme employé.

A ce sujet, nous ne pouvons résister au désir de citer trois lignes d'un discours que l'*Union médicale* a reproduit seulement dans son numéro d'avant-hier, mais qui avait été prononcé le 17 mai à la Société médico-chirurgicale par M. le docteur Martineau, secrétaire général de cette société.

« Si nous acceptons donc ce qui me paraît devoir être accepté : que toute maladie qui se transmettra soit par le contact immédiat, par l'inoculation, soit par l'air, par un milieu ambiant, sera une maladie contagieuse, nous serons bien près de nous entendre sur la contagion du choléra. »

C'est, en effet, seulement dans ce sens, que nous sommes contagionistes. Nous n'admettons pas la contagion par inoculation ou par contact direct; et nous sommes heureux de voir M. le docteur Abeille grossir encore le chiffre des expériences authentiques qui, faites dans ce sens, ont produit des résultats complétement négatifs. Dr Victor REVILLOUT.

— Le *Medical Times et journal* signale les faits suivants de contagion. Un homme qui habitait dans un quartier épargné jusqu'alors, mais qui travaillait ordinairement dans un des districts où l'épidémie sévissait, fut pris de diarrhée, le 2 août. Huit jours après il avait le choléra, sa femme le contractait à son tour, et comme ils allaient déjà mieux, dans la journée du 15, la même maladie emportait trois de leurs enfants ainsi qu'un manœuvre qui demeurait porte à porte. On avait eu soin cependant de désinfecter à mesure avec du chlorure de chaux les selles et les matières vomies, ce qui rend ces observations particulièrement instructives.

DES ACCIDENTS A FORME RHUMATISMALE

De la blennorrhagie,

Par M. le Dr TIXIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Tixier résume, de la manière suivante, le travail (1) qu'il a présenté à la Faculté comme thèse inaugurale :

« 1° La blennorrhagie est loin d'être toujours identique à elle-même : elle paraît varier suivant le sexe et suivant la constitution des sujets; cela d'après une prédisposition spéciale inhérente à leur individualité, mais qui nous échappe complétement;

« 2° Si le plus souvent elle reste locale, elle peut aussi quelquefois engendrer un état constitutionnel spécial et faire qu'il existe une véritable diathèse blennorrhagique;

« 3° La diathèse acquise peut offrir des manifestations variées ;

« 4° Avec l'écoulement uréthral coexistent soit des arthropathies, soit des ophthalmies, soit d'autres manifestations; elles ont toutes la même origine, et sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. C'est leur ensemble que nous avons désigné sous la dénomination de pseudo-rhumatisme ;

« 5° Il importe de ne pas confondre ces affections pseudo-rhumatismales avec les affections du rhumatisme légitime ;

« 6° Cette diathèse acquise blennorrhagique commence avec l'écoulement uréthral et finit avec lui.

KYSTE PILEUX DE LA CONJONCTIVE OCULAIRE,

Par M. le Dr RIZET, médecin militaire à Arras.

Le nommé N..., sapeur au 1er régiment du génie, âgé de vingt-trois ans, a vu se développer, vers sa seizième année, sur son œil gauche, à 3 millimètres en dehors de l'union de la sclérotique à la cornée, une petite tumeur qui ne lui causa d'abord qu'un peu de gêne, et à laquelle il ne fit aucune attention.

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1866. Adrien Delahaye.

De la grosseur d'une tête d'épingle au début, elle avait acquis, au bout de cinq mois, celle d'un pois, et en vint bientôt à incommoder notre homme; les larmes coulaient en abondance sur la joue et s'accompagnaient, en outre, de fréquentes conjonctivites.

Vers sa dix-septième année, ce jeune homme s'aperçut de la venue d'un poil au centre de la tumeur; ce poil acquit bientôt une assez forte grosseur et une longueur suffisante pour toucher le milieu de la joue, quand les paupières venaient à se fermer. Depuis lors, cette production anormale mit en moyenne de sep à huit mois pour accomplir son entier développement; après cette époque, elle tombe d'elle-même pour se reproduire de nouveau.

Voici bientôt deux ans que l'œil n'est presque plus sensible, les larmes cessent de couler comme cela avait surtout lieu au début de la formation du kyste. Aujourd'hui la tumeur a le volume d'un gros pois, une teinte jaune, et, à cheval sur la cornée transparente et la sclérotique, ne gêne en rien la vision.

Le malade ne veut pas être débarrassé de cette petite infirmité, ce qui, selon nous, pourrait se faire sans danger, le kyste étant sous-conjonctival, complétement isolé de la sclérotique et de la cornée; l'énucléation de la tumeur, après incision préalable de la conjonctive, serait le plus simple moyen et ne pourrait entraîner aucun accident.

Un fait digne de remarque dans cette observation, c'est la facilité avec laquelle, même en l'absence d'une loupe, on aperçoit la lame superficielle de la conjonctive, se réfléchissant sur la cornée, dans l'angle formé par le kyste, la sclérotique et cette même cornée.

Dans cet angle, on découvre un voile assez épais soulevé par la tumeur, et laissant sous lui un petit vide, à la jonction du corps étranger à la cornée; là même on voit cette membrane muqueuse assez manifestement hypertrophiée.

Cette altération, assez rare, n'est pas sans précédent dans la science; ainsi, dans un cas analogue, relaté par Wardrop, le kyste, occupant à peu près la même position, renfermait 12 poils tombant sur la joue; ces poils avaient paru à seize ans, époque de la puberté du sujet de l'observation, et coïncidaient avec la venue de la barbe.

MM. de Graefe et Mackenzie ont enlevé chacun une tumeur semblable; enfin, M. Nélaton parle d'un kyste sous-conjonctival renfermant des poils pelotonnés; mais aucun de ces auteurs n'a cherché à expliquer cette aberration de production dans l'organe de la vision.

(*Arch. ophthalmologiques*, 1866.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juillet 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris;

L'extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux.

M. LE PRÉSIDENT demande à la Société de suspendre ses travaux pendant un mois. Les réparations à effectuer dans son local demanderont un mois au moins. Cette raison obligera sans doute la compagnie à prendre des vacances, bien que cela soit en dehors de ses habitudes et du règlement.

La proposition de M. le président ayant été adoptée par la Société, les séances seront suspendues pendant un mois, à compter du 25 juillet.

DISCUSSION.

Etiologie des luxations congénitales de la hanche.

M. BOUVIER. Je désire compléter ma pensée sur un point. J'ai dit, dans l'avant-dernière séance, que je n'avais pas vu la paralysie fessière dans la luxation congénitale ordinaire du fémur, que j'avais trouvé, dans ce cas, les fesses bien développées. Mais je n'ai pas voulu dire qu'elles le fussent autant que chez les sujets bien conformés. La totalité du membre luxé est toujours moins développée qu'un membre sain, et la fesse participe plus ou moins à cet arrêt de développement. Cette sorte d'atrophie relative est peu marquée dans les premières années de la vie; elle devient plus sensible avec l'âge. Si M. Verneuil voulait arguer de ce fait en faveur de la théorie étiologique qu'il a proposée, la discussion serait portée sur un autre terrain; elle devrait rouler sur la différence qui existe entre l'atrophie simple et l'atrophie paralytique.

Luxations congénitales du fémur.

M. VERNEUIL. Malgré mon désir de ne point fatiguer l'attention de la Société, je demande à résumer brièvement mes opinions, qui, exposées en deux séances et peut-être sans méthode et sans clarté, ne me paraissent pas avoir été parfaitement comprises.

Le hasard me fait observer trois faits dans lesquels je constate une coïncidence entre la claudication, l'atrophie des muscles fessiers et une grande mobilité de la tête du fémur, mobilité qui permet à cette éminence de quitter plus ou moins complétement le cotyle dans la flexion forcée avec adduction et rotation en dedans, et d'y rentrer spontanément par le seul fait du redressement du membre.

Les sujets ont cinq ans, huit ans, onze ans.

Chez l'un d'eux, l'affection paraît remonter à la première enfance, peut-être à la naissance; chez un autre, elle est récente et survenue sans cause appréciable; chez le troisième, elle a paru vers l'âge de trois ou quatre ans, à la suite d'une maladie convulsive et paralytique.

Dans aucun cas, il n'y a luxation dans le véritable sens du mot, c'est-à-dire déplacement permanent. Mais ce déplacement est temporairement possible chez la petite fille et chez le jeune garçon hollandais. La luxation est formellement admise par feu M. Martin.

Deux rapprochements me viennent à l'esprit. Je compare d'abord ces faits avec les luxations congénitales du fémur, puis ces dernières avec les déplacements consécutifs à la paralysie atrophique ou essentielle de l'enfance. J'étudie à nouveau l'étiologie des luxations congénitales du fémur, telle qu'elle est exposée dans les livres classiques, je trouve de nombreuses hypothèses, plus ou moins justifiées, mais qui ne me paraissent pas capables d'expliquer tous les faits. Je constate qu'on englobe sous le même titre des lésions de nature très-différente, que pour un certain nombre de cas la congénitalité est évidente, mais que pour d'autres elle n'est point admissible, et je proteste, dès lors, contre un abus de langage qui applique l'épithète de congénitales à des luxations manifestement survenues à une époque plus ou moins éloignée de la naissance. Je reconnais du reste, qu'à l'autopsie de fœtus mort-nés, on a trouvé des déplacements, dus soit à une malformation osseuse, soit à une maladie articulaire. (Je suis d'autant moins porté à nier ces faits, que j'ai fourni moi-même l'un des plus concluants.) Mais, ni l'anomalie originelle, ni la coxalgie intra-utérine, ne me paraissent capables d'expliquer certaines luxations survenues dans l'enfance, chez des sujets normalement conformés à la naissance. Alors je cherche ailleurs l'interprétation de ces derniers cas, qui, si rares qu'on les suppose, ne peuvent être contestés; et je crois le trouver dans la paralysie de l'enfance, affection dont la connaissance exacte ne remonte qu'à un petit nombre d'années, qui se localise souvent à un groupe musculaire isolé et qui d'ailleurs, en d'autres régions, amène également des déviations, déplacements, sub-luxations, luxations, que très-souvent autrefois on regardait comme congénitaux, et d'autant plus aisément qu'ils surviennent de très-bonne heure et n'entraînent que de minimes désordres anatomiques dans les jointures affectées.

Alors j'édifie modestement une théorie que je viens vous soumettre, sans chercher, bien entendu, à vous l'imposer, et que j'étaye de quelques preuves que je donne pour ce qu'elles valent. Je cite deux faits, dans lesquels le déplacement s'est effectué certainement après la naissance, lentement, insidieusement à partir de l'âge de quinze mois, comme chez la petite fille qui me fut envoyée par M. Bazin, et à la suite de convulsions, à l'âge de trois ans, comme chez la malade actuellement encore couchée dans mon service.

Quant aux trois premiers cas, je ne les ai jamais donnés comme des exemples de luxations; mais je me suis demandé s'ils ne constituaient pas une prédisposition au déplacement, s'ils ne répondaient pas précisément aux phases préparatoires encore inconnues qui précèdent l'issue de la tête et son séjour définitif et permanent dans la fosse iliaque.

Je n'ai point été guidé dans ces recherches par le seul désir de critiquer la classification et de rectifier un point de la nosographie. J'ai entrevu une application de ces idées à la thérapeutique. Le traitement des luxations dites congénitales est malheureusement très-limité et le plus souvent impuissant. Ceci s'explique pour les cas où le déplacement s'effectue pendant la vie intra-utérine; mais il en serait autrement, si parfois l'affection naissait et progressait dans la première enfance, on pourrait alors combattre les causes de la dislocation articulaire ou du moins les pallier en temps opportun. C'est pourquoi il importe tant de rechercher l'époque précise où se montrent les premiers symptômes de la luxation.

Enfin si la congénitalité est évidente pour quelques cas, elle est douteuse pour d'autres et inadmissible pour d'autres encore, et pourtant on continue, d'après les symptômes, à donner à tous les cas la même dénomination ; c'est pourquoi j'ai proposé une réforme dans le langage : j'ai demandé que le premier qualificatif fût tiré de la nature du mal, qu'on dise, par exemple, luxation traumatique, coxalgique, paralytique, et que l'on y ajoute l'épithète de congénitale comme indiquant accessoirement l'époque d'apparition quand il serait bien démontré qu'elle a précédé la naissance.

Voici, messieurs, mon opinion tout entière, résumée aussi brièvement que possible.

Mes honorables collègues, MM. Bouvier et Broca, ont bien voulu s'en occuper et en faire la critique. J'ai répondu à M. Bouvier ; c'est contre M. Broca que je vais me défendre aujourd'hui. L'argumentation assez vive de mon honorable ami peut, si je ne me trompe, se résumer de la manière suivante :

L'existence des luxations congénitales du fémur est parfaitement établie et prouvée par des autopsies assez nombreuses, l'étiologie en est bien connue, et les théories actuellement en vigueur sont très-suffisantes. Il était donc inutile de créer un néologisme qui jette la confusion là où existait la clarté. En supposant que j'aie découvert des faits nouveaux, ce qui d'ailleurs n'est point démontré, ils n'auraient aucun rapport avec les luxations congénitales, et leur explication par la paralysie essentielle de l'enfance reposerait également sur une assimilation tout à fait erronée; j'aurais donc édifié sur une hypothèse sans base, et introduit une théorie nouvelle dont le besoin ne se faisait nullement sentir. J'en conclus que si M. Broca avait raison, j'aurais eu tort de faire ma communication. Ne me croyant pas si coupable, je vais m'efforcer de répondre à mon honorable ami qui, ce me semble, n'a pas exactement saisi ma pensée, ni tenu compte suffisant des arguments complémentaires que j'ai fournis en répondant à M. Bouvier.

M. Broca trouve d'abord que j'ai trop multiplié les espèces de luxations congénitales qui, d'après lui, peuvent se réduire à deux ; les malformations articulaires et les déplacements symptomatiques d'une coxalgie intra-utérine. Il rejette les luxations traumatiques, dues à des manœuvres obstétricales, et les déplacements consécutifs à la rétraction musculaire. Mais il y a ici un malentendu ; comme M. Broca, je ne regarde comme bien démontrées que les deux premières espèces, encore m'en coûte-t-il de ranger parmi les luxations les cas où la tête du fémur manque en totalité, et primitivement je rejette nettement les luxations qui seraient imputables à l'accoucheur, parce que fussent-elles mieux prouvées, elles ne mériteraient point l'épithète de congénitales. Quant à celles qui résulteraient de la rétraction musculaire, j'ai introduit des réserves que je maintiens encore. Je fais allusion aux cas invoqués par M. J. Guérin, à l'appui de la théorie générale des déplacements articulaires congénitaux.

M. Broca nie résolûment cette théorie. Je suis moins absolu ou du moins je pense que ni la coxalgie intra-utérine, ni les malformations articulaires n'expliquent d'une manière satisfaisante les luxations coxo-fémorales observées par M. Guérin sur trois fœtus monstrueux.

Quoi qu'il en soit, n'y eût-il que deux espèces, je ne me croirais autorisé à nier l'unité des luxations congénitales. Pour soutenir cette unité, M. Broca avance une hérésie nosographique ; pour lui *l'espèce morbide c'est le déplacement*, lequel, à la vérité, reconnaît plusieurs causes. Je pense tout à fait autrement. Le déplacement n'est qu'un symptôme et la terminaison fortuite de plusieurs états pathologiques essentiellement distincts. La véritable espèce morbide est constituée

par un ensemble de caractères anatomiques, étiologiques, symptomatologiques. L'arthrite coxo-fémorale est une espèce morbide ; la malformation des surfaces articulaires en est une autre, ainsi que la paralysie musculaire avec ses causes et les lésions qui l'accompagnent ou la suivent y compris la luxation.

Je ne veux pas transporter le débat sur le terrain de la pathologie générale, mais je maintiens qu'un déplacement observé à la naissance peut être l'effet, le symptôme de plusieurs espèces morbides dont il constituera le seul caractère commun, et conséquemment que l'unité n'existe pas plus pour les luxations congénitales que pour celles qu'on observe chez l'adulte.

M. Broca a surtout pris la parole pour défendre les théories étiologiques que j'attaquais, ou pour mieux dire que je trouvais insuffisantes ou hypothétiques d'après lui. Les causes des luxations congénitales sont bien connues ; cette assertion m'étonne infiniment. M. Broca sait tout aussi bien que moi que pour la seule luxation de la hanche il existe au moins six théories dont la plupart manquent de preuves, et dont les meilleures sont encore obscures en plus d'un point, que si nombreuses qu'elles soient ces théories ne sauraient s'appliquer aux déplacements qui atteignent les autres articulations, par exemple l'épaule, le coude, etc. Que la paralysie musculaire qui intervient si évidemment dans la production du pied-bot n'a pas encore été invoquée pour la hanche, c'est pourquoi, contrairement à mon collègue, j'affirme que tout ce chapitre est à revoir, et qu'il faut entre autres nécessités faire intervenir pour toutes les articulations, la paralysie musculaire et chercher à préciser la part qui lui revient dans la production des déplacements. Pour un bon nombre de ces luxations dites congénitales, ce n'est pas seulement l'étiologie qui est obscure, la congénitalité elle-même est douteuse. Je me rencontre ici avec des chirurgiens éminents, Gerdy et Malgaigne entre autres ; j'ai cité, d'après les auteurs et d'après mes propres observations, un certain nombre de cas où l'affection s'était évidemment développée après la naissance chez des sujets très-bien conformés en venant au monde, et qui même avaient marché naturellement pendant un certain temps ; ces faits sont fort embarrassants pour mes honorables contradicteurs ; aussi comment les réfutent-ils ? M. Bouvier dit que la luxation existait, mais qu'elle a été méconnue par tout le monde. C'est une fin de non-recevoir ; M. Broca ne les accepte pas davantage, il pense que, d'abord incomplètes, elles passent inaperçues et ne deviennent évidentes que par suite des premiers essais de la marche. Il a même considéré, et je ne sais sur quoi il se fonde, la malade citée par M. Maissiat comme affectée d'arthrite sèche. Si j'ai émis une hypothèse, il me semble que mes contradicteurs en émettent à leur tour et d'assez singulières. Pour ma part, j'ai vu des luxations intra-utérines ; j'ai lu les observations recueillies par Paletta et M. Tarnier, et j'en ai conclu que, même chez le fœtus à terme, la dislocation de la hanche s'annonçait par des signes très-évidents qui n'auraient guère pu passer inaperçus pendant une année et plus, surtout à l'œil de parents inquiets ou de praticiens exercés.

M. Broca fait encore une hypothèse quand il dit que les luxations congénitales observées dans l'enfance ne sont pas autre chose que des déplacements intra-utérins qui n'ont pas entraîné la mort ; on exige de moi que je fournisse une observation complète, commençant à la paralysie essentielle et finissant à la luxation confirmée. J'ai le droit d'être aussi exigeant et de demander un fait dans lequel la luxation observée à la naissance aura été suivie pendant l'enfance à la jeunesse et jusqu'à la confirmation nécropsique inclusivement.

Enfin, M. Broca a contesté le rapprochement que j'avais tenté entre la paralysie essentielle et certains déplacements dits congénitaux. La paralysie, dit-il, n'affecte aucune prédominance pour le sexe féminin, et les luxations congénitales du fémur sont infiniment plus fréquentes chez les filles. Je n'ai rien à répondre à cet argument, mais les chiffres fournis sous ce rapport par Dupuytren me paraissent sujets à révision.

M. Broca ajoute que la paralysie essentielle est à peu près toujours précédée de prodromes fébriles et que ceux-ci n'ont jamais été notés dans les antécédents des luxations congénitales. Mais les auteurs sont très-loin d'être d'accord sur ces prodromes aigus. M. Laborde les croit, à la vérité, très-fréquents. Mais d'autres, MM. Wost, Duchenne (de Boulogne), etc., admettent au contraire que la paralysie débute souvent de la façon la plus brusque, la plus inattendue ; et d'ailleurs, ces prodromes souvent ne durent qu'un jour. Or, quel est l'enfant qui n'a pas présenté un ou deux jours de fièvre dans les premières années de la vie ? Est-il donc surprenant que l'on n'en ait pas gardé le souvenir lorsque, ce qui est le cas le plus commun, on consulte pour la claudication vers la cinquième ou sixième année, et quelquefois plus tard ?

La marche de la paralysie et la disparition de la faiblesse musculaire se fait de haut en bas : donc ajoute M. Broca, comment concevoir que le groupe des muscles fessiers reste affecté, quand au contraire ils devraient reprendre les premiers leur fonction ! A quoi je répondrai que cette marche est loin d'être constante, et que si, à la vérité, les pieds-bots paralytiques sont communs au membre inférieur, c'est justement le groupe scapulo-deltoïdien qui, au membre supérieur, reste le siége d'élection de la paralysie persistante.

Je ne veux pas prolonger indéfiniment cette polémique, mais seulement prouver à mes collègues que j'ai sérieusement réfléchi avant de leur soumettre des opinions qui démontrent au moins la nécessité de nouvelles recherches sur un sujet beaucoup moins connu qu'on ne pouvait le croire.

M. BOUVIER. M. Verneuil vient de me faire dire qu'une luxation qui survient à quinze mois est congénitale. Je n'ai rien pu dire de semblable. Mes réflexions ne s'appliquent qu'au cas particulier de M. Verneuil, et je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit. L'observation de Pravaz n'est d'ailleurs pas plus concluante. M. Verneuil vient de nous la citer, j'avais eu soin de la relire avant de prendre la parole. Pravaz a soin de faire remarquer que l'enfant avait toujours boité d'une manière insensible avant le moment où elle fut soumise à son observation. Quoique la luxation ait été observée à sept ans, je serais disposé à la regarder comme congénitale. Mais personne n'a jamais appelé congénitales des luxations survenant après la naissance, quand la filiation des symptômes ne permet pas de les rattacher à la vie intra-utérine.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas attribué à M. Bouvier l'opinion qu'il vient d'exprimer à propos de mon observation. Ce qui nous sépare, à propos de ce fait, c'est que je me crois fondé à penser que la luxation s'est produite après la naissance, tandis que M. Bouvier conserve l'opinion contraire.

M. BROCA. Je m'étonnerais d'être sorti de mes habitudes pour M. Verneuil. Je partage souvent ses opinions et suis toujours prêt à témoigner toute ma sympathie pour sa personne. Mais, dans le débat actuel, je suis encore prêt à combattre sa théorie.

Je ne reproduirai pas mes arguments. Je remarquerai seulement que si M. Verneuil n'avait avancé que ce qu'il soutient aujourd'hui, je ne l'aurais pas argumenté. Mais il ne s'est pas borné à nous dire qu'il existait une variété de luxation qui se produit de bonne heure, que l'on peut confondre avec la luxation de naissance, et qui est due à une atrophie musculaire survenue à la suite d'une attaque de paralysie de l'enfance. Ces faits n'ont pas encore été observés, mais je suis prêt à en admettre la possibilité.

Il avait voulu bien davantage. Dans son opinion première, cette étiologie nouvelle devait prendre la place des causes anciennement reconnues. Et cependant l'anatomie pathologique leur prêtait son appui, et M. Verneuil lui-même lui avait apporté le concours de ses habiles dissections.

M. Verneuil qui vient de nous dire que j'ai pris la défense de la théorie de Parise, sait bien que ce chirurgien avait supposé l'hydarthrose, qui n'a été démontrée que par les deux cas qui nous appartiennent.

J'ai dit d'ailleurs que dans la majorité des cas il fallait reconnaître qu'il existait une malformation congénitale. Je défends donc l'opinion soutenue par Paletta, Dupuytren, Gerdy.

Je sais bien que lorsque l'on diagnostique une luxation congénitale chez un enfant qui se met à boiter lorsqu'il commence à marcher, on se rend un peu coupable d'hypothèse. Mais n'a-t-on pas en sa faveur l'observation et les dissections ? N'est-il pas facile de comprendre que le poids du corps, ou simplement le poids des membres inférieurs puisse rendre sensible une malformation dans une articulation qui exige avant tout, pour son fonctionnement, un si parfait rapport dans la conformation des surfaces osseuses qui la constituent ? Et que le déplacement soit dû à une malformation, à une hydarthrose ou à une coxalgie, n'est-ce pas la luxation qui est le fait important et qui constitue l'espèce morbide ?

Je ne dirai plus qu'un mot à propos de la paralysie essentielle de l'enfance. Je sais que les phénomènes fébriles du début peuvent passer inaperçus. J'ai dit dans quelles proportions, d'après M. Laborde. M. Verneuil trouve cette évaluation exagérée. Mais en admettant même que les phénomènes fébriles ne soient pas observés, qu'il ne faille pas en tenir compte, reste toujours la paralysie étendue qui n'échappe à personne. J'ai dit et je répète que jamais semblable commémoratif n'avait été inscrit dans les observations de luxations congénitales de la hanche.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

Dans le numéro précédent de la *Gazette des hôpitaux*, à l'article *Jurisprudence médicale*, p. 398, ligne 10, au lieu de : « il y aurait alors à faire remonter le privilége, » il faut lire : « il y aurait abus à faire remonter le privilége. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Dace, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique, par le docteur Obédénare, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8, de 80 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Les franchises de l'historien (de la diffamation envers la mémoire des morts). Étude philosophique et judiciaire, par M. Paillart, docteur en droit, premier président honoraire de la cour impériale de Nancy, membre de l'Académie de Stanislas. Un vol. in-12. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Auguste Durand.

De l'uréthrotomie externe, par le docteur Carbonnel, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique, par le docteur A.-A. Liébeault. Un vol. in-8. Prix : 6 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Aperçu critique de la valeur de certains moyens médicamenteux réputés spécifiques de la phthisie pulmonaire, par le docteur Caussade. In-4. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le choléra à l'hôpital Lariboisière en 1865, dans ses rapports avec les autres maladies, par le docteur Stoufflet. In-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Essai sur les eaux minérales phosphatées-ferrugineuses, par le docteur Sandras. In-8°. Prix : 75 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 Un an. 30 POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Hémorrhoïdes internes procidentes et modérément étranglées. — De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles. — Bibliographie.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1866.

Séance de l'Académie des Sciences.

Toutes les questions qui touchent à la thérapeutique ont, à nos yeux, une importance assez grande pour qu'elles ne soient jamais négligées.

Un de nos honorables confrères de l'Yonne, M. le docteur Beullard, appelle aujourd'hui l'attention de l'Académie sur les effets qu'il a obtenus du *Dipsacus Sylvestris* dans le traitement de la gangrène des plaies contuses et par armes à feu. Cette plante, si commune en France, jouerait, selon notre confrère, le même rôle que le quinquina, le camphre, et autres antiseptiques. Bien plus, elle distancerait ces agents. Sans aller aussi loin que M. le docteur Beullard, dont les succès excitent peut-être trop la reconnaissance envers le Dipsacus Sylvestris, bornons-nous à signaler à l'expérimentation un mode de pansement qui, par sa simplicité, pourrait rendre des services importants et dans nos hôpitaux et surtout dans la médecine d'armée ou de campagne.

M. Beullard se sert des feuilles vertes hachées et pilées du Dipsacus Sylvestris (cardère, chardon à foulon) ; mais, comme chacun le sait, la tige de la cardère n'est à l'état vert que pendant la fin du printemps et le commencement de l'été, aussi est-il bon d'en préparer un extrait aqueux qui réussit aussi bien que les feuilles vertes. On l'applique soit pur, étendu sur des compresses fenêtrés, soit ramené à l'état liquide avec un peu d'eau ; dans ce dernier cas on imprègne la charpie avec cette solution.

Ceci dit sur la récolte de la plante, voici comment M. Beullard en fait l'application :

A. Lorsque la plaie date de quelques jours et qu'elle présente un aspect déchiré, irrégulier, anfractueux, noir, et exhalant l'odeur gangréneuse, notre confrère, à l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes, enlève le plus possible de tissus mortifiés, tout en évitant d'arriver jusqu'au vif. Au chirurgien de juger si des débridements sont nécessaires. Il lotionne la plaie avec de l'eau chlorurée au dixième, puis il remplit la plaie avec les feuilles vertes hachées très-fin, de manière que tous les points soient bien en contact avec le médicament. Une compresse et quelques tours de bande maintiennent le tout. Un pansement par vingt-quatre heures, ou plus, suivant le climat.

Sous l'influence de cette application, en vingt-quatre ou quarante-huit heures (quelquefois plus, mais il ne faut pas se rebuter), le succès ayant toujours suivi le traitement, la plaie gangréneuse se trouve ramenée à l'état de plaie simple, la couleur noire disparaît, une suppuration de bonne nature s'établit, et les bourgeons charnus commencent à pousser.

B. Si la partie n'a été que contusionnée, sans que la peau ait été entamée par le projectile ou le corps contondant, au bout d'un temps plus ou moins long, la gangrène survient, envahit la peau et quelquefois les parties sous-jacentes à une assez grande profondeur, alors M. Beullard dissèque les tissus et agit comme dans le premier cas.

Notre confrère cite seulement deux observations, mais il accuse une pratique de quelques années. Il y a là peut-être une expérimentation utile à instituer ; nous appelons sur elle l'attention de nos confrères. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN.

Hémorrhoïdes internes procidentes et modérément étranglées.

Dans le travail qu'il a publié récemment sur les hémorrhoïdes (1), M. Gosselin a réuni dans une description précise et didactique, les aspects divers sous lesquels les hémorrhoïdes internes se présentent à l'observation des praticiens. C'est sur l'étude clinique des accidents particuliers à celles qui restent habituellement dans le rectum, et à celles qui traversent l'orifice anal pendant la défécation pour arriver au dehors, que s'appuye la distinction importante et conforme à la réalité des faits entre les hémorrhoïdes internes non procidentes et les hémorrhoïdes internes procidentes. M. Gosselin divise ces dernières en quatre catégories répondant exactement à la nature des symptômes et aux indications du traitement.

La première variété comprend les hémorrhoïdes procidentes et saignantes, facilement réductibles.

La deuxième, celles qui, quoique réductibles, sont douloureuses au moment de leur sortie et pendant un certain temps après leur réduction.

La troisième, celles dont le prolapsus douloureux est lentement réductible, sans qu'il y ait pour cela étranglement ni gangrène.

La quatrième variété enfin embrasse les hémorrhoïdes internes étranglées dans la constriction violente du sphincter et irréductibles. Le prolapsus de ces dernières ne disparaît qu'après plusieurs jours de violentes souffrances, et après une gangrène plus ou moins étendue.

Les trois premières formes sont réductibles et ne diffèrent entre elles que par la douleur qui les accompagne et la difficulté plus ou moins grande de leur réduction. La dernière forme emprunte son caractère à la violence de la striction du sphincter qui les retient au dehors. Mais l'irréductibilité n'appartient pas seulement à une constriction considérable. Le professeur Gosselin vient de rencontrer, à la Pitié, deux cas intéressants dont il n'avait pas observé d'exemple à l'époque où parurent ses leçons, et auxquels on doit assigner une place à part à côté des quatre variétés qu'il a signalées. Il s'agit d'hémorrhoïdes internes formant un prolapsus qui ne se réduit pas spontanément, que la main du malade et celle du chirurgien ne réduisent pas davantage, et qui devient à l'extérieur le siége d'un travail inflammatoire et gangreneux, sans les douleurs vives dont le tableau complet a été tracé dans la description des hémorrhoïdes étranglées. Les malades éprouvent bien encore quelques souffrances pendant la marche, la station assise est pénible, et la défécation douloureuse, mais ces souffrances sont modérées, et ne s'accompagnent ni d'insomnie, ni d'inappétence, ni de fièvre ; on n'observe pas non plus les phénomènes de ténesme vésical (1) qui s'ajoutent si souvent à ceux de la crise hémorrhoïdale, dans les cas d'étranglement serré, phénomènes qui constituent un des symptômes fonctionnels les plus inquiétants pour le malade.

Les hémorrhoïdes sorties sont peu tuméfiées, une ou plusieurs d'entre elles prennent la coloration noire qui indique la terminaison par gangrène, sinon de toute l'épaisseur de la tumeur, au moins de ses parties superficielles. Peu à peu l'élimination s'opère, le gonflement des portions qui ont échappé à la mortification diminue et, au bout de dix à quinze jours, peut-être plus, les hémorrhoïdes sont rentrées.

Il faut remarquer ici que la durée de l'élimination semble établir entre le groupe nouveau d'hémorrhoïdes irréductibles avec étranglement modéré, et le groupe de celles qui sont irréductibles par une striction violente, une différence digne d'attention. En effet, tandis que la crise éliminatoire de celles-ci dure environ huit ou dix jours, ainsi que le professeur Gosselin l'a constaté (2) dans ses leçons récemment publiées, elle peut dépasser quinze jours dans les cas où la constriction n'est pas violente.

C'est sur cette nouvelle variété, caractérisée par un étranglement moins serré et par des symptômes moins aigus, que l'attention de M. Gosselin a été attirée depuis la publication de son travail. Il semble légitime d'en faire l'objet d'une catégorie nouvelle.

Quant au traitement, lorsqu'il existe une procidence avec étranglement modéré, quelle doit être la conduite du chirurgien ? Doit-il abandonner les choses à elles-mêmes et attendre que l'élimination s'opère ou bien augmenter la mortification et la perte de substance par la cautérisation de celles des tumeurs hémorrhoïdales que la gangrène n'a pas atteintes ?

C'est à ce dernier parti que s'est arrêté le professeur Gosselin. Il a pensé qu'en étendant les limites de la perte de substance, il hâtait la réduction des tumeurs étranglées et multipliait aussi les chances d'une guérison radicale. Il a pratiqué les cautérisations soit avec l'acide azotique monohydraté, soit

(1) *Leçons sur les hémorrhoïdes*, Paris, 1866, Adrien Delahaye.

(1) *Loc. cit.*, page 106.

(2) *Ibid.*, page 114.

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN (1).

En l'absence d'écoles officielles, ces conférences des chefs de sectes, leurs entretiens, leurs livres tant d'exposition que de controverse, les bibliothèques ouvertes à tous, les cours particuliers des maîtres que les élèves rétribuaient, tout cela constituait d'importantes ressources pour les étudiants qui voulaient s'instruire. Sur certains points même ces ressources étaient beaucoup plus étendues qu'on ne le supposerait d'abord. Par exemple la botanique, professée dans de nombreux amphithéâtres, était en outre le sujet d'ouvrages où l'on s'était efforcé de décrire fidèlement chaque plante, et de la reproduire par le dessin, peut-être même par la peinture : ouvrages qui, dans l'enseignement, avaient pris une si large place qu'ils avaient fait presque généralement abandonner par les élèves la pratique des herborisations, ce dont Galien se plaint amèrement. Bien d'autres branches de la science avaient pris un essor semblable. Mais il n'existait pas de salle de clinique où l'on pût acquérir la connaissance des maladies, et comparer l'un avec l'autre dans leur application pratique les divers systèmes en discussion.

L'introduction des hôpitaux proprement dits se fit tardivement dans l'empire. Avant le triomphe du christianisme on ne trouve pas une seule loi, pas une inscription qui s'y rapporte, et lorsqu'ils se multiplièrent postérieurement à cette époque, l'esprit de charité y domina tellement le sens médical, que ces établissements, où des moines appliquaient tout leur dévouement et leurs pieuses recettes, ne pouvaient remplir en aucune manière, pour l'éducation du médecin, le but que remplissent nos hôpitaux actuels avec leurs services quotidiens et leur apprentissage au lit du malade.

Il y avait bien, sous les premiers Césars, et dès la république, des infirmeries où les maîtres faisaient déposer et soigner leurs esclaves dans l'occasion. Toute villa bien tenue devait en avoir une, et Columelle en traçant les règles de l'économie domestique, n'oublia pas d'entrer à ce sujet dans des détails presque minutieux. Il voulait que le local choisi pour cet usage fût toujours propre, balayé, aéré, orné, lors même qu'il ne s'y trouvait aucun esclave, afin qu'il fût tout prêt pour en recevoir en cas d'accident.

Malheureusement ces précautions étaient recommandées non par un sentiment réel de bienveillance envers l'esclave ; mais comme indiquées par l'intérêt bien entendu d'un maître soigneux qui ne devait pas laisser détériorer sa chose. Les esclaves avaient leur valeur comme les chevaux et les mules ; et il fallait avoir des médecins pour eux, puisque les chevaux et les mules avaient leurs médecins en grand nombre, assez bien vus pour que l'un d'eux se prétendant petit-fils de Marius, sans abandonner sa profession, fût choisi comme patron et protecteur par des villes, des colonies et des vétérans ; s'il faut en croire Valère Maxime, il paraît même que sa popularité fit ombrage à Jules César alors maître du monde et qu'il fut par lui chassé d'Italie.

Il y eut donc des infirmeries, surtout dans ces propriétés où des milliers d'esclaves se trouvaient réunis, et l'on mit à leur tête des médecins, le plus souvent esclaves eux-mêmes ou affranchis ; mais ce n'était pas là qu'on pouvait apprécier les meilleurs modes de guérison.

On y voulait une méthode rapide et facile, comme Celse l'indique sans se préoccuper des souffrances qu'elle ferait subir au patient ; on voulait aussi qu'elle fût peu coûteuse, car si les frais du traitement eussent dépassé le prix du malade, le maître se fût trouvé lésé.

Aussi, lorsque l'affection était grave et menaçait de se prolonger longtemps ou de laisser le sujet infirme, on préférait généralement suivre les conseils de Caton et abandonner cet esclave dans un lieu public, ou pieusement dans l'île d'Esculape, à l'assistance de ce Dieu. S'il guérissait contre toute espérance, on se hâtait de le revendiquer, car n'ayant pas eu l'intention d'abandonner ses droits sur lui, on en restait propriétaire ; du moins avant le jour où Claude déclara libres par le fait les esclaves ainsi délaissés, en même temps qu'il ordonna de poursuivre comme homicides les maîtres qui feraient tuer les leurs dans le même cas, pour s'en débarrasser plus vite.

Les infirmeries militaires constituaient un autre genre d'infirmeries qui ne pouvaient pas non plus servir à l'instruction des étudiants. Elles étaient confiées à des médecins spéciaux attachés soit au camp, soit aux légions, soit aux cohortes « *Medicus castrensis, legionis, cohortis.* » Ces médecins n'entraient pas dans le cadre des officiers proprement dits ; ils n'étaient pas considérés comme militaires devant la loi, et bien que sur les inscriptions votives, où ils recommandaient aux dieux la santé des soldats qui leur étaient confiés, ils donnassent à ceux-ci le nom de compagnons d'armes « *commilitones,* » bien qu'ils reçussent un salaire public pour les soigner gratuitement, comme nous l'apprend Vopisque, ils ne jouissaient pas néanmoins de priviléges plus étendus que les fonctionnaires civils ou les artisans qui suivaient aussi les armées. Comme eux, ils pouvaient faire en face de l'ennemi un testament qui fût valable, sans remplir les formes légales ; et durant leur service, absents pour la chose publique, protégés à ce titre par les magistrats, dans leurs biens, leurs droits et

(1) Voir nos numéros des 21, 26, 28 juin, 12 juillet et 28 août 1866.

avec le nitrate acide de mercure. Ce mode de traitement, dans les cas actuels, possède l'autorité de deux succès presque simultanés.

Voici d'ailleurs le résumé succinct des deux observations que possède M. Gosselin, l'intérêt qu'elles présentent ne dépend pas seulement du point de vue qui vient d'être indiqué, il se rattache encore à cette circonstance que l'étranglement modéré du prolapsus s'est produit chez des sujets qui n'en constataient pas la présence habituellement, c'est-à-dire à chaque garde-robe. La procidence ne s'était manifestée chez eux que de loin en loin, d'une façon passagère et en quelque sorte rémittente.

La première observation a été recueillie avec le plus grand soin par M. Pouillot, externe du service.

Charles L..., employé au chemin de fer d'Orléans, entre à l'hôpital le 6 juillet 1866, et est couché au n° 30 de la salle Saint-Louis.

C'est un homme de trente-deux ans, de force ordinaire, qui assure avoir été très-robuste. Il a été successivement tuilier et soldat avant d'entrer au service de la compagnie. Il se rappelle avoir toujours été sujet à la constipation. Habitant un pays vignoble, il a l'habitude de boire beaucoup de vin.

Pas de maladies antérieures. Sa mère et son père, qui vivent encore, se sont toujours bien portés. Ce dernier aurait eu dans sa jeunesse des hémorrhoïdes qui ont spontanément disparu. De 1854 à 1859, il appartint à un régiment de cavalerie ; il montait à cheval chaque jour et restait en selle environ deux heures. Ce n'est que deux mois environ après sa sortie du régiment qu'il constata, pour la première fois, un petit suintement de sang en allant à la garde robe. L'écoulement augmenta et ne tarda pas à s'accompagner d'une douleur aiguë pendant la défécation.

Cet état de choses se continua pendant trois ans, sans qu'aucune procidence apparût, ou que la santé générale semblât altérée. En 1862, le malade fut éveillé, pendant une nuit qui succédait à des libations copieuses, par une douleur violente à l'anus. Il y constata la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. En deux ou trois jours, la tumeur diminua et disparut avec la souffrance, sans qu'un médecin eût été consulté ou que le malade eût fait une tentative de réduction.

Malgré la disparition spontanée du prolapsus, les écoulements de sang augmentèrent de fréquence et d'étendue depuis cette époque, particulièrement après les excès de boisson.

Le 15 octobre 1865, c'est-à-dire trois ans après le premier accident, le prolapsus reparut à la suite d'un abus de libations et persista pendant une semaine avec une vive douleur. Il se réduisit alors encore une fois spontanément ; les pertes de sang continuèrent sans anémier notablement le malade.

Le 3 juillet 1866, huit mois et demi après le second accident, nouvelle procidence à la suite des mêmes excès. Deux jours de douleur incessante déterminent le malade à venir trouver M. Gosselin, qui constate l'état suivant : un bourrelet d'hémorrhoïdes externes fortement tuméfiées, circonscrit plusieurs bosselures d'un aspect rouge vineux formé par les hémorrhoïdes internes, en prolapsus depuis trois jours. Pas d'écoulement de sang, suintement d'un liquide séro-sanguinolent à la surface des parties enflammées. La douleur est vive ; elle n'oblige pas néanmoins le malade à prendre certaines positions, comme dans les cas de procidence avec étranglement serré (1).

Le 7, c'est-à-dire quatre jours après l'apparition du prolapsus, M. Gosselin touche, avec l'acide azotique monohydraté, celles des hémorrhoïdes internes qui n'offrent pas d'escharre à leur surface, sans toucher au bourrelet externe.

Le 8, le malade se plaint d'avoir vivement souffert.

Le 9, nouvelle cautérisation avec l'acide azotique monohydraté. La douleur ne dure, cette fois-ci, que deux ou trois heures.

Le 13, la troisième cautérisation se fait avec l'azotate acide de mercure : le prolapsus et l'étranglement modéré sont encore manifestes.

La douleur, avec ce caustique, est longue et intense.

Le 18, le prolapsus commence à diminuer.

Le 20, la diminution est notable, les escharres sont éliminées ; on ne trouve au-dessous qu'une saillie rosée, qui est presque complétement rentrée le 22 juillet.

Le 23, le malade guéri est envoyé à Vincennes.

(1) Gosselin. *Loc. cit.*, page 112.

Dans l'observation qu'on vient de lire, l'apparition rémittente des trois procidences est accompagnée d'un écoulement de sang qui ne cesse pas durant les intervalles. L'observation qui suit, présente l'exemple d'une absence complète d'hémorrhagie dans l'espace de temps qui sépare les apparitions successives des prolapsus hémorrhoïdaux.

Jean G..., homme de peine, âgé de cinquante ans, célibataire, entre à l'hôpital de la Pitié le 16 juillet 1866, et est couché au lit n° 23, de la salle Saint-Louis. Il se plaint d'une douleur constrictive à l'anus, accompagnée d'un sentiment de pesanteur insupportable, qui augmente encore après une marche forcée ou un excès de travail.

En 1856, le malade sentit, en allant à la selle, deux tumeurs du volume d'une noisette qui sortaient de l'anus, en donnant un écoulement sanguin fort léger. Un bain froid fit rentrer ces tumeurs, qui n'apparurent pas une seule fois dans l'espace de huit ans. Aucune perte de sang, même légère, ne s'observa alors.

En juillet 1864, après un excès de vin, Jean G... fut surpris au milieu de son travail, par une douleur constrictive intense. Deux tumeurs grosses comme une noisette apparurent et rentrèrent spontanément dans la soirée.

Le 14 juillet 1866, à la suite d'un effort, pour charger une voiture de chiffons, le malade ressentit une douleur gravative et reconnut, à travers son pantalon, une tumeur sortie de l'anus ; écoulement de sang assez abondant en allant à la selle, contractions du sphincter extrêmement douloureuses. Le paquet hémorrhoïdal ne cède pas aux tentatives de réduction du malade.

Le 15, marche et station verticale impossibles. Une douleur lancinante et gravative maintient le malade éveillé dans son lit.

Le 16, il entre à l'hôpital, et M. Gosselin constate l'état suivant :

Un bourrelet large, trilobé et rénitent d'hémorrhoïdes externes, entoure un prolapsus bleu brunâtre d'hémorrhoïdes internes avec un étranglement léger, et un écoulement muco-sanguin de mauvaise odeur. Un écoulement de sang modéré a eu lieu le matin à la garde-robe.

La réduction est impossible et la tentative extrêmement douloureuse.

Le 17, cautérisation, avec l'azotate acide de mercure, des portions du prolapsus qui ne sont pas envahies par la gangrène.

Le 19, l'escharre s'élimine partiellement, sans écoulement de sang.

Le 20, la tumeur a perdu les deux tiers de son volume, la douleur est assez peu vive pour que le malade puisse rester assis sur un fauteuil.

Le 23, il ne reste plus du prolapsus que deux ou trois bourgeons charnus peu saillants que M. Gosselin touche avec l'azotate d'argent.

Le 24, les derniers vestiges du prolapsus sont rentrés, les efforts de défécation ne font rien sortir.

Le 25, le malade sort complétement guéri.

Une seule cautérisation avec l'azotate acide de mercure a donc suffi, dans ce dernier cas, pour mortifier le prolapsus hémorrhoïdal et obtenir la guérison.

Georges Félizet.

DE LA GASTROTOMIE,

Dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines,

Par M. le Dr Caternault.

Après avoir assisté d'abord comme spectateur, puis comme aide aux opérations de gastrotomie pratiquées par M. Kœberlé, M. le docteur Caternault a réuni, dans un très-intéressant mémoire (1), les relations des huit premières ablations de matrice exécutées par notre savant confrère de Strasbourg.

Nous reproduisons les conclusions qui résument ce travail :

« 1° Les tumeurs fibreuses de la matrice constituent une affection très-fréquente ;

« 2° Elles peuvent être régulièrement divisées, au point de vue du manuel opératoire en *tumeurs fibreuses intra-utérines*, et *tumeurs fibreuses péri-utérines* ;

« 3° Ces dernières sont passibles (et aussi les intra-utérines), d'un grand nombre de transformations, rarement salutaires, quelquefois compromettantes pour la vie de la malade, et presque toujours embarrassantes pour le diagnostic ;

« 4° L'histoire symptomatologique de ces tumeurs, encore à peine ébauchée, mérite toute l'attention des observateurs, principalement à l'endroit des signes qui pourraient les faire différencier du cancer, de la grossesse, et surtout des tumeurs ovariques ;

« 5° La plupart du temps elles n'entravent pas l'existence ; mais dans des circonstances données, elles peuvent rendre la vie insupportable, et même conduire les malades au tombeau ;

6° Elles sont surtout dangereuses dans l'état de grossesse ;

« 7° L'extirpation des tumeurs fibreuses péri-utérines, par la gastrotomie, dans des circonstances données, est une opération possible, et qui mérite de prendre rang parmi les grandes opérations de la chirurgie.

« 8° Indications principales de l'opération :

« *a*) On peut opérer les tumeurs fibreuses péri-utérines, gênantes par leur volume, par leur siége, par les accidents qu'elles occasionnent ; et on doit opérer celles qui menacent d'abréger promptement la durée de l'existence par leurs progrès rapides, ou leur volume acquis ;

« *b*) Les jeunes femmes surtout doivent être soumises à l'opération, parce que, chez elles, l'affection n'a pas de tendance à s'arrêter dans sa marche ;

« *c*) L'opération doit être pratiquée autant que possible avant que la santé soit trop compromise, avant que la tumeur ait acquis un volume trop considérable.

« 9° Contre-indication à l'opération :

« *a*) Affection cancéreuse, et maladies pouvant par elles-mêmes compromettre l'existence ;

« *b*) Adhérences trop étendues, devant nécessiter une opération longue et laborieuse ; mais les améliorations déjà apportées dans le manuel opératoire rendent aujourd'hui cette contre-indication de plus en plus rare ;

« *c*) Épanchement ascitique avec tendance à une reproduction rapide et continue ;

« *d*) État de détérioration avancée de l'économie : l'état de la malade doit promettre qu'elle supportera l'opération et une hémorrhagie peu grave ;

« *e*) Age avancé de la malade ; car souvent après la ménopause ces tumeurs restent stationnaires ou même rétrogradent.

« 10° Les procédés opératoires ne sont pas encore assez étudiés pour permettre d'établir des règles fixes sur le *modus faciendi* ; néanmoins nous croyons déjà pouvoir dire :

« *a*) Les tumeurs pédiculées étroitement, ne seront excisées qu'après la ligature préalable du pédicule. L'opération bien conduite présente à peu près la même gravité que l'ovariotomie ;

« *b*) Si le pédicule est court et large, si la matrice elle-même renferme des noyaux fibreux, on doit pratiquer l'amputation sus-vaginale, ou l'extirpation complète de cet organe, suivant l'espèce. Cette opération est bien plus grave que l'ovariotomie ;

« *c*) Si la tumeur a un volume trop considérable, et si elle n'est pas très-vasculaire, on peut la réduire de volume, soit en énucléant les parties énucléables (s'il y en a), soit en divisant la tumeur ; mais toujours après ligature préalable du col utérin ;

« 11° De toutes les complications, la plus redoutable c'est l'hémorrhagie, puisque pour 100 opérations, elle a donné une proportion de 48,84 cas funestes. Les serre-nœuds, perfectionnés par M. Kœberlé, prémunissent contre cet accident terrible ; car, depuis plusieurs années que l'inventeur les met en usage, ses opérées n'ont plus présenté cette épouvantable complication, deux cas exceptés : dans l'un, l'aide avait omis de serrer la vis du serre-nœud qui lui avait été confié (obs. IV) ; dans l'autre, trompé par l'inégale longueur des deux serre-nœuds, l'opérateur avait sectionné trop près du fil constricteur, qui glissa (obs. V) ;

« 12° La péritonite, la phlébite surtout, sont des complications

(1) In-8. Paris, 1866. J.-B. Baillière et fils.

leur honneur, ils n'avaient point à supporter les diverses charges civiles. Mais ils n'étaient pas, comme les soldats, mis au-dessus des lois qui réglaient les dispositions testamentaires et les successions légitimes ; ils restaient soumis au droit commun. Il existait pour la marine une organisation médicale analogue.

Dans les campements, l'infirmerie occupait, suivant Hyginus, une place déterminée, à 70 pieds au moins des ateliers de forgerons, charrons, charpentiers, etc. On lui donnait pour administrateur un officier particulier « *optio valetudinarii*. » Le service sanitaire était placé sous la direction et la surveillance en premier lieu du préfet des camps et plus tard au temps de Végèce des commandants, *principiales*, tribuns et comtes. Il leur était prescrit de veiller par eux-mêmes à ce que les soldats malades ou blessés fussent soignés avec diligence. Et cependant, malgré cette sollicitude, les experts en art militaire posaient en principe qu'il fallait compter beaucoup plus pour entretenir la santé des troupes sur les exercices quotidiens que sur les secours apportés par la médecine.

Puisque nous sommes sur le chapitre des établissements plus ou moins semblables à nos hospices, nous devons mentionner les temples d'Esculape, où les malades trouvaient des chambres pour y passer la nuit, en attendant que le dieu leur inspirât en rêve le traitement qui devait guérir leurs souffrances. Les prêtres expliquaient les songes lorsqu'ils ne paraissaient pas clairs par eux-mêmes, et nous avons vu, hélas ! qu'en dehors des temples, des hommes qui se disaient médecins, jouaient le même rôle que ces prêtres, faisant rêver leurs malades ou rêvant pour eux.

A Épidaure, il existait, en outre, près du temple du même dieu, un portique que le géographe Pausanias a écrit. Comme la loi locale ne permettait pas de naître ou de mourir dans la vaste enceinte des lieux sacrés, et qu'il s'y trouvait des habitants, on avait construit ce portique pour servir d'abri aux femmes en couches et aux agonisants qu'on devait sortir des limites et qui fussent autrement restés en plein air.

C'est sur ce texte mal compris que des antiquaires se sont fondés pour regarder comme des infirmeries certains bâtiments découverts à Pouzzoles et à Pompéi, et où l'on remarque quelques étroites cellules au fond d'une assez vaste salle d'un usage indéterminé. Supposition plus qu'improbable, car le portique d'Épidaure avait une raison d'être qui ne devait pas se rencontrer à Pouzzoles et à Pompéi ; et d'ailleurs ni Publius Victor ni Sextus Rufus, qui cependant pour chaque quartier de Rome ne négligèrent pas d'indiquer jusqu'au nombre des boulangeries, des bains publics et particuliers, des lupanars, etc. ; ni, je le répète, les inscriptions qui sont au contraire pleines de détails sur les institutions alimentaires et les fondations destinées à l'entretien d'enfants ingénus ; ni Pausanias même, que l'on cite, dans sa précieuse description des monuments qu'il avait visités, n'ont fait nulle autre part mention d'établissements hospitaliers ou de rien qui s'en approchât. Ce qui n'était pas rare sous le nom d'hospices, surtout en Grèce, c'étaient les maisons destinées à recevoir les étrangers accueillis comme hôtes publics, ou même les premiers venus.

Quant aux fondations de charité, elles prenaient de préférence la forme de banquets annuels, ou de distributions au peuple soit d'argent ou de vivres, soit de confitures ou autres douceurs, et de remèdes, comme l'ordonna par son testament un ancien marchand d'aromates (*aromatarius*) dont l'épitaphe nous est parvenue.

Cependant nous devons dire que certaines corporations possédaient des asiles pour leurs infirmes, vieillards pauvres, aveugles sans familles, invalides sans ressources. Ces membres, devenus inutiles, y trouvaient aux frais de leurs confrères le logement et la nourriture. Nécessaire et minime compensation des charges que leur avait naguère imposées une solidarité ruineuse, où les fortunes particulières s'étaient englouties dans les obligations communes. Quelques villes mêmes, telles que celle de Sardes, qui y consacra, sous le nom de *Gérusia*, le palais de briques que le roi Crésus s'était construit, eurent des asiles pour les vieillards jouissant chez elles des droits de citoyens. On n'ignore pas que beaucoup de cités d'origine grecque étaient organisées comme des corporations, souvent à peu près communistes.

Il paraît aussi, d'après un passage de Spartien, dans sa *Vie d'Adrien*, d'après une scène de Plaute et divers autres textes, que des médecins recevaient chez eux, pour les soigner comme dans des maisons de santé, certains malades et surtout des fous ; quoique, d'après les rescrits impériaux, le régime normal pour ceux-ci fût d'être gardés par leurs proches sous la surveillance des magistrats, ou mis en prison, s'ils devenaient tellement furieux qu'on ne parvînt plus à les contenir.

Mais, dans tout cela, il n'y avait rien qui répondît à nos cliniques ; aussi les traités isagogiques n'en parlent-ils pas.

La clinique ne pouvait se faire que chez les particuliers malades, lorsqu'un maître menait de demeure en demeure toute la foule de ses disciples.

A Rome, où la vie presque entière s'était jadis passée sur le forum, l'habitude n'était pas de clore sa maison comme un lieu d'étude et de retraite. Les clients avec leurs hommages, les parasites avec leurs nouvelles, enfin les amis, les connaissances, entrant les uns après les autres, rendaient rare la solitude.

Au milieu de ce bruit et de ce mouvement, on ne s'étonnait pas de voir un médecin envahir la chambre avec une cohorte d'étrangers.

Ces étrangers pouvaient être des élèves, qui venaient palper l'un après l'autre le sujet soumis à leur examen. Martial s'en plaint dans une épigramme.

que l'on peut considérer comme rares relativement aux observations fournies par les autres grandes opérations; puisque la première ne se retrouve que dans une proportion de 12,20, et la seconde seulement de 3,12 pour 100 opérations;

« 13° L'exposition à l'air du péritoine et des viscères abdominaux; l'introduction et le séjour inoffensifs de l'air dans l'abdomen; l'emploi heureux du cautère actuel, du perchlorure de fer, comme agents hémostatiques directs des hémorrhagies péritonéales; le sang et les autres liquides épanchés, les serre-nœuds en fer, les tubes de verre, les tuyaux en caoutchouc, etc., impunément laissés au contact du péritoine, prouvent que la séreuse péritonéale est moins susceptible et moins prompte à s'enflammer que ne le professait l'ancienne chirurgie;

« 14° Ces derniers faits ne tendent-ils pas à faire admettre que les traumatismes (accidentels et chirurgicaux) du péritoine sont moins redoutables qu'on ne le croyait autrefois; et que partant certaines opérations chirurgicales (herniotomie, opération césarienne, taille sus-pubienne...) deviendront moins funestes au fur et à mesure que la gastrotomie, à l'aide de faits nouveaux, sera à même de poser des indications nouvelles, et de préciser la cause des revers, la raison d'être des succès.

15° L'usage des sutures sèches, fixées par le collodion et susceptibles d'être serrées ou relâchées à volonté, est un véritable progrès. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1er juin 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT informe la Société que MM. Blondeau et Perrin, récemment nommés membres titulaires, assistent à la séance.

Discussion sur l'antagonisme entre l'opium et la belladone.

M. AIMÉ MARTIN. Si j'ai bien compris les objections faites dans la dernière séance, par M. Voisin, au mémoire de M. Fraigniaud, et à mon rapport sur ce travail, ces objections porteraient sur les deux points suivants :

Selon M. Voisin, M. Fraigniaud aurait confondu les propriétés thérapeutiques de l'opium et de la belladone avec leurs propriétés toxiques en donnant, dans une injection hypodermique, le sulfate de morphine à la dose de cinq centigrammes, uni au sulfate d'atropine à la dose de deux milligrammes et demi. La dose de sulfate d'atropine, selon notre honorable collège, serait beaucoup trop faible; ce serait une dose thérapeutique très-légère, ne pouvant en aucune façon faire équilibre à la dose de sulfate de morphine qu'il considère comme une dose toxique.

Voyons jusqu'à quel point cette assertion est fondée. Si nous ouvrons, à la page 52, le *Traité* de M. Jousset de Bellesme, publié en 1865, qu'on n'accusera pas, par conséquent, de ne pas être au courant de la science, et qui résume de la façon la plus complète tout ce qui a trait à cette question, nous trouvons les passages suivants :

« Il m'a semblé évident, d'après le relevé d'un grand nombre d'observations d'injections sous-cutanées très-soigneusement recueillies dans les services de MM. Béhier, Gubler, Moutard-Martin et d'après celles que j'ai pratiquées moi-même, que la dose ordinaire peut varier de 1 milligramme à 5 milligrammes. Dans quelques cas, cependant, on peut la porter à 6 ou 7 milligrammes, mais alors on doit compter avec des accidents assez graves pour effrayer les personnes qui entourent le malade . . . . . On peut dire d'une façon générale qu'avec des doses de 1 et 2 milligrammes, on observe de légers phénomènes d'intoxication qui passent rapidement; à 3 ou 4 milligrammes, ces phénomènes acquièrent une certaine intensité; on ne remarque plus seulement la dilatation de la pupille et la sécheresse de la bouche, mais de la céphalalgie, des étourdissements, quelquefois des nausées. A 4, 5, 6, 7 milligrammes, l'intoxication est plus complète; aux phénomènes précédents s'ajoutent un délire plus ou moins intense, des cris, des mouvements désordonnés, des troubles de la vision, des vomissements. »

Il est donc établi, messieurs, que la dose qu'on peut appeler thérapeutique du sulfate d'atropine donné en injection sous-cutanée, varie de 1 à 4 milligrammes au maximum. Au delà de 4 milligrammes, ce sel devient franchement toxique. M. Fraigniaud a donc fait entrer, dans son injection, le sulfate d'atropine à une dose thérapeutique un peu plus que moyenne, et qui peut même donner lieu à de légers phénomènes d'intoxication.

Voyons maintenant à quelle dose le sulfate de morphine est donné habituellement en injection sous-cutanée. Il s'emploie aux mêmes doses que le chlorhydrate de morphine, et, selon M. Jousset de Bellesme (voir p. 56), il est injecté à la dose de 5, 10 ou 15 milligrammes pour débuter, et, suivant la tolérance qu'on observe chez les malades, on peut porter, sans inconvénients, la dose jusqu'à 10, 20, 30 et même 50 centigrammes. M. Scanzoni en a injecté jusqu'à 75 centigrammes, en une seule journée, pour un cas d'éclampsie puerpérale qui se termina heureusement. (*Bulletin de thérapeutique*, 1860, p. 495.)

Trouve-t-on après cela que la dose de 5 centigrammes puisse être considérée comme une dose toxique, surtout pour une personne ayant déjà, comme la malade de M. Fraigniaud, subi plusieurs injections sous-cutanées ? N'est-il pas vraisemblable, au contraire, que cette dose qui peut être, sans inconvénient, doublée, triplée et quelquefois même décuplée, était la plus propre à faire équilibre à la dose de deux centigrammes et demi d'atropine qui, nous venons de le dire, est à peu près la dose thérapeutique moyenne ? Tel fut, du moins, l'avis de l'illustre physiologiste M. Brown-Séquard, qui voyait la malade avec M. Fraigniaud.

M. Voisin nous a reproché, à M. Fraigniaud et à moi et par suite à M. Brown-Séquard, de ne pas connaître la différence qu'il y a entre l'action thérapeutique d'un médicament et son action toxique; il nous a renvoyé aux travaux de M. Claude Bernard.

J'avoue que j'avais cru, jusqu'alors que la dose thérapeutique et la dose toxique d'une substance médicamenteuse n'étaient pas séparées par cette délimitation précise dont nous a parlé M. Voisin; je croyais que le rapport relatif de ces doses pouvait varier suivant l'idiosyncrasie, l'âge, le sexe, la tolérance acquise par une ingestion souvent répétée, etc......... J'avais vu dans les nombreuses observations d'injections sous-cutanées, des doses relativement élevées être supportées quelquefois d'emblée, sans le moindre phénomène d'intoxication, tandis que sur tel autre sujet, les doses les plus faibles en produisaient souvent d'inquiétants. Malgré tout cela, et peu confiant dans ma mémoire qui ne me rappelait pas que j'eusse vu dans les livres de M. Bernard, rien de semblable à une loi aussi précise, je suivis le conseil de M. Voisin, je recourus aux leçons si remarquables de M. Claude Bernard sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses (Paris 1857), et voici ce que j'y lus (p. 38).

« L'aliment entretient la vie, le poison la détruit ou tend à la détruire, le médicament rétablit la santé ou tend à la rétablir.

« On comprend tout de suite l'insuffisance de pareilles définitions. « Il est clair que la substance qui est médicament à petite dose peut devenir un poison à haute dose, ou par le fait de son administration intempestive. Si, acceptant ces distinctions, on voulait les prendre pour point de départ d'une classification, on se trouverait immédiatement arrêté par des difficultés de toute nature. Nous n'essayerons donc pas (c'est toujours M. Claude Bernard qui parle) de créer des délimitations illusoires par une définition impossible et dont heureusement nous pouvons parfaitement nous passer. Les choses dont les définitions sont les plus difficiles, disait un mathématicien célèbre, sont celles qui en ont le moins besoin. Ainsi, quoiqu'on ne puisse pas définir le temps, tout le monde sait ce qu'on veut dire quand on en parle. Ces réflexions s'appliquent parfaitement à notre sujet, et, bien que nous n'ayons rien défini, nous nous comprendrons très-bien quand je vous parlerai de poisons et de médicaments. »

M. Claude Bernard s'est trompé, paraît-il, dans ses appréciations, s'il a cru qu'il était si facile de s'entendre sur ce sujet épineux. Les objections de M. Voisin sont la meilleure preuve de son erreur. Je prends acte néanmoins, que pas plus que M. Brown-Séquard et pas plus que nous, M. Claude Bernard n'a prétendu séparer, par une ligne de démarcation précise et invariablement la même, l'action thérapeutique de l'action toxique d'une substance.

Au reste, et c'est là un point important, l'injection hypodermique pratiquée par MM. Brown-Séquard et Fraigniaud, était une expérience nouvelle dont l'idée leur avait été inspirée par la méthode qui consistait à administrer l'opium, à l'intérieur, comme un antidote dans le cas de symptômes alarmants d'intoxication causés par les injections hypodermiques d'atropine. Pour ne citer qu'un cas de ce genre, emprunté à la pratique de M. le professeur Béhier, et rapporté par M. Jousset de Bellesme (p. 99, *Loc. cit.*), on peut voir qu'un malade atteint de sciatique double auquel on injecta, à plusieurs reprises, d'abord 7 milligrammes de sulfate d'atropine, puis 6 milligrammes puis 4 milligrammes seulement, et auquel on donnait en même temps à l'intérieur, après chaque injection, 10 centigrammes d'extrait d'opium, n'en éprouvait pas moins les phénomènes atropiques suivants, après l'injection de la dose des 4 milligrammes : sécheresse de la bouche, vue brouillée même encore le lendemain, pupilles dilatées, congestion faciale, céphalalgie assez forte, etc...

Eh quoi ! 4 milligrammes de sulfate d'atropine injectés à un malade qui a déjà subi quatre injections à un titre plus élevé, et qui devrait tolérer plus facilement ce médicament; quoi ! cette dose éminemment thérapeutique et faiblement thérapeutique même, au dire de M. Voisin, donne lieu à de légers symptômes d'intoxication, malgré 10 centigrammes d'extrait d'opium administrés comme antidote !

Oh ! que M. Claude Bernard a donc raison de se défier de ces délimitations illusoires et de ces définitions impossibles, comme il les appelle !

Enfin, pour revenir à mon sujet, M. Brown-Séquard et M. Fraigniaud se demandèrent s'il ne vaudrait pas mieux, au lieu de donner une des substances par l'estomac et l'autre par la méthode hypodermique, les donner toutes deux par cette méthode, et ils cherchèrent quelles étaient les doses à peu près correspondantes du sulfate d'atropine et du sulfate de morphine. C'est alors qu'ils se crurent autorisés par tout ce qu'ils avaient lu et vu (et l'expérience de M. Brown-Séquard est grande en pareille matière), à conclure que 5 centigr. de sulfate de morphine pouvaient être utilement contre-balancés par deux milligrammes et demi de sulfate d'atropine. Cette proportion adoptée, dans un premier cas, pour une dame ayant subi déjà plusieurs injections sous-cutanées, si elle guérit la malade, ne leur donna pas, au point de vue des symptômes inévitables d'intoxication légère, un résultat notablement plus favorable que l'administration de l'antidote à l'intérieur, ainsi que l'avait pratiquée M. le professeur Béhier. Que prouvait cela ? C'est que, ainsi que je le disais dans le rapport que j'ai eu l'honneur de vous lire, « à mon avis, tout est à faire dans cette voie; un empirisme un peu aveugle dirige encore l'association de ces deux médicaments; sait-on seulement d'une façon précise à quelle dose chacun d'eux doit être donné pour que leur action réciproque se produise sans prédominance de l'une d'elles ? C'est à l'expérimentation clinique à nous fixer les règles à suivre dans le dosage de ces substances employées simultanément; leurs effets équilibrés et non pas neutralisés, comme on l'a cru à tort, selon moi, peuvent créer des ressources thérapeutiques inespérées. »

Voilà ce que j'écrivais dans mon rapport, messieurs, j'étais loin, vous le voyez, de regarder la question comme jugée; j'étais, je crois, d'accord en cela avec M. Claude Bernard, M. Brown-Séquard, M. Béhier et qui plus est avec la raison.

M. Fraigniaud a pratiqué depuis deux injections analogues pour deux cas rebelles de névralgie intercostale; les deux malades furent guéris après avoir présenté, comme dans le premier cas, des symptômes d'intoxication légère, dont l'opium et la belladone peuvent revendiquer leur part. « Si ces deux derniers succès, écrit M. Fraigniaud dans son mémoire, et pour être plus juste, si les résultats qui, dans ces trois cas, suivirent l'injection, peuvent m'encourager à recommencer, je ne saurais cependant oublier la leçon qui me fut acquise. »

Avant de passer à la deuxième objection de M. Voisin, je dois ajouter que la plupart des doses qu'il nous a citées dans la dernière séance, n'ont, dans l'espèce, qu'une médiocre valeur et ne peuvent même être sérieusement invoquées puisqu'il s'agit dans les cas cités, d'opium et de belladone donnés par la bouche, tandis que nous nous sommes surtout occupés de la méthode hypodermique dans laquelle le médicament est absorbé dans son entier, rapidement, et sans avoir subi aucune modification, conditions favorables qu'est bien loin de présenter le tube digestif.

Arrivons au deuxième point. On nous reproche « d'avoir attaqué, sans motif sérieux, l'antagonisme entre l'opium et la belladone et surtout la méthode des injections hypodermiques. »

Pour ce qui concerne l'antagonisme entre l'opium et la belladone, je me bornerai à citer quelques lignes de mon rapport pour combattre cette objection.

« Dans sa thèse inaugurale publiée en juin 1865, disais-je il y a six semaines, M. Camus passe en revue treize cas d'empoisonnement par les injections opiacées dans lesquels les malades furent traités au moyen des préparations de belladone, et il constate sur ces treize cas, 2 morts.

« Sept observations dont les données sur la quantité d'opium ab-

---

« J'étais souffrant : toi, Symmaque, aussitôt, accompagné de cent disciples, tu t'es hâté d'accourir près de moi. J'ai dû subir le froid contact de cent mains que l'aquilon avait glacées; je n'avais pas la fièvre, Symmaque, je l'ai maintenant. »

Quelque pénibles et désagréables que fussent en effet ces examens, c'étaient bien là les véritables leçons pratiques indispensables aux étudiants. Pour remplacer les hôpitaux qui leur manquaient, les maîtres n'avaient rien de mieux à faire que d'y soumettre les consultants, comme le font encore les médecins spéciaux dans leurs cliniques particulières.

Mais, à Rome, les praticiens se permettaient bien autre chose. Ils se disputaient les malades, profitaient du moindre prétexte pour s'introduire dans la maison; et le cortége dont ils s'entouraient n'était pas toujours composé de leurs aides et de leurs disciples; ils y faisaient entrer aussi, par un motif d'ostentation, des clients et des affranchis, et quelquefois, dans un but de prudence, de simples témoins pour ainsi dire.

Il faut perdre de vue nos mœurs, pour se faire une juste idée de ces visites médicales.

Le médecin se sentait épié par les amis de ses rivaux, qui se trouvaient là pour l'interroger, l'embarrasser, s'il était possible, et colporter partout ses réponses lorsqu'elles leur semblaient peu satisfaisantes. Il lui fallait dire le pourquoi de chaque symptôme et de chaque remède; et si l'empirique pouvait s'en tirer par une réponse générale : « ce sont des faits qu'a révélés l'observation, » si le méthodique, recourant à son grossier dichotomisme, avait aussi peu de chose à dire, le dogmatique ou l'éclectique devait être doué d'une bien grande présence d'esprit pour satisfaire toujours par ses explications sur le sommeil causé par l'opium, le mécanisme de la fièvre, et le reste. Il avait à craindre que quelque ennemi, le médecin d'un des assistants, ne fût caché derrière une porte, l'écoutant, et prêt à paraître pour l'écraser sous ses arguments, ou préférant attendre sa sortie pour le tourner en ridicule. Il sentait aussi la menace de lois que nous verrons bientôt. Dans une telle situation, le médecin désirait avoir autour de lui des hommes qui lui fussent sympathiques; il avait besoin de faire constater ses succès par des amis qui les publiassent, car ses revers seraient aussitôt connus et mis à profit sans pitié.

On pénétrait chez un malade comme un soldat marche à l'assaut : non sans une certaine émotion, quand on n'était pas aguerri par l'habitude et par la victoire.

Si quelque adversaire était dans la place, la lutte commençait énergique, car il fallait que l'un des deux fût par l'autre mis en déroute. Le malade était Trébuste et trop souvent aussi la victime.

Voici comment Théodore Priscien, médecin célèbre, décrit une consultation :

« Le patient, dans la force du mal, est comme un marin ballotté par la tempête. Alors accourt de toutes parts le bataillon de nos confrères; alors nous songeons à conquérir l'admiration de l'assistance, et la commune condition de la nature ne nous émeut pas.

« On se croirait en vérité dans un cirque ou dans un théâtre. Tel veut briller par l'éloquence, tel autre par la dialectique, l'un en établissant des thèses qu'un autre cherche à mettre en pièces; chacun songe à la gloire, nul à l'humanité. »

« *Jactatur æger magna tempestate morbi : tunc nostri collegii caterva concurrit; tunc nos perientis admiratio possidet; nec communis naturæ conditio convenit; sed tanquam in circo et agone alius eloquentia, alius disputando, alius adstruendo, alius destruendo, quisque immanem gloriam captat.* »

En sortant de scènes pareilles, les médecins sondaient les plaies qu'avait reçues leur amour-propre, et s'ils avaient été maltraités, ils se consolaient par l'espérance de prendre une revanche éclatante à la première occasion.

Aussi s'explique-t-on la violence qui règne parfois dans leurs écrits lorsqu'ils parlent les uns des autres.

Galien, grand disputeur, qui se vantait d'être philosophe, avait à l'adresse de ses confrères un répertoire d'injures les mieux choisies. Nul ne savait aussi bien que lui donner un tour à la fois plaisant et cruel au récit de leurs fautes et de leurs mécomptes.

Nous en citerons une anecdote, curieuse, en ce qu'elle dépeint les coutumes du temps. C'est l'aventure d'un médecin méthodique du nom d'Attale, qui, ayant à soigner le philosophe cynique Théagènes, l'aurait traité contrairement aux avis de Galien, malgré ses funestes pronostics. Le malade semblait aller mieux : Attale le croyait hors de danger, et le quatrième jour, se faisant gloire de cette cure, la racontant à tout le monde, il ramassait le plus de témoins possible pour les emmener avec lui, et leur montrer que Théagènes, déjà en pleine convalescence, allait prendre un bain, le premier depuis que la maladie avait interrompu cette habitude journalière.

Devant la maison, en effet, on trouve les apprêts d'un bain, et le médecin joyeux se hâte de pénétrer jusque dans la chambre avec ceux qui le félicitaient. Toutes les portes étaient ouvertes, et comme le cynique n'avait avec lui ni femme, ni enfant, ni esclave, on entre sans difficulté. Alors les apprêts du bain s'expliquent. Théagènes mort était lavé, selon les rites funèbres, par les philosophes, ses amis, qui préparaient ses funérailles.

Nous avons dépouillé cette histoire de toutes les circonstances qui la rendent plus mordante sous la plume de Galien, et des épithètes dont il se sert pour caractériser le pauvre Attale.

Dr Victor REVILLOUT.

« sorbée et sur la quantité de belladone employée comme contre-poi-
« son sont insuffisantes pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

« Et enfin :

« Quatre cas dans lesquels la guérison fut obtenue et qui parais« sent probants. (Deux de ces cas ont été publiés par M. Blondeau, « notre nouveau collègue.) M. Camus met en regard de ces observa« tions quatre cas d'empoisonnement publiés récemment dans les jour« naux de médecine et dans lesquels la belladone, malgré la vogue « dont elle jouit, ne fut pas employée comme contre-poison. Ces « quatre cas ont été suivis de guérison.

« Dans la première série d'observations, le traitement n'a presque « jamais été composé exclusivement de belladone, et il est difficile de « démêler exactement la part qui revient à ce médicament dans la « guérison. Si l'on ajoute que, dans la deuxième série, les moyens « ordinaires ont donné dans tous les cas d'excellents résultats, on « peut se demander si ce n'est pas à l'emploi de ces moyens qu'il « faut attribuer la guérison dans les observations de la première série.

« M. Camus (ainsi que l'avait fait quelque temps avant lui M. Bois « d'Aurillac) a cherché de nouveaux arguments en faveur de la thèse « qu'il soutient dans le résultat de nombreuses expériences qu'il a « pratiquées sur les lapins et les moineaux auxquels il a donné l'o« pium et la belladone par la méthode hypodermique, et il est arrivé « à démontrer que, pour ces deux sortes d'animaux, il n'existe pas « d'antagonisme entre les effets de l'opium et ceux de la belladone. »

Après ces expériences je relatais les faits d'empoisonnement par la belladone et l'opium pris simultanément, faits relatés dans un travail de M. Corrigan, et dans le journal de physiologie de M. Brown-Séquard. A propos du nom de ce savant physiologiste, je citais les quelques lignes suivantes dans lesquelles il exprime sa pensée sur la question en litige.

« Nous ne nions pas, écrit-il, que l'opium et la belladone n'aient « quelques propriétés très-opposées l'une à l'autre; par exemple la « belladone fait contracter les vaisseaux de la moelle épinière, et l'o« pium comme la strychnine les paralyse; mais nous avons constaté « que chez les animaux empoisonnés par l'opium, la mort a lieu « presque aussi vite, que nous leur donnions ou non de la belladone. »

« Ces quelques lignes de M. Brown-Séquard, ajoutais-je, me sem« blent contenir la réponse la plus vraie à la question que je posais « au début de ce rapport. Il me paraît, en effet, qu'après les faits de « M. Camus, ceux de M. Fraigniaud et surtout après ceux de « MM. Corrigan, Brown-Séquard, etc.; il est bien difficile de soutenir « que ces deux substances soient antagonistes, mais il n'en reste pas « moins acquis qu'elles jouissent de propriétés opposées qu'on doit « savoir mettre à profit dans beaucoup de cas. »

Il me semble, messieurs, que ces conclusions n'offrent rien de trop absolu.

J'arrive enfin à la dernière objection de M. Voisin. Notre honorable collègue a prétendu que M. Fraigniaud et moi nous avions attaqué la méthode des injections hypodermiques.

Ici, ma justification sera facile; il me suffira de lire encore une fois les lignes suivantes qui terminaient mon rapport.

« Notre confrère (M. Fraigniaud), y disais-je, insiste en dernier « lien sur l'importance des injections sous-cutanées et sur leurs ré« sultats remarquables; il a voulu réagir contre la confiance exagérée « que semblait inspirer l'antagonisme prétendu entre l'opium et la « belladone; mais il n'a pas eu l'intention de diminuer en quoi que « ce soit la valeur de la méthode hypodermique qui lui a rendu, dans « nombre de cas, de signalés services. »

Pouvais-je plus nettement affirmer la tendance du travail de M. Fraigniaud dont l'idée principale a été, au contraire, de pousser à la vulgarisation des injections sous-cutanées ?

En arrivant au terme de cette discussion, je crois avoir répondu à toutes les objections et n'avoir laissé aucun doute dans vos esprits, sur la valeur très-réelle du travail de M. Fraigniaud. L'expérience nouvelle qui a donné lieu aux observations que j'ai eu à réfuter, a été faite sous les auspices d'un savant que nous honorons tous et inspirée par le vif désir d'arriver à la solution d'une importante question de thérapeutique encore controversée. Vous ne pouvez qu'approuver ce zèle scientifique et cette ardeur à la recherche de la vérité.

M. AUGUSTE VOISIN. Le premier point sur lequel je répondrai est relatif aux calculs des doses de morphine qu'a faits l'auteur du travail. D'après ce que vient de nous dire, en effet, M. Martin, les doses ont été données, d'après les indications que contient la thèse de Jousset, et calculées suivant la quantité de liquide que fournit un vrai demi-tour de la seringue décimale hypodermique de Mathieu. Suivant Jousset (thèse de Paris, 1865, p. 49), un demi-tour vrai de cette seringue fait sortir 0,05 de liquide.

Or il y a là une erreur considérable, de moitié ou à peu près. Le vrai demi-tour de cette seringue ne fournit que 0,023 à 0,030 de liquide suivant la concentration plus ou moins grande des solutions.

Je m'en suis assuré pendant le cours d'observations sur le curare que j'ai faites à Bicêtre, en commun avec un interne de mon service, M. Henry Liouville.

De nombreuses pesées avec la balance de précision de la pharmacie de Bicêtre et l'aide du pharmacien-chef de Bicêtre, M. Vialla, me permettent de vous donner le résultat suivant :

1° Un demi-vrai tour de la seringue décimale hypodermique fournit, avec une solution au 100e de curare ou de morphine, une quantité de liquide qui pèse 0,023 à 0,027;

2° Avec une solution au 10e, la quantité de liquide ainsi obtenu pèse 0,03;

3° Avec une solution au 5e, elle pèse 0,03.

Ainsi puisque, de l'aveu de M. Martin, M. Fraigniaud a calculé ses doses de morphine et d'atropine, d'après les indications de Jousset, il se trouve qu'il s'est trompé de moitié et qu'au lieu d'administrer 0,50 de morphine, il en a injecté seulement 0,25, avec lesquels il a produit ces phénomènes d'empoisonnement qu'il a relatés. De même la dose d'atropine injectée a été de 0,00125 au lieu de 0,0025.

Ainsi, ce ne sont pas 0,50 de morphine qui ont été employés, mais 0,25, et encore cette dose a-t-elle produit des phénomènes toxiques. Qu'est-ce qui serait advenu avec 0,50? Les malades auraient peut-être succombé.

Cela posé, je maintiens que les doses de morphine que l'on peut donner d'emblée dans les maladies telles que les névralgies, sans déterminer de phénomènes toxiques, varient de 0,007 à 0,015. Je dis d'emblée, parce qu'il est bien certain que l'accoutumance à l'opium s'établit très-facilement et que l'on peut alors arriver à faire supporter au malade plusieurs centigrammes de ce médicament. Mais dans le cas de non-accoutumance 0,007 à 0,01 de morphine sont les doses moyennes.

J'ai employé récemment ces doses dans un cas de névralgie, et j'ai obtenu l'effet voulu.

Une autre fois, chez une dame de soixante-cinq ans, j'ai poussé la dose jusqu'à 0,01 et j'ai déterminé des phénomènes toxiques caractérisés par des nausées, des vomissements, un accablement général et un rétrécissement considérable des pupilles.

Ces doses sont du reste connues. Je ne comprends pas que le rapporteur ne le sache pas, et dise que ces dosages sont livrés à l'empirisme.

Quant à la question d'antagonisme, j'y suivrai encore le rapporteur, et vous citerai de nouveaux faits que je ne connaissais pas à la dernière séance, et qui sont très-probants :

1° Observation de Lubelski (*Gazette hebdomad.*, 1865). — Des phénomènes toxiques produits par valérianate d'atropine, 0,003, ont été arrêtés par laudanum, 60 gouttes;

2° Observation de O'Sullivan (*Schmidt's Jahrbücher*, 1865, p. 33). — Des phénomènes toxiques produits par laudanum, 1g,136, ont été guéris par belladone, 1 gramme;

3° Quant à l'intimité de l'antagonisme proprement dite, je viens de lire dans le *Schmidt's*, 1865, le résumé d'un travail de MM. Mitchell, Keen et Morehouse, dans lequel l'analyse est portée dans toutes les fonctions de l'économie au point de vue de l'antagonisme de la morphine et de l'atropine.

Les auteurs du travail exposent l'action de l'opium et de la belladone sur la circulation, les yeux, les fonctions cérébrales, les organes digestifs, etc., et démontrent que l'antagonisme existe pour les troubles cérébraux et les pupilles.

Eh bien, messieurs, si cela est complétement exact, et les faits donnés par ces auteurs semblent le prouver, la question de l'antagonisme est jugée à l'avantage de la belladone, qui peut lutter contre les accidents cérébraux, cause si grande de mort dans l'empoisonnement par l'opium.

Et n'y aurait-il que cette action, que l'on devrait toujours employer la belladone dans une telle intoxication.

Vu l'intérêt très-grand que présente la question en litige, la Société décide qu'une Commission composée de MM. Aug. Voisin, Aimé Martin et Richard, rapporteur, sera chargée de l'étude des modes opératoires et des doses qu'il convient d'adopter dans l'emploi des injections hypodermiques.

RAPPORT.

L'ordre du jour appelle la lecture du rapport de M. Labbé sur les titres scientifiques et moraux de M. le docteur Fraigniaud, candidat, au titre de membre titulaire.

Conformément aux termes du nouveau règlement, l'ouverture du scrutin sur la candidature de M. Fraigniaud est fixée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

Par divers arrêtés ministériels :

1° MM. les docteurs Cornil et Dujardin Beaumetz sont nommés, après concours, chefs de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris ;

2° M. Batut, suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est nommé professeur adjoint de clinique externe à la même école, en remplacement de M. Dassier, décédé ;

3° M. Gross est nommé premier interne aide de clinique près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. MACKENZIE. Quatrième édition, traduite de l'anglais et augmentée de notes, par les docteurs E. Warlomont et A. Testelin; tome 3 contenant l'exposé de toutes les découvertes et de tous les faits intéressants relatifs à l'ophthalmologie qui se sont produits depuis 1857, publié par les docteurs Mackenzie, Testelin et Warlomont. Second fascicule. Prix: 10 fr. : l'ouvrage complet, trois volumes, 45 fr. Le tome 3 seul, 15 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 104. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 6 SEPTEMBRE 1866. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 SEPTEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Je ne sais plus quel philosophe a dit qu'après une longue absence il fallait s'attendre, en rentrant chez soi, à trouver sa maison brûlée, sa femme morte, sa fille enlevée, son fils arrêté pour dettes; et, s'il n'en était rien, s'en réjouir comme d'un bonheur inespéré et en remercier les dieux. Dieu merci, de pareils malheurs m'ont été épargnés. Mais en revenant, après dix semaines d'absence, reprendre ma tâche ordinaire, j'ai trouvé le feu à l'Académie et aux quatre coins de la presse; je me suis trouvé en présence de modifications récentes au sein même de la rédaction de la *Gazette*. Sans m'immiscer dans le fond des faits intervenus, qu'il me soit permis seulement d'exprimer ici le regret que m'inspire la retraite d'un collègue dont personne n'appréciait mieux que moi le mérite et les qualités, malgré les dissidences d'opinion qui nous séparaient souvent.

Uno deficiente non deficit alter. La *Gazette* s'est attaché désormais par des liens plus intimes et par une coopération plus active M. le docteur Revillout, assez connu déjà de tous ses lecteurs pour que nous puissions nous dispenser de rappeler ici les titres qu'il avait à ce choix.

A huitaine la reprise de nos appréciations habituelles sur les travaux de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DE ROME. — M. LE ROY.

Luxation bilatérale complète, en avant de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. — Entrée à l'hôpital le dix-huitième jour. — Tentatives infructueuses de réduction. — Mort le soixante-dixième jour. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. RICHON, médecin aide-major.)

Le 6 octobre 1865, entrait, au service des blessés, T... (Charles), caporal de grenadiers au 71e régiment d'infanterie. Il venait de Subiaco, où, dix-sept jours auparavant, il avait fait au gymnase une chute sur la nuque. Après une perte de connaissance de quelques instants, on put constater une paralysie du sentiment et du mouvement complète aux membres inférieurs et à l'abdomen, incomplète aux membres thoraciques; la respiration était légèrement ralentie, le pouls un peu irrégulier. Le malade accusait une vive douleur à la nuque et une sensation de brûlure dans les avant-bras.

Il reçut les premiers soins d'un médecin italien de la localité, auquel nous devons ces renseignements : trois applications de sangsues au point douloureux, deux saignées générales et plusieurs purgatifs diminuèrent la douleur et firent cesser la fièvre. Quelques doses de strychnine furent ensuite ordonnées. Le 30 septembre, T... fut évacué sur l'hôpital de Rome, où il n'arriva que le 6 octobre, parce qu'il dut se reposer quelques jours à Tivoli.

Examiné le 7 au matin, le malade n'a pas de fièvre, il souffre peu. La respiration est assez libre, mais la toux est impossible; la déglutition et la digestion se font bien, les selles sont involontaires; la vessie, paralysée, est distendue par l'urine, qui s'écoule par regorgement. Le sommeil a disparu depuis l'accident; l'appétit est bon; la constitution vigoureuse du malade n'a pas encore sensiblement souffert. Il y a quelques excoriations au sacrum.

La sensibilité, complétement éteinte aux membres inférieurs, à l'abdomen et à la partie inférieure du thorax, persiste à partir d'une ligne horizontale passant à 2 ou 3 centimètres au-dessus des mamelons. Elle est en partie conservée aux membres supérieurs, surtout du côté droit. Très-obtuse aux mains, elle ne devient bien nette qu'au milieu des avant-bras; le malade y perçoit toujours cette sensation de brûlure apparue dès le premier jour.

La paralysie musculaire est complète aux membres inférieurs et à l'abdomen; au thorax, les intercostaux sont paralysés, le grand pectoral ne l'est pas; au membre supérieur, les seuls muscles qui fonctionnent sont le deltoïde, une partie du biceps et du brachial antérieur, les pronateurs, le court supinateur et un peu les radiaux externes du côté droit. Le plexus brachial est donc incomplétement paralysé, et aucune de ses branches n'a perdu ni conservé la totalité de son action.

La tête, un peu portée en avant, n'est pas déviée latéralement; toutes les apophyses épineuses cervicales sont sur la ligne médiane; la courbure de la deuxième à la septième est très-accusée, et cette dernière est très-saillante. La pression ne cause de douleur en aucun point. L'exploration avec le doigt de la paroi postérieure du pharynx ne révèle aucun déplacement. Les mouvements du cou sont assez libres et peu douloureux; la rotation surtout est facile des deux côtés.

Diagnostic. — Malgré le siége élevé de la douleur et en raison de la hauteur de la paralysie, la moelle doit être comprimée ou déchirée immédiatement au-dessous de la naissance du plexus brachial, c'est-à-dire à la hauteur de la sixième cervicale. Le tiraillement des fibres médullaires au-dessus de la lésion peut rendre compte de la paralysie partielle des membres supérieurs. Quant à la lésion des vertèbres, nous hésitons entre une fracture du corps de la sixième cervicale avec glissement en avant du fragment supérieur, et une luxation bilatérale de cette vertèbre sur la septième. L'absence de douleur au niveau de la lésion, et la distension de la moelle, que nous supposons au-dessus du point comprimé, nous font croire plutôt à une luxation. Le déplacement des apophyses transverses pourrait éclairer le diagnostic, mais nous n'avons pu constater assez exactement leur position relative, pour en tirer une conclusion de quelque valeur.

M. Le Roy se décide à tenter la réduction. Se plaçant derrière le malade, il fait l'extension à l'aide d'une serviette nouée à la nuque et dont l'autre anse passe sous le menton du patient. Les mains, placées sur les régions temporales, aident cette action, tandis que, saisissant la tête par l'occiput et le menton, je lui imprime, ainsi qu'à la partie supérieure de la colonne, une impulsion d'avant en arrière. Aucun mouvement n'est obtenu; cependant, le malade croit avoir acquis plus de liberté dans les mouvements du cou.

L'introduction de la sonde fait reconnaître l'existence d'une fausse route vers la portion membraneuse; l'urine est fétide et chargée de muco-pus.

On soutient le malade par une nourriture substantielle, on lui donne du vin.

La cystite est traitée par les injections d'eau de goudron, faites plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Le 10 octobre, le malade est tranquille, il éprouve une sensation de froid dans les membres inférieurs. On fait de nouvelles tentatives de réduction sans plus de succès que la première fois. Les excoriations du sacrum s'ulcèrent et s'étendent; on les couvre de diachylon.

Le 13, la privation de sommeil fatigue beaucoup le malade. Il éprouve, depuis deux jours, une sensation de froid dans les membres inférieurs et une douleur vague dans le bas-ventre quand la vessie est remplie. L'urine s'écoule goutte à goutte dans le courant de la journée. Pas de selles depuis quatre jours. On prescrit : sulfate de soude, 20 grammes; une pilule d'opium pour le soir.

Le 14, amélioration sensible; un peu de sommeil; le triceps commence à se contracter; la sensibilité des doigts est moins obtuse; l'urine, presque claire, ne s'écoule plus entre les cathétérismes; érections incomplètes; le purgatif est resté sans effet. 20 grammes d'huile de ricin et un lavement huileux provoquent une selle copieuse.

Le 16, sensation de fourmillement et de brûlure dans les doigts.

Le 17, fièvre depuis hier soir; le pus a reparu dans l'urine; les ulcérations du sacrum s'étendent; il s'en forme aux talons.

Le 18, un peu de sommeil; pas de selles depuis le 14; douleurs vagues dans le bas-ventre. Un lavement purgatif provoque une selle abondante.

Le 19, la fièvre s'est déclarée de nouveau hier dans l'après-midi elle persiste encore ce matin; douleurs dans l'abdomen.

Le 22, douleurs assez vives dans les épaules et dans les mains; la paralysie ne se modifie plus; le malade va régulièrement à la garde-robe une fois par jour.

Le 23, fièvre; privation complète du sommeil; douleurs vives dans les épaules, les mains et l'abdomen. Potion opiacée à 0 gr. 1.

Le 26, un peu de fièvre hier soir et ce matin; le malade s'affaiblit; tout le sacrum est à nu, et cette vaste plaie saigne à chaque pansement.

Le 2 novembre, le malade dort une partie de la nuit; les douleurs diminuent; l'urine s'écoule de nouveau goutte à goutte; l'amaigrissement fait des progrès rapides.

Le 4, le muco-pus reparaît dans l'urine, le talon gauche est guéri.

Le 6, un peu de fièvre hier soir; le malade ne souffre presque plus.

Le 18, L'escharre suppure abondamment; il s'en développe de nouvelles vis-à-vis l'angle des côtes. Le malade est très-faible, il a de la diarrhée; il ne souffre plus et dort assez bien. On prescrit une potion avec extrait d'opium 0g.1, et sous-nitrate de bismuth 5 grammes, deux vins sucrés.

Le 20, diarrhée violente; ecchymoses à la face dorsale des phalanges de la main gauche, sur les points en contact avec le lit. On maintient la main dans l'extension.

Le 21, syncope hier dans l'après-midi; perte complète de l'appétit, abattement, diarrhée, pouls faible et très-fréquent. Le malade ne prend plus que des potages. Potion avec sous-nitrate de bismuth 5 grammes; on supprime l'opium.

Le 23 et 24, la diarrhée a presque cessé; la faiblesse est extrême.

Le 26, la diarrhée a reparu avec plus de violence; le scrotum est rouge, tuméfié, fluctuant; le malade se plaint continuellement, il répond à peine aux questions; le pouls est misérable et très-fréquent. Perte de connaissance à onze heures du matin.

Le 27, agonie, mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie. — Amaigrissement très-considérable; infiltration séreuse des membres inférieurs surtout du côté droit. Une vaste escharre a mis tout le sacrum à nu, une autre a découvert l'épitrochlée du côté gauche.

Nombreuses escharres vis-à-vis l'angle des côtes des deux côtés, la tête du péroné et la malléole externe du côté gauche, la face postérieure du calcanéum du côté droit.

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN (1).

Ce manque complet de convenances dans les rapports entre médecins était la conséquence forcée de la liberté d'exercice. N'ayant pas eu à faire ensemble les mêmes études obligatoires, à passer les mêmes examens, on ne se traitait pas comme confrères, et on ne craignait pas d'avilir, dans la personne de ses adversaires, un titre qu'on disait usurpé par eux. C'est ainsi que la science des uns était une menace pour les autres : ceux-là voulaient démasquer les intrus; ceux-ci, pour résister, appelaient à leur aide toutes les ressources du charlatanisme et parfois des moyens encore moins avouables. Nous le verrons plus tard.

En attendant, comme spécimen des véritables embuscades qu'ils se préparaient les uns aux autres, voici un exemple tiré de la pratique de Galien, qui y excellait.

Il fut appelé pour soigner un jeune homme qui, pris de fièvre depuis trois jours, était maintenu depuis lors à la diète par des médecins de l'école diététique. Le trouvant faible, il commença à le nourrir matin et soir dans les moments de rémission. La fièvre persista. Les médecins précédents de s'écrier qu'il avait empêché la cure du malade en le nourrissant mal à propos; lui de dire qu'il l'avait sauvé quand il allait mourir de faim. Enfin, le onzième jour, il fait semblant de se rendre à leur opinion, après avoir eu soin de prévenir l'entourage. Le malade est privé de toute nourriture, et les médecins, convoqués, viennent à l'heure attendue du redoublement. Ils trouvent le pauvre jeune homme étendu sans pouls et sans voix. La famille en fureur les aborde, menaçant de les déchirer eux et Galien : eux pour avoir causé la mort par leur ignorance, leur stupidité et leur entêtement, et Galien pour avoir cédé à des hommes qu'il savait ineptes.

Nos pauvres médecins étaient plus morts que vifs, « plus pâles et plus glacés que leur malade. » Ils voulaient fuir et cherchaient une issue; mais dans cette prévision les mesures étaient prises, Galien avait fait garder les portes, il les fit fermer à double tour, et les clefs furent, par son ordre, mises entre les mains d'un ami qui ne devait pas s'en dessaisir.

Alors s'avançant au milieu de la salle, il accabla ses confrères de sarcasmes, et, sans trouver de contradicteur, il se plut à faire la comparaison de leur méthode avec la sienne. Enfin, s'approchant du malade, il annonça qu'il n'était pas perdu, qu'il le sauverait encore en le nourrissant, bien qu'il eût mieux valu sans doute ne pas s'inquiéter de les convaincre en leur faisant toucher du doigt ce qu'ils n'avaient pu comprendre autrement.

En effet, ce jeune homme ouvrit les yeux et reprit connaissance après qu'on lui eut introduit dans la bouche un peu de nourriture : et les médecins diététiques furent ensuite mis à la porte, ayant à s'estimer heureux d'en être quittes à si bon marché.

La mise en scène, en cette occurrence, offrait une certaine grandeur que Galien n'y mit pas toujours. Souvent il parvint à son but par une voie plus courte, et sut répandre à moins de frais le ridicule sur ses confrères.

Ainsi chez un autre jeune homme, toujours à propos du régime, il attaqua vivement l'opinion formulée par deux *célébrités médicales,* qui venaient de sortir quand il entra; mais, tout en conseillant le contraire de ce qu'ils avaient ordonné, il ne voulut point les faire avertir des changements qu'il apportait.

Ces deux médecins, d'un même avis, quoique de sectes différentes, avaient prescrit une diète absolue, et l'abstinence de bains pendant deux jours. Le soir, quand ils revinrent, les serviteurs lui dirent que le malade dormait profondément, et ils durent remettre au lendemain matin leur visite.

En réalité le jeune homme, suivant les conseils de Galien, avait dîné, après s'être baigné longuement et sans négliger aucune des pratiques de l'hydrothérapie alors à la mode. Eux sortis, il se remit au bain, puis à table; et le lendemain, frais et dispos, il se garda bien de réclamer, lorsque les médecins lui prescrivirent même régime, diète absolue, etc., comme la veille.

« Tu te rappelles, mon cher Eugenianus, écrit Galien à l'un de ses anciens élèves, quand le personnage eut promis une obéissance exemplaire, et les eut vus partir avec cette assurance, quels éclats de rire retentissants! Ils n'avaient point encore cessé quelque temps après, lorsque nous survînmes.

« Tu n'as pas oublié non plus, sans doute, ce qui suivit, lorsque, m'adressant au malade : « Vous avez, lui dis-je, l'habitude de vous

(1) Voir nos numéros des 21, 26, 28 juin, 12, 17 juillet, 28 août et 4 septembre 1866.

Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains; les parois de la vessie sont épaissies et rétractées. Trois anciennes fausses routes, une médiane et deux latérales, se trouvent au même niveau du canal immédiatement au-devant de la prostate. Celle de gauche communique avec un vaste foyer purulent occupant le scrotum de ce côté, la partie supérieure et interne de la cuisse, et une partie de la fesse du même côté.

La colonne cervicale présente une luxation bilatérale en avant de la sixième vertèbre sur la septième. Le corps de la sixième, fortement porté en avant, répond par le milieu de sa face inférieure au bord antérieur de la septième. Le disque interarticulaire, resté adhérent à cette dernière, est presque complétement détaché de la sixième, et ses débris sont refoulés en arrière, dans le canal vertébral. Les crochets latéraux de la septième ont été fracturés des deux côtés; à droite, les fragments très-petits se retrouvent en partie sur le bord inférieur de la vertèbre luxée, à gauche ils sont plus gros, au nombre de deux, et sont restés adhérents au corps de la septième. On remarque à droite, sur la face antérieure de cette dernière, quelques végétations osseuses dirigées vers la vertèbre supérieure.

Les apophyses articulaires de la sixième se sont placées en avant de celles de la septième, et sont restées accolées à leur face antérieure. A gauche, elles sont réunies par un cal osseux assez volumineux; à droite, il n'existe entre elles que quelques granulations osseuses. Ces productions osseuses proviennent de petites fractures qu'on observe sur les bords des apophyses luxées.

Tous les ligaments ont été déchirés, on en retrouve les débris; les ligaments jaunes se sont détachés des lames de la sixième. Les deux artères vertébrales sont intactes.

La partie supérieure de la colonne cervicale s'est portée en totalité d'arrière en avant, et s'est notablement inclinée dans le même sens. L'apophyse épineuse de la sixième, suivant le double mouvement, s'est relevée en même temps qu'elle s'est portée en avant, et se trouve assez distante de l'apophyse inférieure.

Le bord postérieur et supérieur du corps de la septième et les débris du disque intervertébral font saillie dans le canal, et compriment violemment la moelle qui présente, dans l'étendue d'un centimètre et demi, une diminution considérable de largeur et d'épaisseur; elle est réduite à une mince enveloppe contenant un liquide lactescent. Conique dans l'étendue d'un demi-centimètre au-dessus et au-dessous, elle reprend plus loin ses caractères normaux. Les méninges rachidiennes sont hyperhémiées et adhérentes à la partie antérieure.

Les trous de conjugaison, allongés obliquement, présentent sur le milieu de leur hauteur un rétrécissement où les nerfs émergents se trouvaient comprimés.

Réflexions. — Le mécanisme de la luxation semble avoir été le suivant :

La tête étant fortement fléchie et fixée contre terre par sa face postérieure, le corps a dû, pour atteindre le sol, redresser puis infléchir en avant la colonne cervicale et produire successivement l'écartement exagéré des apophyses épineuses, la déchirure des ligaments jaunes et des capsules des apophyses articulaires, l'écartement puis le chevauchement de celles-ci, enfin la rupture des ligaments vertébraux postérieur et antérieur et le déplacement en avant de la vertèbre supérieure, détachée du disque intervertébral.

Le déplacement en avant n'était pas très-considérable, puisque les apophyses articulaires n'avaient pas cessé de se toucher; la moelle n'a donc pas été profondément désorganisée dès le début, et l'on peut supposer que des efforts de réduction, tentés peu de temps après l'accident, auraient peut-être sauvé le malade.

Plusieurs symptômes importants de ces luxations ont manqué chez notre malade, ou du moins ont été très-peu accusés. La douleur généralement vive au niveau de la lésion manquait complétement. Le seul point douloureux, signalé au début, siégeait beaucoup plus haut, et peut être attribué à la distension des ligaments des articulations supérieures. Les mouvements du cou se sont toujours faits avec une liberté tout à fait exceptionnelle. On n'a observé ni raccourcissement apparent du cou, ni plis cutanés à sa face postérieure.

Enfin les suites de cet accident n'ont pas été moins surprenantes. Le malade a vécu soixante-dix jours, tandis que dans toutes les observations relatées, la mort est survenue au bout de deux ou trois jours, et Malgaigne cite comme très-remarquables deux cas, l'un de Drew et l'autre de J. Roux, dans lesquels la vie s'est prolongée six et huit jours. Dans le cas présent, ce n'est pas la luxation qui a causé directement la mort, mais bien les vastes suppurations qui ont succédé à la chute des escharres, et qui ont bientôt conduit le malade au dernier degré de l'épuisement.

SUR LA GLYCOSURIE SYMPTOMATIQUE

dans la période réactionnelle du choléra,

Par Adolphe Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, Membre de l'Académie de médecine.

Dans les deux précédentes épidémies, particulièrement dans celle qui commença vers la fin de l'année 1853, pour ne finir qu'en 1855, j'ai recherché à plusieurs reprises la présence du sucre dans les urines des cholériques, et je dois dire que je n'ai obtenu que très-rarement des résultats positifs.

Ces insuccès s'expliquent aujourd'hui par une circonstance facile à comprendre. En effet, dans ma pensée, le sucre devait accompagner l'albumine et l'indigose, substances incomburées, et dès lors je m'attachais à le trouver dans la période asphyxique, tandis qu'en réalité cette matière ternaire n'apparaît qu'à un autre moment de la maladie.

J'ai procédé d'une autre façon dans l'épidémie actuelle. Les urines de tous les malades, dès qu'ils ont pu en fournir, ont été essayées tous les jours (deux fois par jour), jusqu'à leur sortie, par les différents réactifs capables de déceler l'albumine et le sucre. Or, dans cette suite d'examens, je n'ai pas tardé à m'assurer que le passage de la matière sucrée est non-seulement un phénomène fréquent, mais de plus un symptôme caractéristique d'une phase tardive de l'évolution du mal. D'une manière générale, voici comment les choses se passent du côté de la sécrétion urinaire :

Au moment de la plus grande intensité des symptômes cholériques, la vessie ne renferme que quelques gouttes d'urine brune, trouble, fortement albumineuse, et développant par l'acide nitrique une couleur brune, foncée, rappelant l'acajou vieilli. Cette sécrétion offre les mêmes caractères lorsqu'elle commence à être expulsée spontanément.

Quand les malades sont moins glacés ou commencent à se réchauffer, que le pouls se relève, et que les boissons aqueuses, mieux tolérées, jettent un peu de liquide dans la circulation, l'urine devient moins rare et d'une nuance plus claire. Au début l'urine peut être absente, mais elle ne tarde pas à reparaître en quantité plus ou moins forte. En tout cas l'albumine est en abondance, et l'acide nitrique développe du bleu indigo aux dépens d'une matière chromatogène préexistante. A ce moment la glycose fait absolument défaut.

Cependant la réaction se prononce, la chaleur périphérique augmente, ainsi que la rougeur des téguments, le pouls se remplit et prend le caractère dédoublé de celui de la fièvre typhoïde. Ordinairement la proportion d'albumine diminue progressivement, le bleu est remplacé par du violet. C'est alors que la matière ternaire commence à se montrer, non pas toujours mais dans un grand nombre de cas. On peut dire qu'elle est constante dans les réactions franches et vives, quand les sujets ont l'aspect fébrile et qu'une tendance éruptive se manifeste.

La glycosurie se caractérise au fur et à mesure que décroît l'albumine, et finalement les urines, exemptes de substance coagulable, ne montrent plus que la matière sucrée. La proportion de celle-ci peut s'élever à plusieurs grammes par litre d'urine.

Rarement les deux diabètes leucomurique et glycosurique marchent de pair, de telle sorte qu'en voyant un abondant coagulum protéique, on peut affirmer presque à coup sûr que l'épreuve de la matière sucrée sera négative. Et je me suis bien convaincu que le résultat négatif ne dépend pas de l'intervention de l'albumine, car, en ajoutant à de l'urine fortement coagulable une petite proportion d'urine sucrée, j'obtenais encore la réaction caractéristique.

Comme réactif, j'emploie habituellement le plus joli, le plus sensible et le plus commode de tous : la liqueur cupropotassique soit de Barreswill, soit de Fehling, et quelquefois, comme moyen d'essai, la liqueur de Luton, composée d'acide sulfurique et de bichromate de potasse.

Je sais quelles sont les réserves faites par de très-bons esprits à l'endroit de la liqueur cupropotassique, mais je ne partage pas entièrement la défiance que cet excellent réactif inspire à quelques personnes qui, frappées de certains changements de coloration produits sur la liqueur en l'absence de tout principe sucré, se hâtent de mettre en doute la valeur positive du moyen. Le sel cuprique peut subir en présence des matières organiques plusieurs genres d'altérations; les substances albuminoïdes et quaternaires le décolorent en le faisant virer au brun, précipitent le cuivre à l'état métallique ou le redissolvent pour le transformer en albuminate; mais la réduction pure et simple de l'oxyde à l'état d'oxydule jaune qui se précipite, demeure encore significative de la présence du sucre et rien jusqu'ici ne nous autorise à suspecter d'infidélité cette réaction, quand elle est nettement caractérisée.

Je n'ai donc aucun motif de douter que ce ne soit réellement de la glycose qui se montre chez les cholériques dans la période de réaction. Toutefois, pour ne rien négliger, j'ai voulu soumettre les urines à l'épreuve du polarimètre et de la fermentation. Les résultats ne sont pas encore décisifs. Ceux qui savent combien ces recherches sont délicates et pleines d'écueils n'en seront pas surpris. Avec un bon instrument manié par un observateur exercé, avec une urine parfaitement limpide et décolorée, on ne parvient pas à déceler une proportion de sucre moindre de 1 gramme par litre. D'un autre côté, avec un liquide peu sucré la fermentation s'établit mal; ou, si la levûre de bière qui doit la mettre en jeu n'a pas été préalablement lavée à l'eau distillée, elle apporte elle-même le sucre qui fermente et peut faire illusion. Rien de plus difficile par conséquent que de démontrer péremptoirement la présence de la glycose dans un liquide organique. En attendant, je crois pouvoir affirmer, d'après les résultats fournis par la liqueur alcalino-cuivreuse, la réalité de la glycosurie temporaire chez les cholériques en pleine réaction.

Ainsi, dans la période d'algidité et de cyanose l'urine entraînerait seulement de l'albumine et de l'indigose, analogue au bleu d'aniline. Dans une phase intermédiaire on verrait coexister la matière protéique avec la substance sucrée. Enfin, dans la réaction confirmée et avancée, le sucre passerait seul dans la sécrétion urinaire.

La première modification correspond à l'asphyxie en même temps qu'à la torpeur hépatique; la dernière indique le réveil de la fonction glycogénique et l'exubérance de la matière sucrée, eu égard aux besoins de l'économie. Quant à la phase transitoire elle est marquée par une cholirrhée parfois excessive. Il existe donc pour le foie un balancement fonctionnel évident aux deux phases de la période de retour du choléra. Au début, la glande hépatique verse dans le duodenum des torrents de bile qui reflue par les voies supérieures ou s'échappe avec les matières intestinales, puis elle ralentit ce travail et se met à fabriquer du sucre qui, n'ayant pas une issue directe au dehors et ne trouvant pas encore son emploi, est éliminé par les reins avec les matériaux ordinaires de leur sécrétion.

Cette glycosurie transitoire est sujette aux mêmes variations diurnes que le diabète sucré proprement dit. Légère pendant la période de jeûne et la nuit, elle augmente dans le jour et après les repas.

Elle coïncide avec un certain degré de polyurie et s'accompagne aussi d'une soif exagérée, hors de proportion avec les pertes séreuses désormais effectuées par les selles et avec les besoins de restauration du sang.

Il est même permis de lui faire jouer un rôle dans la production des affections furonculeuses et des suppurations si multiples et si faciles qui traversent la convalescence du typhus indien.

Enfin, l'analogie fait prévoir l'existence d'une glycosurie sem-

---

« baigner deux fois par jour; mais voilà que les médecins vous ont « mis au régime, et ne vous ont pas même permis la moindre nourri« ture. Voyons : je ne crois pas qu'il faille suivre en entier leur or« donnance, mais peut-être serait-il bon de modifier un peu vos « usages, pour le moment. »

Lui, persuadé que j'allais en venir à ne plus lui permettre, au lieu de deux bains, d'en prendre qu'un seul, se déclara prêt néanmoins à se conformer en tout à mes ordres.

« Bien, dis-je, alors c'est convenu; vous ne souffrirez pas de l'abs« tinence, et vous ne vous baignerez pas deux fois. Depuis trois « jours vous êtes souffrant, c'est une fatigue; il fait une chaleur étouf« fante, qui vous dessèche : pour cette fatigue et cette chaleur nous « ajouterons un bain de plus. Si donc vous voulez m'obéir, comme « vous venez de le promettre, ce ne sera point deux bains, mais « trois bains qu'il vous faudra prendre.

« Oh! quelles terribles prescriptions! s'écria-t-il en souriant; ce« pendant il faut bien accomplir ses promesses; ainsi je m'y confor« merai. »

Quelle bonne scène ensuite avec les médecins! Comme ils firent rire à leurs dépens et à bon droit! Tu t'en souviens?

Déjà deux fois notre jeune homme s'était baigné, avait mangé, avait dormi, lorsque vers le soir un des domestiques annonça que les médecins arrivaient. Le patient feint d'avoir la fièvre; s'entoure de vêtements, s'en couvre jusqu'au visage; par crainte qu'on ne s'aperçoive qu'il a bu du vin, il charge un ami de répondre à toutes les questions qui lui seraient posées.

Comme on s'y attendait, et suivant leur coutume, les médecins, en voyant cet homme enveloppé avec tant de soin, demandèrent d'un ton solennel à quelle heure cet accès avait débuté.

« Cela le tient depuis moins d'une heure, » répondit l'ami désigné.
— Avec tremblement et frisson? demandèrent-ils. — Avec tremble« ment. »

Ils s'approchèrent et tâtèrent le malade qui, étouffant de rire et chargé d'habits, commençait à suer à grosses gouttes. Ils le félicitèrent d'avoir ainsi, jusqu'au troisième jour, fidèlement observé la diète.

« Voilà la cause, dirent-ils, la seule cause de la rapide disparition des « frissons et des tremblements; la seule cause de cette humidité gé« nérale de la peau, de cette moiteur, de cette transpiration, que nous « constatons aujourd'hui. Si vous n'eussiez passé jusqu'au troisième « jour dans la plus complète abstinence, tout cela ne serait point arrivé. »

Puis, après avoir recommandé aux assistants de bien essuyer goutte à goutte, de crainte de refroidissement, toute la sueur qui paraîtrait, ils annoncèrent pour le lendemain leur visite, défendant encore d'alimenter jusqu'à ce moment leur malade.

Celui-ci, après leur départ, tout en sueur, sans même s'arrêter à changer ses vêtements humides, courut prendre un troisième bain qui fut suivi d'un troisième repas.

Le lendemain matin, tenant à ne pas recevoir la visite de ces médecins, il se hâta de sortir; et eux, ne le trouvant pas chez lui, tout étonnés, se demandaient l'un à l'autre comment, après trois jours d'une diète pareille, on pouvait se mettre à courir les rues. »

Ce récit de Galien nous montre combien peu les médecins pouvaient alors compter sur l'obéissance de leurs malades. Un autre récit nous ferait voir que même cette obéissance pouvait avoir un caractère hostile; mais nous n'en dirons que quelques mots, car la digression est déjà longue.

Il était question d'un malade atteint d'une affection profonde de l'oreille, que le voisinage du cerveau rendait menaçante même pour la vie. Le médecin qui le soignait appartenait à la secte des méthodiques. Galien blâmait le traitement, sous l'influence duquel, disait-il, le mal ne pouvait qu'empirer. Les parents avertis par lui, auxquels il montrait le danger toujours croissant, voulaient faire cesser l'usage de remèdes aussi funestes et renvoyer le médecin méthodique.

Mais Galien trouva qu'il était trop tôt, que le mal n'avait pas encore fait assez de progrès, pour qu'il fermât la bouche à son confrère en le convainquant d'ignorance. Il demanda donc aux parents et obtint d'eux (l'histoire ne dit pas s'ils devaient hériter, le cas échéant), de laisser continuer encore au moins un jour les mêmes remèdes; afin, leur dit-il, que les choses s'étant aggravées suffisamment, le médecin pût juger par lui-même que sa pratique était détestable; ce qui pourrait peut-être l'amener à en adopter une moins pernicieuse, et lui faire épargner ainsi par la suite nombre de victimes.

Le lendemain, en effet, l'aggravation fut telle que personne n'en douta plus; et Galien en prit texte pour faire tout un discours, auquel le médecin confus ne sut rien répondre.

Les étudiants étaient les seuls qui pussent profiter réellement de ces controverses. Mais encore ce n'était pas là le véritable enseignement clinique.

blable à la suite du *choléra nostras* ou de l'entérorrhée cholériforme et de diverses affections qui s'en rapprochent.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1865 dans le département de la Marne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Legouest, qui se présente comme candidat, pour la section de pathologie externe ;

2° Des lettres de MM. N. Guéneau (de Mussy), et Boinet, qui se présentent comme candidats pour la section de thérapeutique ;

3° Une note de M. le docteur Robiquet (de Pantin), sur l'état du sang chez les cholériques. (Commission du choléra.)

4° Une note de M. Corriez, médecin, à Montiéry, près Amiens, relative au traitement du choléra. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

5° M. Galezowski soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument qu'il a fait fabriquer par MM. Robert et Collin, et qu'il nomme dilatateur lacrymal.

Très-souvent le larmoiement n'est dû qu'à un simple rétrécissement des points lacrymaux, tandis que les canaux ainsi que le canal nasal sont complétement sains. Au lieu de fendre le point et le canal lacrymal, comme cela se pratique habituellement, l'auteur a pensé qu'on pourrait remédier à cette infirmité, en dilatant méthodiquement les points lacrymaux.

Le dilatateur qu'il a fait construire a ses extrémités très-fines, et peut être introduit aisément dans le point lacrymal rétréci.

Cet instrument est petit, très-léger, et on peut le laisser dans le point lacrymal assez longtemps pour produire la dilatation voulue.

A Extrémités qui, étant réunies, ont la forme et le volume d'un stylet fin ;

B Curseur servant à écarter.

— **M. PEISSE** fait hommage à l'Académie du 1er volume d'un ouvrage qu'il vient de traduire de l'anglais, sur la 6e édition, et ayant pour titre : *Système de logique déductive et inductive*, par John Stuart Mill.

— **M. CERISE** présente, au nom de M. le docteur Ed. Casenave de La Roche, une brochure intitulée : *De la possibilité d'établir en Béarn une cure aux raisins.*

— **M. LARREY** dépose sur le bureau :

1° Un ouvrage en anglais *Sur le traitement de l'idiotie par une méthode physiologique*, par M. Edward Seguin, médecin français, fixé à New-York ;

2° Une notice explicative sur la construction et l'emploi de l'appareil vaporifère portatif, par M. le docteur Lefèvre ;

3° Une brochure intitulée : *Rapports sur le régime du choléra à Marseille, en* 1865, par MM. les docteurs Didiot et Guès ;

4° Un volume intitulé : *Manuel de chirurgie militaire*, par M. le docteur Neudörfer ;

5° Une brochure sur le plombage des plaies, par M. le docteur Burggraeve ;

6° Une brochure sur les blessures dans la guerre du Schleswig, par M. le docteur Neudörfer ;

7° Une note sur l'ulcère perforant du pied, par M. le docteur Marquez.

— **M. ROBINET** annonce à l'Académie que son doyen d'âge, M. Boullay, vient d'être malade, mais que, grâce à sa forte constitution, il est en ce moment en convalescence.

— **M. LE PRÉSIDENT** invite M. Robinet à porter à M. Boullay les témoignages d'intérêt de l'Académie.

LECTURE.

Exostoses du sinus frontal. — **M. DOLBEAU** donne lecture d'un mémoire sur les exostoses du sinus frontal. Voici les conclusions qui résument ce travail :

1° La membrane de Schneider, celle qui tapisse les différents sinus et cellules annexées aux fosses nasales, peuvent devenir le siége de productions osseuses primitives, tumeurs qui sont indépendantes des os du crâne et de ceux de la face, mais qui peuvent néanmoins acquérir un très-grand volume.

2° L'on peut rattacher à ces diverses ossifications l'exostose enlevée par M. Michon dans le sinus maxillaire : les exostoses de l'orbite provenant des cellules ethmoïdales ; la tumeur osseuse retirée d'une fosse nasale par M. Legouest ; les tumeurs osseuses observées par M. Cloquet, et qu'il a décrites comme des ossifications de polypes muqueux des fosses nasales. Il faut encore y rattacher le fait récent de M. Pamard.

3° La membrane qui revêt le sinus frontal ne fait pas exception, et elle devient parfois le siége d'exostoses ; tels sont les cas de Otto, de Roux, de Jobert de Lamballe, de Holmes-Coot et de Dolbeau.

4° Toutes les exostoses sont toujours plus ou moins libres dans les cavités où elles ont pris naissance ; elles peuvent, en se développant, s'enclaver d'une manière plus ou moins solide, mais elles restent toujours indépendantes des os, et elles peuvent être enlevées pourvu qu'on puisse leur ouvrir une voie suffisante ; d'où l'indication d'opérer de bonne heure.

5° Les exostoses du sinus frontal en particulier ne font point exception, et malgré le voisinage du cerveau, ces tumeurs peuvent être énucléées. Le développement de ces tumeurs étant indéfini, il est sage de les opérer aussitôt que leur présence ne laisse plus de doute, afin d'éviter leur propagation jusque dans la cavité crânienne.

6° Dans le traitement de toutes ces exostoses, il faut renoncer à attaquer directement les tumeurs soit avec la gouge, soit même avec le trépan. Tous ces instruments ne peuvent entamer un tissu si dur, ils s'émoussent, et on a vu les meilleures cisailles de Liston se fracturer sans intéresser la tumeur ; il faut, comme nous l'avons déjà dit, ouvrir largement la cavité qui contient l'exostose, et il suffit alors d'ébranler en masse la tumeur pour la voir sortir en totalité et sans de trop grands efforts.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Gosselin et Richet.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

La parole est à M. Bouvier.

Suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. BOUVIER. L'Académie a entendu, dans les dernières séances, une longue dissertation sur l'origine et les progrès de la méthode sous-cutanée. L'orateur a-t-il voulu faire l'histoire de cette découverte ? Non. Son but a été, au contraire, de saper les fondements de cette histoire, d'en effacer tous ceux qui avaient droit d'y figurer, et de dresser sur ces ruines sa propre personnalité. C'est la troisième fois, en moins de vingt-cinq ans, que nous entendons la même apologie. Vainement oppose-t-on chaque fois à son auteur de nombreuses rectifications, il répète imperturbablement les mêmes inexactitudes et les mêmes erreurs. En France, comme à l'étranger, tout médecin au courant de la science regarde M. Stromeyer comme l'inventeur des opérations sous-cutanées. M. Guérin seul lui dénie cette gloire pour se l'attribuer ; comment motive-t-il cette usurpation ? « Il importe, dit-il, de distinger le fait de l'idée », et là-dessus il détache quelques lambeaux des écrits de M. Stromeyer, pour prouver que ces écrits ne contiennent point l'idée de la méthode sous-cutanée.

Le premier mémoire de M. Stromeyer ne traite que la section du tendon d'Achille ; l'auteur en rapporte six observations, dans l'une desquelles il étendit la ténotomie à deux autres muscles. Ce travail, de 1833 et 1834, est le point de départ, la première branche de la méthode opératoire créée par M. Stromeyer. On y trouve déjà le principe fondamental de cette méthode : « éviter l'accès de l'air, la suppuration et l'exfoliation du tendon. » Il faut que ces mots soient bien embarrassants pour M. Guérin, car, depuis vingt-cinq ans, on n'a jamais pu l'empêcher de les omettre dans ses citations à l'Académie. L'autre jour n'a-t-il pas dit encore que tout ce que M. Stromeyer avait voulu faire, c'était de faire cicatriser promptement la plaie et d'éviter l'exfoliation du tendon ? L'idée de ne laisser après l'opération qu'une plaie couverte, sans communication aucune avec l'extérieur, après un temps très-court, afin de la préserver du contact de l'air et de l'inflammation suppurative, n'en est pas moins écrite et n'en restera pas moins la propriété de M. Stromeyer.

De 1834 à 1838, le chirurgien de Hanovre multiplia ses opérations, confirma de plus en plus l'excellence de ses procédés, les appliqua aux muscles et aux tendons de presque toutes les régions du corps, établit, par des faits nombreux, l'innocuité constante des sections sous-cutanées. Enfin, il publia, en 1838, un travail étendu, dans lequel la méthode sous-cutanée orthopédique est présentée dans son ensemble, dans ses principes, dans ses procédés, dans ses résultats, ainsi que dans ses indications, qui déjà en généralisaient l'emploi.

Voilà ce qu'a fait M. Stromeyer : de la simple section du tendon d'Achille, il s'est élevé par degrés jusqu'à la généralisation de la méthode sous-cutanée.

Mais, au dire de M. Guérin, les opérations de M. Stromeyer étaient un peu empiriques ; elles ne reposaient nullement sur la vraie doctrine des plaies sous-cutanées, et ne sauraient, par conséquent, constituer une méthode. Bien plus, elles n'étaient inspirées que par une double erreur, suivant les textes à l'appui de cette assertion. Il y a des erreurs, en effet, dans les écrits de M. Stromeyer. Mais, si ces erreurs ne touchent en rien au fond de la méthode, si elles n'en ont pas obscurci la notion claire et complète dans son esprit, qu'importe ?

M. Stromeyer, a dit M. Guérin, n'a pas inventé la méthode sous-cutanée, parce qu'il en ignorait la théorie et le principe physiologique, parce qu'il croyait à un allongement spontané des muscles après leur division, sans qu'il fût besoin de l'addition d'une substance intermédiaire entre les deux bords de la section, parce qu'il recommande de rapprocher ces bords après l'opération, afin d'obtenir leur réunion par inflammation adhésive, etc. Si je disais que M. Guérin n'a pas inventé la méthode sous-cutanée, parce qu'il en connaissait mal le principe physiologique, parce qu'il croyait à tort à l'écartement immédiat des deux bouts de l'organe divisé, parce qu'il ne se trompait pas moins, en attribuant la production nouvelle en partie à l'organisation du sang épanché, on me répondrait avec raison que ce ne sont pas là des arguments sérieux, que ces erreurs de détail ne prouvent nullement que celui qui les a commises n'ait pas pu imaginer une méthode dont le but, le procédé, le résultat, sont indépendants de quelques préceptes erronés, de quelques théories fausses sur le mécanisme de la guérison. Est-ce que le même raisonnement, la même réponse ne sont pas entièrement applicables aux erreurs reprochées à M. Stromeyer ? Qu'importe qu'il ait eu le tort de croire qu'il fallait tenir d'abord rapprochés les deux bouts d'un tendon ou d'un muscle divisé ? La différence de conduite dans le traitement consécutif, n'est qu'un fait accessoire qui n'a rien à faire avec les caractères fondamentaux de la méthode.

De 1834 à 1838, tandis que M. Stromeyer agrandissait le champ de sa méthode, on ne restait pas inactif dans les autres parties de l'Allemagne, en France, en Angleterre, en Amérique. On s'appliquait, de toutes parts, à compléter, à perfectionner, à étendre la méthode des opérations sous-cutanées. Avant les premières publications de M. Guérin, Dieffenbach, Stoers, moi-même et bien d'autres, nous avions réduit la lésion des téguments à sa plus simple expression, en ne faisant qu'une ouverture à la peau, la plus petite possible, au moyen de ténotomes étroits. Notre pensée à tous, en modifiant ainsi le procédé primitif, dérivait, non pas simplement, comme on vous l'a dit, de la différence que nous faisions d'une piqûre à une coupure, mais de la connaissance que nous avions de l'innocuité, de la marche simple, de la guérison facile, sans suppuration, des plaies sous-cutanées. Nous avions en même temps, dès cette époque, rectifié l'erreur de M. Stromeyer sur l'allongement spontané des muscles après la ténotomie ; nous avions montré l'inutilité du rapprochement des deux bouts de la section pour la formation du tissu nouveau. Nous avions presque tous étudié, décrit le mécanisme de cette formation organique, qui reproduit le tissu manquant dans l'intervalle des deux bouts. Enfin, de 1834 à 1838, les imitateurs, les émules de Stromeyer, travaillèrent comme lui, avec ardeur, à étendre le cercle des opérations de ténotomie sous-cutanée, en les basant, de même que pour les pieds-bots, sur la recherche de tous les cas où la rétraction musculaire jouait un rôle étiologique dans la production des difformités.

Ici l'orateur passe de l'histoire des travaux antérieurs à ceux de M. Guérin, l'examen des témoignages que son collègue invoque en faveur de ses propres travaux, témoignages dont le sens aurait été altéré ou faussé, suivant lui, puis il continue en ces termes :

En 1838, M. Guérin est intervenu à son tour dans l'œuvre commune, et en 1839, il formulait le code de la méthode sous-cutanée, en présentant la théorie, en proposant de nouvelles applications, et commençait à élever ses prétentions, qui le conduisent aujourd'hui à travestir tout le passé, hommes et choses.

Qu'est-il sorti de nouveau, de vrai, d'utile, de cette coopération de M. Guérin ? — Suivant son propre exposé :

1° Théorie. — Action de l'air comme cause de l'inflammation suppurative.

M. Guérin, qui ne peut prétendre à l'invention du dogme, puisqu'il reconnaît lui-même qu'on a généralement considéré le contact de l'air comme la cause de l'inflammation suppurative, prétend, du moins, en avoir seul fourni la démonstration. Je nie, pour ma part, comme je l'ai fait en 1857, que cette démonstration soit suffisante et même qu'elle repose sur l'observation rigoureuse des faits. Il n'est pas vrai de dire que les plaies sous-cutanées ne suppurent que lorsqu'elles sont en contact avec l'air, et si la suppuration peut survenir quand ce contact a lieu, on ne sait pas mieux aujourd'hui que du

---

Un art étranger à l'art médical, celui des piéges et des surprises, de l'attaque et de la riposte, y tenait une trop large place. L'observation était faussée par les exagérations des uns et des autres, et le résultat final lui-même, diversement interprété, éclairait moins qu'on ne pourrait le croire sur la vérité des systèmes.

Aussi les ouvrages de Galien, en éternisant le souvenir de ces luttes dans lesquelles il avait brillé, ont-ils rendu un mauvais service aux générations qui l'ont suivi.

Pour étudier une maladie, il faut aux commençants une attention que rien ne vienne partager, et s'il est vrai que les malades veulent une direction unique, la chose n'est pas moins certaine pour les élèves à leurs débuts. Plus tard il en est autrement, lorsqu'on se trouve assez instruit pour se faire une opinion propre et se permettre un sage éclectisme. On peut beaucoup gagner aux querelles scientifiques, pourvu qu'elles gardent un caractère sérieux : condition rarement obtenue dans l'empire romain où la médecine était traitée comme un art grec par excellence, à tel point que, suivant les expressions de Pline, « le peu de quirites qui voulurent s'en mêler passèrent aussitôt dans le camp des Grecs. » C'est-à-dire qu'ils en adoptèrent non-seulement les termes techniques, mais les habitudes d'esprit, de conduite et de langage.

Peut-être faut-il attribuer les progrès rapides que fit la chirurgie chez les anciens à ce que les faits en étaient trop clairs et parlaient trop haut pour qu'il fût possible de les oublier et de se perdre dans les théories et les sophismes.

Peut-être aussi faut-il en rechercher la cause dans les combats du cirque et les exercices journaliers des troupeaux d'hommes qu'on destinait à y figurer. Des lésions de toute nature y fournissaient le plus vaste champ à l'observation et à la pratique.

A Rome, le titre de médecin des gymnases ou écoles d'athlètes ou de gladiateurs, devait être fort recherché, car dans la plupart des inscriptions où il figure, il est porté par quelque affranchi des Césars.

A Pergame, sa patrie, Galien avait reçu des prêtres d'Esculape le soin des gladiateurs blessés, et ce souvenir lui resta cher, car il crut y avoir fait d'importantes découvertes.

Mais ce fut surtout à Alexandrie que la chirurgie dans laquelle fut comprise toute la pathologie externe, prit un développement remarquable et fut professée avec éclat, étant pratiquée avec non moins d'habileté que de hardiesse.

L'anatomie et la physiologie y étaient aussi cultivées avec un soin particulier. On y gardait le souvenir des cruelles vivisections faites par Hérophile sur des criminels que les Ptolémées lui livraient, et qu'il ouvrait vivants pour étudier l'aspect et le jeu des organes. Ces épouvantables expériences ne furent plus permises sous la domination romaine ; mais, dans le premier siècle de l'ère chrétienne, il restait encore des médecins qui regrettaient cette prohibition. Suivant eux, l'étude des cadavres à laquelle ils se livraient était insuffisante pour dévoiler les secrets de la vie et l'économie du corps humain. Les sectateurs de l'école empirique rejetaient au contraire comme inutile toute espèce de dissection. En résumant ce débat, Celse a formulé des conclusions tellement justes qu'elles peuvent encore servir de règles. Il regarde comme indispensable la connaissance de l'anatomie, prise sur les morts, le scalpel en main ; mais il repousse comme superflues, il condamne comme criminelles à l'égal de l'assassinat, les expériences physiologiques faites aux dépens des hommes vivants, qu'ils fussent ou non condamnés, car le médecin ne peut être un bourreau.

Un siècle plus tard on avait perdu l'habitude de disséquer les cadavres humains ; parmi lesquels toutefois on ne classait pas ceux des pauvres petits enfants qui étaient « encore tout sanguinolents, *sanguinolentos*, » et qui, destinés d'avance à mourir, n'étaient pas sensés avoir vécu, et n'étaient protégés par rien dans la législation romaine ou dans les mœurs.

Mais si la dissection d'un homme avait fini par devenir chose tellement exceptionnelle, qu'il fallût la volonté d'un empereur pour faire servir à cet usage le corps d'un Germain, tué dans une défaite des barbares, il n'est pas possible aujourd'hui d'indiquer avec précision le motif de ce changement de coutume : peut-être quelque mesure législative qui ne nous est pas parvenue, peut-être simplement une répugnance naturelle justifiée par la crainte d'être accusé de magie par un peuple superstitieux. C'est, en effet, aux magiciens et empoisonneurs de profession qu'on trouve assimilés, dans le code théodosien, ceux qui n'auront pas laissé les morts reposer en paix dans leurs sépulcres ; et déjà le simple examen des animaux privés de vie avait été l'une des bases de l'accusation de magie qu'Apulée eut à soutenir.

Dr Victor Revillout.

temps de Hunter si cela est dû à l'action de l'air atmosphérique sur les tissus, en tant qu'air, ou simplement à l'écartement forcé, mécanique de ces tissus.

Si, en traitant de l'action de l'air sur les plaies, M. Guérin n'a fait que reproduire une doctrine générale, s'il n'a ajouté jusqu'à présent que peu de chose à la démonstration de cette doctrine, il est un point dont il s'est plus préoccupé que ses devanciers : c'est la recherche du mode d'action de l'air sur les plaies et surtout de la nature des effets résultant de son absence dans les plaies sous-cutanées. Toutefois je ne crois pas amoindrir cette partie de ses travaux, en disant que ce qu'elle contient de plus positif était déjà connu, comme l'action irritante de l'air sur les tissus dénudés.

2° Principe physiologique. — Absence d'inflammation et organisation immédiate des tissus. Il n'y a pas là découverte de la part de M. Guérin; la discussion de 1857, les citations récentes de M. Velpeau l'ont surabondamment prouvé.

On avait peu étudié avant 1839 la cicatrisation des tissus autres que les tendons et divisés comme eux sous la peau. On doit à M. Guérin des notions plus complètes sur ce point. Seulement une exagération regrettable lui a fait proclamer pour tous les tissus, pour toutes les régions, pour toutes les étendues de section une égale innocuité, une marche toujours exactement la même, à la seule condition de bien mettre la plaie sous-cutanée à l'abri du contact de l'air.

Il a été question plusieurs fois dans cette discussion de la nature des tissus nouveaux qui réunissent les organes divisés dans les plaies sous-cutanées. Je me bornerai à répéter que les lois formulées sur ce point par notre collègue sont fausses.

3° Procédés opératoires établis en vue de placer et de maintenir les plaies à l'abri du contact de l'air.—Au point de vue des sections sous-cutanées, notre collègue a ajouté à ce qu'avait fait M. Stromeyer, le précepte d'éloigner davantage la piqûre cutanée de l'organe à diviser. Ce précepte peut avoir quelquefois son utilité; dans d'autres cas, il est sans importance; dans quelques-uns, il est impraticable ou contraire à la sûreté de l'opération.

Notre collègue a encore imaginé pour des cas particuliers, par exemple pour la thoracenthèse, pour les abcès par congestion, des procédés dont l'examen m'entraînerait trop loin. Je me plais à reconnaître que quelques-uns ont des avantages réels.

4° Application ou généralisation de la méthode sous-cutanée. — La méthode sous-cutanée était généralisée, dans son application aux difformités, avant les travaux de M. Guérin. Il ne peut donc être question ici que de l'extension de la méthode, c'est-à-dire d'une plus grande généralisation. M. Guérin a beaucoup fait sous ce rapport, a trop fait peut-être; mais le monde médical oubliera les excès et gardera le souvenir des créations utiles.

Passant ensuite à l'examen des applications de la méthode sous-cutanée à la chirurgie générale, l'orateur résume son opinion et termine son discours en ces termes :

Si je suis obligé de dénier à notre collègue l'invention même de la méthode sous-cutanée appliquée à la chirurgie générale, il ne m'en coûte pas plus qu'à M. Velpeau de déclarer que ses efforts, pour étendre et perfectionner l'emploi de cette méthode, ont eu dans diverses circonstances des résultats utiles à la science et à l'humanité.

— **M. J. GUÉRIN** réplique par quelques mots qui se résument en disant que c'est pour la troisième ou quatrième fois que M. Bouvier présente les mêmes critiques et les mêmes observations chaque fois réfutées, et qu'il se croit par conséquent dispensé d'y répondre de nouveau. Quelques points cependant lui paraissent nécessiter une réponse immédiate. Cette réponse consistant en citations de textes opposés à quelques-uns de ceux qu'a cités M. Bouvier, il nous est impossible de les reproduire de mémoire en ce moment.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE.

Des bains stimulants dans le traitement du choléra.

A monsieur le directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

J'ai l'honneur de vous demander la permission de soumettre à vos nombreux lecteurs le changement radical que je viens d'apporter à l'application de mes bains stimulants dans le traitement du choléra.

En 1854, M. le docteur Aran, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, voulut bien expérimenter le produit salin que je lui présentai, dans le but de supprimer les évacuations riziformes, de stimuler la circulation du sang, de ranimer les forces de l'organisme, de rappeler l'énergie vitale, d'arrêter enfin les accidents les plus redoutables chez les cholériques. Des résultats heureux furent publiés dans le *Moniteur des hôpitaux*, mais en nombre trop restreint pour mériter l'attention du corps médical.

Depuis cette époque, j'ai fait plusieurs tentatives pour obtenir de nouvelles épreuves, susceptibles de donner aux premières toute la valeur qu'elles méritaient, venant surtout après neuf observations, recueillies dans la commune de Saint-Ouen, par M. le docteur Roussel.

J'ai toujours rencontré des entraves pour réaliser mes vœux, mais j'ai su mettre à profit les derniers avis qui m'ont été donnés par les plus éminents professeurs. « Simplifiez votre « méthode, m'ont-ils dit, et vous réussirez à vaincre l'opposi- « tion qui vous est faite dans les établissements sanitaires. »

Je me suis donc attaché à lever les obstacles les plus sérieux, en substituant un drap à une baignoire, dans le cas indiqué ci-dessus. Par ce moyen, je suis arrivé : 1° à décupler l'énergie de l'agent thérapeutique; 2° à supprimer les lenteurs dans l'application, aussi bien que les tiraillements dans le service des infirmiers; 3° à rendre l'opération praticable dans tous les milieux, dans tous les pays, dans les camps aussi bien que dans les maisons les mieux disposées.

Voici comment il faut procéder, en utilisant une terrine :

Premier temps. — Versez quatre doses de sel de Pennès si c'est pour un enfant; six, si c'est pour un adolescent; huit, si c'est pour un adulte moyen; douze, si c'est pour un adulte très-grand.

Agitez fortement et rapidement ce sel après l'avoir arrosé des doses proportionnelles d'huiles volatiles, qui entrent dans ma composition; videz par-dessus ce mélange le double (en volume) d'eau chaude, afin de dissoudre et combiner le tout par une agitation très-rapide, pour y plonger et y remuer dans tous les sens un drap de grandeur appropriée.

Deuxième temps. — Étendre aussitôt ce linge, remplissant l'office d'une baignoire, sur une couverture de laine et en envelopper le malade depuis le cou jusqu'à la plante des pieds, en ramenant la couverture par-dessus, dans le but de conserver toute la chaleur et de favoriser l'action dynamique et révulsive du sel de Pennès.

Troisième temps. — Frictionner par-dessus la couverture pendant un quart d'heure, à l'aide de gants de crin ou de laine, surtout sur les régions du dos et de la poitrine. Favoriser la réaction en donnant à boire de très-petites tasses de café noir, léger, additionné à l'aide d'un morceau de sucre avec dix gouttes d'acide bromo-phénique par litre, bien mêlées préalablement avec cent grammes de sirop de cachou ou de ratanhia; ouvrir toutes issues pour renouveler l'air respiré.

Quatrième temps.— Après que la réaction s'est bien manifestée, c'est-à-dire après un autre quart d'heure de repos, fermer toutes les issues, débarrasser le corps de l'enveloppe minérale et le porter rapidement dans un autre lit sur un drap et une couverture, chauffés préalablement, afin d'y rouler le malade et l'y tenir pendant deux heures; après ce temps écoulé, changer le drap et la couverture si l'exsudation a été abondante. Pendant toute la durée de la réaction, ne pas négliger de tenir la tête couverte avec des linges imbibés d'eau froide, afin d'éviter le reflux du sang dans le cerveau.

La méthode que j'indique ici a déjà fait ses preuves, mais comme les faits ne sont pas assez nombreux pour avoir de la valeur, je fais un appel à tous les chefs de service qui désirent que la lumière se fasse en vue de l'intérêt public, sans s'arrêter à l'intérêt privé. Je me mets à leur disposition. J. A. PENNÈS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Bnénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude clinique et thérapeutique des affections périodiques idiopathiques ou fièvres intermittentes, rémittentes des pays chauds, guéries ou heureusement modifiées par la quinine et le fer, par le docteur BOTTARO. In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Consultation médicale sur le choléra, par le docteur Édouard FOURNIÉ. Brochure in-8. Prix : 1 fr, — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral, par PRÉVOST et COTARD, internes des hôpitaux. Un vol. in-8 accompagné de 4 planches en chromolithographie. Prix : 5 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie, par le docteur TIXIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 95 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 105. — SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1866. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques points relatifs à l'histoire de l'aphasie.

I. — Malgré les recherches si nombreuses entreprises dans ces dernières années sur l'aphasie, il reste encore beaucoup à faire avant que ce sujet ait été réellement étudié sous toutes ses faces, et surtout avant que l'on ait déduit de cette étude toutes les conséquences théoriques et pratiques qui doivent en découler.

C'est le côté clinique de la question qui nous semble aujourd'hui le plus utile à étudier : d'un côté, en effet, la question anatomique ne peut être résolue que par un nombre très-grand d'observations concordantes et faites dans les conditions les plus différentes ; d'autre part, il nous semble très-douteux que l'on puisse jamais arriver à déduire de la pathologie de la parole des conséquences vraiment utiles pour la physiologie du langage. Ces deux terrains nous semblent trop distincts et trop profondément séparés par un abîme infranchissable pour que l'examen approfondi de l'un d'entre eux puisse contribuer beaucoup à faire connaître l'autre d'une manière plus exacte.

C'est donc au point de vue clinique que doit être étudiée l'aphasie; et nous croyons utile de donner à nos lecteurs la partie essentielle d'un très-bon mémoire du docteur Gairdner, sur cette question, mémoire traduit en partie dans les deux derniers numéros des *Archives*, par le docteur J. Falret.

Les remarques du docteur Gairdner portent sur trois points principaux : la parole, l'intelligence et l'écriture chez les aphasiques.

Pour lui, comme pour la plupart des auteurs, il y a, dans tous les cas d'aphasie véritable, intégrité des organes de la phonation, et intégrité à peu près complète de l'intelligence.

Pour démontrer l'intégrité des organes qui servent à l'articulation des sons, il s'appuie surtout sur ces deux faits, savoir : que les aphasiques peuvent encore articuler nettement certains mots, alors même qu'ils sont privés de la possibilité de prononcer le plus grand nombre des mots de la langue, et qu'aucune maladie des organes de la phonation ne peut donner lieu à une suppression aussi absolue de l'articulation des mots, que celle qui existe dans la plupart des cas d'aphasie.

Relativement à l'état de l'intelligence chez les aphasiques, le docteur Gairdner rapporte avec détails, plusieurs observations curieuses d'aphasie temporaire et accidentelle, et même d'aphasie plus prolongée, dans lesquelles les malades, tout en étant privés de la possibilité d'exprimer leurs pensées par la parole et par l'écriture, avaient néanmoins la conscience parfaite de la conservation de leur intelligence et de leur raison, et ont pu décrire, après leur guérison, les idées et les sentiments qui les agitaient pendant leur maladie.

Le docteur Gairdner reconnaît cependant que dans certains nombres de cas il n'y a point intégrité absolue des facultés intellectuelles, et que l'intelligence tout en persistant n'a pas toute l'acuité désirable, par suite de l'absence de cette faculté, la mémoire des mots, que les philosophes ont considérée de tout temps et avec raison, comme un auxiliaire indispensable, sinon comme une condition *sine qua non* de l'exercice de la pensée.

Tout en proclamant que dans la majorité des cas, l'intelligence est légèrement atteinte, le docteur Gairdner croit néanmoins qu'elle est en grande partie conservée, et il compare l'état mental des aphasiques à celui de la plupart des hémiplégiques, qui, malgré l'affaiblissement léger de leurs facultés, sont néanmoins considérés par tous comme jouissant de leur raison.

Si l'intelligence est intacte, le mécanisme de la phonation conservée, l'aphasie consiste donc, en réalité, dans la destruction du trait d'union qui réunit entre eux les deux éléments extrêmes du phénomène complexe du langage; ces éléments sont intacts tous les deux, mais ils cessent d'être rattachés l'un à l'autre par le lien intermédiaire qui les unit à l'état normal.

Cependant le docteur Gairdner pense que, dans la plupart des cas d'aphasie, ce n'est pas habituellement le passage du mot à son expression extérieure par la parole qui se trouve interrompu, mais bien plutôt le passage de l'idée au mot qui lui correspond. L'intelligence conçoit les idées à l'état vague, mais ne peut parvenir à trouver le mot, qui est le symbole nécessaire. Or, en l'absence de ce mot correspondant à la pensée, celle-ci ne peut se traduire au dehors ni par la parole, ni par l'écriture. C'est là ce qui a conduit le docteur Gairdner à s'occuper de l'état de l'écriture chez les aphasiques, en se basant surtout sur une observation, qu'il donne avec détail aux dernières pages de son mémoire.

II. Du petit nombre de faits que nous possédons relativement à l'écriture chez les aphasiques, il résulte que ceux-ci écrivent au moins aussi mal qu'ils parlent, et ceux qui ne peuvent pas du tout parler sont également incapables d'écrire.

Et cependant, la main peut tracer des caractères; elle n'a rien perdu de sa flexibilité, de son habileté d'autrefois; en jetant les yeux sur le spécimen d'écriture donné par M. Gairdner, aux dernières lignes on voit les lettres nettement formées, d'un nom très-lisible; le nom avait été écrit par une personne étrangère et copié par le malade; on sait que les aphasiques copient très-bien une ligne d'écriture comme ils copieraient un dessin quelconque; il peuvent, pour emprunter l'expression de M. Gairdner, copier leur nom, le nom de leurs proches, précédemment écrit, comme un homme pourrait copier une langue qu'il aurait connue autrefois, mais qu'il aurait complétement oubliée, la main conservant, malgré tout, un certain degré de science mécanique indépendamment du cerveau.

L'écriture, ainsi produite, est très-lisible et même hardie; elle ne ressemble en rien aux caractères tremblés et incertains que l'on voit dans les premières lignes, et elle répond ainsi à l'objection qui pourrait être faite, qu'il existerait peut-être, dans ce cas, une paralysie de la faculté d'écrire, au point de vue mécanique. Et pour ne parler ici que du malade qui fait le sujet de l'observation de M. Gairdner, il pouvait facilement écrire en copiant, pourvu qu'il voulût s'en donner la peine mais il ne pouvait pas arriver à penser en écrivant; il ne pouvait pas, même pour deux ou trois lettres seulement, lier le symbole à l'idée symbolisée dans un mot, et toutes les tentatives faites pour l'amener à ce résultat, aboutissaient seulement à une répétition sans aucun sens de plusieurs lettres A, suivies de quelques essais pour former un J, un *i*, un *m*, un *n*, et une multitude de traits incompréhensibles.

III. — En résumé, la thèse de M. Gairdner se réduit à ceci : prouver que, chez les aphasiques, l'intelligence, la conscience peuvent persister et attribuer un trouble de la faculté d'expression distincte de l'intelligence, ce que le professeur Trousseau et d'autres cliniciens n'hésiteraient point à rattacher à un trouble intellectuel, qui, suivant eux, existerait à un degré plus ou moins grand dans tous les cas d'aphasie.

Des signes cliniques de la congestion pulmonaire.

Le docteur Woillez a publié, dans les deux derniers numéros des *Archives*, les premières pages d'un travail considérable sur la congestion pulmonaire. On sait que cette question a été, et cela depuis bien des années, étudiée avec une prédilection toute spéciale par le savant médecin de l'hôpital Cochin. Nous nous proposons de revenir plus tard sur les formes de la congestion pulmonaire, sur sa valeur séméiologique.

Dans cette revue, nous ferons seulement connaître quels sont, d'après les faits observés par le docteur Woillez, les signes cliniques de la congestion pulmonaire idiopathique.

I. — La fièvre est constante au début lorsque la maladie est spontanée. Ce fait, qui avait échappé aux premières observations de M. Woillez, lui paraît bien confirmé aujourd'hui. Le caractère de cette fièvre, quelle que soit son intensité, est d'avoir une très-courte durée.

En même temps que la fièvre, dans le plus grand nombre des cas, rarement dans les quelques heures qui la suivent, les malades accusent une douleur de côté; douleur sous-mammaire, d'intensité variable, douleur pleurodynique.

La dyspnée, liée souvent à la douleur de côté, est quelquefois indépendante et très-prononcée ; la toux est nulle ou rare. Cette absence de toux serait, d'après M. Woillez, un des bons caractères de la maladie.

Mais les signes physiques tirés de l'auscultation, de la percussion et de la mensuration peuvent seuls caractériser la congestion pulmonaire, bien que les troubles fonctionnels dont nous venons de parler aient, par eux-mêmes, une grande valeur diagnostique.

II. — Les signes d'auscultation sont de beaucoup les plus importants, ceux qui caractérisent le mieux et le plus sûrement la congestion pulmonaire.

La faiblesse du bruit respiratoire se rencontre dans les deux tiers des cas ; la respiration exagérée ou puérile est moins fréquente que la respiration affaiblie, mais ce n'est pas cependant un signe exceptionnel.

La respiration sifflante ou ronflante (râles sonores sifflants ou ronflants) a été observée dans près de la moitié des cas, et

FEUILLETON.

DE LA PROFESSION MÉDICALE SOUS L'EMPIRE ROMAIN (1).

II.

Quoi qu'il en soit, Galien, le grand anatomiste, a fait toutes ses découvertes exclusivement sur des animaux. Son dernier et savant traducteur, M. le docteur Daremberg, en publiant le long traité *de l'utilité des parties*, a eu la patience d'en répéter toutes les dissections, afin d'être plus sûr qu'elles n'eussent point été faites sur des hommes. Mais en l'absence même de cette preuve nouvelle, il ne pouvait rester l'ombre d'un doute après une lecture attentive *des administrations anatomiques*, le plus intéressant peut-être des ouvrages que le médecin de Pergame ait écrit.

Galien y parle d'Alexandrie comme de la seule ville où les maîtres missent des os humains préparés à la disposition de leurs élèves. Ailleurs il fallait étudier l'ostéologie comme le reste, sur des animaux, sur des singes de préférence. Puis on guettait les occasions que le hasard pouvait procurer de comparer l'anatomie humaine avec celle qu'on avait apprise. Plusieurs de ces chances favorables se présentèrent pour Galien, qui s'en félicite. Ici ce fut le débordement d'un fleuve qui, brisant les sépulcres, avait porté les ossements sur la rive; là, ce fut la rencontre du squelette d'un bandit qui, tué sur une grande route, avait été la proie des vautours ; ailleurs les affreuses blessures reçues dans les combats du cirque ; ailleurs les maladies charbonneuses ou la peste qui, mortifiant une partie des tissus, laissaient voir dans la profondeur, lorsque le couteau du chirurgien faisait la part du mort et du vif. Dans ces derniers cas, il se passait des scènes qui nous étonnent quand nous les lisons dans Galien, et qui paraissaient alors toutes naturelles. Chacun des élèves présents voulait tirer tout le parti possible de la circonstance, et non content de plonger ses regards au fond des plaies, il faisait faire au malheureux patient les mouvements les plus variés, afin de voir le jeu des muscles, et de découvrir par les changements de position la plus grande étendue possible.

Encore toutes ces manœuvres restaient-elles inutiles pour ceux qui n'avaient pas une notion suffisante de l'anatomie comparée. Cette science commençait à prendre corps. On savait que certaines règles président à la fois à la disposition de chacune des parties d'un même être vivant, afin de constituer par leur ensemble un tout harmonique; et cette donnée sur laquelle le génie de Cuvier s'appuya plus tard pour reconstruire l'histoire des espèces perdues, on s'efforçait de l'appliquer à l'homme. Galien recommanda aux étudiants de disséquer à son exemple des animaux de toute nature, y compris des poissons, des oiseaux, des reptiles, afin qu'il prissent l'habitude de juger d'après les formes extérieures quelles pouvaient être la disposition et la figure des divers organes.

La physiologie expérimentale et l'anatomie marchaient de front dans les études : méthode la plus fructueuse et la plus simple du moment où l'on n'opérait pas sur des hommes. On y trouvait le double avantage d'éviter en anatomie bien des erreurs autrement faciles, et de s'exercer aux opérations chirurgicales. Souvent le même animal devait servir à ce double genre de recherches, et les expériences indiquées exigeaient la plus grande adresse manuelle et le plus grand sang-froid.

Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans les détails : notons seulement que sur bien des points les résultats annoncés par Galien furent en contradiction formelle avec ceux qu'avaient obtenus ses prédécesseurs, ce qui causa la plus grande émotion dans le corps médical à Rome. On accusa le novateur de chercher la gloire à tout prix et d'imaginer dans ce but de soi-disantes découvertes pour lesquelles la nature n'était pas consultée. Galien ne professait pas publiquement alors. Il avait bien répété ses expériences devant quelques hauts personnages qui avaient insisté pour les voir, et devant quelques hommes qui puisaient dans la philosophie d'Aristote le goût des sciences naturelles; mais cela ne suffisait pas pour fermer la bouche à ses détracteurs, et sur les instances de ses amis, il dut finir par se résoudre à faire ce qu'on faisait d'ordinaire en pareil cas. Portant une sorte de défi général, il se rendit dans le temple de la Paix, lieu où se réunis-

(1) Voir nos numéros des 21, 26, 28 juin, 12, 17 juillet, 28 août, 4 et 6 septembre 1866.

le plus souvent elle peut être immédiatement perçue par l'oreille sans qu'il soit besoin de faire tousser le malade pour la constater. Ce signe peut occuper l'un ou l'autre côté, ou être partout disséminé.

La respiration soufflante, ou souffle bronchique, a été notée neuf fois sur cinquante cas environ : elle était nette, prononcée, s'entendant aux deux temps de la respiration, et occupant un espace limité des régions postérieures de la poitrine.

Avec ce siége spécial à la racine des bronches, la respiration soufflante est un excellent signe de congestion lorsqu'on le rapproche des autres, bien qu'il ne soit point pathognomonique, et qu'il se rencontre également dans la pneumonie franche et dans la pleurésie.

Six fois seulement sur cinquante malades, M. Woillez a entendu des râles humides ; ce résultat est en contradiction avec l'opinion émise par M. Fournet (*Recherches cliniques sur l'auscultation*, 1839, p. 199), qu'un râle humide visqueux à bulles continues et avec des caractères spéciaux, soit un signe constant de congestion.

Ce qu'il y a de particulier dans l'auscultation de la voix pendant la congestion pulmonaire, c'est qu'elle est rarement modifiée d'une manière sensible ; les vibrations thoraciques existent à peu près, sans modification, dans la congestion pulmonaire.

En résumé, aucun des signes de la congestion pulmonaire pris isolément n'est pathognomonique. C'est par leur coexistence, leur succession, leur enchaînement, par les conditions pathologiques dans lesquelles on les rencontre, que les signes d'auscultation, non-seulement dans la congestion mais dans toutes les maladies du poumon, acquièrent leur véritable valeur.

Passons maintenant aux signes de la percussion et de la mensuration de la poitrine.

L'obscurité du son, qui se rencontre moins fréquemment que la sonorité exagérée ou tympanique, est rarement absolue ; c'est le plus souvent une submatité à limites vagues, occupant, en arrière, la moitié ou les deux tiers inférieurs du poumon affecté, rarement toute sa hauteur, et ne donnant pas, sous le doigt, la sensation de résistance que donnent à la percussion une hépatisation pulmonaire ou un épanchement pleurétique.

La sonorité exagérée ou tympanique est souvent très-prononcée ; elle existait sur 22 malades, tandis que la matité ne s'est rencontrée que sur 14 ; un fait encore est à remarquer, c'est qu'il y a eu fréquemment, dans les signes de percussion dont je viens de parler, une mobilité que l'on retrouve dans les signes d'auscultation, et qui constitue un des caractères originaux de la maladie.

L'ampliation de la poitrine, constatée avec le cyrtomètre, vient s'ajouter à ses signes, pour les confirmer et en donner l'explication. La mensuration, en effet, sert plutôt comme un moyen scientifique et démonstratif, que comme moyen de diagnostic usuel et pratique.

Sa valeur est tout entière dans ce fait, qu'aucun autre moyen ne peut révéler, pendant la vie, l'augmentation de volume du poumon congestionné.

En effet, ainsi que l'a démontré M. Woillez dans un précédent mémoire (*Arch. gén. de méd.*, 1865, t. II), la seule augmentation de volume du poumon donne lieu, par elle-même, tantôt à la respiration faible, tantôt à la respiration puérile, à l'expiration prolongée, à la respiration granuleuse ou rude, sibilante ou ronflante, ou enfin soufflante. Or, tous ces signes sont ceux qui viennent d'être précédemment donnés comme existant dans la congestion pulmonaire simple. Et, comme il y a augmentation du volume du poumon par le fait de l'hyperhémie, on doit croire que cette augmentation de volume n'est pas étrangère à l'existence des signes d'auscultation de la congestion pulmonaire.

ASILE IMPÉRIAL DE VINCENNES. — M. LABORIE.

Tumeur du testicule droit présumée de nature cancéreuse. Castration. — Examen microscopique.

(Observation recueillie par M. HUREL, interne du service.)

D... René, âgé de trente-sept ans, serrurier, entre à l'asile impérial de Vincennes le 21 juin. Il présente une tumeur du testicule droit, le diagnostic porté est sarcocèle cancéreux.

Le début des accidents remonte au mois de janvier 1866.

Jusqu'à cette époque, rien ne semblait indiquer que cet homme devait avoir le triste privilége de cette affection. Il avait seulement remarqué que le testicule droit était plus volumineux que le gauche.

Vers l'âge de onze ans, il a eu une adénite inguinale, idiopathique, du même côté, qui suppura pendant trois semaines et dont il porte la cicatrice.

Il y a dix ans, il contracta une blennorrhagie qui dura dix jours. Sa santé n'a pas subi d'autres atteintes.

Au mois de janvier dernier, sans cause apparente, ni violence d'aucune espèce, il remarqua vers la partie inférieure et postérieure du scrotum à droite, un cordon dur, roulant sous les doigts, insensible au toucher et ne donnant pas lieu à des douleurs spontanées.

Pendant deux mois cet état resta stationnaire. A partir du mois de mars, les symtômes s'accrurent, l'affection marcha rapidement. Des douleurs spontanées, lancinantes, se firent ressentir le long de ce cordon, irradiant jusque dans la cuisse.

Peu à peu le malade sentit l'induration s'étendre du côté externe du cordon, qui deux mois auparavant avait éveillé son attention, et envelopper le testicule ; si bien que, vers la fin d'avril, la tumeur avait revêtu son caractère propre.

Jusqu'alors, il avait toujours continué son travail ; mais effrayé de voir son testicule grossir ainsi, et très-gêné d'ailleurs par le volume et le poids de la tumeur, il se décida à venir consulter M. Cusco, à l'hôpital de Lariboisière, dans le service duquel il entra. M. Cusco, diagnostiqua un cancer du testicule. Il fit une ponction exploratrice, quelques gouttes de sang s'écoulèrent. On se contenta de faire appliquer des cataplasmes.

Sorti du service de M. Cusco où il resta neuf jours, il reprit ses occupations ; mais des douleurs lombaires jointes à celles de la tumeur, la gêne de plus en plus grande que lui causait son testicule, qui chaque jour, augmentait de volume, le forcèrent de cesser définitivement tout travail.

Il entre donc le 17 mai chez M. Verneuil, quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

La tumeur navait pas encore acquis son volume maximum. Les douleurs lancinantes devinrent plus fortes.

A son entrée chez M. Verneuil il pouvait se lever et marcher ; à sa sortie le 21 juin, la marche lui était presque impossible.

M. Verneuil diagnostiqua également un sarcocèle ; mais il ne voulut pas tenter l'opération, pensant que l'affection remontait jusque dans l'abdomen. Du reste, le malade nous déclara qu'à ce moment, la partie correspondante au cordon, avait un volume plus grand, et que la tuméfaction s'élevait plus haut, qu'à l'époque de l'opération.

Pendant son séjour dans le service de ce chirurgien distingué, il eut des épistaxis et cracha un peu de sang; nous sommes portés à croire que ces crachats sanguins étaient dus à l'épistaxis.

Le traitement que lui fit suivre M. Verneuil fut le suivant :

Cataplasmes; frictions avec l'onguent napolitain; iodure de potassium à l'intérieur; vésicatoires à la région inguinale.

La santé générale, jusque-là peu affectée, s'altère. Le malade maigrit, perd ses forces. Peu d'appétit; digestions difficiles; sommeil troublé. Peut-être l'ennui a-t-il contribué à amener ce résultat, car le malade demandait son exeat et arrivait à Vincennes le 21 juin.

M. Laborie le voit le lendemain, et, après un examen attentif de la tumeur, il se range à l'avis de MM. Cusco et Verneuil. Pour lui aussi, le malade est atteint d'un sarcocèle cancéreux, seulement il ne croit pas à l'envahissement du cordon.

Voici ce qu'il constate :

Le côté droit du scrotum est occupé par une tumeur volumineuse, ovoïde, à surface presque uniforme, d'une consistance élastique, offrant par place une certaine dépressibilité, donnant la sensation d'une vague fluctuation.

La peau est saine et paraît libre d'adhérences. Il n'existe pas de dilatation des veines sous-cutanées, ni de ganglions inguinaux.

La tumeur est sans transparence, pesante si on la soulève dans la main; son volume est considérable, comme on peut en juger par les chiffres suivants :

a. Diamètre de la circonférence vers la partie la plus grosse : 29 centimètres.

b. Diamètre longitudinal, partant du milieu d'une ligne horizontale tirée de l'origine de la verge et allant jusqu'au périnée, au niveau de l'insertion du scrotum en ce point : 29 centimètres.

c. Diamètre oblique, partant du milieu de la même ligne et aboutissant au même point du périnée, en suivant la cloison du dartos : 34 centimètres.

La tumeur offre, au niveau du cordon, une saillie lisse, allongée, donnant au palper la sensation du liquide.

L'arcade de Fallope a éprouvé un abaissement dû à la traction opérée par la tumeur.

Par suite de cet abaissement, la saillie semble remonter jusque dans l'intérieur du canal inguinal, et l'on peut croire le cordon malade.

A la pression, douleur le long du cordon et dans la partie supérieure de la tumeur; insensibilité dans les autres parties.

On observe deux petites bosselures un peu fluctuantes : l'une à la partie antérieure et moyenne, l'autre à la partie externe et moyenne. Au sommet, il existe également un point, qui offre une dépressibilité se rapprochant de la fluctuation.

Quant au testicule, il échappe complétement à toute recherche, et l'on ne peut le distinguer ni par sa forme, ni par sa consistance, non plus que par la nature de la douleur que détermine ordinairement sa pression.

Quoique maigre, le malade paraît jouir d'une bonne constitution.

Pour s'assurer que la tumeur n'avait pas d'origine syphilitique, M. Laborie crut devoir essayer le traitement suivant :

Cataplasmes. Frictions avec la pommade :

Axonge.	60 grammes.
Iodure de potassium. . . .	4 —
Belladone	1 —

Chaque matin, une des pilules suivantes :

Sublimé.	0 gr. 50.
Extrait d'opium.	0 gr. 75.
Poudre de gaïac.	0 gr. 30.
Sirop de morphine.	q. s.

Faire 30 pilules.

Comme le malade ne pouvait se lever, il est envoyé à l'infirmerie le 29 juin.

Malgré le traitement employé, depuis son entrée à l'asile jusqu'au 2 juillet, pas d'amélioration. La umeur a plutôt augmenté, comme le prouvent les chiffres suivants :

$a' = 32$ centimètres.
$b' = 30$ —
$c' = 34$ —

Cependant, on doit noter quelques changements dans sa configuration. Ainsi, il s'est formé à la partie supérieure une sorte de méplat, au niveau de l'origine du cordon. Le malade dit aussi que la tumeur tire moins, que les parties ne lui semblent pas aussi pesantes.

L'appétit revient, le sommeil est meilleur, quoique troublé par des douleurs lancinantes qui se font également sentir dans la journée et causent au malade de vives souffrances.

Le 3 juillet, les douleurs ont été excessivement vives la veille; elles siégent surtout dans le cordon et s'irradient vers le sommet de la cuisse. Le malade n'a pu dormir ; il réclame avec instance l'opération.

M. Laborie procède à un nouvel examen, d'autant plus scrupuleux que M. Verneuil lui a fait part de ses craintes du côté du cordon.

De cet examen résulte pour lui la ferme conviction que le cordon est sain. Il pose définitivement son diagnostic en ces termes : cancer encéphaloïde du testicule, sans envahissement du cordon par l'élément cancéreux.

L'intérêt que le malade lui inspire et l'espoir de pouvoir transformer quelques mois d'une existence pénible en plusieurs années de calme, le déterminent à accéder à la demande du malade, pensant comme Celse : « *Melius anceps remedium experiri quam nullum* » d'autant mieux que l'examen de la poitrine et de la prostate ne fournissent aucune contre-indication.

L'opération est fixée au lendemain.

Le soir, on donne un lavement au malade, et l'on rase la région scrotale et inguinale.

Pour raser le scrotum vers la région périnéale, il fut nécessaire de soulever la tumeur.

On observa alors une tuméfaction bien plus prononcée au niveau du cordon; tuméfaction oblongue, presque fluctuante, se prolongeant jusque dans le canal inguinal.

Le lendemain, cette tuméfaction avait disparu.

L'examen de la pièce donnera l'explication de ce changement subit.

---

saient à Rome, pour y parler de leurs études, les médecins et autres savants, comme dans quelques villes de province sous le portique de la Fortune. Là, Galien prenant à témoin toutes les personnes présentes, se déclara prêt à démontrer qu'il n'avait rien avancé que d'exact. Il laissa libre aux assistants le choix de l'animal et de la région sur lesquels il aurait à fournir ses explications et ses preuves, le choix même de la méthode qu'il devrait suivre dans son exposition. Les séances furent longues, car chaque fois elles durèrent jusqu'à l'épuisement du sujet ou la fin du jour.

Les élèves se faisaient fête d'assister à des solennités pareilles, aussi bien ceux des adversaires que ceux des maîtres mis en cause : quelques-uns parmi ces derniers servant d'aides et de préparateurs, montraient à part les mêmes choses à ceux qui n'avaient pu s'en rendre compte étant trop loin. Les démonstrations de ce genre n'étaient pas toujours pleinement volontaires. Souvent elles étaient provoquées de vive force, pour ainsi dire, par quelques partisans d'une secte opposée. Ils allaient trouver le professeur jusqu'au milieu de ses disciples, et lui portant un sujet convenable pour l'expérience qu'ils désiraient voir, ils lui demandaient de la faire. Quelquefois même, s'il semblait hésiter, ils lui présentaient une somme d'argent qu'ils lui promettaient en cas de réussite, et cette offre le décidait, loin de l'irriter ou de le surprendre.

Les études anatomiques, bien que les corps humains n'en fussent plus l'objet, brillaient encore d'un vif éclat au second siècle de notre ère ; mais elles étaient déjà proches de leur décadence.

Une tendance malheureuse, dont le résultat devait être d'abaisser rapidement le niveau des connaissances médicales, gagnait de proche en proche, et les maîtres eux-mêmes.

On voulait soumettre le plus vite possible à un enseignement spécial les enfants qu'on destinait à une carrière, et les enfermer dans le cercle des études qui se rapportaient directement à leur future profession. On leur faisait donc bien vite délaisser ces écoles où précédemment toute la jeunesse intelligente allait recevoir un fond commun de connaissances littéraires, philosophiques, etc. : regardant comme du temps perdu celui qui n'était pas consacré à l'apprentissage d'un état.

Galien s'élève contre ces nouvelles coutumes qu'il avait vues naître ; Oribase, bien plus encore, parce qu'elles étaient devenues plus générales ; mais, dans le traité isagogique qui nous est resté sous son nom, le second Soranus d'Éphèse, les approuve pleinement et les adopte. Il veut qu'on prenne les élèves pour leur enseigner la médecine de préférence vers l'âge de onze ans, dès qu'ils commencent à pouvoir comprendre. Il est vrai qu'il désire qu'ils aient une notion de la grammaire et de la rhétorique, comme de l'arithmétique et de l'astrologie ; mais, malgré l'étendue apparente de ce programme, en fait, l'étude spéciale de la médecine reléguait les autres dans l'ombre ; et le jugement n'étant pas mûr, l'esprit n'ayant pas été développé par cette variété de connaissances qui seule lui donne de l'étendue, la mémoire prenait le dessus. On connaissait les mots, on ignorait les choses. C'était d'autant plus regrettable que ces enfants, ayant la volonté d'apprendre, étaient destinés à former, parmi les médecins, le corps d'élite ; tandis qu'avec cette méthode, ils ne devenaient pas plus habiles que cette foule de gens du métier qui pullulaient, au dire d'Oribase, remplissant les villes et les campagnes, bons tout au plus, en réalité, pour exécuter, comme des manœuvres, les prescriptions et les ordonnances dont on leur donnait la formule. « Ils s'attribuent un art qu'ils ignorent, et ne possèdent du médecin que le nom, écrivait Oribase à son ami le rhéteur Eunape, en lui indiquant une marche à suivre pour se soigner lui-même dans ses voyages... Vous en trouverez partout auxquels vous pourrez commander de préparer tel ou tel remède, et qui, se conformant à vos ordres, le composeront suivant vos instructions, et c'est pourquoi je vous donne quelques formules de médicaments composés. De ces gens du métier, la foule est innombrable ; non-seulement les villes en sont pleines, mais les moindres recoins des campagnes en regorgent ; tandis que vous n'ignorez pas combien peu il en est qui soient vraiment dignes du nom de médecin qu'ils portent. »

Cette situation se dessina de plus en plus, surtout en Occident. De jour en jour la pathologie était négligée davantage, ainsi que l'anatomie et la physiologie ; et près du malade on cherchait à faire oublier ces lacunes par l'assiduité, les complaisances, et mille petites précautions. « C'est avec les soins les plus empressés que nos médecins font mourir, » disait Sidoine Apollinaire.

Tout le bagage médical avait fini par se réduire à quelques notions de pharmacie, de petite chirurgie, et d'une matière médicale étrange. Encore passait-on pour habile quand on possédait un formulaire un peu étendu, et la connaissance des ouvrages où les plantes étaient décrites et reproduites par le dessin.

Le 4 juillet, on procède à l'opération.

Le malade est chloroformisé. Une incision longitudinale fut pratiquée sur la ligne médiane, depuis 1 centimètre au-dessus de l'anneau jusqu'au bas du scrotum.

La dissection de la tumeur, qu'on annonce dans les ouvrages classiques comme étant des plus faciles, ne laissa pas que d'être assez laborieuse à cause de la condensation du tissu cellulaire sous-cutané. On la fit au moyen du bistouri, et il fallut une grande attention pour éviter de blesser la verge et la cloison.

La ligature du cordon fut faite en masse, et l'on fut obligé de lier quelques artérioles du tissu cellulaire scrotal.

Le malade, présentant après l'opération une disposition syncopale très-prononcée, dans l'après-midi seulement, on fit le pansement : des bourdonnets de charpie furent placés au fond de la plaie, qu'on maintint réunie vers la partie moyenne à l'aide d'une serre-fine. On fit un pansement simple, retenu par un bandage triangulaire.

Diète ; bouillon, eau vineuse ; potion cordiale.

Le 5 juillet, les ligatures des artérioles sont tombées; pouls à 80 ; le malade a dormi environ deux heures dans la nuit; pas de douleurs.

Bouillon ; potages ; une pilule extrait thébaïque de 5 centigrammes ; 1 once 1/2 d'huile de ricin pour combattre la constipation.

Le 6 juillet, le malade a bien dormi; pas de fièvre: pas de douleurs; on retire la serre-fine; la plaie a bon aspect; la suppuration commence à s'établir.

Pansement simple; lotions avec eau chlorurée.

Potages; une côtelette.

Le 7, pas de fièvre ; appétit bon ; sommeil parfait; la suppuration est établie; on observe, vers la partie inférieure de la plaie, un point gangrené de la largeur d'une lentille; on renouvelle le pansement le soir.

Lotions avec eau chlorurée; pansement simple.

Le 8, pas de fièvre; la plaie a bon aspect, sauf le point gangrené, qui a pris un peu d'extension, il a la largeur d'une pièce de 20 centimes.

Même pansement.

Le 9, M. Laborie excise la portion gangrenée, qui d'ailleurs ne s'est pas étendue depuis la veille. Un cercle inflammatoire s'est formé tout autour, indiquant que l'élimination tend à se faire. Pas de fièvre. Même pansement.

Du 9 au 16, toujours bon état; la plaie a bon aspect; la suppuration se fait bien; pour masquer l'odeur, on applique de la poudre de charbon, les 10, 11, 12, et on verse de l'eau chlorurée sur la charpie qui recouvre le pansement simple.

Le 16, on interpose de la charpie entre les deux lèvres de la plaie.

Le 17, la ligature du cordon tombe (quinzième jour de l'opération). La suppuration est peu abondante.

On ne fait plus qu'un pansement par jour.

Le 19, toujours bon état. Le malade s'est levé une demi-heure la veille.

Le 23, le malade se lève, se promène. On interpose toujours, entre les deux lèvres de la plaie, de la charpie, afin de les écarter, car elles tendent à se renverser en dedans.

Le 30, la cicatrisation n'est pas entièrement terminée; il reste encore, vers la partie moyenne, une largeur d'environ 1 centimètre, qui, par suite du renversement des lèvres de la plaie, ne s'est pas cicatrisée.

Le 14 août, le malade sort complétement guéri, il a pris de l'embonpoint, il se porte bien.

Examen de la tumeur. — L'examen de la tumeur, à l'œil nu, vient confirmer le diagnostic porté par MM. Cusco, Verneuil, Laborie. Elle a toutes les apparences d'un cancer encéphaloïde. Masse volumineuse, du poids de 800 grammes, qui ne saurait donner lieu à une description détaillée.

Une enveloppe fibreuse la recouvre, des veines dilatées se montrent à sa surface ; nous avons dit que cette dilatation veineuse n'était pas apparente sur le scrotum. La tumeur est formée par un tissu mollasse, rougeâtre, de consistance pulpeuse, parsemé à la partie supérieure de petits corpuscules noirâtres, de matière mélanique.

Des cloisons fibreuses la partagent en plusieurs loges. Plusieurs petits kystes, quelques-uns de la grosseur d'un grain de raisin, d'autres plus petits, existent disséminés dans son intérieur.

On ne trouve pas de traces de la substance glandulaire du testicule, ni de l'épididyme.

Le cordon, qu'on a pu suivre dans une petite étendue, paraît sain.

A la partie supérieure, la tunique vaginale considérablement épaissie, forme un kyste hématique qui donne lieu à l'écoulement d'un liquide brun. Ce kyste nous explique la tuméfaction subite qui apparut lorsqu'on eut rasé le scrotum : le testicule ayant été soulevé, le liquide contenu dans ce kyste reflua le long du cordon, jusque dans l'intérieur du canal inguinal.

M. Laborie, désirant qu'on procédât à l'examen microscopique, pour savoir si le cordon était sain, mon collègue, M. Dionis, eut l'obligeance de faire examiner au microscope quelques portions de la tumeur par son ami, M. Renault, qui s'est déjà acquis un nom en micrographie.

Voici la note que M. Renault remit à mon collègue :

« L'examen de la pièce que tu m'as apportée hier, m'a clairement démontré qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse du testicule et non d'un cancer. En effet, les éléments figurés que j'ai trouvés en grande abondance dans la portion rougeâtre de la pièce n'avaient aucun des caractères des éléments du cancer, mais en revanche les caractères physiques, chimiques et microscopiques des éléments figurés du tubercule. On y trouvait, en effet, une multitude de corpuscules irréguliers légèrement polyédriques, à angles mousses, d'un diamètre d'environ 0mm,006 à 0mm,008, à contenu granuleux. L'acide acétique les pâlissait, sans y faire apparaître de noyau. Ils étaient unis entre eux par une matière amorphe, finement granuleuse et occupaient une trame fibreuse qu'ils masquaient par leur grande abondance.

« Le cordon était déjà envahi par la dégénérescence. De place en place, dans la tunique fibreuse du canal déférent, on trouvait de petites granulations du volume d'une pointe d'épingle environ, et que l'on reconnaissait, seulement à l'aide d'un fort grossissement, être composées de corpuscules tuberculeux et de matière amorphe. Toutefois la dégénérescence n'occupait que la portion du cordon la plus rapprochée de l'épididyme, le reste était sain. »

Grand fut l'étonnement après la lecture de cette note ; car ce résultat était d'autant plus inattendu que trois chirurgiens distingués étaient tombés d'accord pour reconnaître le caractère cancéreux de la tumeur. Seul, l'état du cordon avait fait naître des doutes.

D'ailleurs, sans l'examen microscopique de la tumeur, aurait-on pu croire, d'après les signes cliniques, qu'on avait affaire à une tumeur tuberculeuse ?

Nous avons une tumeur :

Non transparente, à forme ovale, à surface inégale, d'une consistance irrégulière, très-pesante, d'un volume considérable, dans laquelle il est impossible de découvrir le testicule : unilatérale, qui s'est développée sans cause appréciable, à marche croissante, dont le développement a été progressif, uniforme et rapide, donnant lieu à des douleurs lancinantes. De plus, rien du côté de la prostate, rien du côté de la poitrine.

De semblables symptômes ne pouvaient que faire supposer une tumeur cancéreuse encéphaloïde.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle prouve une fois de plus qu'il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer une tumeur testiculaire cancéreuse d'une tumeur tuberculeuse, et que le plus souvent la question ne peut être jugée qu'à l'aide du microscope.

Cette erreur de diagnostic dans la variété de tumeur avait-elle des inconvénients ? Non.

La castration était indiquée ; car le testicule, complétement désorganisé, devenait inutile ; l'ulcération menaçait et avec elle les souffrances, les horreurs d'une situation contre laquelle l'art est impuissant.

Ne pas opérer avec la quasi-certitude que le cordon était sain, c'était vouer un homme dans la force de l'âge à traîner péniblement une existence qui ne pouvait être que de peu de durée.

Le malade, espérons-le, n'aura qu'à se louer de son énergie, et de la décision de celui qui l'a débarrassé de sa tumeur.

DES FRACTURES DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS,

Par M. le Dr A. Guérin.

M. A. Guérin résume de la manière suivante le travail qu'il a publié sous ce titre dans les *Archives de médecine*, pour juillet 1866.

« En résumé, je crois avoir démontré :

« 1° Qu'il existe des fractures des maxillaires supérieurs, sans déplacement ;

« 2° Que la mobilité et la crépitation sont alors difficiles à constater ;

« 3° Que la douleur produite par le toucher, au niveau de l'aileron interne des apophyses ptérygoïdes, en est le signe pathognomonique ;

« 4° Que, parfois même, il est plus facile, au bout de quelques jours, de constater la mobilité des apophyses que celle des maxillaires ;

« 5° On pourrait enfin ajouter que l'apophyse montante de l'os palatin est nécessairement brisée ; et la pièce anatomique que j'ai recueillie à l'hôpital Cochin démontre que la fracture de la lame verticale de l'ethmoïde coïncide avec celle des os maxillaires et des apophyses ptérygoïdes. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 29 août 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les journaux de médecine parus depuis un mois.

Des demandes de congé de MM. Broca, Trélat, A. Guérin, Foucher, Guyon. (Renvoyé à la Commission des congés.)

La Société reçoit : de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant, un mémoire intitulé : *Observations d'uranoplastie ; trois nouveaux faits de divisions congénitales ; uranoplastie et staphylorapie ; guérison complète*. A ce travail sont jointes deux pièces en plâtre moulées sur nature.

Le mémoire de M. Ehrmann sera lu dans une prochaine séance.

— M. Brouzet fait hommage à la Société de la première partie d'un mémoire imprimé, intitulé : *Des indications et des contre-indications de la réunion immédiate après les amputations des membres et les opérations en général.*

M. Brouzet demande son inscription sur la liste des candidats, au titre de membre correspondant.

— M. Follin présente, au nom de M. le docteur Patry (de Sainte-Maure), ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Sainte-Maure :

1° Un travail manuscrit intitulé : *Mémoire sur deux cas d'anus contre nature, guéris par la suture* ;

2° Deux mémoires imprimés, l'un : *Sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde ;* l'autre : *Sur les applications de l'eau froide dans le traitement des plaies.*

Le mémoire imprimé est renvoyé à une Commission composée de MM. Follin, Tarnier et Tillaux.

— M. Giraldès présente, au nom de M. Thévenin, une thèse intitulée : *Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué.*

— M. Velpeau présente, au nom de M. Henri Dumont, la reproduction en plâtre d'une monstruosité du membre thoracique droit sur un sujet de douze ans; cette pièce, accompagnée d'une note, est renvoyée à l'examen de M. Tillaux, qui en rendra compte dans une prochaine séance.

A propos de la correspondance :

Anus contre nature.

M. Chassaignac mentionne un cas d'anus contre nature de la région ombilicale, traité par lui avec succès, au moyen de la suture directe, sans dissection des parois intestinales. On se borna à raviver le pourtour de l'anus anormal. Mais on pratiqua une suture double, l'une pour l'orifice aponévrotique (suture profonde), l'autre pour l'orifice cutané. La science ne possède qu'un très-petit nombre de cas de succès, par la suture directe. Et il est certain que si l'orifice aponévrotique n'est pas l'objet d'une attention spéciale, la suture faite à l'orifice cutané échoue inévitablement. L'observation a été publiée dans un mémoire sur les hernies ombilicales latentes. (*Traité d'opérations*, t. II, p. 695.)

COMMUNICATION.

M. Guéniot lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *Cas de paralysie du bras chez un nouveau-né extrait à l'aide du forceps.* (Commissaires : MM. Guyon, Tarnier, Blot.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur kystique du testicule.

M. Léon Lefort. La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été enlevée par moi il y a quelques jours, sur un jeune homme de vingt ans environ.

Cet homme, qui habite la campagne, avait éprouvé depuis quinze mois des douleurs dans le testicule droit, mais sans qu'il y eût augmentation appréciable de volume. Il y a trois mois, une contusion de ce même testicule amena un gonflement assez notable qui fut regardé

Aussi ne faut-il pas s'étonner si Marcellus dit l'Empirique, crut avoir, sans être médecin, renfermé dans sa compilation informe, tout ce que pouvaient savoir les médecins de son temps.

Dans cette préface à ses enfants, que nous avons citée déjà, Marcellus, en leur conseillant de se soigner eux-mêmes et de soigner les autres d'après les recettes qu'il leur donne, leur recommande de n'employer jamais les médecins proprement dits que comme des manœuvres exercés, des préparateurs ou des aides pour la confection des remèdes. Il n'en suppose pas de plus habiles, pour le traitement des maladies, que le premier venu muni d'un formulaire.

« Pourtant ayez soin, disait-il, de ne pas procéder à la préparation des médicaments que j'indique sans assistance de médecin, ou du moins sans l'attention la plus vigilante; car bien que je n'aie pas négligé de décrire, pour chaque remède, et les substances qu'il demande et les mesures de ces substances; bien que j'inscrive ci-dessous l'évaluation des mesures et des poids, suivant la coutume des Grecs et l'ancienne tradition médicale; cependant, ce sont là des choses qu'il sera bon pour vous de bien examiner, avec des gens qui, par métier, en soient plus au fait, car elles demandent une certaine habitude.

« J'ai rempli ma tâche en vous donnant du meilleur cœur les meilleures formules et toutes les instructions à suivre ; c'est à vous maintenant de veiller tant à votre santé qu'à ma réputation. »

Ainsi la science du diagnostic, du pronostic ; l'art de connaître le point de départ des symptômes et leur portée, la maladie qui les domine, les complications, les constitutions épidémiques, les dispositions individuelles, les indications passagères, l'occasion fugitive à saisir aux cheveux ; tout ce qui constitue en un mot l'art médical, le noble Marcellus n'en soupçonnait pas l'utilité ou pour mieux dire pas même l'existence; et la science d'alors était tombée si bas que cet oubli n'a nullement empêché la masse de ses lecteurs d'en faire un médecin, et même un archiâtre habile.

Ce qui rendait du reste la méprise plus facile, c'est que les médecins, n'ayant plus l'amour de ce qui n'était pour eux qu'un métier, abandonnaient leur profession avec une facilité singulière, sitôt qu'ils pouvaient obtenir quelque poste administratif ou quelque fonction palatine : par exemple se faire nommer *curateur des choses brillantes;* intendant, préfet du palais. Ceux qui exerçaient encore leur état, tendaient à devenir fonctionnaires; et l'on comprend qu'en Italie, moins d'un siècle après Marcellus, Cassiodore ait voulu légalement soumettre à l'obéissance passive les médecins embrigadés, et ne leur laisser, dans aucun cas, le choix du traitement à suivre. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion des archiâtres.

En Orient, la ville d'Alexandrie s'était maintenue à un niveau un peu plus élevé que celui des autres, en ce qui touchait l'enseignement médical. La célébrité de Galien, qui parla toujours avec éloge des maîtres qu'il y avait suivis, y avait encore augmenté l'affluence des étudiants : car, du temps d'Ammien Marcelin, « pour se donner tout le prestige d'un médecin savant et habile, sans avoir besoin de faire ses preuves, il suffisait de se prétendre ancien élève d'Alexandrie. » Mais, là même les traditions, comme les études, devenaient de moins en moins complètes; on était rapidement tombé de l'*Encyclopédie* au *Compendium*, du *Compendium* au simple *Manuel*, et l'on résumait les manuels lorsque l'invasion musulmane vint mettre fin à ce travail.

Dr Victor Revillout.

Traité de la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la capacité civile et la responsabilité juridique des individus atteints de diverses affections aiguës ou chroniques du système nerveux, d'infirmités congénitales (surdi-mutité, cécité), d'arrêt de développement cérébral (idiotie, imbécillité), etc., par M. le docteur Morel, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), lauréat de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur. Un vol. grand in-8 compacte, publié en 5 fascicules. En vente le fascicule premier comprenant les considérations générales et l'historique. In-8 de 160 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Du service de santé militaire chez les romains, par le docteur René Briau, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine. In-8 de 96 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

De l'acclimatation de l'Européen dans les pays chauds, par le docteur Coural. In-4 de 103 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Études sur les poisons convulsivants. De la picrotoxine, par le docteur Cayrade. In-8 de 30 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

comme une orchite traumatique. La tumeur ne diminuant pas, mais continuant au contraire à croître, on pensa à un hématocèle.

Lorsque je vis ce malade pour la première fois, il y a quinze jours, une ponction avait été faite quelques jours auparavant, mais elle n'avait donné issue qu'à du sang mêlé de sérosité.

Une inflammation assez notable s'y était développée, la tumeur était dure, présentant çà et là quelques points assez dépressibles. La pression en arrière et en bas donnait la douleur propre au testicule. Une sonde introduite par l'ouverture faite, que j'agrandis un peu sur la sonde cannelée, rencontrait partout une notable résistance. Je laissai envisager au malade la possibilité de l'urgence d'une opération.

Rappelé pour la seconde fois auprès de lui, huit jours après ma première visite, je trouvai la tumeur notablement augmentée; un champignon de tissus fongueux faisait saillie par l'ouverture faite à la face antérieure du testicule. Nous crûmes à un encéphaloïde, et je pratiquai le lendemain la castration.

La tumeur incisée par le milieu présente un nombre considérable de petits kystes, les uns opalins, les autres blanchâtres; les uns transparents, les autres demi-opaques. A la surface et à la partie antérieure de la tumeur, on retrouve le tissu testiculaire intact, étalé et aplati; mais en arrière et en bas on retrouve presque intacte le testicule ou l'épididyme, car il est difficile de se prononcer à cet égard; mais cette portion de la tumeur présente l'aspect normal du tissu testiculaire.

Je n'ai pu encore faire l'examen microscopique, de sorte qu'il m'est impossible d'affirmer si nous avons affaire à une transformation kystique du testicule, ou à un encéphaloïde avec kyste. L'intégrité de la plus grande partie du testicule, son isolement complet d'avec le reste de la tumeur, le petit volume des kystes me fait pencher pour ce dernier diagnostic.

COMMUNICATION.

Tumeur du testicule droit présumée de nature cancéreuse. — Castration. — Examen microscopique.

(Observation recueillie par M. Hurel, interne du service.)

M. LABORIE. J'ai eu l'occasion d'observer à l'asile de Vincennes un cas fort curieux de tumeur du testicule. Je dépose l'observation sur le bureau. (Voir plus haut).

M. VERNEUIL. S'il s'agit d'une tumeur tuberculeuse, je dois reconnaître que je me suis absolument trompé. Cependant, le volume, le poids de la tumeur, l'engorgement du cordon, l'intégrité de la prostate permettaient peu de penser au tubercule. L'examen anatomique vient souvent redresser les erreurs de la clinique; mais je ne puis m'empêcher d'émettre un doute. La coupe d'une tumeur tuberculeuse ne peut guère être confondue avec celle d'un encéphaloïde. Ce que M. Laborie vient de nous dire de l'aspect franchement encéphaloïde de la tumeur est un renseignement d'une grande valeur. Je crois donc que c'est un malade qu'il faut suivre, afin d'être éclairé définitivement.

M. TILLAUX. La tumeur que nous présente M. Le Fort lui paraît être de nature bénigne. Je ne puis m'empêcher d'émettre quelques doutes à ce sujet. J'ai aussi montré à la Société une tumeur en apparence identique à celle-ci. J'avais même vu que les kystes qui la creusaient étaient dus à une dilatation des lymphatiques. Il y a eu cependant une récidive avec généralisation qui a tué le malade moins d'un an après.

M. DESPRÉS. Il y a dans l'excellente thèse de Ch. Dufour une observation analogue à celle de M. Laborie. Le testicule fut successivement considéré comme tuberculeux et cancéreux. La distinction peut donc être difficile dans certains cas.

La pièce de M. Le Fort n'a pas été examinée au microscope; il est à désirer que cet examen soit fait. Mais je serais heureux de voir la Société mettre à son ordre du jour une discussion sur les tumeurs du testicule.

M. DEMARQUAY. Je pense comme notre collègue qu'il serait fort utile de débattre la question du diagnostic différentiel des tumeurs du testicule.

Je suis un peu surpris d'entendre M. Verneuil nous dire que la distinction est facile à établir. Tous les chirurgiens savent que plus d'une fois il a fallu procéder à l'opération, sans avoir pu diagnostiquer d'une manière précise la nature de la tumeur que l'on allait enlever. Plus d'une fois même, on a pu rester embarrassé en face de la pièce anatomique.

Je tiens encore à dire que l'ablation du testicule n'est pas toujours une opération bénigne, je l'ai plus d'une fois vue déterminer la mort.

M. VERNEUIL. M. Le Fort vient d'insister sur la présence du tissu testiculaire autour de la tumeur. Il nous a fait remarquer qu'il était sain; pour lui c'est une présomption de bénignité. Je ne puis partager son avis à cet égard.

Le refoulement et l'isolement de la substance testiculaire a été très-étudié par M. Ch. Robin. Cet éminent anatomiste a même été conduit à professer que les tumeurs du testicule naissaient dans l'épididyme. Je crois que c'est une erreur, déjà commise, chose assez curieuse, par Nacquart dans un article du dictionnaire en soixante volumes.

Pour ma part, j'ai presque toujours retrouvé le tissu testiculaire sain refoulé à la périphérie de la tumeur.

M. LE FORT. Ce qui me fait admettre ici que l'état sain de la substance testiculaire est une présomption de bénignité, c'est que la couche testiculaire est entièrement isolée de la tumeur par une couche celluleuse très-distincte.

M. VERNEUIL. Je répondrai maintenant à M. Demarquay, que je ne puis lui accorder la très-grande difficulté ou l'impossibilité du diagnostic que pour des cas exceptionnels. Le plus souvent le diagnostic est facile.

Quant à la castration, elle peut incontestablement occasionner la mort, mais c'est encore là une exception. Il est donc permis de regarder cette opération comme étant relativement bénigne.

Je signalerai d'ailleurs un accident peu ordinaire, mais dont on comprend la possibilité à la suite de la castration. Le plexus veineux du cordon est très-dilaté, et ses veines manquent de valvules. J'ai vu survenir une hémorrhagie grave, et comme je ne crois pas la ligature des veines dangereuse, j'ai pris l'habitude de les lier.

M. CHASSAIGNAC. J'ai plusieurs fois été frappé de l'absence de récidive après l'ablation de cancers du testicule. Est-ce parce que la tumeur est en quelque sorte enkystée. Toujours est-il que j'ai encore des malades que je peux suivre et qui n'ont pas de récidives.

MM. Demarquay et Verneuil viennent de nous signaler quelques dangers de la castration. Je crois à ce propos devoir déclarer que, depuis que j'ai adopté l'écrasement linéaire pour pratiquer cette opération, je n'ai jamais perdu de malades, et dans aucun cas je n'ai observé d'hémorrhagies.

M. DEMARQUAY. Je suis disposé à accorder une grande valeur à l'écrasement linéaire appliqué à la castration; mais je crois que la pratique de M. Chassaignac a été à la fois habile et heureuse, et qu'on ne pourrait la donner comme règle.

Comme M. Verneuil, j'ai observé l'hémorrhagie veineuse du cordon, et j'ai depuis longtemps été frappé de l'énorme développement de ces veines dans les cas de tumeur du testicule.

Quant à la question d'anatomie pathologique, relative au refoulement de la substance testiculaire, je suis de l'avis de M. Verneuil. Je l'ai depuis bien longtemps observée et rencontrée dans les cancers, comme dans les tumeurs bénignes.

M. GUYON. Je ferai remarquer combien a été rapide le développement de la tumeur observée par M. Le Fort. Cette rapidité du développement a été, il est vrai, surtout prononcée dans ces derniers temps, mais en remontant dans le commémoratif, on n'arrive guère à plus d'une année pour marquer le début de la tumeur.

Cette sorte d'acuité dans la marche de la maladie me paraît de nature à faire réserver le pronostic.

Je partage d'ailleurs l'opinion émise par MM. Verneuil et Demarquay, relativement au refoulement de la substance testiculaire qui coïncide avec des tumeurs de nature très-diverse.

M. DESPRÉS. Je suis tout à fait de l'avis de M. Guyon, pour ce qui est de la valeur de la durée d'un mal, pour établir sa bénignité. Mais je ne crois pas que le diagnostic des tumeurs du testicule soit si facile que cela a été dit. La maladie kystique du testicule et ce que l'on a appelé enchondrome du testicule ont été toujours l'objet de méprises. Il n'y a pas eu jusqu'ici de maladie kystique du testicule diagnostiquée, sans ponction exploratrice. Tous les enchondromes du testicule que l'on avait diagnostiqués ont été reconnus plus tard comme des cancers.

Sans compter le fait signalé par Dufour, et que je rappelais tout à l'heure, il y a encore des observations singulières, où le diagnostic, qui semblait indiqué a été néanmoins faux. Hancock, Hawkins, M. Denonvilliers ont observé des malades qui avaient les deux testicules malades à la fois et contenant chacun une tumeur. Il semblait clair qu'il s'agissait de testicules tuberculeux ou de testicules syphilitiques, mais l'autopsie et les opérations ont montré qu'il s'agissait de cancer du testicule.

M. DEMARQUAY. Ce que M. Chassaignac nous a dit sur l'absence de récidives de certains cancers du testicule, est bien contraire à ce qu'il m'a été donné d'observer. Je pourrais citer de nombreux exemples à l'appui de mon opinion. Mais je pense que l'occasion s'en présentera, puisque la Société parait disposée à étudier cette question.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons le regret d'annoncer que M. Trousseau vient de donner sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu. Si nous sommes bien informé, la Faculté serait aussi à la veille de perdre cet éminent professeur.

— M. le docteur Cazenave vient de donner sa démission de médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Erratum. Une erreur typographique, qui rend la phrase incompréhensible, s'est glissée dans l'article de M. Gubler sur la *Glycosurie du choléra*. (V. le numéro précédent.)

Au lieu de « *l'urine peut être absente*, » (1re colonne, ligne 32), lisez : « L'urée *peut être absente*. »

Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué, par le docteur Thévenin, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 80 pages et 6 figures. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 106. — MARDI 11 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 11 SEPTEMBRE 1866. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1866.

La Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux.

Depuis quelques années, le mouvement scientifique s'accentue de plus en plus en province. Ce qu'on a appelé la décentralisation joue, au point de vue scientifique — le seul dont nous ayons à nous occuper ici — un rôle dont l'importance ne saurait échapper à personne. Aujourd'hui, pour ne pas rester en arrière, il faut compter avec les Sociétés qui, en province, rivalisent et de science et d'ardeur avec leurs aînées de Paris. Nous ne manquerons pas à ce devoir et nous commencerons par signaler à nos lecteurs, la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*.

Cette Société, dont le but est la centralisation et la publication des faits cliniques qui se présentent dans les hôpitaux de la ville, se compose de membres titulaires, de membres associés assistants, de membres associés non résidants et de membres correspondants.

Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine en résidence à Bordeaux.

Pour être membre assistant, il faut être interne en exercice des hôpitaux, hospices, asiles ou maisons de santé de Bordeaux et en faire la demande par écrit. Ces derniers membres prennent part aux travaux, sans voix délibérative et sans supporter les charges de la Société.

Les membres associés non résidants sont les membres titulaires ayant quitté Bordeaux.

Pour être membre correspondant, il faut :

1° Être ou avoir été médecin, chirurgien ou interne des hôpitaux civils ou militaires ;

2° Faire une demande à la Société, accompagnée d'un mémoire manuscrit ou de travaux cliniques inédits.

Un rapport est fait sur les titres du candidat par une commission de trois membres.

Tels sont les points principaux du règlement.

Tout ce que Bordeaux renferme d'hommes éminents dans la profession médicale constitue le personnel de la Société. L'énumération en serait trop longue; il serait plus facile de compter ceux qui n'en font pas partie.

Après ce coup d'œil jeté sur la constitution de la Société, disons quelques mots des mémoires et bulletins qu'elle publie.

Le tome Ier (fascicule 1er) de 1866 vient de paraître. Le médecin y trouvera une suite d'observations intéressantes sur lesquelles nous aurons à revenir. Chacune des observations est l'objet d'une discussion savante, dans laquelle on voit se produire non-seulement les idées qui ont cours en France, mais les travaux les plus récents de la médecine étrangère.

Citons — au point de vue médical — le compte rendu d'une épidémie de rougeole, par M. Larivière; une observation de névrose typhoïde du larynx, par M. de Lacaussade; des études sur la mortalité des nourrissons, par M. Brochard, et sur celle des enfants assistés dans la Gironde, par M. de Barillier; une observation d'atrophie musculaire progressive, par M. de Lacaussade ; l'histoire d'un kyste de l'épigastre ouvert dans l'estomac, par M. H. Gintrac.

M. Marx a communiqué à la Société une observation de maladie bronzée; M. Bitot, un tubercule du cervelet; M. de Fleury, l'histoire de la guérison d'une ascite dans des conditions remarquables.

Au point de vue chirurgical, nous relevons une opération de fistule vésico-vaginale par dédoublement (Labat); un nouveau moyen de contention de la luxation sous-acromiale de la clavicule (Bitot); de l'électro-poncture dans une pseudarthrose de la cuisse (Azam); une observation de dragonneau (Denucé); plaie artérielle, guérison par la compression; plaie articulaire, guérison par l'occlusion (Oré); rupture traumatique de la vessie; anesthésie locale (Sentex); anthrax traité par les flèches de chlorure de zinc (Labat); pustule maligne (Brochard); anévrysme poplité, nouveau compresseur (Oré).

Terminons enfin par une note de M. Delmas pour servir à l'histoire de l'hydrothérapie.

Cette simple énumération suffit à nos lecteurs pour se rendre compte de l'importance des travaux de la Société bordelaise. Nous sommes heureux de saluer l'apparition de sa première publication. Ses travaux relèvent entièrement de l'esprit et de la direction de notre journal, nous serons souvent à même de reproduire quelques-unes de ses observations et de leur donner toute la publicité qu'elles méritent. — Dr E. Le Sourd.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Séméiologie de la goutte. — Diathèse urique. — Goutte aiguë.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Les altérations anatomiques de la goutte ont, jusqu'ici, fixé notre attention d'une manière exclusive. Nous avons étudié les modifications que subissent à la fois les solides et les liquides de l'économie, sous l'influence de cette affection; il nous reste maintenant, pour animer le tableau, à faire passer sous vos yeux les symptômes qui nous révèlent, pendant la vie, l'existence de ces altérations.

Dès le principe, nous avons établi que, tantôt aiguë, tantôt chronique, la goutte se présente sous deux formes principales, qui méritent l'une et l'autre une description spéciale. Il ne faut cependant pas oublier que la goutte est, dans tous les cas, une maladie essentiellement chronique. En effet, le premier accès est la manifestation primitive d'un état constitutionnel, qui, par la suite, peut rester latente pendant un certain nombre d'années, mais qui, tôt ou tard, se révèle par de nouveaux accidents. S'il existe des cas de goutte passagère, marqués par un seul accès (ce qui est au moins douteux), les cas de ce genre sont tout à fait exceptionnels et ne sauraient infirmer la règle générale.

Toutefois, la physionomie d'un accès aigu est si différente de celle que présente la maladie envisagée à l'état permanent, que nous sommes forcés de respecter ces expressions consacrées par l'usage, qui, malgré leur inexactitude, correspondent incontestablement à des faits réels.

Nous allons donc étudier successivement la goutte aiguë et la goutte chronique, nous conformant ainsi à la tradition universellement acceptée. Mais, avant d'aborder ce sujet, il convient d'appeler votre attention sur un état morbide, qui se manifeste quelquefois avant l'apparition des phénomènes articulaires, et qui, chez les sujets déjà frappés de la goutte, remplit assez souvent l'intervalle des accès. Vous avez déjà nommé la diathèse urique. Occupons-nous, pendant quelques instants, de cet état général, que les Anglais ont principalement contribué à faire connaître (1).

Le fait capital, qui domine ici l'ensemble de la situation, est une dyspepsie particulière, dont les symptômes les plus habituels sont la flatulence et la distension de l'estomac, les acidités gastriques et le pyrosis, qui en est la conséquence. En même temps, il existe de l'amertume de la bouche, avec de la sécheresse de la langue et un état saburral; on observe presque toujours de la constipation.

Le foie semble aussi participer aux troubles de l'appareil digestif; souvent tuméfié, il dépasse habituellement le rebord des fausses côtes; on constate quelquefois une teinte subictérique, et les selles, d'ailleurs peu abondantes, sont grises et décolorées.

Des phénomènes nerveux assez prononcés accompagnent cet état dyspeptique, et peuvent même exister en dehors de lui. On observe des lassitudes spontanées, de l'abattement, de la céphalalgie; le sommeil est interrompu; souvent les malades tombent dans l'hypochondrie. Chez les femmes, cet état peut se compliquer de manifestations hystériformes.

Des palpitations du cœur et du catarrhe bronchique peuvent, en outre, se montrer chez certains sujets. Mais ce qui caractérise le plus spécialement cet état particulier, c'est qu'il s'aggrave périodiquement et subit très-manifestement l'influence des écarts de régime ; c'est là un trait d'union avec la goutte dont l'importance ne saurait vous échapper.

Que devient en pareil cas la sécrétion urinaire? D'une manière générale, elle est moins abondante et plus riche en ma-

(1) Todd, *Practical Remarks on Gout*, etc. Londres, 1843. Budd (Georges), *On the organic Diseases of the stomach*, etc. Londres, 1855.

FEUILLETON.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE LA PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE.

Comme d'ordinaire, la réunion de la pharmacie centrale s'est tenue le 14 août dans l'hôtel de la Compagnie.

On se rappelle qu'un legs de 5,000 francs a été fait à la pharmacie centrale par feu Brassac, pharmacien d'Ambert. Le directeur, en exécution des intentions du donateur, a fait connaître la nature du prix affecté à ce legs. (Voir plus loin.)

Après la séance officielle, presque entièrement consacrée aux intérêts financiers de la Société, a eu lieu la séance des intérêts professionnels.

M. Lefranc, de Rouen, rapporteur du concours ouvert l'année dernière pour être clos à la séance même de cette année, a su attacher très-vivement l'auditoire au sujet très-aride du concours, qui était « des moyens d'éviter les erreurs en pharmacie. » Résumant tous les mémoires dans son rapport, il a fait ressortir toute l'importance de la question et traité celle-ci plus complétement que n'avaient pu le faire les concurrents, réduits à leurs ressources individuelles.

Le rapporteur a terminé son travail par une proposition qui, nous n'en doutons pas, aura de l'écho, parce qu'elle a un intérêt réel et qu'elle semble d'une facile réalisation. Elle consiste, en effet, à instituer une assurance contre les accidents suite d'erreurs en pharmacie.

Le rapport sur le concours fait, les lauréats ont été proclamés. Ce sont MM. Missonnier, de Saint-Flour, et Pellier, de Dôle.

De nouveaux prix pour l'année prochaine ont été proposés par le directeur. Nous en donnons ci-après le programme.

A chaque assemblée générale de la pharmacie centrale, il est fait une démonstration sur les nouveautés scientifiques qui ont le plus frappé l'attention. Cette année, le sujet d'expérience était l'analyse au *microscope photo-électrique* de différents infiniment petits, dont l'étude ressort des connaissances du pharmacien. Les *trichines,* qui ont si fort occupé les esprits dans ces derniers temps, ne pouvaient manquer d'y paraître. Cette démonstration, qui a beaucoup intéressé l'auditoire, a été faite par M. Lebaigue, chef du laboratoire d'analyses de la pharmacie centrale, avec le concours de M. Dubosc, l'habile constructeur d'instruments d'optique.

PRIX PROPOSÉS PAR LA PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE. — La pharmacie centrale met au concours pour l'année prochaine :

1° La question non résolue au concours spécial précédent, savoir : *Déterminer les caractères distinctifs des huiles de poissons, et en particulier de l'huile de foie de morue.*

Motifs. — Les mélanges d'huiles de foies de poissons entre elles, et en particulier les huiles de foies de raie et de squale avec celles de foies de morue, ne semble pas avoir d'inconvénients; mais il n'en est pas ainsi des mélanges faits avec de simples huiles de poissons, telles que celles de baleine, de cachalot, de phoque, de sardine, etc., etc., provenant des parties charnues ou graisseuses de ces animaux.

Aucun moyen n'existe encore pour permettre de distinguer sûrement les huiles de poissons entre elles : l'huile de foies de morue, dont l'importance thérapeutique est si grande, peut, grâce à cette situation, se trouver mêlée de simples huiles de poissons, et même d'huiles végétales, sans qu'on puisse positivement le reconnaître.

Le caractère cherché sera-t-il optique ou chimique? sera-t-il négatif, c'est-à-dire n'existera-t-il que dans l'absence d'un caractère présenté par toutes les autres huiles? sera-t-il positif d'une manière absolue, c'est-à-dire, devra-t-il disparaître par le moindre mélange, ou sera-t-il positif relativement ; présentera-t-il une intensité variable avec le mélange et proportionnelle à celui-ci? Nous n'avons à indiquer ni le choix, ni la marche à suivre; le moyen le plus sûr et le plus simple est celui qui aura le mieux résolu la question et aura le plus de droits à la récompense.

Ceux qui concourront devront, pour être certains de leurs expériences, les contrôler sur de l'huile pure, extraire eux-mêmes l'huile des foies de morue. A Paris et dans les ports de l'Océan, on trouve sur les marchés, à certaines époques, sous le nom de *cabillaud,* de la morue fraîche dont on peut se procurer séparément les foies; ils pourront encore faire venir des foies de morue de Dunkerque, où les navires les apportent de Terre-Neuve et des côtes d'Islande.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'intérêt que cette question a pour la pharmacie et la thérapeutique.

La valeur primitive de ce prix, qui était de 400 francs, est portée à 500 francs.

Dans le courant d'octobre, un certain nombre de boîtes d'échantillons d'huiles sera mis à la disposition des concurrents, qui devront les faire prendre par intermédiaire ou sans indiquer leur intention de concourir.

2° *De l'organisation de secours aux blessés dans toute la France, et en particulier dans Paris.*

tériaux solides; les urines sont rares, mais très-acides et fortement colorées; elles sont chargées de sédiments, qui se forment en général après l'émission, mais qui peuvent exister déjà tout formés dans la vessie; c'est alors qu'on rencontre dans l'urine ces cristaux d'acide urique, dont la présence constitue la gravelle microscopique de M. Rayer.

Lorsque la diathèse urique se manifeste avant les phénomènes articulaires de la goutte, on peut quelquefois constater, dès cette époque, la présence d'un excès d'acide urique dans le sang. Mais l'ensemble symptomatique que nous venons de décrire se rencontre surtout pendant l'intervalle des accès de goutte; on voit alors se manifester des douleurs rhumatoïdes dans les masses musculaires et les articulations qui sont le siége de prédilection des accidents fluxionnaires. Ces douleurs se montrent brusquement sous forme d'élancements (*twinges* des auteurs anglais); elles sont, pendant l'absence des fluxions articulaires, l'un des symptômes les plus caractéristiques de la goutte.

Messieurs, il est sans doute des cas où les choses peuvent en rester là, et dans lesquels les prédispositions qui résultent de la diathèse urique n'aboutissent jamais au dernier terme de cette progression morbide; mais, en général, c'est sur ce fond pathologique que se développe la goutte proprement dite, dont nous allons maintenant étudier l'évolution.

GOUTTE AIGUË.

Supposons qu'un premier accès de goutte aiguë soit sur le point d'éclater chez un sujet qui, jusqu'alors, n'avait jamais ressenti les atteintes de cette maladie. Dans la majorité des cas, des prodromes spéciaux viendront annoncer l'explosion prochaine de l'accès; ce sera tantôt une exaspération extrême de tous les symptômes qui résultent de la diathèse urique, et qui viennent d'être décrits; tantôt, au contraire, ce sera un bien-être anormal, une excitation particulière; on voit enfin se produire quelquefois des phénomènes tout à fait insolites dans l'expérience du sujet; une angine, une sciatique, par exemple. Mais il faut aussi reconnaître que les prodromes peuvent manquer absolument dans un certain nombre de cas, l'accès éclate alors brusquement, et d'une manière complétement imprévue.

L'invasion des douleurs articulaires est soudaine et violente; elle a presque toujours lieu pendant la nuit. Le malade ressent tout à coup une douleur caractéristique, comparée par les uns à une morsure, par les autres à un coup de bâton; beaucoup d'individus s'imaginent qu'ils ont une foulure, et le diagnostic est parfois difficile au premier abord. Elle a le plus souvent pour siége l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Bientôt le point malade rougit et se tuméfie; on voit se gonfler les veines du membre affecté, qui prend une coloration violacée et se couvre quelquefois d'ecchymoses. D'après Gairdner, il se développe en même temps une fluctuation tantôt apparente, tantôt réelle, et qui dans ce dernier cas est occasionnée par la présence d'un excès de liquide dans la synoviale articulaire.

Les symptômes généraux qui coïncident avec ces manifestations locales sont de la fièvre ou du frisson erratique, un état nerveux, une extrême irritabilité; enfin, une diminution notable de la quantité des urines, qui laissent déposer, par le refroidissement, des sédiments abondants.

Vers le matin, la douleur et la plupart des autres symptômes s'amendent, pour reparaître le soir, ou pendant la nuit; cet état se prolonge cinq à six jours, lorsque la médecine intervient, huit à quinze jours lorsqu'elle n'intervient pas. Il y a donc une sorte de *chapelet* de petits accès enchaînés les uns aux autres, et séparés par des intervalles de rémission.

Dès les premiers jours, un œdème prononcé des parties enflammées, s'étendant bientôt au membre tout entier, et capable de conserver l'impression du doigt, a signalé le début des accidents; leur déclin est marqué par une desquamation superficielle. Enfin, tout rentre dans l'ordre, et le malade goûte un repos qui ne sera troublé qu'à la crise prochaine.

Nous voyons, en somme, que les caractères essentiels de la goutte aiguë sont les suivants :

1° L'invasion brusque, et le caractère spécial de la douleur. Le François cité par Wason (1), comparant cette sensation aux effets d'une forte pression, disait qu'au premier tour de vis c'était le rhumatisme mais qu'au second tour c'était la goutte;

2° L'œdème du membre vers le début de l'accès, la desquamation au déclin;

3° L'absence de suppuration, au moins lorsqu'il s'agit d'un premier accès;

4° Le siége spécial des accidents qui se localisent de préférence au gros orteil;

5° La réaction fébrile dont l'intensité est proportionnelle au nombre de jointures affectées, contrairement à ce que nous observons dans le rhumatisme.

Enfin, il peut tenir compte des phénomènes consécutifs. Le fait le plus saillant est le soulagement éprouvé par le malade à la fin de l'attaque; nous savons que cette sensation de bien-être relatif correspond à la destruction d'une certaine quantité d'acide urique.

A côté de cette modification de l'état général, il faut tenir compte des modifications qui surviennent dans l'état local. Le plus souvent, à la suite d'un premier accès, il ne reste aucune gêne des mouvements articulaires; mais on observe quelquefois une rigidité prolongée de l'articulation, ou une persistance indéfinie du gonflement œdémateux. Ce sont là, d'après Garrod, les conséquences d'un traitement peu judicieux, et surtout de l'application de sangsues sur le point malade.

Dans quelques cas, heureusement fort exceptionnels, il se produit une ankylose dès le début (Todd, Trousseau, Garrod); d'autres fois, il y a formation prématurée de tophus.

Tel est, messieurs, le type le plus ordinaire de l'accès de goutte franche aiguë. J'aurais pu, sans doute, vous tracer une peinture plus animée, si je ne m'étais pas astreint à suivre un ordre analytique; mais vous pourrez aisément vous en consoler, en lisant l'immortelle description qu'en a laissée Sydenham, ou les pages éloquentes consacrées à ce sujet par M. le professeur Trousseau.

Voyons maintenant quelles sont les principales déviations que peut offrir le type régulier que nous venons de décrire.

Considérons d'abord les déviations que peut subir la goutte par rapport au siége des accidents articulaires. D'une manière habituelle, ou, pour mieux dire, dans l'immense majorité des cas, c'est le gros orteil qui est affecté, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés successivement. Scudamore établit que sur 512 cas de goutte le gros orteil a été frappé 373 fois au premier accès, soit isolément, soit avec d'autres jointures; et sur ces 373 cas, il en est 341 dans lesquels les accidents étaient mono-articulaires.

Il est évident qu'au point de vue du diagnostic, on peut tirer le plus grand parti de cette prédisposition morbide. Il existe, sous ce rapport, une différence tranchée entre la goutte et le rhumatisme noueux.

Mais il est des cas dans lesquels le gros orteil n'est affecté que secondairement; la maladie débute sur un autre point, le genou, par exemple. Les causes traumatiques paraissent jouer ici un rôle important; comme pour le rhumatisme, un coup, un choc, prédisposent l'articulation lésée à devenir le siége de la goutte, comme nous le verrons plus loin au sujet de l'étiologie.

Il est des cas exceptionnels où le gros orteil demeure complétement libre, soit au premier accès, soit aux accès consécutifs. Garrod signale des faits de ce genre, et j'en ai moi-même observé quelques-uns. La goutte alors se porte sur le genou (gonagre), ou sur toute autre jointure.

Il est enfin une forme de la maladie, qui présente la plus grande analogie avec le rhumatisme articulaire aigu; nous voulons parler de la goutte aiguë généralisée, primitive, qui, dès les premiers accès, frappe plusieurs jointures à la fois. Les accès ont ici une durée plus longue; ils persistent pendant deux ou trois semaines, et peuvent même se prolonger pendant deux mois. C'est la goutte à paroxysmes successifs de M. le professeur Trousseau.

Mais ce n'est pas seulement par rapport au siége de ses manifestations que la goutte aiguë peut offrir des variétés.

L'intensité des symptômes principaux, de la douleur, de la réaction générale, peuvent se trouver singulièrement amoindris; c'est ce qui se produit assez souvent chez les femmes et les sujets débilités. C'est alors la forme molle ou asthénique de la goutte aiguë, dont le pronostic est en général peu favorable, et qui passe volontiers à l'état chronique.

Mais la goutte, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, est une affection essentiellement chronique, même dans sa forme aiguë. Il est donc indispensable d'étudier les accès dans leur enchaînement, de les suivre pas à pas dans leurs retours agressifs, et de signaler les caractères que présentent les accès nouveaux.

Retour des accès. — Au début, la goutte semble accorder d'assez longues vacances à ses tributaires; il ne se produit qu'un accès tous les deux ou trois ans. Plus tard, les accidents reviennent annuellement; ils se manifestent ensuite deux fois dans l'année, au printemps et à l'automne, ce qui signale déjà une modification dans les habitudes pathologiques; car les premiers accès se déclarent en général à la fin de l'hiver (Trousseau).

Enfin, la période intermédiaire se réduisant de plus en plus, les accès reviennent tous les trois ou quatre mois; c'est déjà le passage à l'état chronique.

Il faut se rappeler d'ailleurs que des conditions accidentelles peuvent intervenir pour troubler cette progression régulière: les lésions traumatiques, le phlegmon, l'érysipèle, viennent quelquefois en accélérer la marche, et provoquer brusquement des crises inattendues.

Caractères des nouveaux accès. — Pendant longtemps il ne se produit aucune modification saillante dans l'ensemble symptomatique qui caractérise les attaques. Limitées à une ou deux jointures, les fluxions articulaires continuent à occuper le même siége : les symptômes généraux continuent à offrir la même intensité, et les intervalles qui séparent les accès sont libres de toute manifestation morbide.

Cependant, à mesure que la maladie progresse, elle change insensiblement de caractère, et présente une tendance de plus en plus marquée à revêtir la forme chronique. On voit alors les grandes jointures subir un envahissement successif, et cela presque toujours dans l'ordre suivant : d'abord les orteils, le cou-de-pied, les genoux, puis les mains, les poignets, les coudes, dans quelques cas rares enfin, l'épaule et la hanche. C'est alors que le malade, frappé d'une analogie incontestable, fait observer au médecin que sa maladie a changé et s'est transformée en rhumatisme.

En même temps les accès, devenus plus longs, offrent une moins grande intensité; ils prennent la forme subaiguë, et sont accompagnés d'une réaction fébrile moins vive : les intervalles des accès sont moins libres et les phénomènes de la goutte subarticulaire se prononcent de plus en plus; le malade éprouve de la dyspepsie, des palpitations, des troubles nerveux divers; on dirait, en un mot, que la maladie, d'abord concentrée, a fini par s'étaler; elle gagne en étendue ce qu'elle perd en profondeur. Mais, à ce moment, c'est déjà la goutte chronique; arrêtons-nous donc à ce point de notre description, nous reprendrons cette étude dans la leçon prochaine.

(1) Principles of physic., t. II, p. 753.

Motifs. — La multiplicité toujours croissante des accidents, sur la voie publique ainsi que dans les nombreux chantiers, ateliers industriels, etc., etc., de la capitale, donne à cette question une véritable importance.

Le mérite du travail à faire consistera dans une statistique des blessés et la nature la plus fréquente des accidents, dans l'examen de l'organisation des moyens de secours auxquels on a eu recours jusqu'à présent, et, point principal, décrire l'organisation à leur donner pour l'avenir, en France, et en particulier dans la ville de Paris.

La question des secours aux noyés et asphyxiés se lie à celle des blessés d'une manière trop intime pour que les compétiteurs ne la comprennent pas dans leur travail.

On comprend qu'il ne s'agit nullement du traitement même à faire subir aux blessés, etc., etc., mais comment doivent être organisés les secours au point de vue des victimes d'accidents, des lieux de secours, et de ceux appelés à donner des soins, les dispositions premières à prendre, ainsi que les premiers soins à leur donner, en attendant l'arrivée du médecin.

Le prix sera de 200 francs.

Les mémoires pour ces deux prix doivent être envoyés avec devise répétée avant le 1er mai 1867.

PRIX BRASSAC. — Dorénavant la pharmacie centrale aura deux sortes de prix à décerner, les siens propres et le prix résultant du legs Brassac.

Elle les alternera.

Le prix Brassac sera bisannuel et de 500 francs.

Le sujet est laissé au choix des concurrents. Le travail n'aura d'autres conditions à remplir que de ressortir de la pratique pharmaceutique ou des sciences afférentes à la pharmacie. Celui qui sera jugé le plus important et le meilleur aura le prix.

Le prix pourra être divisé.

Les mémoires devront être inédits et envoyés avec devise répétée sous pli cacheté avant le 1er mai 1868.

Ceux qui n'auront pas été couronnés ne seront point divulgués; ils pourront être réclamés par leurs auteurs dans les trois mois de la fin du concours et pourront être reproduits au concours suivant.

Les mémoires couronnés seront, comme pour les autres concours, la propriété de la pharmacie centrale.

Les Causeries du Docteur (1), par JOULIN.

A la lecture de ce titre, il me semble entendre quelques critiques s'écrier : eh quoi ! n'est-ce pas assez que M. Joulin amuse les lecteurs de l'*Evénement*, faut-il encore que son bibliographe vienne occuper l'esprit sérieux des abonnés de la *Gazette des hôpitaux*, de ces causeries badines?

Et pourquoi pas, s'il vous plait, monsieur le critique? M. Joulin, dès la première page, déclare, dans deux mots à ses lecteurs, qu'il est bon de rire un peu, et il renvoie ceux d'entre eux qui seraient tentés de le taxer d'*esprit léger*, à la liste de ses travaux scientifiques.

Quant à moi, comme les lettres de Guy-Patin m'ont causé bien du plaisir, malgré leur verve quelque peu caustique, je pense que les lecteurs de la *Gazette* ne seront pas fâchés de savoir quels sont les points qui, dans les causeries du docteur, méritent un intérêt particulier, mais les désigner ce serait citer tout le livre; aussi ne dirai-je quelques mots que des plus récréatifs. *Sic ludus animo debet aliquando dari.*

Habitué à jurer *in verba magistri*, je ne suivrai pas M. Joulin chaque fois que sa verve s'exercera aux dépens d'un de ces hommes dont les travaux enrichissent l'art médical et dont la France peut s'honorer. Je ne puis non plus applaudir à certaines critiques que ne saurait admettre le libre arbitre; né dans un pays libre, je réclame pour tous une égale liberté d'action et de pensée.

Un point où M. Joulin se rencontre avec Guy-Patin, c'est son appréciation du pharmacien. Il en reconnaît deux espèces : 1° l'*apothicarius clysoferens seu venenosus*; 2° le *pharmaceuticus honorabilis*. Cet article extrait des flèches médicales, n'a pas été communiqué, que je sache, aux lecteurs de l'*Evénement*; c'est dommage, car ils auraient vu là un échantillon du *raspaillisme*.

La première espèce ne se contente plus d'être un cuisinier médical: (quelle cuisine, bon Dieu !) elle contrôle, modifie les ordonnances, drogue, purge, dévalise à discrétion les malheureux qui lui tombent dans les mains. O spécialité !

Le livre de M. Joulin est une preuve que le talent littéraire n'est pas incompatible avec la science; on y trouve côte à côte de ravissantes peintures et de charmantes bouffonneries.

Ici c'est un magnifique portrait de M. Laugier, et, quelques pages plus loin, l'histoire d'un chien qui ouvre à un confrère le temple de Plutus.

(1) In-12, Didier et Ce, quai des Augustins, 35.

DE LA NON-CONTAGION DU CHOLÉRA.

M. le docteur Shrimpton vient de publier un travail intitulé : *Choléra-Morbus, son siége, sa nature et son traitement* (1).

Notre confrère est anti-contagioniste. Toutes ses études cliniques et pathologiques, l'examen sérieux des travaux de ses adversaires, n'ont fait que le confirmer dans sa conviction.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les propositions, qui sont tout à la fois le résumé et le développement des opinions exposées dans son travail.

I. Les symptômes du choléra sont l'expression de l'altération de l'état vital dans toute l'économie.

II. L'invasion de la maladie est subite ; il n'y a ni prodrome ni période d'incubation.

III. Le flux intestinal est le premier, souvent le seul signe appréciable de la maladie dans les cas légers. Ce flux intestinal n'a aucun rapport avec la diarrhée.

IV. La diarrhée est le résultat d'une *surexcitation* du canal intestinal. Les évacuations sont toujours stercorales.

V. Le flux intestinal n'est que l'évacuation de sérosité accumulée dans le canal intestinal, qui en est devenu le *récipient passif* sous l'influence du choléra ; point de matière stercorale.

VI. Le choléra est divisé en trois périodes : la première, celle de flux intestinal ; la seconde, celle du choléra confirmé, et la troisième, celle d'asphyxie, choléra algide ; la quatrième, celle de réaction, n'appartient réellement pas à la maladie.

VII. Toutes les fonctions sont d'emblée frappées d'impuissance, tout travail organique, toutes les sécrétions sont suspendues, faiblement dans la première période, d'une manière marquée dans la seconde, et à son plus haut degré dans la troisième.

VIII. Le choléra ne se guérit que par la réaction, qui est presque imperceptible après la première période, accompagnée de fièvre après la seconde, et cette fièvre de réaction est toujours adynamique après la troisième.

IX. Point de lésion organique : tout dans l'économie est le résultat d'un état passif, stagnation et décomposition du sang, même avant la mort, dans les gros vaisseaux, comme dans un vase ; ecchymoses et psorentérie.

X. Le sang a perdu ses qualités physiologiques, il ne se coagule pas pour former un caillot surnageant dans le sérum, il ne se forme pas de couenne, la fibrine est dissoute et se prend en gelée avec les globules et le peu de sérum qui s'y trouve. Les globules rouges, privés d'une partie de leur liquide par l'exosmose, sont flétris.

XI. L'air expiré par les cholériques n'est nullement altéré, il a la même composition chimique que l'atmosphère, mais il est à 4 ou 5 degrés au-dessous de la température ambiante.

XII. Le froid pathologique dont les malades sont saisis disparaît après la cessation de l'influence cholérique, la chaleur animale renaît pour quelques instants, *vi vitæ*, même après le décès.

XIII. La suspension de toutes les sécrétions et de tout travail organique rend impossible le travail d'élaboration nécessaire pour le développement des maladies contagieuses, ainsi, point de période d'incubation, point de virus ni de miasmes, point de contagion pour les cholériques.

XIV. La suspension de la vie organique, plus ou moins brusquement arrêtée par l'influence cholérique et la réaction qui a lieu aussitôt après la cessation de cette influence, même après la mort du cerveau et du cœur, et après la cessation de toutes les fonctions de l'économie animale, indiquent les cellules élémentaires comme siége de la maladie.

XV. La marche déréglée du choléra franchissant des espaces immenses, comme les éclairs, rend illusoires toutes les mesures de quarantaine contre cette maladie.

XVI. Les maladies contagieuses ne se propagent que dans les milieux qui sont capables de les faire naître. Pour se protéger contre les épidémies, il faut donc détruire les foyers d'infection au lieu d'établir des quarantaines.

XVII. L'action morbifique du choléra, déterminant un collapsus plus ou moins complet de tout l'organisme, semble indiquer l'action électrique comme cause probable de cette influence subite.

XVIII. Il y a corrélation entre l'action électro-magnétique et l'influence cholérique. Le pôle magnétique perd de son influence et l'aimant perd de sa puissance pendant le règne d'une épidémie de choléra.

XIX. Il est probable que les maladies inflammatoires se développent sous l'influence de l'électricité positive, et que les maladies adynamiques, parmi lesquelles le choléra, se trouvent sous la dépendance de l'électricité négative.

XX. Il y a une grande ressemblance entre l'effet de la peur et le choléra, refroidissement subit, flux intestinal, collapsus de toute la vie organique.

XXI. Le seul moyen connu jusqu'à présent de prévenir le choléra, après l'exécution de toutes les mesures hygiéniques générales, est de relever le moral des peuples en répandant parmi eux la conviction de la non-contagion de la maladie. Quant aux désinfectants, il n'y a rien à désinfecter, et, de plus, il n'y a point d'autre désinfectant que la propreté.

XXII. Il n'y a de guérison pour les cholériques que par la réaction. Le traitement rationnel consiste donc à opérer et à soutenir cette réaction. Les médicaments hypersthénisants et la chaleur sont les grandes ressources.

XXIII. L'opium et les préparations opiacées sont contre-indiquées après la première période de la maladie. Leur présence dans l'économie peut entraîner l'empoisonnement après la réaction.

XXIV. Les sinapismes et les vésicatoires sont contre-indiqués parce que leur application, comme celle de tous les révulsifs cutanés, interrompt l'action de la chaleur, et parce que les vésicatoires occasionnent souvent des accidents graves après la réaction.

(1) Un vol. in-8. Prix : 2 fr. Paris, 1866. Germer Baillière.

SUR LA RÉTINITE ET LA NÉVRITE SYPHILITIQUES,

Par le Dr Xavier Galezowski.

Les affections syphilitiques de l'œil ont été jusqu'à présent étudiées très-incomplétement, surtout en ce qui concerne les maladies de la rétine et du nerf optique, et je crois qu'il ne serait pas superflu de donner quelques notions générales sur la rétinite et la névrite syphilitiques, affections rares, il est vrai, mais qui cependant, sous bien des rapports, méritent toute l'attention des praticiens.

Pendant bien longtemps on a rapporté le siége de l'amaurose syphilitique au cerveau ou au périoste orbitaire, et on n'a voulu voir aucune altération dans les membranes internes de l'œil. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* se demandaient même s'il fallait en chercher la raison dans une modification directe de la rétine ou dans quelque produit pathologique comprimant le nerf optique au niveau de l'orifice étroit qui lui donne passage. Avec les recherches ophthalmoscopiques, ce doute s'est complétement dissipé, et on est parvenu à reconnaître que les amauroses syphilitiques sont le plus souvent dues aux altérations des membranes internes de l'œil. Seulement on n'a pas une opinion bien arrêtée sur la question de savoir si c'est la rétine ou la choroïde qui est primitivement atteinte dans cette maladie, ou si toutes les deux en souffrent toujours en même temps, ou enfin si l'une d'elles peut être affectée sans que l'autre s'en ressente.

M. Desmarres père, ainsi que les auteurs anglais, pense que la rétinite est presque toujours accompagnée d'une choroïdite. Mes propres observations m'ont permis, dans la majorité des cas, de constater l'exactitude de cette opinion ; mais j'ai également eu l'occasion de voir des cas de rétinites qui n'avaient amené aucune altération du côté de la membrane vasculaire et par conséquent exempts de choroïdite.

Il n'est pas facile de reconnaître la rétinite syphilitique avec l'ophthalmoscope seul, parce que les altérations propres à cette maladie ne sont pas constantes, et parce qu'elles ne diffèrent pas sensiblement de celles qui se développent sous l'influence d'autres causes. Ce n'est qu'en s'appuyant sur des données étiologiques, ainsi qu'en écartant par voie d'exclusion d'autres causes probables, que nous pourrons arriver à faire un diagnostic exact.

Il en est autrement quant à la choroïdite syphilitique, où les signes ophthalmoscopiques sont tellement caractéristiques et en même temps si constants, qu'il n'y a aucune possibilité de se tromper, ce que nous essayerons de démontrer dans un des prochains articles.

Le début de la rétinite syphilitique est le plus souvent lent, les malades s'aperçoivent petit à petit que leur vue baisse et qu'ils ont une certaine difficulté à continuer leurs occupations, surtout à l'approche de la nuit. Le grand jour ne leur est pas moins désagréable, et, quelquefois, il y a une vraie photophobie. Mais ce qui tourmente le plus ces malades, ce sont des photopsies et chrupsies. A tout moment de la journée, le jour comme la nuit, les yeux ouverts aussi bien que fermés, ils voient devant leurs yeux des feux de différentes couleurs, des éclairs, des globules lumineux et quelquefois de vrais feux d'artifice.

La vue centrale, au commencement de l'affection, n'est que légèrement affaiblie, et ils lisent souvent les caractères des nos 4 ou 5 de l'échelle de Giraud-Teulon. Mais si l'affection n'est pas traitée dès le commencement et abandonnée à elle-même, ou si la macula est envahie par les apoplexies ou les exsudations, les malades lisent à peine le no200 de la même échelle. Le champ visuel périphérique est ordinairement conservé intact.

Mais un des phénomènes les plus curieux et les plus importants pour le diagnostic de la rétinite ou de la névrite syphilitiques, c'est la cécité partielle des couleurs, que nous avons toujours observée chez ces malades. Ainsi, lorsqu'il s'agit des couleurs composées, comme le vert ou le violet, les malades ne perçoivent qu'une des couleurs primitives qui les composent : le vert leur paraît jaune et le violet rouge ; parmi les couleurs principales, il arrive fréquemment qu'ils ne distinguent pas la couleur bleue. Pour reconnaître ce phénomène, je me sers de l'échelle chromatique, que j'ai fait arranger à cet effet : toutes les couleurs sont représentées par des bandes colorées, au-dessus de chacune d'elles se trouve écrit le nom de la couleur ; une bande en papier blanc couvre l'inscription, et on peut la soulever à volonté. Au moyen de cette échelle, il m'a été possible de reconnaître les moindres défauts dans la perceptivité des couleurs.

Nous ne croyons pas que ce phénomène soit propre à la rétinite syphilitique seule, il n'est, selon moi, que l'expression de l'altération rétinienne ou du nerf optique, de quelque nature que ce soit, et nous l'avons bien des fois constaté dans les névrites optiques, rhumatismales, cérébrales, syphilitiques, etc. Cependant, l'absence de ce phénomène dans une choroïdite syphilitique nous servira de preuve que la rétine n'est point malade.

A l'ophthalmoscope, nous avons constaté tantôt la rétine et tantôt le nerf optique malade, c'est pourquoi nous croyons utile de décrire séparément chacune de ces formes.

Dans la première de ces formes, la papille ne présente qu'un trouble léger, mais tout autour d'elle, et le long des vaisseaux, on remarque des exsudations blanchâtres tantôt longeant ses parois, tantôt situées à côté d'eux. Quelques-unes de ces branches veineuses sont rompues et masquées par des taches ecchymotiques nombreuses disséminées tout le long d'elles.

Les taches apoplectiques n'ont rien de caractéristique et elles ressemblent tout à fait aux autres apoplexies. Ce sont ordinairement des branches veineuses qui ont été rompues ; les artères

---

A propos de chien, je me rappelle avoir lu quelque part que Portal fut un jour demandé par une Anglaise roide et guindée. Il arrive à la hâte, c'était pour accoucher... la levrette de milady ! En homme d'esprit il ne se fâcha point, fit mettre la chienne dans un bain et assista au dénoûment de l'aventure, c'est-à-dire à la naissance de deux jolies petites bêtes. Puis, demandant du papier, il fit immédiatement un reçu de cinq cents francs pour l'accouchement de *miss Bitch*. La maîtresse fit bien un peu la grimace ; mais la fierté britannique l'emporta, et elle compta à notre habile confrère la somme demandée.

On dit que l'auteur de ces causeries s'est fait beaucoup de lecteurs et pas mal d'ennemis. Cependant le portrait de Jobert de Lamballe, vivement tracé par un élan du cœur, suffirait pour ramener des élèves dans son service, si le pauvre Jobert était encore là.

Les charlatans des deux sexes sont justement flagellés dans les causeries, et la carte d'adresse de la sage-femme, p. 33, nous fixe très-bien sur... son adresse.

Le chapitre qui traite de la candidature académique, donne lieu à bien des réflexions. Il a pour complément le compte rendu de la séance annuelle de l'Institut, ce temple auguste dont les voûtes retentissent encore du bourdonnement reconnaissant des hannetons réhabilités.

Le portrait de M. Velpeau peut être mis en regard de celui de M. Laugier.

A propos de la suppression de la particule, l'auteur des causeries fait remarquer que les parchemins du docteur sont des titres qui en valent bien d'autres ; n'ont-ils pas d'ailleurs le mérite d'être personnels ?

Il faut lire le quinzième chapitre sur les générations spontanées et sur l'acclimatation du crocodile en France.

A tout homme s'occupant d'accouchements, je recommanderai l'histoire d'une jeune fille niant sa grossesse une demi-heure avant d'accoucher d'un gros garçon. La morale en fut que l'accoucheur coopéra, séance tenante, au mariage de l'innocente mère, et que celle-ci alors avoua tout ce qu'on voulut.

Cette anecdote m'en rappelle une autre, que me narrait dernièrement un accoucheur de la capitale.

Il assistait au travail d'une jeune cliente de Lucine, qui n'avait pas attendu la bénédiction de M. le curé. La vieille mère, ignorant cette position intéressante, était dans une chambre contiguë, sur un lit de repos ; l'enfant naquit, fut enveloppé, emporté au dehors, et ni vu ni connu ; notre confrère seul partagea le secret de la jolie pécheresse.

La pratique des accouchements fournit une foule de sujets analogues très-récréatifs ; l'idée m'est venue qu'un jour, si Dieu me prête vie, je pourrais bien écrire les mémoires d'un vieil accoucheur, en ne trahissant le secret de personne bien entendu. En attendant, pour initier les lecteurs à cette science, je les engage à lire les préceptes de la clinique de Dublin, commentés par M. Joulin. Un Américain, je ne sais plus s'il était du Nord ou du Sud, vint chez moi, il y a quelque temps, et me demanda des détails sur mon cours d'accouchements ; il paraît qu'il n'en fut pas satisfait, car il répondit : « O moâ préfère la clinique de Dublin, moâ aura des femmes à le volonté de moâ. »

Dans le chapitre où il est question de la science vulgarisée, l'auteur demande à son ami Sanson, si c'est pour vulgariser la médecine qu'il veut la suppression du diplôme. Quel triomphe pour les arcanes et les commères ! Une de ces dernières ne voulait-elle pas forcer un praticien, qui assistait une femme dans un travail difficile, à placer sur la tête de la patiente *une plume d'aigle*, pour faciliter l'expulsion de l'enfant !

M. Joulin poursuit son livre, en faisant passer successivement sous les yeux des lecteurs les trichines, l'hygiène des maternités, les erreurs météorologiques, les petites misères de la salle de garde et les impressions de voyage du docteur Mallez.

Il consacre un chapitre aux deux académies, dans la personne d'un de leurs représentants ; enfin il termine par quelques nouvelles scientifiques et le plus bel éloge qu'on puisse faire du savant Longet, auquel, du reste, M. Joulin a dédié son livre.

Tel est le contenu de ce recueil, moins méchant qu'on ne le dit, et fort amusant à lire. C'est une manière charmante de faire pénétrer la science dans l'esprit des gens du monde et de rendre les savants plus populaires, à commencer par l'auteur, dont le talent protéique sait se prêter aux formes légères et aux études approfondies. *Honni soit qui mal y pense !*

Dr. E. Verrier.

Choléra morbus, son siége, sa nature et son traitement, par M. C. Shrimpton, d. m. p. Une brochure de 85 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Lettres obstétricales, par Ed.-C.-J. Von Siebold, professeur d'accouchement à l'université de Gœttingue. Traduit de l'allemand, par le Dr Alphonse Morpain ; avec une introduction et des notes, par J.-A. Stoltz, professeur d'accouchement à la faculté de médecine de Strasbourg, In-12 de 268 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

ne présentent pas d'altération, ce qui semble prouver que dans une affection syphilitique les parois des veines s'altèrent de préférence. Dans le voisinage des apoplexies, la rétine est très-souvent légèrement infiltrée; quant à la choroïde, elle peut rester intacte pendant tout le temps que durera l'affection. Mais dans d'autres circonstances, l'affection peut successivement envahir la choroïde et l'iris; j'ai vu, dans un cas, la kératite interstitielle se développer ensemble avec l'iritis à la suite de la rétinite syphilitique.

Dans la deuxième forme, c'est le nerf optique seul qui est pris; tout le reste de la membrane nerveuse reste au contraire sans changement appréciable. On remarque alors que les contours de la papille ne sont point nets, et la papille elle-même, étant fortement injectée, se distingue facilement au milieu du fond de l'œil.

Dans l'observation que je rapporte plus loin, les deux yeux étaient troublés presque au même degré, mais tandis que la rétine droite était atteinte de nombreuses apoplexies, dans l'œil gauche il n'y avait qu'une opacité au centre de la papille; les autres parties du fond de l'œil sont restées saines pendant toute la durée de la maladie. Probablement ce trouble provenait d'une infiltration du tissu cellulaire dans la couche adventice des vaisseaux centraux du nerf optique, et il est évident que de pareilles modifications doivent augmenter la prédisposition aux hémorrhagies. Une fois, il m'a été possible d'observer l'infiltration périvasculaire et des épanchements sanguins dans une rétinite syphilitique. Chez un autre de mes malades, j'ai trouvé une périnévrite optique double, développée sous l'influence de la syphilis, et qui plus tard s'était compliquée d'une irido-choroïdite, que l'on a en vain combattue plus tard par une iridectomie.

La rétinite et la névro-rétinite syphilitiques envahissent le plus souvent les deux yeux, quoique à des époques et à des degrés différents. L'une et l'autre marchent lentement et peuvent être enrayées par un traitement anti-vénérien mixte, surtout si la maladie est attaquée dès le commencement de son invasion.

Nous croyons utile de rapporter ici l'observation d'un malade, qui s'est présenté dernièrement à ma clinique, avec les symptômes d'une affection cérébrale des plus accentuées, ainsi que les signes les plus positifs d'une rétinite. Il était très-difficile de trouver la cause de l'affection, le malade n'ayant pas voulu longtemps avouer l'existence de la syphilis constitutionnelle; le traitement anti-phlogistique et dérivatif, employé sans succès, m'a forcé de recourir à un traitement anti-syphilitique, et ce n'est que lorsque l'amélioration a été obtenue, que le malade avoua ses anciens accidents. La guérison complète a été obtenue au bout de six semaines de ce même traitement.

M. M..., âgé de vingt-six ans, homme de peine, demeurant à Plaisance, se présenta à ma Clinique, rue de Savoie, n° 20, le 18 juin de l'année courante pour consulter sur sa vue. C'est un homme bien constitué, robuste, mais d'un air un peu abattu et fatigué, mélancolique. Il se plaint d'avoir, depuis six mois, des maux de tête très-violents, et qui ne se calment que par instants. Depuis qu'il a ces douleurs, sa mémoire s'est affaiblie, au point qu'il lui est impossible de se rappeler ce qu'il a lu quelques minutes auparavant; lorsqu'il sort, il oublie dans quelle direction il doit se rendre. L'odorat est complétement aboli; il ne sent pas la fumée du tabac ni même l'ammoniaque quand on le lui porte au nez. Il a remarqué en outre que tout le cuir chevelu de la tête est complétement insensible : on peut le piquer, pincer, et lui arracher les cheveux sans qu'il ressente la moindre douleur. Sa vue s'est troublée petit à petit il y a six mois, et il lit difficilement de l'œil droit le n° 5 de l'échelle Giraud-Teulon, et le n° 4 de l'œil gauche. Une vive lumière le gêne beaucoup, et il a constamment des éclairs et des feux rouges et blancs devant les yeux. Les couleurs sont difficilement reconnues par le malade; le vert lui paraît jaune et le bleu noir. Il reconnaît les couleurs rouge et jaune, mais leurs nuances même les plus grossières lui échappent complétement.

A l'ophthalmoscope, nous trouvons la papille droite légèrement infiltrée en bas et en dehors (image renversée), ailleurs elle est saine. A trois ou quatre millimètres de son bord infiltré nous apercevons des taches hémorrhagiques, au nombre de trois, et à côté du vaisseau rompu, il existe une tache exsudative blanche. Les autres parties de la rétine et du fond de l'œil sont saines. Dans l'œil gauche il n'y a point d'hémorrhagies, mais, ce qui m'a beaucoup frappé, c'est la teinte grisâtre du centre de la papille, qui couvre complétement l'origine des vaisseaux partant de cet endroit, et qui se voit très-nette dans l'autre œil. Il y a évidemment une infiltration de la couche adventice des vaisseaux centraux de nerf optique.

Croyant avoir affaire à une affection cérébrale congestive, nous avons prescrit des purgatifs, des ventouses scarifiées et sèches plusieurs fois répétées, sur le dos et à la nuque, et des larges vésicatoires sur les deux tempes.

Ce traitement n'amène aucune amélioration au bout de dix jours : la vue se trouble davantage, et à l'ophthalmoscope je constate un nombre beaucoup plus considérable de taches apoplectiques situées le long du même vaisseau rompu.

C'est alors que je me suis décidé, malgré les dénégations du malade, de lui prescrire le traitement antisyphilitique.

Le malade commença à prendre deux fois par jour une pilule de calomel de 0,05 cent. chaque, et une cuillerée à bouche de la potion iodée de 7 grammes d'iodure de potassium pour 250 grammes d'eau. En même temps je prescrivis des frictions mercurielles sur le front et les tempes, et l'instillation dans l'œil de gouttes de digitaline. Sous l'influence de ce traitement l'amélioration a marché rapidement, les maux de tête disparurent totalement, la mémoire revint petit à petit, l'odorat est plus sensible, la sensibilité revient au cuir chevelu, et en l'examinant le 13 juillet à l'ophthalmoscope, j'ai constaté la résorption de quelques taches ecchymotiques; d'autres ont sensiblement diminué de volume. Le trouble du centre de la papille gauche a diminué et le malade a recouvré la faculté de distinguer les couleurs. Nous l'avons vu depuis deux ou trois fois, et nous avons constaté sa guérison presque complète. Ce malade a été examiné aussi par plusieurs de mes confrères, qui ont eu l'obligeance d'assister à ma clinique, entre autres par MM. les docteurs Thierry de Maugras, Chrisopatos, et M. le docteur Shiff.

Il y a plusieurs points importants à signaler dans cette observation : d'abord l'affection ne présentait aucun symptôme syphilitique caractéristique, et le diagnostic était d'autant plus difficile que le malade n'a voulu avouer qu'il avait eu le chancre que vers la fin de son traitement; ensuite, l'affection ne s'est point améliorée sous l'influence du traitement antiphlogistique, mais elle a été guérie promptement sous l'influence du traitement antisyphilitique. J'ai prescrit en dernier lieu l'instillation dans l'œil de gouttes de digitaline, dans le but de provoquer le ralentissement de la circulation dans la rétine et de prévenir par conséquent de nouvelles hémorrhagies dans le courant du traitement. A ce propos je dois déclarer que l'instillation de digitaline dans l'œil m'a déjà rendu un grand nombre de fois des services considérables dans le traitement des choroïdites et des rétinites apoplectiques; et voici dans quelle forme j'ai l'habitude de prescrire ce collyre :

Digitaline.	1 centigramme.
Eau distillée.	10 grammes.

Faites dissoudre, et instillez six à huit fois par jour dans l'œil.

En comparant cette observation avec d'autres faits se rapportant au même genre d'affections de la rétine, je puis formuler les conclusions suivantes :

1° La rétinite et la névrite syphilitiques peuvent exister dans l'œil sans aucune altération de la choroïde et du corps vitré;

2° Cette affection peut exister dans un ou dans les deux yeux à la fois et sous des formes différentes;

3° Le trouble de la vue n'est pas très-marqué, et elle peut se conserver telle pendant longtemps;

4° La cécité des couleurs est un phénomène propre à cette affection, et elle dépend de l'altération de la rétine ou du nerf optique;

5° La guérison de la rétinite syphilitique s'obtient au moyen du traitement vénérien mixte, mais il faut que ce traitement soit institué dès l'origine de l'affection.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notes cliniques sur la chirurgie utérine, dans ses rapports avec le traitement de la stérilité, par J. Marion Sims. Traduites de l'anglais, par le docteur Lhéritier, médecin consultant de l'Empereur, inspecteur des eaux de Plombières. Un volume in-8° de 500 pages, renfermant 140 figures gravées. Prix : 9 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

De la métrite chronique, par le professeur F.-W. de Scanzoni. Traduit de l'allemand, par le docteur Sieffermann, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, lauréat de la faculté de médecine. Un volume in-8° de 300 pages. Prix : 7 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué, par le docteur Thévenin, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 80 pages et 6 figures. Prix: 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Études sur les poisons convulsivants. De la picrotoxine, par le docteur Cayrader. In-8 de 30 pages. Prix : 1 fr.—Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 107. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 13 SEPTEMBRE 1866. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'ahonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — CLINIQUE DE LA VILLE. Albuminurie, remontant pour le moins à neuf mois, guérie par les bains sulfureux. — De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte. — Cas de stérilité chez l'homme cessant après la guérison d'un phimosis. — Recherches sur la narcéine. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

« Il faut chercher seulement à penser et à parler juste, sans vouloir amener les autres à notre goût et à nos sentiments; c'est une trop grande entreprise, » a dit Labruyère. Il y a longtemps que nous aurions renoncé, quant à nous, à cette prétention, si nous l'avions jamais eue. Ce qui vient de se passer, durant ces deux derniers mois, au sein de l'Académie montre assez de quelle difficulté serait, en effet, une pareille entreprise. Nous bornant donc, pour notre compte, à dire en toute occasion ce que nous croyons juste et vrai, qu'il s'agisse des hommes ou des choses, sans chercher à inspirer nos opinions à personne et en respectant les convictions d'autrui comme nous désirons voir respecter les nôtres, nous reprenons avec notre plume nos habitudes d'indépendance et d'impartialité sous la responsabilité personnelle qu'elles entraînent.

C'est pour la troisième fois, si nous comptons bien, depuis que nous avons l'honneur de prendre la parole au nom de la *Gazette*, que nous nous trouvons en présence d'une de ces discussions brûlantes où sont mis en cause les principes de la méthode sous-cutanée et les titres de M. J. Guérin à la constitution de cette méthode. Arrivé juste pour recueillir les derniers échos de cette discussion, dont nous n'avons pu suivre que de loin les diverses péripéties au milieu des occupations et des distractions inséparables de la pratique thermale, il nous eût été difficile peut-être d'intervenir avec une suffisante connaissance de cause dans ce nouveau débat, si un coup-d'œil rapide jeté sur les comptes rendus des séances, ne nous eût fait reconnaître dans les revendications comme dans les contestations, — sauf toutefois quelques points nouveaux de physiologie incidemment soulevés et qui restent réservés, — les mêmes arguments, les mêmes faits et presque les mêmes termes que nous avions entendus en 1857. Dès lors notre tâche se trouve singulièrement simplifiée. Rien n'étant changé au fond du débat, nous n'aurions rien à changer non plus à nos appréciations et nous ne saurions mieux faire, pour éviter des répétitions superflues, que de renvoyer ceux de nos lecteurs qui seraient désireux de connaître notre jugement, le même aujourd'hui qu'il y a neuf ans, aux divers articles que nous avons publiés à cette époque, et plus particulièrement à ceux du 12 mars et du 7 mai 1857 (nos 30 et 54) (1).

Ce petit compte réglé avec notre arriéré, un mot seulement sur les deux dernières séances de l'Académie.

Dans la séance du 4, M. le docteur Dolbeau a lu un très-intéressant mémoire sur les exostoses du sinus frontal. Il a rappelé, à cette occasion, plusieurs exemples récents de productions osseuses primitives, toutes plus ou moins considérables, des fosses nasales, des sinus maxillaires, de l'orbite et enfin du sinus frontal. La constatation de cette circonstance, commune dans tous ces faits, que ces exostoses sont toujours plus ou moins libres dans les cavités où elles ont pris naissance, permet de concevoir l'espoir de les enlever, pourvu cependant qu'on puisse leur ouvrir une voie suffisante; d'où l'indication de procéder à cette ablation de bonne heure, avant que ces productions anormales aient pris un trop grand développement. Aux faits récents qu'il a rapportés, M. Dolbeau aurait pu joindre, si nous avons bonne mémoire, des exemples très-curieux de développements osseux anormaux de ce genre qui ont été consignés, il y a longtemps déjà, dans un mémoire très-original de M. le docteur Kühnholtz (de Montpellier), sur la diathèse osseuse, publié en 1834.

Dans la séance d'hier, l'Académie a entendu un rapport de M. Blot, sur un mémoire de M. le docteur Monot, relatif à l'industrie des nourrices et à la mortalité des enfants nouveau-nés, et une lecture de M. Chauveau sur la vaccine primitive.

Le travail de M. Monot rapporté par M. Blot et les quelques explications qui s'en suivent révèlent des faits qui semblent ressortir moins à la compétence de l'Académie et à celle du ministre auquel le rapporteur a proposé le renvoi de ce travail, qu'à la compétence de l'Académie des sciences morales et surtout du ministère public. Cependant l'Académie étant à même de donner des avis utiles en cette grave circonstance, nous sommes loin de récuser son intervention, et nous applaudissons, au contraire, à la proposition qui a été faite, de demander à M. Blot un supplément de rapport, — ce qu'il ne manquera probablement pas de faire dans l'une des prochaines séances.

La communication de M. Chauveau est trop importante pour l'apprécier sur une simple audition. Nous attendons l'insertion de son travail au *Bulletin*, pour en dire notre sentiment.

Dr Brochin.

(1) Je ne veux pas laisser échapper cette occasion de répondre à un appel indirect qui a été fait à mes souvenirs et à ma reconnaissance par M. J. Guérin pendant mon absence — qu'on me pardonne de parler encore une fois à la première personne, mais il s'agit ici d'un fait tout à fait personnel. — Dans un passage du premier-Paris de la *Gazette médicale*, du 28 juillet dernier, dont je n'ai eu connaissance seulement que depuis mon retour, M. J. Guérin rappelle, au sujet des critiques dont il à été l'objet, que le rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux* a dû, à la méthode de l'occlusion et à la théorie de l'organisation immédiate des plaies soustraites au contact de l'air, de conserver l'usage de l'un des tendons extenseurs des doigts divisé complètement dans une chûte à travers une porte vitrée (c'était l'extenseur du doigt médius de la main gauche). Je dois, en effet, cet inappréciable service aux soins empressés de M. J. Guériu, à son habileté et à l'excellence du procédé qu'il a mis en usage. Si je ne lui en ai témoigné jusqu'ici ma reconnaissance que dans l'intimité seulement, c'est que j'avais cru inutile d'occuper le public médical de ma personne, malgré l'intérêt du fait lui-même. Mais puisque l'occasion m'en est naturellement offerte, je suis heureux de donner à ma reconnaissance une expression publique.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Paul TOPINARD.

Albuminurie, remontant pour le moins à neuf mois, guérie par les bains sulfureux.

(Lue à la Société médicale d'Observation).

D... âgée de vingt-quatre ans, n'a pas eu de maladies jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. Elle eut alors un enfant qui s'est toujours bien porté et qu'elle a nourri. Les affections auxquelles est sujette sa famille sont l'hystérie et la phthisie.

Le 1er septembre 1864, elle fut prise de fièvre, et vingt-quatre heures après, d'une éruption que l'on pensa être de la scarlatine. Aucun médecin ne fut appelé. Elle quitta le lit au bout de huit jours et sortit, sans précaution, vers le quinzième jour. Une desquammation se produisit. Les malléoles n'enflèrent pas et la convalescence n'eut de spécial que l'apparition de nombreux furoncles en diverses parties du corps.

Ces furoncles et ces orgelets continuèrent à se reproduire çà et là, et c'est pour eux qu'elle vint me consulter le 2 janvier 1865.

Je la trouve plutôt maigre; la peau et les muqueuses sont pâles; aux carotides on constate l'existence d'un bruit de souffle doux et léger; habituellement bien réglée, elle a quelques fleurs blanches. Son appétit est passable, ses digestions bonnes. Elle a souvent des attaques de nerf et le sentiment d'une boule remontant de l'épigastre à la gorge. Quelquefois elle a des palpitations. Elle se nourrit mal et ne prend pas d'exercice. Les poumons, examinés avec soin, n'offrent aucun indice suspect de tuberculisation; la poitrine est étroite, mais elle ne tousse pas et n'a jamais eu d'hémoptysies ou de sueurs nocturnes.

Je prescris, pendant le mois de janvier, de l'eau de goudron aux repas et des purgatifs réitérés; et plus tard, de l'eau de quassia, du fer, et de l'huile de foie de morue.

Sous cette influence, le malade prend un peu d'embonpoint et des couleurs, mais les furoncles persistent. Tout à coup, vers le 1er mars suivant, ceux-ci cessent de se reproduire, sans qu'aucune circonstance immédiate dans le traitement explique cette disparition. Et c'est vingt jours après, le 20 mars, que se déclare la maladie qui fait l'objet de cette observation.

Les jours précédents, elle n'avait subi aucune fatigue, aucune émotion particulière; elle n'avait pas été mouillée, lorsque le matin du 20 mars, elle se réveilla courbaturée, avec des maux de reins, du mal de gorge, de l'anorexie et quelques nausées.

Le 25 mars, je constate que les maux de reins n'augmentent pas notablement par les mouvements et du tout par la pression, et que les amygdales sont un peu rouges et tuméfiées. Les nausées ne se sont pas reproduites; la langue est normale et humide; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas gros; il n'y a pas de fièvre; il y a de la soif, mais l'appétit est revenu. Les selles sont régulières. Ce qui occupe le malade, c'est de la céphalalgie, des vertiges et des éblouissements; le champ pupillaire et l'iris, examinés à l'œil nu, n'offrent rien de particulier.

Une très-légère bouffissure des paupières attire mon attention, et je trouve, à la région sous-malléolaire, un peu d'œdème dur, incolore et indolent, dont le malade ne se doutait pas.

Les urines sont abondantes, pâles et louches comme du bouillon de poulet. Leur aspect fait penser à la maladie de Bright, non pas aiguë, mais chronique. En effet, traitées par la chaleur ou par l'acide azotique, elles se prennent en une masse blanche comme du blanc d'œuf, qui, par le repos, se précipite et occupe les deux tiers inférieurs du verre.

Elle assure que ses jambes n'ont jamais été enflées précédemment, et qu'elle n'a pas eu non plus de maux de reins auparavant. Cependant, depuis sa scarlatine, elle est, dit-elle, sujette aux maux de tête, et sa mémoire aurait diminué.

Traitement. — 8 ventouses scarifiées au niveau des reins; 30 grammes de sulfate de magnésie tous les matins; 50 centigrammes de tannin à midi, puis le soir; frictions sèches par tout le corps, deux fois par jour.

Le 28 mars, la douleur des reins a presque disparu, mais l'enflure des malléoles a augmenté; elle comprend tout le pied et se remarque jusqu'au tiers supérieur du mollet; elle est plus prononcée à la face et assez aux doigts pour que je recommande d'ôter les bagues. Les autres symptômes, comme précédemment.

Traitement. — 30 grammes de sulfate de magnésie tous les deux jours, et tannin, 1 gramme par jour. Gargarisme boraté.

Le 2 avril, amélioration. L'œdème est nul au réveil, et n'apparaît aux malléoles que lorsque la malade est restée longtemps debout. Il est insaisissable aux paupières. La proportion d'albumine dans les urines, aussi abondante dans l'après-midi, est très-faible, le matin. Une fois, dans la matinée, je l'ai trouvée plus considérable que de coutume; la malade, la veille au soir, avait mangé des asperges à mon insu. La céphalalgie, les troubles de la vue et le mal de gorge ont disparu. Traitement exclusivement par le tannin.

Le 8, les maux de reins et quelques nausées ont reparu. L'œdème est plus intense qu'il n'a été jusqu'ici et est très-visible à la face, aux mains et aux jambes; cependant elle met encore facilement ses bas. Même traitement.

Le 19, douleurs articulaires dans le genou droit, sans gonflement, ni rougeur. Même état.

Le 21, autre douleur dans l'épaule gauche. Elle se plaint aussi d'un brouillard devant les yeux; elle ne voit plus à travailler, dit-elle, et craint de perdre la vue. Rien d'appréciable dans le champ pupillaire, à l'œil nu. Les maux de reins reviennent de temps en temps. Friction à l'huile de croton sur la région des reins. Tannin comme précédemment.

Le 10 mai, l'œdème et les maux de reins sont moindres, les troubles de la vue ont cessé; l'appétit et les fonctions digestives sont excellents, mais la quantité d'albumine dans les urines est la même, ou peu s'en faut. Je remplace le tannin par des bains de sel de Pennès, à demi-dose, un tous les deux jours.

Le 15 juin, pas de résultat sensible. Même bain tous les deux jours, à dose entière.

Le 20 juillet, vingt-cinq bains environ ont été pris. L'albumine manque quelquefois dans les urines, le matin, mais y est toujours présente en quantité quelquefois aussi grande que le premier jour, dans l'après-midi. L'œdème ne se montre plus à la face, ni aux doigts, et reste limité, tous les soirs, aux malléoles. Les douleurs articulaires ne sont pas revenues.

Traitement. — Bains tous les deux jours, additionnés de 100 grammes de sulfure de potasse.

Le 21 août, les bains, dans lesquels elle reste une heure, produisent une grande action sur la peau. Elle en sort toute rouge des pieds à la tête, et, pendant plusieurs heures ensuite, elle a, surtout tout au cou, des démangeaisons et un prurit fort incommode. De grandes plaques comme du *pytiriasis alba* persistent même et se desquamment. Cependant l'action commence à être moindre, elle s'habitue aux bains. Les urines, examinées dans l'après-midi, n'offrent plus, par la chaleur et l'acide azotique, qu'un nuage blanc, opaque, qui, précipité, occupe environ le quart inférieur du verre. L'œdème des malléoles se montre si rarement, que j'ai grand peine à lui faire continuer le traitement.

Bains sulfureux *ut suprà*, mais 130 grammes.

Le 14 octobre, la peau est le siége d'une irritation plus grande, qui se traduit par des plaques érythémateuses, des surfaces en desquammation furfuracée, des boutons d'acné aux plis articulaires, et des plaques d'urticaire de temps à autre. En revanche, les urines ne se troublent plus par l'ébullition, le matin, et ne présentent plus qu'un léger nuage dans l'après-midi. Plus d'œdème aux jambes. Je suspends les bains sulfureux.

Le 30, la malade vient me voir pour une grosseur très-douloureuse de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale qui se dissipe tout à coup quatre jours plus tard. Il s'agissait, sans doute, d'un petit abcès qui s'est ouvert dans le rectum. Nuage léger dans les urines chauffées. Pas d'œdème des malléoles.

Le 1er décembre, la malade examine fréquemment ses urines elle-même, elle m'affirme que depuis un mois elles ne se troublent plus par la chaleur, même lorsqu'elle est très-fatiguée. Cependant en ne chauffant que la partie supérieure du liquide, on voit encore s'y former un léger nuage. Quant à l'œdème et aux autres symptômes, il n'en est plus question. Les phénomènes d'excitation cutanée ont aussi disparu avec la cessation des bains sulfureux. Elle ne se plaint plus que d'insomnie et de prurit aux parties génitales. Il est intéressant de noter que les furoncles n'ont jamais reparu.

Le 8 février 1866, D... vient me consulter pour une aménorrhée. Ses urines, traitées par l'acide azotique et la chaleur, ne se troublent pas du tout.

Le 10 août, elle est au sixième mois d'une grossesse et se porte bien. Ses urines, que j'ai souvent examinées, n'ont plus offert la moindre trace d'albumine ou de sucre. Ses jambes n'enflent jamais.

En somme, cette femme a eu en septembre 1864 une scarlatine, et à la suite une série de furoncles qui se sont renouvelés pendant cinq mois. Vingt jours après leur disparition complète se déclaraient tous les signes d'une maladie de Bright aiguë : douleur rénale, nausées, troubles de la vue, albuminurie, anasarque, à cette exception près que les urines étaient pâles et louches.

Ces accidents constituaient-ils le début même de la maladie? Ou s'agissait-il d'une poussée congestive aiguë sur le rein, dans le cours d'une maladie de Bright remontant à la scarlatine, c'est-à-dire à six mois? N'ayant pas examiné les urines auparavant, je n'ai pu élucider ce point. La malade n'avait pas remarqué que ses jambes aient enflé après sa scarlatine; toutefois, elle était restée sujette à des céphalalgies, et sa mémoire avait un peu diminué.

Quoi qu'il en soit, la maladie fut immédiatement traitée par une application de ventouses scarifiées sur les reins qui fit disparaître la douleur, par des purgatifs salins durant huit jours, et du tannin durant un mois; ces derniers, sans résultat notable. Vingt-cinq bains de Pennès pris ensuite amenèrent un peu d'amélioration, mais par les bains sulfureux, et en deux mois, le succès fut complet. L'albumine diminua dans les urines, puis disparut entièrement neuf mois après que sa présence avait été constatée pour la première fois.

Il y a de cela déjà six mois; j'ai saisi toutes les occasions d'examiner les urines; la cure paraît complète.

La dose de sulfure de potasse a varié de 100 à 130 grammes par bain, c'est-à-dire a été modérée. Mais le sujet était fort sensible à l'action du médicament, et cette dose suffisait à produire des éruptions artificielles de diverses natures, nombreuses et incommodes. Cependant, et malgré les accidents cutanés sérieux qui pouvaient surgir, nous avons continué le traitement et évité de calmer cette irritation par des bains d'amidon. Cette cure s'explique donc très-naturellement par une aussi puissante dérivation, et il est permis de croire que si les bains sulfureux ne comptent pas plus de succès jusqu'à ce jour dans la maladie de Bright, c'est qu'on n'en a pas élevé la dose suffisamment pour amener ces phénomènes cutanés.

Quelques-uns d'entre vous, messieurs, feront peut-être remarquer que la maladie remontait à peine à neuf mois, que l'hydropisie était légère et qu'on avait affaire à une albuminurie simple de longue durée plutôt qu'à une maladie de Bright confirmée. Ils ajouteront que dans le cours de cette maladie chronique, on voit souvent les symptômes, y compris l'albuminurie disparaître pendant un an et plus, pour reparaître plus graves qu'auparavant.

Je ne le nie pas, mais je n'en pense pas moins, qu'en présence de l'impuissance habituelle de nos agents thérapeutiques dans les cas de cette maladie, qui ont passé la période aiguë : purgatifs, diurétiques, diaphorétiques, astringents, spécifiques et toniques, impuissance que constate d'une façon navrante M. le professeur Grisolle, dans son traité de *Pathologie interne*, je suis en droit de me féliciter de mon résultat, de le rapporter à l'emploi des bains sulfureux à dose très-élevée en proportion de la susceptibilité du sujet et de recommander ceux-ci aux praticiens dans l'albuminurie et la maladie de Bright.

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS L'ŒDÈME DE LA GLOTTE

et de la laryngite nécrosique,

Par M. le docteur OBÉDÉNARE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous reproduisons ci-dessous les conclusions de ce travail (1) :

« Dans toutes les affections du larynx et du pharynx, il peut survenir un œdème de la glotte, brusquement, sans période prodromique appréciable, pendant que l'individu se trouve dans un état de santé en apparence satisfaisant.

« La laryngite œdémateuse peut conduire le malade, même sans accès de dyspnée bien notable, à une mort imminente.

« C'est surtout dans la convalescence de l'entéro-mésentérite typhoïde et de la variole que l'œdème de la glotte peut surprendre le malade, alors qu'on s'y attend le moins. La mort, en pareil cas, est presque certaine.

« Grâce à la trachéotomie, on a sauvé 56 malades sur 100 qu'on a opérés, et encore il est très-probable que le chiffre des succès eût été plus considérable si les règles de l'art eussent été toujours observées.

« Ce chiffre paraît encore plus satisfaisant quand on pense que bon nombre de malades ont été enlevés par des cachexies ou des maladies graves, comme le cancer, la tuberculisation, l'entéro-mésentérite typhoïde, la pleurésie, la gangrène pulmonaire, etc.

« Il faut donc que le médecin se tienne toujours prêt à opérer toutes les fois qu'il se trouvera en présence d'un œdème de la glotte.

« Que la canule soit suffisamment large et qu'on surveille avec une attention extrême l'ablation du tube métallique. »

1. Un vol. in-8, Paris, 1866, Adrien Delahaye.

DE L'ULCÉRATION DE LA CAROTIDE INTERNE CONSÉCUTIVE

à la carie du rocher,

Par M. JOLLY, interne des hôpitaux.

Dans les *Archives de médecine* (pour juillet 1866), M. Jolly a fait l'histoire de l'ulcération de la carotide interne consécutive à la carie du rocher. Nous reproduisons les conclusions de ce travail :

« 1° L'ulcération de la carotide interne consécutive à la carie du rocher est un accident très-rare, comparée à la grande fréquence de cette maladie. Elle est relativement fréquente au contraire par rapport à celle des autres artères.

« 2° De tous les vaisseaux qui avoisinent le rocher, c'est cette artère qui est le plus fréquemment lésée.

« 3° Le diagnostic du vaisseau perforé est souvent difficile, mais l'étude attentive des hémorrhagies, de leur mode de production, du sang qu'elles fournissent suffira souvent pour lever tous les doutes, et dans les cas difficiles le médecin pourra tirer un renseignement utile des signes fournis par la compression de la carotide ; l'hémorrhagie s'arrêtant si le sang provient de cette artère, continuant au contraire, sans être influencée, s'il vient d'un des vaisseaux veineux.

« 4° Le pronostic de cette complication est toujours extrêmement sérieux, car elle nécessite une grave opération chirurgicale qui ne parvient même pas toujours à arrêter les hémorrhagies.

« 5° Quand il aura reconnu l'ulcération de la carotide interne, le chirurgien n'aura qu'une ressource : la ligature d'une des deux carotides interne ou primitive, et il devra la faire le plus tôt possible. »

CAS DE STÉRILITÉ CHEZ L'HOMME,

Cessant après la guérison d'un phimosis,

Par M. le Dr Alphonse AMUSSAT.

On comprend que le phimosis, porté à l'excès, constitue un obstacle mécanique à la projection régulière du sperme et devienne, pour l'homme, une cause de stérilité; mais peut-être ne tient-on pas suffisamment compte de ce vice de conformation dans l'histoire de l'infécondité en général, et voici un nouveau fait, qui prouve l'importance pratique de l'examen du prépuce chez les sujets qui, après un certain temps de mariage, se plaignent de ne pas avoir d'enfants.

M. X..., négociant, âgé actuellement de trente-trois ans, d'une constitution lymphatique, mais d'une taille et d'un embonpoint au-dessus de la moyenne, se maria, en 1858, avec une jeune femme offrant toutes les apparences d'une bonne constitution et jouissant d'une santé excellente. Cinq années se passèrent sans qu'il y eut de grossesse, ce qui affectait péniblement les familles des jeunes époux.

En 1863, M. X... questionné par son médecin, M. le docteur Baudin, sur la disposition qu'affectait chez lui le prépuce, lui avoua qu'il craignait que l'infécondité de son union ne dépendît de l'impossibilité où il avait toujours été de découvrir le gland. En examinant la verge de son client, M. Baudin constata en effet l'existence d'un phimosis très-prononcé avec longueur exagérée du prépuce. Il résultait de cette double circonstance que, lorsque M. X... urinait, la poche préputiale commençait par se remplir comme un entonnoir, puis l'urine s'écoulait par un jet assez grêle. On pouvait, dès lors, conclure d'un pareil état de choses, que dans le coït, le sperme ne devait sortir qu'en bavant, ce qui empêchait le liquide fécondant d'arriver à destination. Aussi M. Baudin, et plus tard M. Ricord, consultés pour le même objet, furent-ils d'avis qu'il fallait opérer le phimosis, ce à quoi le malade consentit, pourvu que l'opération ne l'arrêtât pas dans ses affaires.

Pour remplir cette condition, M. Baudin pensa que la cautérisation linéaire, telle que M. le docteur A. Amussat la pratique dans beaucoup de cas, où l'on se sert habituellement du bistouri, donnerait le résultat voulu, et sur son invitation, notre confrère procéda à l'opération, de la manière suivante, le 11 mai 1863.

Armé d'une pince porte-caustique à recouvrements, dont les ouvettes furent remplies successivement de pâte de caustique Filhos, puis de pâte de chlorure de zinc, M. le docteur Amussat saisit et cautérisa toute l'épaisseur du prépuce du côté de la face dorsale du gland. Commencée dans l'après-midi, la cautérisation était complète à une heure peu avancée de la soirée. La pince fut retirée et le malade laissé libre. Le lendemain, il vaquait à ses occupations comme de coutume. L'escharre linéaire tomba le 25, et, dans le courant de juillet, la cicatrisation était complète, le prépuce revenu à l'état normal et le gland complétement découvert.

Or, un an après la guérison de ce phimosis, Mme X... accouchait à terme d'un garçon bien portant. Depuis la guérison, l'émission des urines, le coït et l'éjaculation s'accomplissent comme si M. X... avait toujours eu une conformation normale du prépuce. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Recherches sur la narcéine.

Depuis les expérimentations de MM. Béhier et Debout, divers médecins ont cherché à étendre l'emploi thérapeutique de la narcéine.

Le *Journal de médecine de Bruxelles* publiait récemment les résultats obtenus par le docteur Eulenburg, principalement dans les maladies chirurgicales et même sur des personnes en bonne santé.

La narcéine, comme on sait, se dissout complétement dans 375 parties d'eau à 17 degrés centigrades ; elle est donc plus soluble que la morphine qui ne se dissout que dans 1,000 parties d'eau. Par contre, le chlorhydrate de narcéine est moins soluble que le chlorhydrate ou l'acétate de morphine.

L'emploi de la narcéine, en injections sous-cutanées, s'est montré préférable à l'usage interne, tant pour la sûreté des effets produits que par la petitesse des doses nécessaires ; considération qui n'est point sans importance, si l'on a égard au prix encore élevé de la narcéine. Les voies internes ne doivent être utilisées que chez les personnes qui craignent l'injection, ou dont la sensibilité ne permet l'emploi du médicament que par ce mode. M. Eulenburg donne par la bouche une solution légèrement acidulée de narcéine pure, 0gr,10 dans 30 grammes d'eau distillée, solution qui très-longtemps conserve toute sa limpidité. Pour les injections sous-cutanées, il emploie une solution beaucoup plus concentrée de chlorhydrate de narcéine (5 centigrammes pour 4 grammes d'eau distillée), cette solution se troublant au bout de peu de temps, il faut la chauffer chaque fois que l'on en fait usage.

Les doses généralement employées par le docteur Eulenburg sont, pour l'usage interne, de 1/6 à 1/2 grain ; pour l'usage hypodermique, de 1/8 à 1/4 de grain. Le goût de la narcéine pure est légèrement amer, en même temps que métallique ; l'injection hypodermique donne une sensation de brûlure à l'endroit de la piqûre, mais de peu d'intensité et de durée, sensation moins prononcée, en tous cas, que celle que donne tout autre alcaloïde (morphine, quinine, etc.); elle n'a jamais une action irritante ; seulement chez un malade à peau décolorée, sensible, chaque injection faite au visage produisit un gonflement œdémateux, sans rougeur à l'endroit de la piqûre, gonflement qui disparut au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, en laissant une induration limitée et assez sensible.

Parmi les effets physiologiques de la narcéine sur l'organisme, se présente, en même temps que le narcotisme, une action sur la circulation ; celle-ci consiste principalement (au contraire de l'action de l'atropine) en une diminution avec amoindrissement du pouls. Son action sur le système nerveux cutané paraît être analogue à celle des autres narcotiques, et produit ses effets d'une manière directe par la méthode externe (hypodermique), et indirecte en agissant sur les centres par la méthode interne. L'emploi répété de doses internes produit souvent de une à deux garde-robes ; quelquefois même il a pour résultat la diarrhée. D'autre part, il paraît retarder les menstrues. Enfin on peut avancer qu'il ne se manifeste aucune action musculaire comme après les injections sous-cutanées de morphine. D'une manière générale, dit M. Eulenburg, la narcéine est bien préférable, par les effets sédatifs et hypnotiques, à toute autre substance. Son emploi est indiqué même en dehors des névroses essentielles dans toutes les affections où le symptôme douleur est prononcé, telles que : affections articulaires, phlegmons, lésions oculaires, iritis, kératite, etc., orchite, épididymite blennorrhagique, cystite, etc., dans les blessures après les opérations douloureuses. Dans tous ces cas, la narcéine employée aux doses données plus haut, diminue rapidement la douleur et produit souvent un sommeil de quatre, cinq et même neuf heures, sommeil doux, tranquille et non interrompu; jamais ces doses ne donnèrent lieu à des dérangements ou à des effets toxiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 septembre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce et des travaux publics transmet une notice sur le choléra morbus, par M. le docteur Noblecour, d'Aurigny. (Commission du choléra.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Follin qui se présente comme candidat dans la section de pathologie externe ;

2° Une lettre de M. le docteur Bouteiller (de Rouen), qui demande « que l'Académie donne un démenti formel à un passage du précis des travaux du conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure, dans lequel il est dit que l'Académie a donné son approbation officielle à la vaccination animale ; »

3° Une lettre de M. Jourdan (de Mayence), sur le traitement du choléra par les injections d'eau salée.

— M. LARREY présente un travail de M. Shrimpton, sur la non-contagion du choléra.

— M. DEPAUL présente un mémoire en italien, de M. le docteur Fabri (de Bologne), sur les gestations qui dépassent leur terme, et sur celles qui ne se terminent jamais.

— M. FÉE offre en hommage, à l'Académie, une brochure sur l'odorat et les odeurs.

RAPPORT.

Industrie des nourrices. — M. BLOT, au nom d'une commission dont il fait partie, avec M. Jacquemier, donne lecture d'un rapport favorable sur un travail de M. le docteur Monot, de Montsauche (Nièvre), intitulé : *De l'industrie des nourrices et de la mortalité des enfants nouveau-nés.*

L'auteur signale dans ce travail les nombreux abus et méfaits que commettent les nourrices au préjudice des enfants qui leur sont confiés, et il propose un projet de règlement destiné à prévenir la reproduction de ces abus à l'avenir.

M. le rapporteur donne des éloges à ce travail et propose, vu son importance, de le renvoyer au ministre de l'instruction publique, en le signalant d'une manière particulière à son attention.

M. BRIQUET rappelle à cette occasion les faits semblables qui

ont été déjà signalés à l'Académie par M. Brochard, lequel a constaté que les trois quarts des enfants confiés aux nourrices meurent dans la première année, et que les parents n'ont aucune garantie vis-à-vis de ces nourrices. Il approuve le rapport de point en point et en appuie les conclusions.

M. CHEVALLIER trouve que M. Brochard ainsi que l'auteur du mémoire rapporté par M. Blot, sont encore au-dessous de la vérité. Il a vu, dans une localité des environs de Paris, jusqu'à sept enfants chez la même nourrice, qui n'avait ni lait, ni vache à sa disposition, et pas même un berceau.

M. LARREY. Il y aurait peut-être une proposition plus large à faire et plus utile en même temps; ce serait de demander au ministre la communication de ces faits aux conseils généraux.

M. BLOT répond à l'observation de M. Larrey, que s'il n'a pas été plus explicite dans ses conclusions, c'est qu'il a pensé qu'il suffisait de signaler ces faits au ministre qui saurait bien prendre ensuite telles mesures qu'il jugerait utiles.

M. DEPAUL croit que M. Blot a un peu grossi les faits. Il a présenté le revers de la médaille et en a caché la face. Sans doute, il y a des abus dans le service des nourrices, personne n'est mieux à même que lui de le savoir, mais il y a aussi des avantages. Et d'ailleurs si l'on a tant à se plaindre des nourrices, ne faut-il pas s'en prendre un peu aux familles et aux médecins eux-mêmes, qui trop souvent, apportent une grande négligence dans leur choix, et s'en rapportent aux déclarations des nourrices elles-mêmes, sur l'âge de leurs enfants et l'époque de leur accouchement, au lieu de prendre des renseignements précis auprès de l'administration. On cite des exemples de femmes qui adressent des bulletins mensongers et continuent à percevoir les mois de nourrice alors que leur nourrisson est mort depuis longtemps. Mais pourquoi les parents ne se renseignent-ils pas auprès des autorités locales? Il y a des règlements à cet égard.

Enfin, pourquoi M. Blot n'a-t-il pas fait connaître les propositions et les projets de réglementation nouvelle, que l'auteur du mémoire soumet à l'Académie.

M. BLOT. Si je n'ai pas donné lecture des propositions et du projet de règlement de l'auteur du mémoire, c'est que ce travail est long, et que j'ai craint d'abuser des moments de l'Académie. Si l'Académie le désire, je suis prêt à lui en donner lecture.

M. ROBINET ne pense pas qu'il y ait lieu de discuter un projet de règlement. Ce n'est pas l'affaire de l'Académie, c'est celle de l'administration. Le renvoi au ministre suffit.

MM. GUÉRARD, BOULEY et LARREY appuient la proposition de M. Depaul, et demandent communication des propositions faites par l'auteur du mémoire.

M. LE PRÉSIDENT prenant cette proposition en considération, invite M. le rapporteur à présenter un supplément de rapport dans une prochaine séance.

LECTURE.

Vaccine primitive. — M. CHAUVEAU lit un rapport ayant pour titre : *Des conditions qui président au développement de la vaccine dite primitive.*

Voici, sous forme de propositions, un résumé de ce travail :

1° La vaccine considérée chez le cheval, animal qui, d'après Jenner, en serait la source première, doit être distingué en vaccine naturelle ou spontanée, et vaccine artificielle, accidentelle, expérimentale ou inoculée;

2° La vaccine naturelle ou spontanée, c'est-à-dire celle qui se développe toute seule, sans l'intervention de l'art, se manifeste sur la peau des solipèdes (les seuls animaux dont il soit question dans cette étude), par une éruption pustuleuse dite générale, quoiqu'elle se montre, souvent, presque exclusivement dans des régions d'élection peu étendues, comme la région naso-labiale ou la région des talons;

3° La vaccine artificielle ou accidentelle, résultat de la transmission par inoculation du virus primitivement emprunté aux animaux atteints de vaccine naturelle, se présente sous deux formes : 1° la forme locale, 2° la forme générale;

4° La forme locale de la vaccine artificielle provient de l'insertion du vaccin à la surface ou dans les couches superficielles du derme et de la germination sur place de ce virus, germination qui débute immédiatement sans incubation réelle. C'est la forme commune connue de tout le monde. Jusqu'à présent elle n'a pas été vue chez le cheval accompagnée ou suivie d'éruption vaccinale secondaire, sous d'autres points du corps, mais elle n'en exerce pas moins une action générale sur l'économie;

5° La forme générale de la vaccine artificielle, complétement inconnue avant mes expériences, se présente avec des caractères complétement identiques à ceux de la vaccine ou horse-pox naturel.

6° Jamais dans la forme générale de la vaccine accidentelle il ne survient d'accident vaccinal dans les points qui ont servi de porte d'entrée au virus. Au lieu de germer sur place, ce virus produit ailleurs ses manifestations, et la poussée éruptive, indice de la multiplication du vaccin, ne débute qu'après une incubation de huit jours au minimum.

7° Pour que la vaccine générale se développe, il faut que le virus inoculé pénètre dans l'économie sans passer par la peau.

8° Cette loi se vérifie dans toutes les conditions possibles; ainsi : 1° en injectant directement le vaccin dans les vaisseaux lymphatiques; 2° en pratiquant cette injection à l'intérieur des vaisseaux sanguins; 3° en la faisant arriver indirectement au centre circulatoire par une surface absorbante autre que les téguments extérieurs,

9° Le développement de la vaccine générale est indépendante de la quantité de virus employée pour infecter l'économie, pourvu que cette quantité soit appréciable.

10° La source à laquelle le germe vaccinal a été puisé est également sans influence sur l'aptitude de ce germe à engendrer le horse-pox général. Cette forme de vaccine se manifeste indifféremment avec toutes les espèces de virus vaccinaux (de cheval, de vache, d'homme).

11° Le sexe des animaux n'a pas d'action sur le développement de la vaccine générale.

12° L'âge, au contraire, semble exercer sur ce développement une notable influence.

13° La germination sur place du vaccin dans le cas d'inoculation cutanée, n'implique pas un défaut d'absorption générale du virus. Malgré son affinité spéciale pour la peau, il pénètre dans le torrent circulatoire et s'il ne produit pas alors, en même temps que l'éruption locale, une éruption générale, c'est probablement parce que au moment de cette éruption générale pourrait se développer (huitième jour au plus tôt) la peau, en raison de l'immunité créée dès le cinquième jour par le travail local de la vaccination, n'est plus apte à la pustulation vaccinale.

14° Si cette explication est vraie, l'impuissance de l'inoculation à faire naître la vaccine générale ne saurait être considérée comme absolue.

15° La comparaison du horse-pox naturel dit spontané avec le horse-pox général, produit de l'expérimentation, ne révélant entre eux aucun caractère différentiel, il n'est plus possible d'invoquer la prétendue spécialité du mode de manifestation comme preuve de la spontanéité réelle du premier.

16° Cette communauté de caractère devient non pas une démonstration directe de l'identité d'origine, mais une probabilité des mieux fondées en faveur de cette identité. Il n'est pas plus difficile d'admettre la naissance du horse-pox dit spontané sous l'influence de la prolification d'une particule vaccinale voltigeant dans l'air et introduite dans le système circulatoire par les voies pulmonaires, que la production du horse-pox général artificiel par l'introduction expérimentale de cet élément au sein des vaisseaux.

17° Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'être scientifiquement fixé sur la nature des éléments virulents auxquels est dû le développement de la vaccine. Sont-ce des êtres réels, protozoaires ou protophytes, ou même de simples organites spéciaux? C'est plus que douteux. Toutes les probabilités se trouvent plutôt du côté de l'idée appliquée par M. Ch. Robin à tous les virus, d'après laquelle l'action virulente s'expliquerait par une sorte de catalyse animale.

En présence de cette question, la matière virulente peut-elle naître autrement que d'elle-même? On ne saurait se refuser à reconnaître que la réponse affirmative, considérée autrefois comme indiscutable, ne repose plus sur des preuves scientifiques suffisantes.

Une petite discussion s'élève, au sujet de cette communication, entre MM. Leblanc, Depaul, J. Guérin et Chauveau. Nous y reviendrons ainsi que sur le travail lui-même.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SUPPLÉMENT A LA SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE.

Suite et fin de la discussion sur l'organisation immédiate des plaies soustraites au contact de l'air.

M. GUÉRIN. M. Bouvier n'a fait que reproduire, dans son discours, les mêmes arguments qu'en 1857, arguments que j'ai combattus, réfutés, dont je n'ai pas laissé un seul debout, ainsi qu'on peut le voir dans les bulletins de l'Académie de 1857.

Il y a sur chaque point des questions de principe et des questions de fait : il est facile de pêcher dans la science des faits isolés, des faits épars, et de leur donner la signification que l'on veut, mais il faut voir ce qu'on pensait, ce qu'on faisait, ce qu'on écrivait avant la publication de mes travaux sur la méthode sous-cutanée.

Il y a quatre points principaux qui ont été discutés :

1° La théorie de la rétraction musculaire; 2° la généralisation de la méthode sous-cutanée; 3° la théorie de la reproduction des tissus, en prenant pour point de départ la reproduction des tendons; 4° l'absence de toute inflammation suppurative comme caractère physiologique de la méthode sous-cutanée, et comme base de sa généralisation. Eh bien! eu égard à chacun de ces quatre points, M. Bouvier professait, écrivait et opérait diamétralement en opposition avec les principes que j'ai établis dès 1839, et ce n'est que depuis cette époque qu'il a plus ou moins changé d'opinion et qu'il a cherché à retrouver dans d'autres auteurs quelques lambeaux de phrases, quelques bribes propres à dépouiller l'inventeur des vérités que celui-ci lui a apprises.

Relativement à la théorie de la rétraction musculaire, que M. Velpeau a eu la loyauté de me reconnaître tout entière, M. Bouvier professait, avant mes travaux, que le pied-bot congénital était le produit de toutes sortes de causes : de positions vicieuses du fœtus, de pressions utérines, des déformations congénitales des os; si bien qu'en 1835, en parlant de l'opinion que j'ai fait prévaloir, il terminait un article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* sur le *pied-bot* par cette phrase devenue célèbre : «*Rien ne prouve qu'il en soit ainsi : la brièveté des muscles est toujours consécutive.* »

En ce qui concerne la généralisation de la ténotomie sous-cutanée, que M. Bouvier s'obstine à confondre avec l'application de la ténotomie empirique à quelques tendons autres que le tendon d'Achille, je rappellerai que pour ce point, comme pour le précédent, M. Bouvier professait, écrivait et agissait tout autrement qu'il ne le fait aujourd'hui; il traitait tous les pieds-bots, toutes les variétés de pied-bot par la section du tendon d'Achille : témoin le mémoire qu'il a publié sur ce sujet dans les *Mémoires de l'Académie;* il faisait, comme tous les chirurgiens du temps, de la ténotomie empirique. Une discussion approfondie, qui a eu lieu en 1839 et 1840 dans le sein de cette Académie, n'a laissé aucun doute à cet égard.

En ce qui concerne la théorie physiologique de la reproduction des tissus en général et du tissu tendineux en particulier, M. Bouvier professait et appliquait la doctrine que l'Académie connaît parfaitement, c'est-à-dire la non-reproduction du tissu tendineux, mais en place l'épaississement de la gaîne, entre les deux bouts écartés. Sur ce troisième point, comme sur les deux précédents, M. Bouvier professait avant mes travaux une théorie complétement erronée, et dont les résultats pratiques ne pouvaient être que désastreux.

Enfin, pour ce qui est de la vraie doctrine de la méthode sous-cutanée, du fait de la non-suppuration des plaies soustraites au contact de l'air, et de la généralisation à laquelle ce fait m'a conduit, M. Bouvier n'aurait pas dû oublier ce qu'il pensait, écrivait et pratiquait en 1838, un an à peine avant la publication de la vraie méthode sous-cutanée. A cette époque, M. Bouvier combattait en faveur de la section des muscles à ciel ouvert, et il ignorait si complétement le fait capital, le principe fondamental de la non-suppuration des plaies soustraites au contact de l'air, qu'à la suite de la traduction qu'il publiait en 1838 du mémoire de Dieffenbach sur le traitement du torticolis par la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien, il écrivait la phrase si péremptoirement significative que j'ai souvent citée, à savoir : « que les tumeurs sanguines, les *abcès* et autres inconvénients du « même genre ne doivent pas moins être mis en balance, dans les cas « où *ils sont presque inévitables,* avec l'avantage de substituer une « simple piqûre à une coupure d'un ou 2 pouces, dont il ne faut pas, « après tout, s'exagérer l'importance. »

Il résulte donc, messieurs, qu'à l'endroit de ces quatre questions comme à l'endroit de chacune d'elles en particulier, M. Bouvier professait, écrivait et agissait d'une façon manifestement et entièrement opposée aux principes et aux méthodes que j'ai introduits dans la science.

Que penser alors de cette opposition acharnée qui lui fait rechercher après coup dans les auteurs qui m'ont précédé tout ou partie des idées que je lui ai apprises? C'est, ou bien que notre collègue ne les y voyait pas alors, ou bien qu'elles n'y existaient pas; c'est que, ou bien il manquait de sagacité, d'intelligence pour les y découvrir, ou bien qu'il manque aujourd'hui de justice et de reconnaissance envers celui qui les lui a fait connaître. Je maintiens donc que les textes que M. Bouvier a reproduits pour la troisième ou quatrième fois ne disent rien de ce qu'il leur a fait dire, et qu'ils ne sont que de vains prétextes pour diminuer le bénéfice des vérités que j'ai introduites dans la science.

J'en vais donner une dernière preuve à l'Académie, à l'occasion des extraits des auteurs allemands que M. Bouvier a cités, pour prouver qu'en Allemagne comme à Paris, on me conteste la priorité de l'invention de la méthode sous-cutanée. (Ici M. Guérin donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie de médecine, par M. Schnepf, le 28 avril 1857, sur l'origine de la méthode sous-cutanée, d'après les textes allemands. Voir *Gaz. des hôp.*, n° du 30 avril 1857.)

Après cette citation, est-il besoin de reprendre une à une toutes celles que M. Bouvier a rapportées? On les retrouvera toutes, du reste, dans les comptes rendus des précédentes discussions, dans celle de 1857 principalement; j'y renvoie les personnes qui ne seraient pas suffisamment édifiées par ce qui précède.

Je n'ai plus qu'un mot à dire sur la doctrine de l'influence pyogénique de l'air comme base de la méthode sous-cutanée. Je n'ai jamais eu la prétention d'avoir soutenu le premier cette doctrine, mais de l'avoir démontrée et d'en avoir tiré des conséquences toutes nouvelles. Récemment encore, lorsque j'ai communiqué mon premier mémoire sur l'occlusion pneumatique, j'ai dit, en répondant à une observation bienveillante de notre éminent collègue M. Larrey, que depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, l'influence pyogénique de l'air avait tour à tour été soutenue et abandonnée, et j'ai cité un paragraphe tout entier de M. Velpeau, dans lequel notre savant collègue traite cette opinion de vieille erreur, qu'il regrette de voir patronner par le grand nom de Dupuytren; mais si cette doctrine, que je crois avoir fixée, n'est pas encore aujourd'hui celle de M. Bouvier, s'il croit que ce que j'ai fait ou dit a peu d'intérêt, je me demande pourquoi il a pris tant de peine pour me réfuter, et pourquoi l'Académie m'a écouté avec tant de bienveillance. Je n'ai d'ailleurs méconnu à cet égard, ni à l'égard d'aucun des points mis en discussion, ce qui en pouvait avoir existé dans la science antérieure; j'ai seulement cherché à prouver qu'à la place d'hypothèses plus ou moins inexactes, d'aperçus vagues et incohérents, j'avais mis des idées positives, idées que l'on me conteste, parce que j'en ai fait des vérités.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 27 juillet 1866. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, laissez-moi tout d'abord vous remercier de l'honneur que vous me faites en m'appelant à présider vos séances; c'est-à-dire à tenir la place de mon excellent et bien aimé maître M. Louis, qui, pendant tant d'années, a dirigé les travaux de la Société qu'il a fondée et animée de son esprit si vigoureusement trempé.

Cet honneur, je le sens et je l'apprécie vivement; je veux le reconnaître en apportant au service de la Société tout le zèle, tout le désir de bien faire, toute l'exactitude qu'exigent ses besoins.

Mon premier soin sera de rechercher ces besoins en étudiant votre manière de faire et en consultant vos désirs. Depuis bien des années j'ai cessé d'être membre actif de la Société, qui a peut-être un peu dévié de la voie qu'elle suivait à cette époque.

Alors elle était fréquentée par MM. Barth, Fauvel, Guéneau de Mussy, Lebert, Leudet, Woillez, et d'autres que vous connaissez et dont vous appréciez la valeur. Elle était fréquentée aussi par des hommes que vous n'avez pas connus et dont je ne puis rappeler les noms sans émotion : Valleix, Legendre, Rilliet, Saint-Laurent, tristement enlevés, par une mort rapide et imprévue, à l'affection de leurs amis, et à la profession médicale qu'ils honoraient par leurs travaux et par leur caractère.

A cette époque, un même esprit animait tous les membres de la Société, elle s'était vouée à la propagation de ces deux idées :

1° La recherche des faits particuliers, recherche difficile et qui exige un long apprentissage;

2° La méthode numérique, moyen certain de passer de la connaissance des faits particuliers à celle des faits généraux.

La Société ne s'occupait guère, en séance, de la méthode numérique. On la réservait pour ces travaux longs, difficiles et consciencieux, dont M. Louis nous avait donné le modèle.

Le but que l'on poursuivait en séance était de former des observateurs : aussi nous appelions à nous les internes; c'est-à-dire ceux qui sont arrivés au moment de leurs études médicales où l'observation est possible et fructueuse. Ils lisaient leurs observations que les anciens de la Société critiquaient au point de vue des oublis, des défectuosités, des erreurs. On indiquait les moyens d'éviter ces erreurs, de surmonter les difficultés; on montrait comment on peut rendre l'observation exacte et précise.

Ainsi, à cette époque, chacun de nous mettait de côté, comme le disait M. Louis, toute vanité individuelle et s'efforçait de bien remplir son rôle dans l'intérêt du but que s'était proposé la Société: former des observateurs.

Les théories médicales n'étaient pas discutées; chacun restait libre d'avoir celles que lui inspiraient des faits consciencieusement étudiés, et l'on était, à son gré, vitaliste ou organicien, tous se réunissant dans cette même idée : apprendre ou enseigner l'observation médicale.

Par cela même nous ne sentions aucune nécessité de publier les comptes rendus de nos séances. Cependant, la Société, déjà ancienne, restait forte et utile. Elle a atteint son but, si bien qu'en relisant le-

travail de M. Louis sur l'examen des malades, je reste étonné que les idées qu'il y avance, aient eu besoin d'être émises, tant je les vois aujourd'hui entrées dans le domaine médical.

Si j'ai cessé d'assister aux séances de la Société, je l'ai cependant suivie dans sa marche comme on peut faire pour toute chose qu'on aime et qu'on abandonne à regret.

Notre ancien programme, ce me semble, s'est peu à peu modifié. Les comptes rendus de nos séances sont publiés; la discussion du point scientifique me paraît avoir remplacé la discussion de l'observation elle-même; nous ne sommes presque plus les promoteurs de la recherche des faits généraux par la méthode numérique.

Aussi, la première question que je me pose est celle-ci :

Devons-nous marcher hardiment et exclusivement dans cette nouvelle voie et quitter notre rôle ancien d'école d'instruction mutuelle, pour devenir une Société médicale générale, à l'instar de toutes celles qui existent autour de nous? Devons-nous au contraire revenir sur nos pas, et nous borner à être ce que dit notre nom : Société médicale d'Observation.

Ou bien encore, pouvons-nous nous proposer simultanément ces deux buts? c'est-à-dire, apprendre aux plus jeunes à recueillir les observations, et satisfaire aux aspirations de ceux qui désirent des discussions d'un ordre différent.

Permettez-moi de laisser encore indécise la réponse à cette question. C'est vous-même qui me la donnerez par la manière dont vous emploierez le temps des séances.

Pour ce qui me regarde, si j'éprouve le besoin de ne pas abandonner le bien que le passé nous a légué, j'ai aussi l'amour du progrès; et cette disposition d'esprit me permettra de marcher en avant de vos opinions et de vos désirs, pour les diriger et pour en favoriser l'accomplissement.

COMMUNICATION.

M. PAUL TOPINARD lit une observation ayant pour titre : *Albuminurie, remontant pour le moins à neuf mois, guérie par les bains sulfureux.* (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. BRICHETEAU. La guérison d'une maladie de Bright est un fait trop rare pour qu'on ne regrette pas l'absence dans cette relation de certains renseignements nécessaires au diagnostic et l'emploi de moyens thérapeutiques aussi variés. L'examen des urines par le microscope manque en effet, et je vois énumérer dans le traitement, tour à tour les ventouses scarifiées, les purgatifs salins, le tannin, les bains de Pennès et les bains sulfureux.

M. TOPINARD. Si je n'ai pas donné le résultat de mes investigations par le microscope, c'est que le jour où je rédigeais mon observation, il me fut impossible de retrouver le dessin que j'en avais fait dix-huit mois auparavant, et que je n'osais me fier à mes souvenirs.

Le microscope, d'ailleurs, n'avait pas élucidé et ne pouvait pas élucider le point en litige. Il ne pouvait m'apprendre si j'étais en présence d'une albuminurie simple, de longue durée, ou d'une albuminurie dépendant d'une maladie de Bright réelle peu avancée. Que l'on consulte notamment le travail remarquable de notre collègue M. Cornil, *sur les altérations du rein et de l'urine dans l'albuminurie*, et l'on verra qu'il n'existe encore aucun signe qui permette de reconnaître ces deux états l'un de l'autre, qui indique que telle albuminurie persistera ou non, qu'elle est ou non déjà le symptôme d'une maladie de Bright peu avancée. Dans les deux cas les mêmes cellules tuméfiées, troubles et granuleuses, venant des tubulis, se retrouvent dans les urines.

Tout ce que peut nous apprendre le microscope dans la maladie de Bright, c'est la période à laquelle l'altération est arrivée. A la première période, les granulations qui infiltrent les cellules et les cylindres, sont de nature protéique; à la deuxième période, elles sont de nature protéique.

En réponse à l'objection d'avoir employé une médication trop confuse et en tirer une conclusion certaine, il me suffira de rappeler les faits.

Les ventouses scarifiées ont été appliquées une fois le premier jour. Les purgatifs et le tannin ont été employés après et simultanément pendant huit jours; le tannin seul, ensuite, pendant un mois; puis les bains de Pennès seuls, à leur tour, pendant deux mois, et enfin les bains sulfureux seuls, encore pendant deux autres mois. Or, c'est dans le cours de ces deux derniers mois, que l'anasarque et l'albuminurie ont commencé à diminuer, et vers leur fin qu'ils ont disparu.

M. MARTINEAU. La malade accusait des troubles de la vue; il eut fallu les décrire et examiner les yeux à l'ophthalmoscope. Pourquoi, après avoir parlé des douleurs articulaires, ne pas avoir dit si les jointures étaient rouges, gonflées. L'aspect des urines a été peu décrit; il est question de leur examen par la chaleur très-souvent, mais par l'acide à peine. Les bains donnaient-ils lieu à un mouvement fébrile lorsque la malade en sortait? Le rein n'a pas été délimité par la percussion.

M. TOPINARD. L'un de ces reproches a quelque raison d'être, celui de ne pas avoir examiné les yeux à l'ophthalmoscope. J'ai décrit les vertiges et les brouillards devant les yeux, dans les termes mêmes dont se servait le sujet; ce sont là des phénomènes impossibles à contrôler comme la douleur, et pour lesquels il faut s'en fier au malade.

J'ai insisté sur l'aspect des urines avec d'autant plus de soin que cet aspect ne s'accordait pas avec les autres symptômes; ceux-ci m'indiquaient une maladie de Bright aiguë, et les urines, au contraire, une maladie de Bright chronique. Je me suis tu sur la percussion des reins pour d'excellentes raisons; ses résultats, même entre les mains des plus habiles, ne sauraient trouver place dans une observation qui se pique de précision. Après avoir parlé de la douleur au niveau de deux des articulations, je n'ai pas ajouté que celles-ci n'étaient ni rouges, ni chaudes, ni gonflées par la raison que, dans une observation, il est absolument impossible d'énumérer tous les faits négatifs.

M. BEAUMETZ. Il s'est élevé depuis quelques années une théorie de l'albuminurie qui fait jouer un grand rôle à l'assimilation des matières albuminoïdes, à la perversion de nutrition de ces matériaux. N'a-t-il pas été dit (M. Gubler) que toute albuminurie indiquait un superalbuminose du sang. Eh bien, dans l'observation de M. Topinard il n'est pas tenu compte de ce défaut : l'état général de la malade est à peine indiqué, non plus que l'état du tube digestif.

M. Topinard vient de nous dire que, dans une observation, on ne pouvait tout signaler. C'est une erreur. On doit y décrire aussi bien les phénomènes négatifs que les symptômes positifs, et surtout ne pas omettre les données fournies par ces nouveaux moyens d'investigation qui donnent à l'observation une précision qu'elle n'avait pas au temps de Bright.

M. TOPINARD. L'alimentation de ma malade a été le même avant, pendant et après son albuminurie, c'est-à-dire généralement mauvaise; cependant les fonctions digestives sont demeurées bonnes.

Quant à la deuxième partie de cette argumentation, il ne sied pas à un membre de la Société de la dire fausse. Mais du principe à la pratique il y a une distance, et il n'est pas aisé, en ville, de prendre une observation comme on la voudrait. Pour ma part, je m'estime déjà heureux d'avoir pu, dans mon cabinet et à chaque visite, prendre assez de notes, sans objet défini à ce moment, pour en composer dix-huit mois après l'observation que je viens de vous lire.

M. ODIER insiste sur l'importance qu'a l'examen des yeux à l'ophthalmoscope dans des cas de ce genre.

M. FRITZ s'élève contre l'idée dernière qu'a soutenue M. Beaumetz. S'il fallait énoncer tous les faits négatifs fournis par l'inspection du corps, par l'auscultation, par la percussion des différents organes, par l'examen des urines et du sang à l'aide de l'analyse chimique et du microscope, par le laryngoscope, par l'ophthalmoscope, etc., l'observation deviendrait d'une longueur fastidieuse. Il ne suffit pas qu'une observation fournisse plus ou moins d'éléments à la science, il faut qu'elle soit lue. Pour cela elle ne doit pas être surchargée de détails négatifs au milieu desquels se perdent les faits réels.

M. BARTHEZ. Il est effectivement un juste milieu dans lequel il faut se tenir, mais, en règle générale, la réflexion de M. Beaumetz est très-juste.

Tout à l'heure M. Martineau a rappelé une idée avancée par les médecins anglais que l'albuminurie existe dans tous les cours de toutes les scarlatines. M. Sée s'en est fait le défenseur en France, soutenant à la Société de médecine des hôpitaux, que cette fièvre était caractérisée par trois phénomènes : l'angine, l'éruption et l'albuminurie Je ne partage pas cette manière de voir.

Du jour où elle a été émise, je me suis imposé l'obligation d'examiner tous les jours, pendant un mois, l'urine de tous les enfants que j'ai eu dans mon service atteints de scarlatine. Eh bien, je déclare n'avoir jamais rencontré l'albuminurie, sauf lorsque l'enfant s'était exposé à un refroidissement dans le cours de la convalescence ou auparavant. Cela est si vrai, qu'aujourd'hui, en ville comme à l'hôpital, je fais garder le lit pendant un mois à tous mes scarlatineux, que j'évite ainsi les refroidissements et que, grâce à cette conduite, je ne vois plus, dans ma pratique, de cas d'albuminurie scarlatineuse.

La séance est levée à dix heures.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Berguesse (du Havre). Cet honorable confrère pratiquait un accouchement lorsqu'il s'affaissa et tomba mort sur le sol.

Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral, par Prévost et Cotard, internes des hôpitaux. Un vol. in-8 accompagné de 4 planches en chromolithographie. Prix : 5 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie, par le docteur Tixier, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 95 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 108. — SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1866. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Diagnostic des paralysies symptomatiques et des paralysies essentielles de la sixième paire au moyen de l'ophthalmoscope.

Nous avons déjà exposé dans plusieurs revues les applications heureuses que MM. Bouchut et Galezowski ont faites de l'ophthalmoscope au diagnostic de certaines lésions cérébrales. M. Bouchut vient de consigner, dans un opuscule que nous avons sous les yeux, quelques faits intéressants dans lesquels il a pu, à l'aide de ce même instrument, déterminer, dans trois ou quatre circonstances semblables, la nature symptomatique d'une paralysie de la sixième paire, et déduire de ces faits une caractéristique propre à permettre de distinguer désormais les paralysies symptomatiques de la sixième paire d'avec les paralysies essentielles du même nerf.

« Quatre jeunes filles, dit-il, ont été amenées, cette année, dans mon service de l'hôpital des Enfants Malades, pour une paralysie du moteur oculaire externe droit, et tout d'abord, elles ont eu du strabisme interne et de la diplopie, la première sans aucun autre accident, tandis que, chez la seconde, il y a eu des vomissements, de la constipation, quelques mouvements involontaires des membres, et un affaiblissement de l'intelligence. Ni l'une ni l'autre ne paraissait avoir d'affaiblissement de la vision, et la diplopie elle-même finit par disparaître sans que le strabisme ait tout à fait cessé. La troisième et la quatrième ont eu d'abord une convulsion subite, suivie d'un strabisme convergent qui n'a pas cessé. Ne sachant, ajoute M. Bouchut, si cette paralysie du moteur oculaire externe était symptomatique d'une lésion des cordons et centres nerveux, ou, au contraire, si elle était idiopatique et spontanée, j'eus recours à l'ophthalmoscope, et cet instrument m'ayant permis de constater une lésion considérable du nerf optique et de la rétine, il devint évident, pour moi, que la paralysie était symptomatique. »

Voici un résumé analytique de ces faits :

Dans un premier fait, il s'agit d'une petite fille de quatorze ans, admise à l'hôpital pour des coliques saturnines, et qui, au bout de dix jours, fut prise de fièvre et de céphalalgie avec vomissements, et trois jours plus tard, la céphalalgie persistant, d'un peu de diplopie avec strabisme convergent survenus tout à coup, mais sans affaiblissement de la vision. L'enfant n'éprouve aucun embarras dans la parole ni dans la marche; elle n'a ni affaiblissement dans les membres, ni engourdissement, ni anesthésie. Les deux pupilles sont également dilatées et contractiles. L'examen ophthalmoscopique fait constater, dans les deux yeux, les lésions suivantes : la papille est complétement voilée par une hyperhémie générale; on n'en reconnait la place que par les vaisseaux flexueux et irréguliers qui s'y rendent et en partent; la circulation est interrompue dans les veines par des caillots. Il existe de petites hémorrhagies sur les bords et deux petits points blancs albumino-graisseux à la partie supérieure. Environ un mois après, au moment où l'enfant sortait de l'hôpital, il n'y avait plus de strabisme, mais l'état du fond de l'œil était le même. Au bout de deux mois et demi, M. Bouchut a revu cette enfant dans l'atelier de fonderie où elle était occupée, et elle était entièrement guérie; il n'existait plus aucun trouble visuel appréciable.

Dans le second fait, on avait affaire à une enfant de huit ans et demi, entrée à l'hôpital pour une maladie cérébro-spinale datant de deux mois. Elle avait des mouvements analogues à ceux de la chorée, accompagnés d'un peu de tremblement, avec faiblesse dans le côté droit du corps, puis survint un peu de strabisme convergent de l'œil droit surtout, avec un peu de dilatation pupillaire correspondante et de la diplopie. L'ophthalmoscope fit reconnaître, dans le fond de l'œil droit, la disparition presque complète de la papille, masquée par une infiltration grise, s'irradiant sur le fond de l'œil dans une assez grande étendue. Les veines étaient perdues dans cette infiltration et comme interrompues en certaines places. Il y avait, au côté externe, d'autres vaisseaux assez gros, flexueux, que l'on suivait dans une grande étendue et qui venaient se perdre dans cette gangue. Çà et là se trouvaient de petites veines dilatées, ressemblant à des hémorrhagies miliaires. Les artères n'étaient pas apparentes. Dans l'œil gauche, les lésions étaient, à peu de chose près, les mêmes.

L'enfant ayant fini par succomber aux progrès de la méningite, dont les symptômes s'étaient accusés de plus en plus, on retrouva dans les yeux, à l'autopsie, l'altération constatée pendant la vie.

Deux autres cas étaient relatifs à des enfants atteints d'encéphalite chronique; le premier avec double strabisme convergent, névrite optique et rétinite granuleuse, comme dans les deux cas précédents; le second avec nystagmus, affaiblissement de la vue, double atrophie de la papille du nerf optique, et infiltration séreuse péri-papillaire à droite.

L'ophthalmoscope a permis, comme on le voit, de découvrir dans chacun de ces cas, une lésion du fond de l'œil indiquant une lésion matérielle du cerveau ou des méninges, là où elle n'était que présumable seulement d'après les commémoratifs et les symptômes généraux, ou même douteuse, rendue méconnaissable ou dissimulée par la coexistence d'une autre affection.

Ainsi, par exemple, dans le fait de la première petite malade, entrée à l'hôpital pour une atteinte de colique saturnine, sans anesthésie ni aucun trouble de l'intelligence et des sens, à peine l'enfant est-elle guérie, qu'il survient un peu de strabisme interne et de diplopie sans douleurs de tête ni troubles de la vision. On pouvait croire à l'existence d'une paralysie saturnine de la sixième paire. M. Bouchut lui-même était d'autant plus porté à formuler ce diagnostic, qu'il n'y avait aucun autre trouble visuel que la diplopie. En présence de la lésion de la papille révélée par l'ophthalmoscope, il dut modifier son diagnostic, et, tout en admettant encore la possibilité de l'influence de l'intoxication saturnine sur les centres nerveux, reconnaître qu'il existait une encéphalopathie avec névrite optique.

Dans les cas donc, où les renseignements fournis par les malades et les symptômes ne suffiront pas à établir le diagnostic, l'ophthalmoscope peut lever les doutes ou mettre tout au moins sur la voie, en révélant l'absence ou l'existence de lésions rétiniennes liées aux diverses affections organiques du cerveau.

En résumé, la conclusion que M. Bouchut s'est cru autorisé à tirer de ces faits, c'est que : « La paralysie de la sixième paire ou moteur oculaire externe, symptomatique d'une lésion du cerveau ou des méninges, pourra quelquefois se distinguer des paralysies idiopathiques ou essentielles, parce qu'il y a souvent, dans la première des lésions de la papille et de la rétine, qui n'existent pas dans la seconde. »

C'est un chapitre complémentaire à ajouter aux intéressantes et utiles recherches de M. Bouchut, sur le diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope.

Sur les expériences faites à l'hôpital Lariboisière avec les sels de cuivre dans le traitement du choléra.

L'exposé sommaire qui a été fait, dans la revue clinique du 11 août dernier, du résultat des essais de traitement du choléra par les sels de cuivre, dans le service de M. Pidoux à l'hôpital Lariboisière, a provoqué de la part de M. le docteur Burq une réclamation à laquelle il nous a paru juste de faire droit, tout en réservant, bien entendu, notre appréciation ultérieure sur la valeur réelle de cette médication encore en ce moment en voie d'expérimentation.

M. Burq, dans la lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser, commence par protester contre les expressions qui lui auraient été prêtées, dit-il, de *succès* annoncés comme *certains* et *immédiats,* tandis que dans toutes ses publications il n'a jamais prononcé d'autre expression que celle *d'espérances,* ainsi que cela résulte des textes qu'il rapporte. Cette protestation, dont nous reproduisons ci-dessous les termes, est suivie d'explications sur l'insuffisance des doses administrées. Ces explications nous paraissent nécessaires pour bien apprécier tous les éléments de la question. La lettre de M. Burq est terminée par l'exposé d'une nouvelle enquête complémentaire sur la préservation des ouvriers en cuivre.

« Quant à la question du traitement, dit-il, il m'importe beau-
« coup que chacun sache que sur ce point je n'ai cessé de faire
« des réserves. »

« Je disais dans mon mémoire à l'Académie des sciences, le
« 21 août 1865 :

« J'ai traité (en 1853-54) des cholériques par une solution
« titrée de sulfate de cuivre à 1/5 que j'administrais par 2, 3 et
« jusqu'à 10 gouttes (10 cent. de sel) toutes les deux heures,
« toutes les heures et même plus tôt, suivant les cas d'urgence.
« En diverses circonstances les effets ont été si rapides, qu'ils
« semblaient tenir vraiment du prodige, surtout lorsqu'ils
« furent secondés par de larges applications de ce métal.

« Mais ici surtout les réserves sont nécessaires.

« Ma conviction est que les sels de cuivre, *administrés en*
« *temps opportun,* peuvent neutraliser les effets du poison cho-

---

FEUILLETON.

PHARMACOPÉE FRANÇAISE.

(CODEX MEDICAMENTARIUS.)

Nous devons à l'obligeance de MM. J.-B. Baillière, communication de la préface relative à la nouvelle édition du *Codex medicamentarius,* pharmacopée française dont ils sont éditeurs. Nous sommes heureux de l'offrir à nos lecteurs, et de leur annoncer la très-prochaine publication de cet ouvrage.

La loi prescrit la publication d'un *Codex medicamentarius;* ses indications et ses formules servent de règle dans toutes les pharmacies de l'Empire.

Ce recueil donne la liste des médicaments simples que le pharmacien est tenu d'avoir dans son officine; il signale les conditions qui doivent présider à leur choix.

A l'égard des médicaments composés, il fait connaître les matières qui entrent dans leur préparation, les doses exactes de chacune d'elles, et la marche à suivre pour l'exécution de la formule.

On donne le nom de *médicament* à toute substance introduite dans l'économie en vue de remédier à un état de maladie.

Les médicaments sont donc des matières pondérables.

Le remède, souvent confondu avec le médicament, comprend celui-ci, et, de plus, tout ce qui peut combattre la maladie, améliorer l'état du malade, amener la guérison : la saignée, l'électricité, l'hydrothérapie, le régime, sont des remèdes; l'émétique, le sulfate de quinine, le chloroforme, sont des médicaments.

Les médicaments simples consistent en produits naturels empruntés aux trois règnes de la nature. Leur réunion constitue la matière médicale ou trésor pharmaceutique des anciens.

Parmi les espèces qu'on y trouverait inscrites en remontant dans le passé, celles qu'aucune action spéciale ne caractérise, adoptées d'abord par une confiance quelquefois irréfléchie, mais jugées ensuite par la pratique, ont dû varier selon les lieux, les temps et les écoles. Les médicaments d'élite, l'opium, le quinquina, le mercure, etc., une fois connus et éprouvés, prennent, au contraire, leur place définitive dans le trésor pharmaceutique et n'en disparaissent plus.

La commission du *Codex* n'a classé dans cet ouvrage que les produits naturels ou les préparations de l'art reconnus dans la pratique actuelle comme médicaments.

Mais le pharmacien donne le titre de médicament : à toute substance inscrite au *Codex,* comme faisant partie de la matière médicale; à toute préparation résultant de l'exécution d'une formule officinale adoptée par le recueil officiel, ou d'une formule magistrale prescrite par ordonnance du médecin; généralement, à tout produit simple ou composé qu'on lui demande, et qu'on se propose d'administrer pour remédier à un état de maladie.

A quels signes distinguer le médicament sincère du médicament fictif, l'aliment pur de l'aliment médicamenteux?

Quoique la commission du *Codex* ait dû se poser souvent ces questions et les résoudre, le pharmacien n'a point à débattre ces sortes d'appréciations ni à se prononcer à leur sujet.

Il appartient au médecin, selon ses lumières et les règles de sa conscience, de prescrire tout médicament qu'il juge nécessaire, convenable ou opportun. Le pharmacien doit exécuter ses formules avec fidélité, dès qu'elles sont claires, ou bien que la pharmacopée qui les renferme est indiquée avec précision. Sauf les circonstances où sa prudence, éveillée, lui ordonne de couvrir sa responsabilité par des précautions dont tout médecin sage lui sait gré, le pharmacien n'a donc qu'à assurer l'exact et honnête accomplissement des prescriptions qui lui sont confiées.

La liberté du médecin n'étant pas contestable, la commission du *Codex,* de son côté, avait pourtant le devoir de manifester son opinion; de résister aux vues systématiques des uns, à la confiance intéressée des autres, et d'admettre dans ce recueil les seuls médicaments recommandés dans les ouvrages qui font autorité, les seules formules consacrées par la pratique sérieuse.

Le *Codex medicamentarius* réunit donc un ensemble de documents, contrôlés avec soin, ayant trait : tantôt aux médicaments simples anciennement préconisés, ou aux compositions empiriques dont l'usage a marqué la place; tantôt à des acquisitions plus récentes : espèces chimiques médicamenteuses; principes actifs tirés des plantes ou des animaux; productions des pays lointains : mélanges plus favorables, enfin, et recommandés par le succès, de médicaments déjà connus.

« lérique, ainsi que les sels de quinine administrés en temps « utile, neutralisent les effluves les plus délétères du poison « paludéen; mais cette conviction, *mes espérances* si l'on veut, « reposent, je me hâte de le reconnaître, bien plus sur tous « les faits que j'ai dits de la préservation spontanée, que sur « les faits de ma pratique personnelle, encore aujourd'hui en « trop petit nombre pour me permettre sur ce point capital « une affirmation catégorique.

« Je me borne donc à appeler de tous mes vœux des expé- « riences de la part de mes confrères mieux placés que moi « pour les tenter et les suivre, et afin de les y aider, etc..... « Voir *Gazette des hôpitaux* du mois d'août 1865, et plus tard « les 13 et 14 novembre, c'est-à-dire après les expériences « faites à Lariboisière;... j'écrivais dans ma protestation aux « Académies des sciences et de médecine :

« Qu'il me soit permis, en terminant, de demander à l'Aca- « démie, au sein de laquelle se sont déjà produits les échos « d'appréciations en sens contraire, de ne rien précipiter, de « vouloir bien réserver sur ce point son jugement. La question « que j'ai soulevée est encore à l'étude; le traitement du cho- « léra par les sels de cuivre est toujours une méthode qui se « cherche, et *je n'en suis encore moi-même*, je me hâte de le « déclarer, *qu'au chapitre des espérances*. »

Il ne peut donc point être vrai que, sur les effets futurs du traitement, j'aie affirmé quoi que ce soit, à M. le docteur Pidoux, dont l'estime m'est particulièrement chère. Il n'est pas plus exact de venir dire que ce maître vénéré ait jamais donné à ses malades les doses que j'avais indiquées, ni même que j'aie pris une part personnelle aux expériences qu'il a faites; et quand M. le docteur Stoufflet parle de 0,75 cent. de sel cuprique dans les juleps administrés, il commet particulièrement une erreur des plus graves, car la question des doses est capitale dans ce traitement.

M. le docteur Pidoux, je l'affirme, a toujours agi conformément aux prescriptions de M. le docteur Lisle qui seul, par son mémoire, l'a décidé à tenter des expériences... Trois, ou quatre fois seulement, peut-être davantage, je ne saurais le dire au juste, n'ayant pris à cette occasion aucune note, parce que je ne pouvais avoir que de la curiosité pour des essais dont les résultats m'étaient connus d'avance par les expériences négatives dont je venais d'être témoin à Marseille, l'on a prescrit, sur mes observations, un lavement contenant 0,50 centig. de sel de cuivre, et, si j'ai bonne mémoire, deux ou trois fois aussi on a donné une deuxième potion dans les vingt-quatre heures, mais chaque potion ne contenait jamais que le dixième de la dose de sel indiquée par M. le docteur Stoufflet, c'est-à-dire 9 centig. et demi. Je m'en réfère du reste, sur ce point, aux termes mêmes de ma protestation insérée en entier dans le numéro du 16 novembre de la *Gazette des hôpitaux*.

Dans cette protestation, qui est toujours restée sans réponse, après avoir parlé de l'utilité des doses faibles, quand rien ne presse et que le médecin, ayant les malades sous la main, ainsi qu'il est arrivé à M. le docteur Lisle, en son asile d'aliénés, peut en quelque sorte commander encore aux événements, intervenir en temps opportun..... après avoir dit combien au contraire ces doses réparties sur toute une journée, sont insignifiantes quand elles s'adressent à des malades comme ceux qui ressortissent à la pratique nosocomiale, quand l'absorption va cesser de se faire,..... je m'exprimais en ces termes :

« A Paris, nous avons assisté, sans y prendre aucune part, au traitement de neuf malades : on leur a donné 7 centig. et demi de sel de cuivre à prendre dans les vingt-quatre heures. 7 centig. et demi dans une telle maladie, n'est-ce point comme si dans un effroyable accès pernicieux, l'on s'amusait à donner 15 ou 20 centig. de sel quinique *fracta dosi?*..... Mais Urban donnait d'emblée 15 centig. de sulfate de cuivre dans le traitement de l'épilepsie, et il ne craignait pas de porter la dose jusqu'à 40 centig. et plus, en une seule journée!..... et moi-même, pendant mon séjour à Toulon, en vue de la préservation seule, j'absorbais jusqu'à 30 et 35 centig. de sel de cuivre chaque jour..... Je proteste énergiquement contre ces expériences faites toutes au nom de M. le docteur Lisle..... Et puisque les doses faibles n'ont rien produit à l'hôpital, il faut de toute nécessité, pour juger la méthode, en venir à celles que j'ai conseillées..... 50-60 centig. jusqu'à 1 gramme par vingt-quatre heures sans compter les lavements.

Dans la statistique de M. le docteur Stoufflet il y a huit morts sur neuf malades traités, soit....., mais en quoi cela nous regarde-t-il, « puisque nos prescriptions n'ont point été observées, et que, grâce aux terreurs inspirées aux médecins, par M. le docteur Lisle, l'on s'est contenté de donner aux malades quelques centigrammes du spécifique — si spécifique il y a, — c'est affaire à la médecine *quasi expectante;* et que conclure si ce n'est que le hasard avait, tout au moins, singulièrement bien fait les choses, car huit morts sur neuf, cela ne s'était peut-être jamais vu. Voudrait-on prétendre que dans cette mortalité effroyable, le traitement a été lui-même pour quelque chose!..... J'ai dit les doses que je prenais à Toulon; à l'heure qu'il est, continuant mes expériences de préservation, je m'administre et j'administre à d'autres, chaque jour, des doses qui varient de 6 à 20 centig. de sel, et jamais, au grand jamais, je n'ai eu à enregistrer aucun accident..... »

Stomatite argentique survenue dans le cours du traitement d'une paralysie par l'azotate d'argent.

On connaît quelques-uns des accidents auxquels l'administration intérieure de préparations d'argent peut donner lieu, quand il est ingéré à des doses trop élevées ou trop longtemps continuées, l'empoisonnement aigu, l'empoisonnement lent ou cachexie métallique, la coloration bronzée de la peau, etc. Mais nous n'avions pas eu connaissance jusqu'ici, — nous ne sachons pas du moins que cela ait été indiqué nulle part, — que l'argent peut donner lieu, comme le mercure, à une stomatite. Un exemple curieux de ce genre d'accident a été communiqué récemment par M. le docteur Guipon, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Laon, au *Bulletin général de thérapeutique*. Voici un résumé de cette observation que nous empruntons à ce recueil.

Une femme de quarante-sept ans, entrée dans le service de M. Guipon, à l'Hôtel-Dieu de Laon, pour s'y faire traiter d'une hémiplégie gauche complète avec paralysie de la langue et des organes de la phonation, consécutive à une congestion cérébrale, fut soumise, par ce médecin, au traitement de l'azotate d'argent en pilules ainsi formulées :

Azotate d'argent cristallisé . . .	1 centigramme.
Extrait de gentiane.	5 —
Thridace	25 milligrammes.

Ce traitement dura environ deux mois, à raison de 1 centigramme de sel d'argent, au début, avec augmentation de pareille dose, tous les trois jours à peu près, jusqu'à la dose maximum de 10 centigrammes, qui fut continuée sans aucun inconvénient pendant dix-huit jours. Ce ne fut qu'après le dix-huitième jour qu'on commença à baisser la dose à 2 centigrammes par jour, pour arriver rapidement à en cesser complètement l'usage. Au moment où la malade en était arrivée à ne plus prendre que 2 centigrammes (elle avait pris alors en tout 4g,15 d'azotate d'argent en soixante jours), elle se plaignit de douleurs à la bouche et présenta les signes d'une stomatite caractérisée par la tuméfaction et la coloration rouge sombre des gencives, avec liséré violet près des dents, une très-grande sensibilité de la bouche, la chaleur et l'odeur métallique de l'haleine, sans fétidité, ni salivation. Ces symptômes augmentant le jour suivant, M. Guipon, après avoir commencé par suspendre l'usage du médicament, prescrivit une potion gommeuse avec 4 grammes de chlorate de potasse et un gargarisme émollient.

Dès le lendemain on constatait déjà une amélioration notable; la rougeur, la sensibilité et le gonflement des gencives étaient moindres. Au bout du quatrième jour il n'y avait plus de stomatite; l'usage du chlorate de potasse était supprimé.

Une légère recrudescence s'étant manifestée une dizaine de jours après la cessation du traitement, on revint à la potion au chlorate de potasse qui fut de nouveau administrée pendant sept jours consécutifs, après quoi la guérison fut définitive.

DES LÉSIONS DE L'INTESTIN DANS LES HERNIES,

Par M. le Dr Nicaise, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Nous donnons ci-après, les conclusions du travail (1) dont nous venons de transcrire le titre :

« 1° La coloration noire de l'intestin n'est pas le plus souvent un signe de gangrène.

« 2° Les membranes de l'intestin présentent des altérations différentes dans le corps de l'anse et à ses extrémités; elles ne se modifient pas toutes en même temps.

« 3° Les membranes paraissent se détruire généralement dans l'ordre suivant, au niveau de la constriction :

« 1. Couche superficielle de la muqueuse,
« 2. Fibres circulaires de la musculeuse,
« 3. Enveloppe de la couche musculeuse,
« 4. Fibres musculaires longitudinales,
« 5. Couche fibreuse (celluleuse et chorion muqueux),
« 6. Séreuse.

« 4° La muqueuse présente des altérations nombreuses portant sur son épithélium, ses villosités, ses glandes, ses follicules clos.

« 5° Les perforations se font le plus souvent sans gangrène et presque toujours aux extrémités de l'anse, par destruction des membranes de dedans en dehors; en outre la perforation paraît en rapport avec le bord le plus tranchant du cercle fibreux qui étrangle.

« Les perforations de dehors en dedans ne sont pas bien démontrées chez l'homme; celles du corps de l'anse paraissent être très-rares.

« 6° Dans la hernie étranglée, il se fait des hémorrhagies dans l'intérieur de l'anse et parfois dans le bout inférieur.

« 7° Les altérations du bout inférieur sont peut-être un peu plus considérables qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

« 8° La gangrène de l'anse n'est pas très-fréquente, du moins avant la perforation. Il est probable qu'elle peut se présenter sous différents aspects; les plaques gangréneuses, minces, couleur gris jaunâtre, sont bien connues; peut-être y a-t-il une variété de gangrène où l'intestin noir, épaissi, infiltré, se ramollit, se perfore. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 5 septembre 1866. — Présidence de M. Guersant.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Quatre demandes de congé, de MM. Forget, Boinet, Perrin et Depaul. (Renvoi à la commission des congés.)

2° Les journaux de la semaine; les *Archives générales de médecine*; le *Bulletin de thérapeutique*;

3° Deux mémoires en italien, du docteur Cesare Fumagalli.

— M. le secrétaire général donne lecture d'un travail de M. Ehrmann (de Strasbourg). (Renvoi au comité de publication.)

Tumeurs du testicule.

(Suite de la discussion).

M. Verneuil. La discussion a mis à l'ordre du jour le diagnostic du sarcocèle et les dangers de la castration.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du diagnostic; j'ai été assez heureux jusqu'ici pour ne point me tromper, ou, en d'autres termes, chaque fois que j'ai pratiqué la castration, l'anatomie pathologique à l'œil nu et au microscope a confirmé l'existence du cancer. La seule erreur notoire que j'aie commise est relative au malade opéré par M. Laborie; j'avais cru à un encéphaloïde de la pire espèce, et j'avais

(1) Un vol. in-8. Paris, 1866. Germer Baillière.

Dans le premier cas, le *Codex*, gardien de la tradition, reproduit les anciennes prescriptions.

Dans le second, il obéit à la marche des sciences; il en traduit les progrès, et il les met au service de l'art de guérir.

Il n'appartient pas à une génération médicale d'élaborer un Codex qui puisse convenir tout entier et sans modifications à la génération qui suit. Après quelques années, un tel recueil exige des remaniements, des suppressions, des additions. L'objet et le but de l'ouvrage ne peuvent pas changer, il est vrai, mais les détails, la forme, l'esprit même, tout se modifie dans un livre dont les éléments sont empruntés aux vraies sources du mouvement et du progrès dans l'ordre matériel, c'est-à-dire aux sciences d'observation et aux sciences expérimentales.

Depuis les temps les plus reculés et avant même que ces sciences eussent un nom, l'histoire naturelle, la chimie, la physique, la médecine pratique, ont en effet servi de guides pour la recherche, la connaissance, la préparation et l'emploi des médicaments.

Mais il ne peut échapper à personne que, si la chimie s'estimait heureuse autrefois, lorsqu'elle avait montré dans l'acide oxalique le principe significatif de l'oseille, dans la quinine celui des quinquinas, dans l'acide cyanhydrique celui de l'eau distillée de laurier-cerise, aujourd'hui cette science va plus loin. Multipliant à l'infini les espèces par la voie des substitutions, elle offre à l'expérimentation médicale un champ sans limites, et crée, pour ainsi dire de toutes pièces, des médicaments, tels que le chloroforme, qui ne conservent presque rien de leur origine organique.

La nature n'est pas épuisée, et fournit encore chaque jour à l'art de guérir quelque instrument nouveau; mais la chimie, qui naguère se bornait à la suivre, la devance souvent aujourd'hui.

Les études thérapeutiques n'ont-elles pas subi un changement analogue? Attend-on, pour prévoir l'effet d'un médicament actif, que l'expérience en ait toujours été accomplie au lit du malade?

Non; la physiologie moderne poursuit à son tour l'étude expérimentale des remèdes et des médicaments. Elle constate leurs effets précis sur les organes, et elle en tire souvent des règles certaines pour diriger l'emploi des moyens d'action : matières ou forces, que les sciences naturelles, la chimie et la physique mettent à la disposition du praticien.

Ainsi, de nouvelles perspectives s'ouvrent à l'art de formuler.

L'histoire naturelle, étendant son domaine sur des contrées lointaines, ignorées ou à peine explorées, enrichit la thérapeutique de médicaments nouveaux.

La chimie continue à perfectionner les moyens de préparation, de purification, de concentration des médicaments connus. Elle isole, chaque jour, des principes énergiques; elle crée et multiplie à l'infini des substances qui rivalisent d'activité avec eux.

Elle ne se contente plus de préparer avec sûreté les médicaments que la pratique réclame, elle en poursuit la marche dans l'économie; elle constate les modifications qu'ils subissent pendant leur séjour dans les organes, ainsi que les formes sous lesquelles s'opère leur élimination. Elle apprend au praticien à prévoir dans quelles circonstances un médicament inoffensif peut devenir mortel, et comment un poison, à son tour, peut devenir inerte. Elle fournit aux doctrines médicales des faits et des vues qui permettent, dans le plus grand nombre des cas, de préciser à l'avance sur quels organes ou sur quels systèmes d'organes un médicament exercera son influence, par quels procédés généraux son élimination aura lieu, et par conséquent quelles seront les limites et la durée probables de son action.

A tous ces titres, une pharmacopée au courant des découvertes que trente années d'études persévérantes et fécondes ont fait surgir, soit en France, soit dans les autres parties de l'Europe, et riche des nouveautés qui ont mérité la confiance des praticiens, doit différer de celle qui, publiée en 1837 par les soins du Gouvernement, répondait alors aux exigences de l'exercice de la médecine. Le Codex actuel aura le même sort, et sera modifié plus tard, à son tour.

La voie où l'art de guérir est conduit par les études réunies de l'observation clinique et de la physiologie expérimentale, lui permet, en effet, de mieux définir l'action de chaque médicament, d'en critiquer la préparation, d'en régler le dosage et l'emploi. Rangée, d'un côté, parmi les sciences d'observation, la thérapeutique prend place, de l'autre, parmi les sciences expérimentales. La préparation des médicaments peut donc être soumise désormais à la méthode critique dont celles-ci font un usage si général.

La chimie montrera donc comment on purifie et comment on concentre les principes actifs; la physiologie expérimentale, à quels organes précis le médicament s'adresse, et quelles variations éprouvent ses effets, selon les formules adoptées pour sa préparation ou pour son

refusé l'opération, comme du reste je l'avais refusée à deux autres malades presqu'à la même époque; l'un d'eux était dans mon service, il succomba bientôt à la généralisation du cancer. L'autre, exerçant la profession de maréchal-ferrant à Nogent-sur-Marne, fut opéré dans un hôpital de Paris et succomba aux progrès de son mal, avant même que la cicatrisation fût achevée : cliniquement, ces trois cas offraient la ressemblance la plus complète.

L'an dernier je fus, j'en conviens, fort embarrassé pour un malade chez lequel un de mes collègues de l'hôpital du Midi avait diagnostiqué un hématocèle. Pour moi, je croyais à un sarcocèle, car c'est, ce me semble, entre ces deux affections que l'hésitation est parfois permise. Du reste, le doute n'eut aucun inconvénient et ne peut en avoir si, dans l'opération qui est nécessaire dans les deux cas, on a soin, après la division de la peau, d'inciser couche par couche, jusqu'à ce que le bistouri ait atteint la pulpe cancéreuse ou la cavité de l'hématocèle; c'est ainsi que je procédai, et c'est à cette dernière affection que j'avais affaire.

Tout récemment encore, j'avais dans mes salles un autre cas d'hématocèle, qui, par certains caractères, simulait le sarcocèle, une interrogation minutieuse, la marche de la maladie, enfin une ponction exploratrice, levèrent presque tous mes doutes avant l'opération.

Voici tout ce que je veux dire du diagnostic; je reconnais toutes ses difficultés dans certains cas, mais je crois ceux-ci fort rares.

La grosse question, en somme, est de savoir si la tumeur est bénigne ou maligne, s'il faut l'opérer ou la combattre par la thérapeutique. Or, on est bientôt fixé sur ce dernier point. Quant à reconnaître quelle variété de tumeur maligne on a sous les yeux, s'il s'agit par exemple d'un enchondrôme, de kystes multiples, d'hématocèle central ou de sarcocèle proprement dit, j'avoue que la chose est souvent impossible; mais je m'en console en pensant que l'extrême précision du diagnostic n'est pas indispensable pour établir les indications opératoires.

J'arrive à la castration. Est-ce une opération grave, et quels sont les accidents auxquels elle expose?

J'avais dit incidemment, que l'ablation d'un testicule était relativement bénigne; c'est contre cette assertion que M. Demarquay a cru devoir s'élever. Il a observé, soit dans sa pratique, soit dans celle de M. Blandin, plusieurs terminaisons funestes par suite d'hémorrhagies, de phlegmon, d'infection purulente; il aurait même vu des accidents formidables survenir à la suite de simples ponctions évacuatrices ou exploratrices.

D'un autre côté M. Chassaignac, qui a pratiqué un grand nombre d'opérations de ce genre, n'a jamais perdu de malades, et se prononce pour l'innocuité presque absolue de la castration. Puisque sans le vouloir, mais sans le regretter, j'ai soulevé le débat, je dirai ce que j'ai vu de mon côté; le relevé de mes notes donne plutôt raison à M. Demarquay. Sans parler d'un cas où une simple ponction exploratrice a provoqué des accidents très-graves, j'ai pratiqué sept fois la castration pour le sarcocèle; j'ai perdu deux malades. Deux fois j'ai fait la décortication avec résection partielle de la tunique vaginale pour des cas d'hématocèle; les patients ont bien guéri, mais la cure a été traversée par des complications sérieuses. Confondant pour un moment ces deux genres d'opérations, dont le pronostic immédiat est assez semblable, et récapitulant les complications que j'ai observées, je trouve dans mes notes quatre castrations dont les suites n'ont présenté aucune particularité notable.

Dans un cinquième cas, il y a eu hémorrhagie par le cordon. Guérison.

Dans un sixième, hémorrhagie en nappe, par la surface de la plaie. Tamponnement avec le perchlorure; phlegmon des bourses, du canal inguinal et de la paroi abdominale; infection purulente. Mort.

Dans un septième, tétanos au treizième jour, alors que la guérison paraissait absolument assurée. J'avais fait la ligature en masse du cordon bien malgré moi, à cause du nombre insuffisant de mes aides et de l'agitation incoercible du malade. Un refroidissement à la suite d'un bain paraît avoir joué le rôle de cause occasionnelle. Ainsi, deux morts sur sept opérations.

Dans les deux cas de décortications, ou, pour mieux dire, d'excision de la tunique vaginale épaissie (hématocèles), la guérison s'est effectuée; mais une fois j'ai eu affaire à une hémorrhagie veineuse, tandis que l'autre malade a été pendant plus d'une semaine en proie à un délire continu, qui n'a pas laissé que de m'inquiéter beaucoup, quoique l'état du pouls et des fonctions digestives ne fût pas grave et que la plaie ait toujours marché sans encombre vers la cicatrisation.

De cette petite statistique, dont le seul mérite est d'être intégrale, il résulte que, sur neuf opérations sérieuses pratiquées sur les bourses, cinq fois il y a eu des accidents.

J'ai fait, jusqu'ici, abstraction des récidives de la maladie dans les sept castrations; or, voici à quel résultat je suis arrivé. J'ignore bien entendu quelle destinée attendait les deux opérés qui ont succombé au traumatisme, mais des cinq autres, quatre sont morts plus ou moins rapidement. En voici l'indication.

1° B..., robuste et jeune, opéré en province avec M. le docteur Gorju. Récidive dans la plaie, puis dans l'abdomen. Mort au bout de quatre ou cinq mois.

2° Malade de Chauny avec le docteur Warmont : enchondrome, cicatrisation de la plaie, guérison apparente et confirmée *loco dolenti*, accidents thoraciques lents et progressifs, dus probablement à une récidive dans les poumons; mort au bout de quelques mois; pas d'autopsie;

3° Malade de l'hôpital Saint-Louis, quarante ans environ; cicatrisation de la plaie; l'opéré quitte le service. J'ai appris qu'il avait succombé quelques mois plus tard dans un autre service avec les signes de la cachexie;

4° Malade de l'hôpital du Midi, vingt-cinq ans, opéré en avril 1865; guérison complète en apparence pendant une année entière. Il revient me trouver au mois de juin dernier. La cicatrice inguinale est parfaite mais la fosse iliaque est remplie par une tumeur plus grosse que le poing; signes de cachexie commençante. Le malade, sentant sa fin approcher, quitte le service pour succomber bientôt dans sa famille;

6° Un seul opéré fait, jusqu'à présent, exception à ce triste tableau. Je lui ai donné mes soins l'an dernier avec MM. Millard et Alf. Fournier; la castration a été faite en juin. Jusqu'à ce jour aucun signe de récidive ne s'est montré. Nous avions tous diagnostiqué un cancer. M. Ricord, consulté intercurremment, avait conseillé l'opération sans retard; le microscope me montra un type d'encéphaloïde. A la vérité l'ablation fut faite de bonne heure et avant que la tumeur eût acquis un grand volume; la tunique albuginée enkystait complétement le mal. L'avenir seul nous instruira de la persistance de cette guérison.

Devant de tels résultats confirmant d'ailleurs pleinement ce que j'avais vu pendant mon internat, et dans mes excursions aux hôpitaux, on comprend quel pronostic je porte sur le cancer du testicule; aussi ai-je été surpris d'entendre M. Chassaignac nous dire que cette affection était assez souvent susceptible de guérison radicale. Il serait donc à désirer que chacun de nous apportât ici le résumé de sa pratique, afin que l'on sût dans quelles conditions et proportions on peu attendre le succès définitif de la castration appliquée au sarcocèle vrai.

Qu'il me soit permis maintenant de revenir sur quelques points de détail et d'abord sur les *hémorrhagies veineuses et artérielles*.

J'ai observé trois fois cet accident. Dans les trois cas l'écoulement sanguin eut lieu fort peu d'heures après l'opération; il s'agissait donc d'hémorrhagies primitives, de celles qui tiennent par conséquent au défaut de l'hémostase immédiate, ou du premier pansement.

On trouvera les détails d'un de ces cas dans une observation qui figure dans l'important travail de M. Dauvé, sur l'enchondrome du testicule. (Mémoires de la Société de chirurgie, t. VI, p. 329.) L'hémorrhagie survint trois heures et demie après l'opération; elle était artérielle, et provenait certainement du cordon. Celui-ci avait été divisé avec l'écraseur linéaire que j'avais fait agir pourtant avec beaucoup de lenteur. L'hémostase fut obtenue sans peine à l'aide d'un bandage herniaire, appliqué pendant une demi-heure, et de l'introduction dans le canal inguinal de quatre petites boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. Les suites furent très-simples.

Dans le second cas, ce fut précisément l'application d'un bandage herniaire faite dans un tout autre but qui provoqua l'hémorrhagie; celle-ci était veineuse; il ne s'agissait pas d'une castration, mais bien de la résection de la tunique vaginale pour un hématocèle. Quoique je me propose de publier ce fait *in extenso*, j'en vais extraire quelques fragments qui se rapportent à l'accident qui m'occupe. L'opération n'avait offert qu'une circonstance particulière. J'avais ouvert par mégarde un sac herniaire ancien situé à la face antérieure de la tumeur; les intestins menaçaient de faire hernie dans la plaie. Je réduisis dans l'abdomen une languette épiploïque qui occupait ce sac, et pour prévenir l'issue des viscères, j'appliquai sur le canal inguinal la pelote d'un bandage; le malade fut reporté dans son lit, et je procédai à une autre opération que j'avais à faire dans la même séance. Au bout d'une heure environ, je rentrai dans la salle pour voir le premier opéré, il était fort pâle et très-faible; en le découvrant, je vis le lit inondé, les pièces du pansement imbibées, et le scrotum distendu par du sang noir.

J'enlevai rapidement l'appareil, la charpie, les caillots, et j'examinai très-attentivement toute la plaie; le sang ne jaillissait nulle part, et suintait seulement en nappe d'une foule de points, en particulier de la surface de section de la tunique vaginale épaissie. A l'aide du ténaculum, j'appliquai cinq ou six ligatures, mais la pluie sanguine continuait toujours. D'après la couleur du sang et la manière dont il s'échappait, il était clair que les veinules seules le fournissaient. Je songeais alors à l'obstacle au retour que j'avais créé moi-même, et à la compression exercée sur les vaisseaux du cordon par le bandage, celui-ci fut enlevé, et quelques minutes après, l'hémorrhagie cessait comme par enchantement.

La perte, quoique provenant de vaisseaux fort ténus, avait été considérable; je l'évalue au moins à 600 grammes, néanmoins l'accident n'eut pas de suite fâcheuse.

Il eut seulement pour effet d'appeler mon attention sur la possibilité après la castration d'une hémorrhagie veineuse par les veines du cordon lui-même. Cette complication, à ma connaissance, n'a point été signalée, et je ne l'ai pas observée moi-même; cependant elle ne me paraît pas irréalisable et voici pourquoi. Les veines du cordon sont souvent variqueuses, et rien ne s'oppose à ce qu'on voie coïncider le varicocèle avec le sarcocèle ou toute autre tumeur exigeant la castration. Or, dans le varicocèle, il y a non-seulement dilatation et épaississement des parois veineuses, mais de plus, insuffisance valvulaire permettant le reflux centrifuge du sang veineux vers les capillaires. Aussi la toux, l'effort, la position verticale remplissent instantanément les plexus du varicocèle. Si donc après avoir coupé le cordon on se contente de lier les artères, le bout central des veines pourrait devenir le siége d'un reflux, et d'autant mieux que ce reflux est un fait physiologique normal dans la veine cave et les veines rénales qui reçoivent les veines spermatiques.

Au reste, j'ai vu le phénomène se produire sous mes yeux, dans des proportions trop minimes, il est vrai, pour m'inquiéter comme chirurgien, mais suffisantes pour satisfaire ma curiosité de physiologiste.

Dans une opération de castration que je pratiquai l'an dernier avec mes collègues et amis MM. A. Fournier et Millard, j'observai nettement ce qui suit : ayant divisé à petits coups le cordon, je me contentai de lier d'abord les artères; mais j'aperçus de plus qu'à chaque mouvement fait par l'opéré, une petite ondée de sang noir s'échappait par les veines divisées; une nausée surtout projeta le sang à près d'un centimètre hors du bout des vaisseaux veineux, qui cependant n'étaient point anomalement dilatés. Depuis cette époque, j'isole également de mon mieux le plexus pampiniforme et le comprends dans une ligature isolée. Malgré les reproches faits à la ligature des veines, cette petite précaution me paraît innocente.

Le troisième cas d'hémorrhagie s'est présenté tout récemment, il m'a d'autant plus frappé que l'écoulement sanguin, par suite du moyen hémostatique employé, a provoqué une série d'accidents qui ont fini par enlever le malade.

Un homme de quarante-huit ans, fut opéré au mois de juillet dernier, d'un sarcocèle volumineux. L'opération fut facile; toutes les artères ouvertes furent soigneusement liées au fur et à mesure, ainsi que les veines du cordon. L'hémostase primitive paraissait donc assurée.

Les bourses furent soutenues par une compresse longuette disposée en anse, et dont les deux chefs étaient fixés à un bandage de corps. Des boulettes de charpie molle dans la plaie, des compresses imbibées d'eau alcoolisée froide appliquées sur le tout, complétaient le pansement. Dans l'après-midi, le sang parut. L'interne de garde l'arrêta d'abord avec une vessie de glace; mais, une heure plus tard, l'hémorrhagie se renouvelant, les compresses superficielles furent enlevées, ainsi que la charpie et les caillots qui remplissaient la plaie. Le sang coulait en nappe et semblait sourdre de toute la surface de la plaie scrotale. Plusieurs ligatures furent faites en vain; alors on se décida à tamponner avec la charpie imbibée de perchlorure de fer.

L'hémorrhagie s'arrêta; mais il survint successivement : 1° un phlegmon violent de tout le scrotum avec sphacèle des téguments en plusieurs points; 2° un phlegmon du tissu cellulaire du cordon; 3° un abcès de la paroi abdominale au-dessus de l'aine, abcès qui fut ouvert et fournit du pus en abondance; 4° une hémorrhagie secondaire; 5° enfin une infection purulente qui termina la scène.

Or, j'ai pu reconnaître que la cause de la première hémorrhagie résidait dans un défaut de pansement. La compresse placée sous les bourses avait glissé en arrière, s'était roulée en corde de manière à former au niveau de la racine du scrotum une sorte de lien circulaire qui causait un véritable étranglement, et avait, par ce mécanisme, gêné la circulation veineuse des parois scrotales; d'où l'hémorrhagie veineuse.

En résumé, l'hémorrhagie primitive, à la suite de la castration, ne paraît pas très-rare, elle peut être artérielle ou veineuse.

L'hémorrhagie artérielle tient au procédé défectueux employé après la section du cordon, à la négligence apportée à la ligature de toutes les artérioles ouvertes soit dans l'épaisseur du cordon, soit dans les enveloppes de la tumeur.

L'hémorrhagie veineuse, moins étudiée, peut se faire par les veines scrotales ou par les veinules du cordon, et résulter d'un pan-

---

emploi. Au sujet des substances énergiques, l'art de guérir pourra donc connaître, par les études du chimiste, les moyens de les obtenir pures et d'un emploi certain, d'éviter les associations qui les altèrent, de choisir celles qui favorisent leur conservation ou qui assurent leur efficacité; les études du physiologiste lui apprendront quel est leur rôle exact, quel champ embrasse leur action, quelles limites reconnaît leur pouvoir.

Les médicaments d'un effet simple, d'origine physiologique, augmenteront ainsi en nombre et en importance. Les médicaments complexes transmis par la tradition pourront perdre de leur autorité. On cherchera moins à affaiblir et à noyer l'opium, en le disséminant dans la masse de la thériaque; on voudra, au contraire, éloigner de ce produit brut toutes les matières inertes, en distinguer chaque principe actif, et définir mieux encore l'action spécifique de la morphine, de la codéine, de la narcotine, de la narcéine, etc.

Comme si les anciens, adressant leurs médicaments au malade pris dans son ensemble, avaient habituellement cherché à introduire dans leurs formules des substances variées, pondérées et compensées, qui, mettant en mouvement toutes les forces de la vie, en pussent rétablir l'équilibre troublé. Comme si les modernes, localisant de plus en plus le siége de la maladie, localisaient aussi la direction assignée au médicament, et cherchaient, par suite, tout en faisant la part du traitement général, à l'obtenir énergique, limité, précis.

A mesure que les formules complexes, léguées par l'ancienne médecine aux temps modernes, se simplifient ou sont abandonnées, on a pu se demander si les *Codex* ou pharmacopées ne deviendraient pas un jour d'inutiles recueils, si les officines seraient toujours nécessaires, si le pharmacien lui-même ne pourrait pas être remplacé par un marchand de médicaments.

Il est permis d'affirmer que s'il devait en être jamais ainsi, aucun esprit élevé ne pourrait sans douleur voir disparaître une profession libérale à qui revient le mérite d'avoir préparé de loin la transformation de la chimie moderne. Car c'est elle qui en a fondé et perpétué l'enseignement, qui en a créé les anciennes méthodes expérimentales et les premiers appareils, qui lui a valu Scheele, Vauquelin, Davy, Pelletier, Robiquet, et qui a eu l'insigne honneur de donner à Lavoisier ses premières leçons.

Mais on s'aperçoit tous les jours combien, à mesure que les médicaments énergiques augmentent en nombre, en pureté, en concentration, en puissance, il devient plus nécessaire que le pharmacien chargé de leur préparation, de leur conservation, de leur manipulation, de leur dosage, soit instruit, soigneux et fidèle.

Il s'agit d'administrer des médicaments amenés à leur maximum d'énergie, et par conséquent de danger, dans les conditions les plus propres à garantir la sûreté de leur emploi et la netteté de leur action sur un organe ou même sur un élément bien défini de l'organisme, et l'on pourrait se passer de pharmaciens instruits! Le médecin prescrit l'acide cyanhydrique ou la pepsine, par exemple, et il importerait peu que le débitant de ces produits fût hors d'état de s'assurer si son acide cyanhydrique est le plus violent des poisons ou la plus inerte des matières; si la pepsine qu'il livre constitue le vrai ferment de la digestion gastrique ou bien une poudre sans vertu!

Quand la responsabilité s'élève, il faut que les lumières s'accroissent en étendue et en intensité.

A quels dangers ne seraient pas exposées les familles, si le pharmacien ignorait que le nom de chlorure de mercure peut désigner un poison violent ou un purgatif innocent, et qu'il n'y a rien de commun entre le chlorure et le cyanure de potassium, si aisément confondus par le vulgaire?

Le pharmacien, disons-le, a besoin d'une instruction plus large et plus approfondie, à mesure que les progrès de la thérapeutique mettent dans ses mains des médicaments plus nombreux, plus puissants, plus altérables, plus faciles à falsifier, au sujet desquels les moindres écarts menacent la vie du malade, dont les plus légères modifications trahissent l'espoir du médecin. Quand cette conviction pénètre l'Angleterre elle-même, éclairée par les erreurs qui se multiplient sous ses yeux, et par les maux infinis qu'elles entraînent, ce n'est pas le moment que la France, où elle a toujours été maintenue, choisirait pour l'abandonner.

C'est animée de telles vues, que la Commission du *Codex* a procédé à une révision respectueuse, mais sincère de l'œuvre de 1837.

Le *Codex medicamentarius*, fruit de ce travail, se compose de trois divisions : Notions préliminaires, Matière médicale, Pharmacopée.

De l'origine des actions électriques, développées au contact des eaux minérales avec le corps de l'homme, et de l'absorption par la peau. par M. le docteur SCOETETTEN. In-12. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

sement mal appliqué qui gêne la circulation en retour. Il est possible, mais non prouvé, qu'elle vienne encore du bout central libre des veines spermatiques, laissant échapper le sang dans une direction centrifuge.

Il importe donc de faire avec beaucoup de soin la ligature isolée de toutes les artérioles à mesure qu'elles sont ouvertes, et de surveiller très-attentivement l'appareil de pansement, enfin la ligature des veines du cordon lui-même paraît être une utile précaution.

M. DEMARQUAY. Je vois avec plais[illegible]ue M. Verneuil revient à mon opinion. Notre collègue ne voit [illegible]ficulté que dans le diagnostic entre le cancer et l'hématocè[illegible]aut, je crois, tenir compte de l'orchite chronique, dont le dia[illegible]stic est loin d'être simple. Je dirai maintenant quelques mots de l'opération de la décortication. J'ai suivi les conseils de M. Gosselin, et l'expérience m'a démontré que l'opération, proposée par ce chirurgien, ne manque pas de gravité ; j'ai perdu deux malades d'hémorrhagie en nappe, ce qui s'explique d'ailleurs par l'état de la tunique vaginale ; j'ai vu encore l'infection purulente emporter mes opérés. Je suis revenu, pour toutes ces raisons, à la pratique de Blandin : je fais l'incision, j'enlève la plus grande partie des caillots, je tamponne avec de la charpie ; la suppuration s'établit, et cette fausse membrane, si difficile à disséquer, sort toute seule.

M. LABORIE. Je veux dire seulement que pour faire la castration je suis partisan de la ligature en masse. Les avantages que présente cette manière de faire sont plus grands que les inconvénients qui peuvent en résulter. Blandin faisait la ligature partielle ; l'opération m'a toujours paru laborieuse, elle a été parfois suivie de phlegmons graves.

M. PANAS. Le diagnostic des tumeurs du testicule présente des difficultés réelles ; j'ai vu des hommes habitués, des spécialistes hésiter dans certains cas. J'ai vu prendre pour un cancer cette affection qui consiste dans l'infiltration tuberculeuse simultanée de l'épidydime et du testicule. J'ai vu M. Nélaton prendre pour un sarcocèle cancéreux, une hématocèle située au centre du testicule.

Je veux encore dire deux mots sur le traitement de l'hématocèle vaginale. J'ai fait une seule fois la décortication, j'ajoute que ce sera la seule fois. Je n'ai pas pu décortiquer en arrivant sur le testicule.

M. Follin me servait d'aide. Le troisième jour qui suivit cette opération nous constatâmes une inflammation diffuse, puis survint la gangrène qui s'étendit jusqu'à la paroi abdominale. La mort s'ensuivit.

J'ai questionné au sujet de la décortication plusieurs chirurgiens et entre autres M. Denonvilliers; j'ai acquis la conviction que bientôt cette opération sera complétement abandonnée ; M. Gosselin lui-même avoue deux morts parmi ses opérés. Le meilleur traitement de l'hématocèle c'est l'incision.

M. LE FORT. Je ne vois pas quels peuvent être les inconvénients de la ligature en masse du cordon ; j'ai réussi dans les deux seules opérations que j'aie faites jusqu'ici. C'est un moyen plus expéditif quand on est mal aidé, mais il est important de serrer très-fort la ligature, car le danger semble résider dans un étranglement incomplet du cordon.

M. TRÉLAT. J'ai fait trois fois la castration, je crois la ligature partielle meilleure. Un gros fil est d'une manière générale un mauvais moyen d'hémostase.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer du pharynx et de l'œsophage.

M. DEMARQUAY présente la partie supérieure des voies digestives d'un homme âgé de cinquante-huit ans, sur lesquelles on observe un cancer du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. Le cathétérisme de l'œsophage a suffi pendant deux mois à l'alimentation. Mais il devint très-difficile et même impossible tant il était douloureux; ce malade a fini par mourir d'inanition et aux accidents de suffocation auxquels il était en proie dans les derniers temps de la vie. A l'autopsie, on a trouvé un cancer de la partie inférieure du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage, où il formait un anneau très-serré et difficile à franchir avec une petite sonde.

Le fait curieux de cette présentation, c'est qu'il existait un vaste abcès formé dans le médiastin postérieur, au niveau de la région dorsale. Cet abcès, en se développant, a amené une inflammation des deux plèvres ainsi que la partie des poumons correspondants, de plus l'abcès a fini par contourner les gros vaisseaux et venir se placer au devant du péricarde, dans lequel il a fait naître une inflammation très-vive. La cause de cette inflammation du médiastin postérieur tient évidemment au passage répété de la sonde œsophagienne, et la preuve, dit M. Demarquay, c'est que les abcès du médiastin postérieur ne sont pas rares à la suite d'arrêt de corps étrangers dans l'œsophage, ainsi que cela résulte de la lecture du mémoire de Lavacherie. Pour mieux éclairer l'origine de ses abcès, M. Demarquay a fait une série d'expériences pour déterminer le mode suivant lequel ces abcès se développent; il pratiqua sur des chiens l'œsophagotomie, et il introduisit des corps étrangers à la partie inférieure de l'œsophage, et au bout de quelques jours il constatait, si le corps étranger était un peu volumineux, un phlegmon rétro-œsophagien ou un véritable abcès; ces recherches ont été publiées il y a quelques années, par M. le docteur Créquy, dans la *Gazette hebdomadaire*.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

L'administration se fait un devoir, afin d'éclairer et de rassurer de nombreux intérêts, de faire connaître, par les chiffres suivants, quel a été, pendant les derniers mois, l'état de l'épidémie cholérique dans la ville de Paris.

L'apparition de la maladie remonte au commencement de juillet. Elle a atteint son maximum dès les premiers jours, sans que le chiffre le plus élevé de la mortalité par jour, dans les hôpitaux et en ville, ait excédé 150.

Dès la fin de juillet, l'épidémie a sensiblement diminué. La moyenne des décès, dans les hôpitaux, a été, pendant le mois d'août, de 23 par jour. Elle n'est plus que de 15 pour les neuf premiers jours de septembre.

On voit, d'après ces chiffres, surtout si on les rapporte à la population de Paris (1 million 667,841 habitants), que l'épidémie n'a sévi que faiblement dans la capitale, et que, dans quelques jours, elle aura, selon toute apparence, entièrement disparu.

Dans une ville qui, comme Paris, renferme une immense population ouvrière, c'est surtout le mouvement des hôpitaux qui donne la mesure de l'importance et de l'état de l'épidémie. Quant aux décès qui ont eu lieu en ville, ils n'ont jamais atteint de chiffres considérables, et depuis le 1er septembre, ils se sont abaissés en moyenne à 22 par jour. (*Moniteur.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

M. Calloch, docteur en médecine, est nommé professeur d'histoire naturelle à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes, en remplacement de M. Comte, décédé.

M. le docteur Brulet, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Vallée, décédé.

M. le docteur Fleurot, professeur d'histoire naturelle et de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire à ladite École, en remplacement de M. le docteur Brulet, appelé à d'autres fonctions.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné aux membres des conseils d'hygiène des départements, les récompenses dont le détail suit, à raison de leurs services pendant les années 1864 et 1865, savoir :

Médaille d'or. — Le docteur Fauré, de Bordeaux (Gironde).

Médailles d'argent. — Le docteur Avenel, de Rouen (Seine-Inférieure); le docteur Chrétien, de Lille (Nord); M. Meurcin, pharmacien de Lille (Nord); M. Girardin, de Lille (Nord); M. Lepage, pharmacien, de Gisors (Eure); le docteur Blondlot, de Nancy (Meurthe); M. Glénard, de Lyon (Rhône); M. Tisserand, de Laon (Aisne); le docteur Guipon, de Lyon (Rhône).

Médailles de bronze. — Le docteur Dupuich, d'Arras (Pas-de-Calais); le docteur Vy, d'Elbeuf (Seine-Inférieure); le docteur Tavernier, d'Amiens (Somme); le docteur Bucquoy, de Péronne (Somme); le docteur Fouquet, de Vannes (Morbihan); le docteur Bergeret, d'Arbois (Jura); M. Larue-Dubarry, de Limoges (Haute-Vienne); M. Petit-Laffitte, de Bordeaux (Gironde); M. Pommeret, de Lille (Nord); M. Gosset Deslongchamps, de Saint-Lô (Manche).

— Par arrêté ministériel en date du 4 septembre 1866 :

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à dater du 1er septembre courant, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèses, certificats d'aptitude et diplôme) est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés par leur dévouement au soulagement des malades atteints de choléra :

Services rendus dans les différentes communes du département du Nord :

MM. Mérieux, Maegt, Jacquemart, Bernaert, Deglave, Denis, Deltombe, Blanquart, Claisse, Boutry, Hucquedieu, Wattier, étudiants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

Choléra épidémique de 1865. Rapports sur l'origine du choléra à Marseille en 1865, avec des notes complémentaires et des aperçus généraux sur la pathogénie du choléra, par les docteurs P. A. DIDIOT et Ch. GUÈS. Paris, 1866, in-8° de 71 pages, 3 fr. Victor Rozier, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, Imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 109. — MARDI 18 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 18 SEPTEMBRE 1866. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la goutte chronique.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Le goutte chronique a pour caractère essentiel de coïncider avec une dépression générale des forces vives de l'économie qui semble justifier les expressions de goutte *atonique*, *asthénique*, qui lui sont appliquées par quelques auteurs. En effet, un affaiblissement prononcé, une tendance à l'état cachectique se montrent toujours, à des degrés divers, quand la maladie est arrivée à ce point. Aussi, les affections intercurrentes ont-elles, en pareil cas, une gravité tout à fait exceptionnelle; la grippe, la pneumonie, le typhus sont ici presque toujours mortels; et l'on peut établir, à cet égard, entre la goutte et le diabète, un rapprochement qui sera justifié plus tard par d'autres analogies.

Nous savons déjà qu'il existe ici une altération permanente du sang et des urines, qui nous explique pourquoi les intervalles des accès sont remplis par des accidents ab-articulaires plus ou moins sérieux, — des palpitations, de la dyspepsie, des troubles nerveux; c'est aussi sous l'influence de cette altération que paraît se dessiner la tendance à certaines affections viscérales organiques, du côté des reins, du foie, du cœur, et du système vasculaire en général.

Mais la goutte chronique, qui succède ordinairement à la goutte aiguë, peut aussi se montrer d'emblée, et présente alors des caractères un peu différents.

A. Quand elle succède à la goutte aiguë, la goutte chronique s'établit presqu'en permanence sur les articulations; mais les symptômes locaux deviennent moins aigus; les douleurs sont moins vives; enfin, comme nous l'avons déjà indiqué, les extrémités supérieures commencent à subir l'invasion de la maladie. C'est à ce moment qu'on observe les déformations articulaires; c'est à ce moment que se produisent les concrétions tophacées qui vont tout à l'heure fixer notre attention d'une manière spéciale.

En même temps, le changement qui s'est opéré dans l'état constitutionnel se traduit par une réaction moins vive au moment des accès, et dans leur intervalle par des accidents viscéraux plus prononcés.

B. Quand au contraire la goutte est chronique d'emblée, on voit souvent les tophus se former de bonne heure, surtout aux mains; c'est la *forme fixe primitive* de la goutte, dans laquelle les accidents locaux dépendent presque exclusivement de la présence de dépôts plus ou moins volumineux.

Les affections viscérales graves se prononcent ici de bonne heure, chez un certain nombre de malades.

Todd a vu l'albuminurie se montrer deux ans après le début de la maladie; et deux ans plus tard, le sujet éprouvait des accidents épileptiformes et mourait dans le coma.

Chez un autre malade, dont l'observation est rapportée par Traube, il existait de l'albuminurie un an après les premiers accidents, et le corps était déjà couvert de tophus.

Nous allons maintenant nous occuper des caractères cliniques de ces concrétions, que nous connaissons déjà au point de vue anatomique. En effet les tophus, une fois formés, ont une existence en quelque sorte indépendante, et méritent par conséquent une étude à part.

On ne saurait en exagérer l'importance au point de vue du diagnostic, car ils donnent naissance à des déformations spéciales qui appartiennent exclusivement à la goutte; d'ailleurs leur fréquence est bien plus grande qu'on ne l'avait autrefois supposé. On les rencontre dix fois sur cent, disait Scudamore; c'était déjà beaucoup; mais aujourd'hui, en tenant compte des concrétions de l'oreille externe, nous pourrions affirmer qu'ils existent dans la moitié des cas.

Leur évolution, qui a été fort bien décrite par Moore, en 1811, comprend trois périodes. A la suite de l'accès (1), dans un intervalle de rémission, et quelquefois sans aucune douleur, un liquide fluctuant vient soulever la peau, ainsi que l'avait observé Cœlius Aurelianus. A la seconde période, ces dépôts se solidifient et prennent la forme de masses dures, indolentes, plus ou moins arrondies, qui s'accroissent à chaque accès, et même dans l'intervalle des attaques. Enfin, à la troisième période, la peau s'ulcère et livre passage à des quantités souvent considérables de matière crayeuse.

Lorsque cette élimination se fait sans travail phlegmasique, les concrétions crétacées se trouvent à nu; on voit parfois, en Angleterre, des vieillards goutteux marquer leurs points au jeu avec les tophus qui leur garnissent les mains, et qui laissent sur le tapis vert une trace blanche, comme de la craie. D'autres fois, une inflammation plus ou moins vive se déclare; il se produit du gonflement, de la rougeur, une coloration violacée, avec menace de gangrène; enfin l'ouverture a lieu; il s'échappe du pus et de la matière tophacée, composée presque en entier d'urate de soude.

Il résulte parfois, de ce travail phlegmasique, des ulcères difficiles à guérir. L'urate de soude se trouvant infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, la plaie se déterge difficilement, et les cicatrices ont une tendance à s'ouvrir de nouveau.

Quelquefois les articulations elles-mêmes peuvent être entamées, mais sans aucun danger sérieux pour le malade.

L'issue de cette matière amène souvent un soulagement soit local, soit général. Garrod a même constaté que lorsqu'on veut réprimer ce travail par des applications astringentes, on voit souvent reparaître les douleurs articulaires au niveau de l'ulcération, ou sur un point plus éloigné.

Arrivée à son dernier terme, la goutte détermine une cachexie dont les principaux éléments sont une anémie profonde, une faiblesse musculaire extrême, surtout aux membres inférieurs, et une dépression intense du système nerveux; les malades deviennent incapables de subir la plus légère fatigue, et ne peuvent supporter le moindre bruit.

Ici, messieurs, se termine l'histoire clinique de la goutte régulière. Cette forme de la maladie, ainsi que vous avez pu vous en convaincre, se caractérise surtout par une prédilection marquée et souvent exclusive, pour les articulations. Ce type est celui que vous rencontrerez le plus souvent dans la pratique, et qui vous sera le plus facile à reconnaître.

On ne saurait en dire autant des formes anomales, irrégulières ou larvées de la goutte; elles empruntent souvent le masque des affections les plus diverses, les plus étrangères à la diathèse goutteuse; et le médecin qui a négligé de s'exercer d'une façon toute spéciale au diagnostic des cas de ce genre, est exposé à commettre des erreurs, qui peuvent entraîner les conséquences les plus regrettables. Il y a donc là un sujet qui mérite bien de nous arrêter quelque temps, d'autant plus que cette étude vous permettra de saisir l'une des différences les plus essentielles entre l'esprit de l'ancienne médecine, et celui de la science contemporaine.

Habitués aux vues d'ensemble, et peu soucieux d'analyser minutieusement les faits cliniques, les médecins des siècles passés ont eu toujours une prédilection marquée pour l'étude des métamorphoses que subissent les affections à longue portée. Depuis Galien jusqu'à Roderic à Castro, qui publiait au XVIIe siècle un ouvrage curieux sous un titre assez singulier (*Quæ ex quibus*), et depuis ce dernier jusqu'à Lorry, un grand nombre d'auteurs se sont attachés à décrire les transformations des maladies (*mutationes morborum*). La goutte occupe une grande place dans ces écrits, et s'y trouve plus d'une fois invoquée, lorsqu'il s'agit de prouver que, sans perdre son identité, une maladie peut revêtir les formes les plus variées.

Il est généralement reconnu aujourd'hui que nos prédécesseurs avaient exagéré le nombre et la fréquence des transfigurations que peuvent subir les états pathologiques : et, de nos jours, cette étude autrefois si florissante est quelque peu tombée dans l'oubli; ou, pour mieux dire, elle est envisagée à un tout autre point de vue.

Pour ce qui concerne en particulier la goutte larvée, il faut convenir que les anciens la voyaient partout, et même là où elle n'est pas. Mais nous ne saurions cependant nous ranger du côté des médecins qui, subissant aujourd'hui l'entraînement d'une réaction trop radicale, ont été jusqu'à nier l'existence de cette forme de la goutte. C'est là un scepticisme trop arbitraire. La goutte viscérale est une affection relativement peu fréquente, mais elle existe; nous espérons du moins vous le démontrer. Il s'agit seulement de constater, par une analyse attentive, en

(1) J'ai connu un goutteux qui ne pouvait jamais éprouver une douleur, même passagère, sur un point quelconque, sans qu'il s'y formât immédiatement un tophus. (Note du rédacteur.)

PHARMACOPÉE FRANÇAISE (1).

(CODEX MEDICAMENTARIUS.)

Sous le titre de *Notions préliminaires*, le *Codex medicamentarius* réunit les données numériques les plus générales et les plus usuelles concernant la correspondance des anciens poids français et des poids étrangers avec les poids métriques; l'évaluation en poids des cuillerées, gouttes, pincées, poignées, etc., des substances liquides ou solides souvent prescrites sous ces formes pratiques; les tables de densités relatives aux liquides d'un emploi fréquent; les indications nécessaires pour le choix et l'usage des aréomètres et du densimètre; les points de fusion, les températures d'ébullition, les solubilités des substances d'un emploi fréquent.

Une table des équivalents des corps simples en usage en médecine, soit par eux-mêmes, soit par leurs combinaisons, termine cette première partie.

La Commission a mis le plus grand soin à réunir sous une forme très-succincte les éléments les plus certains touchant l'origine et les qualités appréciables des substances médicamenteuses qui constituent la matière médicale. La science et l'expérience de celui de ses membres qui s'est plus spécialement occupé de cette partie de l'ouvrage donnent une autorité particulière à cet ensemble d'informations complet et précis à la fois.

Pour toutes les substances d'origine minérale, on a rappelé leurs propriétés physiques spécifiques, les moyens à l'aide desquels on reconnaît leur pureté, les soins que leur conservation exige.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Pour les substances d'origine végétale ou animale, il eût été difficile de résumer en peu de mots des descriptions qui ne se rapportent pas, comme les précédentes, à des caractères précis, et l'on a dû choisir, parmi les indications à fournir, celles qui ont paru les plus indispensables et les plus opportunes, sans s'astreindre à donner à tous les articles l'étendue que l'on a accordée aux articles *Opium* et *Quinquina*, par exemple.

Les substances qui constituent la matière médiale ont été rangées dans un ordre alphabétique.

Pour la pharmacopée proprement dite, on a suivi, au contraire, l'ordre méthodique, ainsi que l'avaient fait les auteurs des anciennes éditions du *Codex*. Les motifs de cette préférence ont à peine besoin d'être énoncés. On trouve à chaque page, en effet, des préparations rapprochées avec profit, parce que leur nature le comporte, mais qui diffèrent par le nom; l'ordre alphabétique les eût séparées, exigeant ainsi l'inutile répétition de certains détails, ou obligeant le pharmacien à chercher dans trois ou quatre endroits distincts et éloignés du *Codex* des informations indispensables à l'exécution d'une seule formule.

L'ordre méthodique rend donc plus facile et plus claire l'exposition des préceptes propres à guider le pharmacien dans l'exécution des prescriptions qu'il accomplit. La table des matières, qui réunit sous un ordre alphabétique toutes les informations et tous les titres qu'il a besoin de retrouver, lui rend sûre et prompte, d'ailleurs, par les soins dont elle a été l'objet, la recherche de tous les documents ou formules contenus dans l'ouvrage.

La pharmacopée comprend deux classes de produits : les uns, qui constituent des médicaments simples fournis par la chimie; les autres, qui constituent des médicaments composés formés par le mélange de matières diverses.

Les corps simples, les acides, les oxydes, les alcalis, l'ammoniaque, les chlorures, bromures, iodures, cyanures et sulfures, les sels minéraux, forment un premier groupe qui compte quatorze chapitres.

Les acides et les alcalis végétaux, les sels à acides végétaux, les sels à bases végétales, les savons, les alcools et leur dérivés, les matières végétales neutres, les produits pyrogénés, forment un second groupe qui compte huit chapitres.

Les eaux minérales artificielles fournissent un chapitre spécial.

Cinquante et un chapitres sont consacrés aux matieres suivantes :

Poudres, pulpes, sucs végétaux, huiles et graisses;

Tisanes, apozèmes, bouillons, émulsions, mucilages, potions;

Teintures alcooliques, alcoolatures, teintures éthérées, vins et vinaigres médicinaux, bières et huiles médicinales;

Eaux distillées, huiles volatiles, alcoolats ou esprits;

Extraits, résines et gommes-résines;

Sirops simples et composés, mellites et oxymellites, conserves et chocolats, électuaires, confections et opiats, gelées, pâtes, oléo-saccharures, saccharures, tablettes et pastilles;

Espèces, poudres composées;

Masses pilulaires, pilules et granules, capsules;

Cérats, pommades, onguents, emplâtres, sparadraps, papiers emplastiques;

Suppositoires, éponges préparées;

Cataplasmes, fomentations, lotions, injections, collutoires, gargarismes, bains médicinaux;

Collyres, glycérés, liniments, escharotiques, fumigations.

Le chapitre 75 et dernier est consacré à réunir des formules usuelles à l'étranger, peu ou point employées en France, que le pharmacien n'aura jamais, pour ainsi dire, à exécuter sur la prescription des mé-

quoi elle consiste, et quelles sont les limites qu'il convient de lui assigner. Nous consacrerons la prochaine conférence à ce sujet.

DES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES

Produits par le curare chez l'homme. — Doses que l'on peut donner. — Indications thérapeutiques,

Par M. le docteur Aug. Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre, et Henry Liouville, interne des hôpitaux.

(Lu à la Société de médecine de Paris.)

Le travail que j'ai l'honneur de lire à la Société de médecine de Paris, et que j'ai fait en collaboration avec M. Henry Liouville, interne des hôpitaux, a été dirigé sous l'inspiration des idées médicales actuelles qui tendent de plus en plus à réclamer le concours des sciences, dites à tort accessoires, pour puiser chez elles, dans la limite du possible, des données plus exactes, et chercher ainsi à diriger toutes nos ressources vers la possession de ce but final, objet de nos constants efforts, la thérapeutique, c'est-à-dire l'art de guérir.

L'étude des poisons ou agents très-actifs, susceptibles de devenir des médicaments, est destinée, nous le croyons, à servir utilement ce genre fécond de recherches.

Nous avons pensé que le curare, parmi ces agents précieux, remplirait le mieux ce but dans la situation où nous étions à l'hospice de Bicêtre, et servirait surtout mieux encore l'intérêt de nos malades épileptiques. Nous savions, en effet, par des récits lointains, et quelques tentatives de MM. Tiercelin et Bénédickt, interrompues faute de curare, que cet agent avait été recommandé dans l'épilepsie.

En présence d'une affection aussi navrante, il y avait donc un devoir à en tenter de nouveau l'application.

Les propriétés physiologiques du curare sur les animaux étaient, en effet, depuis les beaux travaux de M. Claude Bernard, assez vulgarisées pour que nous puissions y trouver un guide sûr et un puissant appui.

Les applications thérapeutiques étaient encore trop vagues et trop peu connues, pour ne pas réclamer de nouvelles investigations qui rendraient peut-être un compte plus exact de la fortune changeante de cette substance qui, dès le début, produite et acclamée avec un enthousiasme exagéré, tomba bientôt dans un discrédit aussi immérité.

Mais, dans le vague où l'on était, surtout en ce qui concernait une dosologie précise et une connaissance exacte des voies d'introduction du curare, il nous fallait tout d'abord instituer un grand nombre d'expériences sur les animaux, car nous n'eussions pas voulu nous avancer sur ce terrain presque tout à fait neuf sans ces appuis indispensables.

Nous avons été fidèles à cette loi en n'appliquant jamais une dose du médicament sur un malade que nous traitions, sans qu'elle ait été pesée, discutée, raisonnée, d'après des essais sur des animaux (1). Je n'entrerai pas dans la description des phénomènes physiologiques que nous avons produits sur eux, cela sortirait des habitudes de la Société ; j'aborderai de suite la question pratique.

Nous avons employé le curare en solution et en poudre, suivant la voie d'introduction que nous choisissions, soit que ce fût le tissu cellulaire sous-cutané, la bouche, l'estomac et le rectum, ou bien le derme préalablement dénudé par un vésicatoire volant.

La meilleure voie est, sans contredit, le tissu cellulaire sous-cutané dans les membres ; on peut ainsi avoir des résultats rapides et presque prévus, à courte échéance, et l'on est en mesure de parer de suite à un accident, par une ligature avec une bande roulée appliquée entre le cœur et la région injectée.

Nous préférons de beaucoup cette voie à la méthode endermique, plus lente et moins certaine ; et aux deux autres procédés qui demandent une grande quantité de curare, et, faute de ligatures possibles, jetteraient le médecin dans le plus grand embarras, s'il se produisait des phénomènes toxiques.

L'instrument dont nous nous sommes servis pour les injections sous-cutanées est la seringue décimale hypodermique dite de Pravaz, et construite par Mathieu.

Nous avons été assez embarrassés et j'ajouterai même assez inquiets de savoir par quelle dose de curare il nous fallait faire débuter le traitement ; nous étions dans l'inconnu, nul précédent ne nous guidait et ne nous indiquait quelle quantité de curare pouvait supporter un individu non en danger de mort prochaine, et dans un état relativement normal, tel que celui des épileptiques dans les intervalles des accès et des séries d'accès, et qui n'est pas comparable à celui des malades atteints de tétanos, par exemple.

Nous avons donc débuté par des doses excessivement faibles, de 0,00025, chez deux de nos malades. Nous n'avons rien observé du tout dans ces conditions ; puis nous avons augmenté graduellement les doses de deux dixièmes et demi de milligramme chaque fois, et ce n'est qu'au bout de près d'un mois que nous avons augmenté de 1 milligramme, puis arrivés à 0,10, nous avons accru la dose de 2 à 5 et à 10 milligrammes à la fois.

Nous y trouvons maintenant deux avantages.

Le premier consiste en ce que nous sommes sûrs de ne pas avoir passé sans les employer certaines doses de curare, meilleures que d'autres, et de ne pas avoir laissé de côté des symptômes importants.

Le second avantage est que l'emploi par nous de doses excessivement petites mettra les charlatans dans l'impossibilité de tromper le vulgaire qui croit à l'infinitésimalité ; nos observations démontreront qu'à ces doses aucun effet physiologique ni thérapeutique n'est produit sur l'homme.

Quant aux doses thérapeutiques que nous croyons pouvoir être employées sans danger, elles devront varier évidemment suivant l'âge, le poids, la résistance vitale, la constitution et la maladie du sujet ; nous n'avons pas encore de données tout à fait exactes sur les effets thérapeutiques, mais nous pouvons au moins affirmer que, dans un cas pressant et grave de convulsion de tétanos, la dose de 0,150 d'un curare qui tue un lapin à deux milligrammes et demi, comme le curare E. Carrey, est une dose qu'on peut donner sans crainte.

Quant aux malades atteints d'épilepsie ou d'affections convulsives chroniques, la détermination exacte des doses qu'on peut leur donner d'emblée sans provoquer de phénomènes généraux intenses, inutiles dans une maladie chronique, sera un des buts de nos recherches ultérieures ; mais on peut être sans crainte en leur administrant 0,10 par jour en injections sous-cutanées, n'intéressant pas les veines, bien entendu.

Du reste, le médecin aura toujours la ressource précieuse de la ligature qui lui permet d'arrêter ou de graduer l'absorption du médicament.

Je passe sur les phénomènes locaux que produit le curare sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, pour arriver à la partie du sujet qui me paraît offrir un vif intérêt scientifique et pratique.

Les considérations auxquelles je fais allusion ont trait aux phénomènes généraux ; je les diviserai en phénomènes généraux peu intenses, que j'appellerai ordinaires, et en phénomènes généraux intenses.

Les premiers ne s'observent pas à des doses moindres que 0,012 à 0,015, mais peuvent coïncider avec des doses de plusieurs centigrammes à un décigramme et demi, suivant le manuel opératoire et la région qui reçoit l'injection. Ils consistent en troubles de la circulation, en augmentation de la température, des inspirations, et en effets sur la sécrétion urinaire.

Les pulsations augmentent un peu de force, de fréquence et prennent le caractère dicrote que le sphygmographe de Marey nous a permis de démontrer sur les tracés. La température et le nombre des inspirations se sont accrus en même temps que le pouls.

Le thermomètre pourra donc être utilement employé pour cette constatation.

La sécrétion urinaire a été augmentée notablement à partir de la dose de 0,012 à 0,015, et au bout d'un temps à peu près fixe après les injections sous-cutanées les malades éprouvaient un besoin irrésistible d'uriner; et rendaient en une fois, sans avoir rien bu, 300 à 400 grammes d'une urine claire à peine colorée, presque aqueuse. La quantité d'urine évacuée dans les vingt-quatre heures suivantes a été toujours accrue, et a atteint en moyenne deux litres, ce qui fait à peu près au moins un litre de plus que normalement.

En même temps, lorsque les doses sont de plusieurs centigrammes, les urines renferment une plus ou moindre proportion de sucre.

Ces phénomènes ne se produisent jamais moins de vingt et quelques minutes après les injections ; mais le moment de leur apparition est ordinairement une heure après la médication. La durée est de vingt à vingt-quatre heures.

Les effets généraux intenses déterminés par le curare sont une des choses les plus intéressantes qu'il soit possible d'observer ; l'on voit se produire sous ses yeux tous les phénomènes de la fièvre, qu'on ne peut mieux comparer (ce n'est qu'une comparaison) qu'à ceux de la fièvre intermittente, avec ses trois stades : frissons, chaleur et sueur.

Voici, d'après leur ordre d'apparition, tous les phénomènes que nous avons contatés bien des fois.

Tremblements fibrillaires produits instantanément dans les muscles du tronc, des membres, de la face, tressaillements sous-cutanés.

Frisson intense; claquements de dents; phénomène de chair de poule; pâleur de la face chez un malade.

Soif vive; rougeur momentanée de la face chez un autre.

Tremblements convulsifs de tout le corps.

Augmentation de la température axillaire, du nombre des pulsations; petitesse du pouls.

Faciès grippé; expression toute particulière du regard qui est terne, exprime l'étonnement, la stupéfaction, une inquiétude profonde, une terreur vague, sorte d'absence.

Défaut d'accommodation des yeux chez un malade, qui était obligé de cligner fortement les paupières pour lire; en même temps on avait observé, chez lui, de la diplopie, tenant à un défaut de parallélisme des deux axes des yeux.

Défaut d'équilibration pendant la station debout, et principalement la marche.

Incoordination des mouvements.

Un malade fut mis de suite dans l'impossibilité absolue de se servir de ses membres inférieurs et du tronc, de détacher même les pieds et les jambes du lit et de s'asseoir, quoique la volonté fût manifestement conservée. A ce moment, conservation de la contractibilité électro-musculaire. La force des membres supérieurs fut évidemment aussitôt diminuée, mais non abolie.

Un autre chancelait à terre, faisait bien pourtant quelques pas, mais ne pouvait marcher comme à son ordinaire.

La respiration était précipitée, gênée, un peu entrecoupée. Un malade poussait de profonds soupirs plaintifs.

Puis, accélération considérable des battements du cœur; augmentation de force du pouls radial, qui était très-nettement dicrote, mais dont le développement était peu considérable. (Les tracés sphygmographiques le demontrent.)

Élévation de la température axillaire, constatée par le thermomètre de précision.

Céphalalgie et somnolence très-marquées ; comme nous l'observions et l'examinions à chaque instant, un malade demandait que nous le laissions tranquille, parce qu'il avait envie de dormir. Il le répéta à plusieurs reprises.

L'un avait une expression de somnolence très-manifeste.

Parole tremblée, saccadée, comme dans le frisson de la fièvre intermittente la plus forte.

Les pupilles se dilatèrent à ce moment de 0,001 chez B... et chez D...

Évacuation d'une urine claire chez trois malades; elle renfermait du sucre.

Après un temps qui dura trois heures chez R..., une heure chez B... et D..., les frissons cessèrent ou à peu près ; et tandis que le dernier malade n'eut pas de rougeur de la face et de sueur générales (les ligatures avaient été, chez lui, appliquées en grand nombre et bien à temps), les deux autres, au contraire, présentèrent une coloration rouge, intense de la face, des oreilles, l'injection des conjonctives oculaires, une augmentation de température des oreilles; cette rougeur fut plus ou moins vive, suivant certains moments, et nous remarquâmes que son maximum d'intensité coïncidait toujours avec des tressaillements généraux.

A cette période, le malade B... sortit brusquement de son état de demi-sommeil, s'assit dans son lit, et reprit la liberté entière de tous ses mouvements.

R... continua pendant quelque temps à éprouver quelques rares tremblements fibrillaires dans les muscles pectoraux et cervicaux et à sommeiller jusqu'au lendemain.

Ces phénomènes furent très-manifestes chez B..., lorsque la ligature fut enlevée le lendemain ; ils furent comme la confirmation des premiers effets.

A ce moment, les pupilles revinrent à leur diamètre antérieur chez les trois malades.

A la chaleur âcre, sèche du corps chez B... et chez R..., succéda, quatre heures et demie après le début chez le premier, cinq heures après le début chez le second, une moiteur, puis une sueur profuse

(1) Ces essais sont indispensables avec tout curare, afin d'être bien assuré que l'on se sert de cette substance et non d'une autre.

---

decins français, mais qu'il peut lui être nécessaire de connaître pour répondre aux demandes de clients étrangers.

La Commission a pensé qu'elle devait offrir à la fois à nos praticiens la reproduction de tous les éléments essentiels des formulaires écrits pour les besoins de la France et pour ceux de l'étranger.

Les nouvelles voies de transport ont rendu faciles et nombreuses les communications entre les divers peuples de l'Europe; il n'est pas rare qu'un malade ait reçu de son médecin une formule à Londres ou à Berlin, et qu'il soit obligé, quelques jours après, d'en confier l'exécution à un pharmacien placé au voisinage de l'une de nos stations de chemin de fer.

Il est donc nécessaire que le pharmacien français puisse traduire en poids et mesures métriques les indications numériques données par les médecins de tous les pays d'Europe, ce qui devient facile au moyen des tables de concordance que les notions préliminaires du *Codex* renferment.

Il est nécessaire, en outre, que, pour les formules usuelles, lorsque le médecin s'est borné à en inscrire le titre sur son ordonnance, le pharmacien sache si ce titre a la même signification à l'étranger et en France. Il ne l'est pas moins qu'il puisse exécuter la prescription, alors même que la formule tout à fait spéciale au pays où le malade a reçu des soins est représentée par le nom seul du médicament : *Liquor Gowlandii*, *Tinctura Opii*, etc.

Parmi les motifs qui ont déterminé le législateur à prescrire la publication d'un dispensaire ou *Codex pharmaceutique français*, il faut placer au premier rang la nécessité de rendre uniforme le langage de la pratique dans toute l'étendue de la France, sans porter atteinte à la liberté du médecin. Celui-ci peut toujours, en effet, varier à son gré ses formules; mais, dès qu'il prescrit un médicament admis au *Codex*, il sait, du moins, que la composition en sera la même dans toutes les pharmacies de l'Empire.

Le législateur, en ordonnant la publication d'un ouvrage de cette nature, a voulu que les intérêts des diverses parties de la France fussent également desservis. « Ce formulaire, dit-il, devra contenir « des préparations assez variées pour être appropriées à la différence « du climat et des productions des diverses parties du territoire fran- « çais. » La commission n'a pas oublié cette sage recommandation ; elle en a même étendu la pensée.

Aussi, au grand avantage de l'art de guérir et de la pratique de la pharmacie, on a vu disparaître successivement tout ce qui pouvait amener des méprises, justifier des erreurs, et entraîner des conséquences quelquefois tristes et toujours regrettables.

Les anciennes mesures et les anciens poids ayant été abandonnés et remplacés par les poids et mesures métriques, les formules en sont devenues plus simples et d'une exécution plus sûre.

Les recettes proposées par les auteurs des diverses pharmacopées ayant été débattues et comparées, la préférence a été toujours accordée à celle qui offrait les meilleures garanties de bonne exécution.

Peu à peu ce qui était inutile disparaît, et ce que l'expérience recommande est recueilli. Le *Codex* actuel, rédigé dans cet esprit, offre aux pharmaciens français, sous une forme succincte, le résumé de leurs propres études et le résultat même de leurs observations. La commission a tenu compte de l'expérience professionnelle partout où elle s'est manifestée. Elle n'a jamais perdu de vue que le *Codex* français doit résumer la science de la pharmacie française de même qu'il doit, selon la pensée du législateur, représenter tous les besoins constatés du pays, au point de vue de la préparation des médicaments.

La commission aurait porté son ambition plus loin. Au moment où l'Europe et le nouveau monde, éclairés par le mouvement rapide des communications ouvertes par la vapeur, s'empressent d'adopter le système métrique des poids et mesures et de le rendre universel, était-il déraisonnable d'espérer que la nécessité de s'entendre pour l'adoption d'un formulaire pharmaceutique, universel aussi, semblerait également opportune ?

La commission était convaincue que le *Codex* pharmaceutique français, moyennant quelques additions et quelques modifications qui n'auraient altéré ni le sens général de ses textes, ni le dosage de ses formules essentielles, pouvait devenir un *Codex* pharmaceutique universel.

Le temps lui manquait, cependant, pour provoquer et pour réaliser cette entente ; elle a dû se borner à tenir compte, dans l'exécution de son travail, de toutes les indications utiles que les recueils publiés dans les autres pays lui offraient, et à compléter l'œuvre française par un choix de quatre-vingts formules empruntées aux pharmacopées étrangères garanties par l'autorité ou sanctionnées par l'usage.

Mais le moment est venu où des pays qui sont en communication incessante, et qui échangent chaque jour les voyageurs par milliers, ont le devoir d'examiner s'il est sans inconvénient de désigner sous le nom commun de *Sirop d'Acide cyanhydrique*, par exemple, un médicament qui contient, en Belgique, 4 milligrammes d'acide cyanhydrique par cuillerée à bouche, et 10 milligrammes en France, suivant le nouveau *Codex*, ou même 17 milligrammes, selon l'ancien.

La commission n'a pas cru pouvoir adopter la formule belge, mais elle s'en est rapprochée.

Elle a été plus loin, en ce qui concerne l'eau distillée de laurier-cerise, médicament très-actif aussi, et elle a complétement assimilé la formule française et la formule belge.

Le nouveau *Codex*, se confondant, à ce sujet, avec la pharmacopée

considérable; le front se baigna de perles de sueur; le corps entier devint moite, les yeux furent brillants, injectés, sans épiphora pourtant.

Nous n'observâmes pas d'exagération de la salive, mais une diurèse abondante.

Pendant ces derniers phénomènes, la température dans l'aisselle était de 38 à 39° au-dessus; le nombre des inspirations de 24 à 38, le nombre des pulsations de 116 à 140; le pouls persista à être dicrote.

Huit heures après le début des phénomènes, les symptômes circulatoires et respiratoires étaient encore très-marqués; le pouls, jusque-là peu développé, devint vibrant, impulsif; la sueur cessa vers ce moment, et la nuit fut bonne.

Le lendemain, les malades avaient encore tous les symptômes de la fièvre.

Pouls de 106 à 116; inspiration à 20; température axillaire de 37,4 à 38°; mais ils ne présentaient aucun autre phénomène qu'une somnolence marquée qui les accablait; il n'existait aucune rougeur de la face ni des oreilles.

La fièvre cessa chez B... au bout de trois jours; le pouls resta dicrote tout ce temps chez tous; la fièvre dura dix jours chez R... et le malade resta une quinzaine de jours pâle, fatigué, abattu, comme dans la convalescence d'une maladie fébrile d'une quinzaine de jours de durée; ses jambes faibles, sa démarche peu solide, sans que la contractilité électro-musculaire des muscles des membres fût, du reste, le moins du monde diminuée. (Nous ajouterons que le même fait a été constaté par nous pendant que les effets du curare étaient intenses.)

Une dernière réflexion s'applique à ces trois malades, c'est que, malgré un certain état spécial d'expression de la physionomie et de somnolence, ils ont conservé intacte leur intelligence, entendant, comprenant, parlant, répondant et exprimant leurs sensations et leurs désirs.

Ainsi que vous avez pu en juger, le curare détermine, à des doses variant de plusieurs centigrammes à 1 décigramme et demi, des effets caractérisant la fièvre, et consistant en troubles de la circulation, de la respiration, de calorification, de motricité, en hypersécrétions et en symptômes intéressant légèrement les fonctionnements cérébral et visuel.

Quelques-uns de ces phénomènes ont manqué chez quelques malades; ainsi la diplopie, la paralysie absolue et passagère des membres inférieurs, mais les troubles de la circulation, de la température, de la respiration; la diurèse, le diabète, les tressaillements et les secousses fibrillaires, n'ont jamais fait défaut.

Permettez-moi d'insister sur quelques-uns de ces symptômes, puis d'en faire aussitôt après ressortir quelques considérations de physiologie pathologique.

Analyse des phénomènes généraux intenses.

Frisson. — Le frisson a été très-net; il est survenu à des intervalles variables, il s'est montré à la même heure exacte consécutivement à deux doses égales ou à peu près (à 0,0015 près), et à deux minutes d'intervalle, consécutivement à deux doses distantes l'une de l'autre de 12 milligrammes.

Il s'est produit de vingt minutes à une heure et demie après les injections sous-cutanées.

C'est ainsi que chez R..., le frisson est survenu cinquante minutes après injection de curare, 0,0135; cinquante minutes après injection de curare, 0,015; cinquante-huit minutes après injection de curare, 0,030; vingt-deux minutes après injection de curare, 0,0775;

Que chez B..., le frisson est survenu vingt minutes après injection de curare, 0,090 (c'est-à-dire 12 milligrammes de plus que la dernière dose de R...); et que chez D..., il s'est montré une heure et demie après injection de curare, 0,150.

Le frisson a toujours été très-fort. Il s'est déclaré brusquement ou à peu près, d'abord par des tressaillements dans les muscles peauciers, des tremblements et des ondulations fibrillaires dans les muscles du ventre, du thorax, de la face et des membres, aux mains et aux pieds, ondulations localisées d'abord, puis généralisées. Ces tressaillements, ces tremblements convulsifs se succèdent d'une façon presque continue; ils sont tellement intenses quelquefois, que le lit des malades en est remué, ils sont entièrement analogues à certains frissons de fièvres pernicieuses.

En même temps les malades ont froid, se cachent sous leurs couvertures; leur peau présente le phénomène bien net de chair de poule sur le tronc et les membres, et en particulier sur la partie antérieure de la poitrine.

Les dents claquent d'une façon très-accusée, et la parole est saccadée, tremblée.

Pendant le frisson, les malades sont agités, inquiets, et les nommés R... et D..., qui n'ont pas eu de paralysie absolue s'agitaient considérablement dans leurs lits.

En même temps, la chaleur augmente dans l'aisselle ainsi que nous le dirons plus précisément tout à l'heure.

La sensation de froid a duré un temps variable chez les malades; et cette durée a même varié chez R... avec les doses.

Ainsi, avec la dose de 0,015 chez R...,		durée du stade de froid.	4h,35
—	— 0,0775	—	3h,1/2
—	— 0,090 chez B...,	—	4h »

Les frissonnements, les tressaillements ont eu une durée moins facile à déterminer; leur maximum d'intensité a cessé, il est vrai, en même temps que le sentiment de froid, mais ils se sont ensuite reproduits, quoique d'une façon fugitive, à des intervalles éloignés, précédant toujours les bouffées de chaleur et de rougeur qui se manifestent à la face. Nous dirons plus loin, dans le chapitre de physiologie pathologique, l'interprétation qui nous paraît devoir être donnée à ces tressaillements intermittents.

La durée de la chair de poule a été :

De une heure chez R..., après la dose de 0,015;

De deux heures chez le même, après la dose de 0,0775;

De une heure chez B..., après la dose de 0,090.

Il nous a paru bien intéressant de pouvoir produire artificiellement sur l'homme un symptôme dont l'interprétation a toujours été entourée de tant d'obscurité.

La question nous semble tranchée par le fait de nos observations; du moment en effet que l'on sait pertinemment par les découvertes de M. Cl. Bernard, que le curare a une action spéciale sur les nerfs vaso-moteurs et moteurs, il est facile de se rendre compte de la cause intime du phénomène frisson, et il devient prouvé que dans le frisson et par conséquent la fièvre le système nerveux est primitivement et non pas secondairement atteint.

Traube, Virchow et Marey ont donc raison contre Murchinson, Wachsmuth et Billeroth.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de ce fait, et sur les conséquences incalculables que la connaissance de la cause intime de la fièvre doit avoir; un horizon immense s'ouvre ainsi devant le médecin et lui décèle la raison finale de l'utilité de certains médicaments, en même temps qu'il trace sa route dans certaines parties de l'art de guérir, supprime l'empirisme pour le remplacer par la médecine physiologique raisonnée.

C'est ainsi que l'action si belle du sulfate de quinine sur la fièvre intermittente s'explique tout naturellement; médicament essentiellement antispasmodique, il combat la surexcitation du système vaso-moteur et empêche le phénomène initial de la fièvre, le frisson.

C'est ainsi, dans un autre ordre d'idées, que l'on saura le *curare contre-indiqué* dans toutes les affections convulsives accompagnées ou compliquées de fièvre; tel serait le cas du tétanos traumatique fébrile, et à ce sujet il ne nous paraît pas indifférent de rapporter la conduite de l'un de nous, appelé ces jours-ci par M. le professeur Laugier, auprès d'un malade atteint de tétanos survenu comme complication d'une fracture comminutive du tibia, que l'honorable professeur voulait traiter par le curare.

Le malade se trouvait dans l'état suivant le 25 mai :

Les intervalles dentaires ne laissent passer que l'extrémité du petit doigt.

Difficulté de la déglutition.

Facies grimaçant; contraction tonique des muscles de la face, des masséters, et de la région cervicale.

Respiration parfois saccadée; peau moite; pouls, 144; inspirations, 24; température axillaire, 40°,4.

Le lendemain, pouls, 180; température axillaire, 40°; inspirations, 38.

En présence de ces symptômes, et connaissant par nos observations recueillies à Bicêtre l'effet physiologique du curare, celui de nous qui avait été appelé exposa à M. Laugier qu'il lui paraissait y avoir contre-indication formelle à l'emploi du curare; il nous a paru dangereux d'ajouter aux phénomènes fébriles qu'offrait le malade d'autres phénomènes fébriles non moins intenses qui nous paraissent inséparables de l'emploi du curare dans le tétanos.

Si l'on veut, en effet, agir efficacement dans cette maladie, c'est-à-dire diminuer ou détruire l'état tétanique, il est indispensable d'administrer le médicament à une dose qui donne infailliblement la fièvre, et à ce propos il nous paraît très-curieux de rapprocher de nos conclusions sur la production nécessaire de la fièvre dans le tétanos traité par le curare à une dose efficace le passage suivant d'Hippocrate vivement critiqué, même de nos jours.

« La fièvre guérit le tétanos quand elle survient pendant la durée « de cette maladie (1). »

De même, il résulte de nos observations la conséquence suivante :

Pour que le curare ait une action sur le tétanos, il doit de toute nécessité produire de la fièvre.

Pour en revenir au frisson qu'ont présenté nos malades, nous avons remarqué qu'il ne cessait pas complétement de suite; il s'est reproduit un certain nombre d'heures après la fin de sa période intense chez R... et chez B..., même pendant la période de chaleur et de sueur. Nous avons pensé pouvoir expliquer ce retour du frisson par le passage tardif du curare dans l'économie.

Pouls radial. — Les modifications du pouls se produisent en même temps que le frisson, et pendant toute la durée des phénomènes nerveux ressortissant au curare, ainsi que quelques heures et même quelques jours après, le pouls indique l'action que le médicament a exercée sur la circulation; il demeure le symptôme final, de même qu'il avait été le premier ou à peu près.

Le premier caractère qu'il offre est une petitesse et une mollesse considérables, unies à une grande fréquence, 88 à 120 pulsations par minute; cela a été très-net chez le nommé R...; le tracé sphygmographique, pris aussitôt, nous montre la ligne d'ascension des pulsations presque nulle, le sommet à peine saillant.

Cette petitesse des pulsations se prolongea plus de trois heures chez R..., après la dose de 0,0775, le 12 mars; la durée fut donc aussi longue que le stade de froid; les tracés sphygmographiques pris chez le malade B... indiquent la persistance de ce signe pendant cinq heures après le début des phénomènes. (Ce malade eut pendant près de six heures des tressaillements assez fréquents).

La période de froid et de tressaillement complétement passée, les pulsations deviennent impulsives, et les tracés sphygmographiques montrent la ligne ascendante presque verticale, le sommet élevé du double au moins. C'est à cette période que la fréquence des pulsations est plus grande; leur nombre a été presque toujours de 120; mais ce chiffre a même été dépassé, car il atteignit un moment 140 chez R...

La durée de la fréquence du pouls nous a paru dépendre de l'intensité des phénomènes; ainsi chez B... le nombre des pulsations redevint normal au bout de quarante-huit heures; tandis que chez R..., plus fortement pris avec la dose de 0,0775, les pulsations ne revinrent au chiffre normal qu'après dix jours. Elles restèrent pendant quarante-huit heures à 116, et à 92-96 pendant six jours.

Leur rhythme a été par moments un peu irrégulier, et ce trouble consistait dans des différences de longueur et de développement de pulsations; nous n'attachons pas à ce signe une valeur réelle, parce que les nombreux tracés sphygmographiques que nous avons pris sur des épileptiques nous ont appris que chez ces malades les pulsations n'étaient pas ordinairement toutes d'égale longueur.

Le pouls nous a présenté, dans tous les cas de phénomènes curariques intenses, un dicrotisme excessivement marqué. Ce caractère se produit dès le début pendant le frisson, mais il est beaucoup plus net lorsque les pulsations prennent de l'ampleur.

Il est possible de le constater au toucher, et il est très-manifeste sur les tracés sphygmographiques.

Au début du frisson chez R..., la ligne descendante devint tellement dicrote, qu'elle en eut une forme onduleuse.

Ce caractère, sur lequel nous reviendrons du reste dans la physiologie pathologique, dure plusieurs heures après la fin des autres phénomènes curariques intenses, et même plusieurs jours, lorsque, ainsi que chez R... (12 mars), les effets ont été violents.

Pendant ces phénomènes, du côté du pouls, le cœur bat aussi fréquemment, sans présenter rien autre d'anomal.

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DU CHOLÉRA (1865-1866.)

I.

L'hospice de la Charité de Marseille.

Par M. Roux (de Brignolles).

L'hospice de la Charité de Marseille, dont le service médical m'est

(1) Hippocrate. Édition Littré, aphor. IV, 57, coaque 348, et tome IX, page 295.

---

anglaise, substitue, d'autre part, l'aloès des Barbades à l'aloès du Cap dans les formules très-actives communes aux deux ouvrages : *Pilules écossaises d'Anderson, Pilules de Coloquinte composées*, etc.

Il prescrit, pour la poudre antimoniale de James, le simple mélange de l'oxyde d'antimoine et du phosphate de chaux, comme la pharmacopée anglaise, et non le mélange grillé du sulfure d'antimoine et de la corne de cerf râpée.

Le nouveau *Codex* reproduit certaines formules empruntées aux pharmacopées étrangères pour des médicaments dont l'usage tend à se répandre en France : les *Gouttes noires*, l'*Acide sulfurique dilué*, le *Sulfate de cadmium*, le *Phosphate de fer*, l'*Huile éthérée de fougère mâle*, qui se trouvent dans les pharmacopées de Hambourg, d'Angleterre, de Belgique, des États sardes, des États-Unis, etc.

Toutes les fois que les circonstances le lui ont permis, la commission a donc préparé l'assimilation des formulaires pharmaceutiques des pays en communication habituelle avec la France. Elle espère que l'expérience et le temps, qui ont amené la pratique et l'enseignement de la médecine à suivre presque partout les mêmes voies, conduiront aussi les commissions chargées de la préparation des pharmacopées étrangères officielles à adopter les poids et mesures métriques, et à se conformer aux prescriptions du *Codex* français, si souvent empruntées aux données de la pratique générale de l'Europe, et qu'on a cherché avec tant de soin à mettre en harmonie avec les besoins universels de l'art de guérir.

Depuis la publication de la dernière édition du *Codex*, l'Académie impériale de médecine a donné son approbation à un certain nombre de médicaments. Presque tous ont trouvé place dans le *Codex* actuel. Un très-petit nombre d'entre eux, trois ou quatre, n'y ont pas été inscrits; la pratique médicale ne les ayant pas adoptés. Il n'y a pas lieu d'être surpris de cette diversité d'appréciation. L'Académie de médecine, avec raison, se montre favorable à toute nouveauté qui lui offre un caractère suffisamment sérieux; les commissions chargées de la rédaction ou de la révision du *Codex* choisissent à leur tour, parmi ces préparations, celles qui ont résisté à l'épreuve de la pratique.

Enfin, la commission a réuni, dans un appendice, le texte exact de toutes les lois ou règlements, actuellement en vigueur, qui intéressent l'exercice de la pharmacie, la vente des médicaments et celle des poisons.

Parvenue au terme d'une œuvre de longue durée, il ne sera pas interdit à la commission d'indiquer la marche à laquelle elle s'est conformée.

Après avoir arrêté le plan du nouveau *Codex*, à la suite d'une discussion générale, elle a chargé quatre sous-commissions d'en préparer les diverses parties. Les textes proposés par elle ont été lus ensuite, discutés et mis en délibération devant la commission tout entière, dont ils sont ainsi devenus l'œuvre commune.

L'impression du *Codex* a été surveillée par une sous-commission spéciale, qui a mis un soin minutieux à éloigner toute faute typographique de ces pages où la moindre d'entre elles devient un péril.

Afin de prévenir les erreurs et de dissiper les doutes, on a même répété, en chiffres et en toutes lettres, les doses indiquées dans les diverses formules, pour chacun des médicaments qu'elles comprennent.

La commission n'a modifié qu'après discussion, et par des motifs bien évidents, les anciennes prescriptions du *Codex*. Elle ne s'est décidée à retrancher de cet ouvrage, ou bien à y ajouter une formule quelconque, qu'après en avoir attentivement délibéré.

Le travail auquel elle a dû se livrer a donc été long et pénible, mais il a été à la fois abrégé et rendu plus sûr, cependant, par les études que la Société de pharmacie de Paris avait exécutées en vue de l'amélioration des textes du *Codex*.

Notre devoir est de lui en témoigner une sincère reconnaissance d'abord, et de signaler tout le profit que nous avons retiré des expériences nombreuses auxquelles elle s'est livrée. Mais notre devoir est aussi de lui dire qu'il lui appartient de poursuivre et de compléter un examen qui ne sera parvenu à son terme que lorsque tous les États de l'Europe en auront adopté les résultats d'un commun accord.

Il appartient, en effet, à une société libre, qui compte dans son sein tous les hommes éminents de la profession, d'en assurer l'avenir, en préparant les voies à l'assimilation des pharmacopées européennes. Son action officieuse doit précéder les manifestations officielles et en garantir le succès.

La commission actuelle aura marqué le but; la route était trop embarrassée encore, pour qu'il lui fût donné de l'atteindre.

Elle en exprime son regret profond. Elle n'a rien négligé pour répondre à la confiance du gouvernement de l'Empereur; mais elle eût voulu qu'il lui fût permis de placer sous la protection du nom de Napoléon III une œuvre universelle de santé publique, en rapport, par son rôle dans le monde, avec les grands desseins que Sa Majesté poursuit dans l'intérêt des peuples, et qu'elle accomplit chaque jour avec une gloire immortelle, en vue du progrès de la civilisation générale.

Le président de la commission,

J. Dumas.

Paris, 15 juillet 1866.

confié, renferme dans son enceinte une population de près de 800 personnes, dont 480 vieillards. Il s'élève au milieu des quartiers populeux qui constituent la vieille ville, entre l'Hôtel-Dieu, où les premiers cholériques furent transportés en juin 1865, et le port de la Joliette qu'il domine.

Le 29 juin (1865), nous constatons la première atteinte de l'épidémie naissante sur une fille de la maison. La malade guérit et la population de l'hospice est séquestrée, par ordre de l'administration.

Le mois de juillet se passe presque en entier sans nouveaux cas, tandis que les rues qui nous entourent (paroisse de Saint-Laurent) forment le foyer principal de l'épidémie. Vers la fin de juillet, quelques vieillards obtiennent l'autorisation de sortir.

L'un d'eux achète et mange une grande quantité de coquillages assez coriaces (patelles). Il est pris le 30 juillet.

Dès ce moment les cas se succèdent, le 3 août, 8, 11, 15, 16, 1er septembre, 8, 9, 10, 15, 26.

En somme, 13 cholériques sérieux; 9 morts et 4 guéris.

Cette année, 1866, nous a présenté jusqu'à ce jour 5 cas, dont 2 décès.

Comparons maintenant les résultats observés dans les épidémies précédentes :

1835.	108 cholériques.	87 décès.
1849.	56 cholériques.	41 décès.
1854.	121 cholériques.	105 décès.

Du 10 juillet au 10 octobre, avec une population de vieillards moindre de 124 que celle d'aujourd'hui.

L'infériorité de nombre constatée dans la présente épidémie est due, suivant nous, à plusieurs causes.

Des améliorations notables apportées dans l'aération des salles, constamment blanchies à la chaux et tenues avec une propreté rigoureuse; un matériel de literie avantageusement transformé; un bon ordinaire, augmenté pendant le temps d'épidémie d'une distribution de café, plaçaient la population dans un état fort convenable pour résister aux influences dépressives de l'agent toxique. Du 30 juillet au 16 août, nous voyons 6 cas se succéder d'assez près; mais, à partir de cette époque, le fléau suspend ses coups jusqu'au 1er septembre, et disparaît le 26. C'est qu'à partir du 16 août, la population de l'hospice est de nouveau rigoureusement consignée : nos vieillards ne vont plus hebdomadairement parcourir les vieux quartiers, visiter leurs parents, amis et connaissances, empressés à les pourvoir de comestibles de toute espèce; c'est que notre hospice, bien que placé au milieu du foyer principal, se trouve isolé, et que ses habitants n'ont plus de rapports avec les maisons qui renferment des cholériques.

C'est, pour nous, à cette séquestration sévère que nous devons le peu de mal éprouvé dans notre hospice. Disons, en terminant, que nos 13 cholériques ont été soignés dans des salles isolées de nos infirmeries.

II.

M. le Dr Cousturier, du Lude (Sarthe), nous adresse l'observation suivante :

Le 21 octobre 1865, une jeune femme de Savigné-sur-le-Lude, Joséphine David, femme de Louis Aubert, journalier, se rend à Paris, en compagnie d'une de ses voisines, nourrice comme elle, pour chercher un nourrisson à l'hospice des Enfants-Trouvés.

A son retour (25 octobre), la femme Aubert paraissait bien portante et très-gaie. Le 30 octobre, je suis appelé chez elle. Son nourrisson était atteint du choléra et mourait. Son propre enfant, qu'elle avait sevré pour se rendre à Paris, était atteint aussi. Elle-même tombe malade, puis sa mère qui était venue la soigner. Le mari est épargné. L'enfant de Paris seul a succombé.

L'autre nourrice et l'autre enfant n'ont pas été malades.

A Savigné, pas plus qu'aux environs, il n'y a eu aucun autre cas de choléra; nous étions en pleine épidémie de variole.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du hoquet par la pression épigastrique.

Il y a quelques années, M. le professeur Rostan signalait, à sa clinique, deux cas de hoquet opiniâtre dans lesquels la compression méthodique de l'épigastre avait guéri le spasme du diaphragme, vainement combattu jusque-là par des moyens divers. M. le docteur Léon Boyer rapporte plusieurs faits analogues observés dans sa pratique.

Ce traitement est simple et pourtant plus ancien qu'on ne le croit. Bordeu l'avait employé avec un succès complet. Voici ce qu'il dit : « Traitant autrefois, avec un autre médicament, une personne atteinte de hoquet, nous mîmes inutilement en usage tous les moyens que l'expérience, la raison et les livres purent nous fournir; ce ne fut qu'en serrant très-fortement l'épigastre et le dos du malade avec une serviette, que nous le guérîmes sur-le-champ. » (*Bullet. gén. de thérap.*)

Influence de la salive sur la carie dentaire.

M. le docteur Magitot vient de publier, dans la *Gazette médicale*, d'intéressantes études expérimentales sur la salive, considérée comme agent de la carie dentaire.

Toutes les questions soulevées dans cet important travail peuvent se résumer par les propositions suivantes :

1° La carie dentaire est une altération purement chimique de l'émail et de l'ivoire des dents;

2° Elle procède constamment de l'extérieur à l'intérieur de l'organe; il n'existe aucun exemple rigoureusement constaté de carie interne;

3° La carie dentaire est *une*. La diversité de formes et de coloration dépend de simples variations secondaires dans la nature de la cause altérante, la marche et la durée de la maladie;

4° L'agent de la carie dentaire est la salive devenue le milieu de fermentations acides ou le véhicule de substances étrangères susceptibles d'altérer directement les tissus de l'ivoire et de l'émail;

5° La cavité buccale et la salive peuvent présenter normalement cette disposition aux fermentations, et la carie se produit alors dans l'état physiologique de santé parfaite;

6° Le plus souvent, toutefois, les dispositions fermentescibles de la bouche sont sous la dépendance de circonstances morbides locales ou générales amenant des modifications, soit dans le mode de sécrétion, soit dans la composition même des liquides salivaires ;

7° Les diverses conditions de fermentation et de structure agissent puissamment comme causes prédisposantes sur le développement et la marche de la carie. Ainsi cette altération, qui épargne ordinairement les surfaces lisses et polies des dents, se montre presque exclusivement soit dans les interstices dentaires, soit dans les trous, sillons, anfractuosités que peut présenter la couronne, points où les actions chimiques se reproduisent le plus aisément;

8° Le nombre et la cavité des caries sont en raison inverse de la résistance des tissus dentaires, et en raison directe des conditions de la bouche ou de l'énergie de l'agent destructeur.

9° La carie est susceptible de se réaliser artificiellement, par imitation des conditions d'altération que peut présenter la bouche elle-même. Elle offre alors les mêmes caractères que la carie morbide, à l'exception de certains phénomènes de résistance organique ;

10° Le mécanisme intime de production de la carie est une simple dissolution des sels terreux et calcaires qui entrent dans la constitution de l'émail et de l'ivoire par l'agent de nouvelle formation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 12 août 1866, ont été promus dans le corps des officiers de santé :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. De Launay, Messager, Bédié, Chevrel, Alix, de Guillin, Herbecq, Delcominète, Bagnol, Simon et Baudoin, médecins-majors de 2e classe.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Huguet, Martial, Pitou dit Balme, Poupelard, Hatry, Bouchard, Bock, Fargues, Farine, médecins aide-major de 1re classe.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. de Montèze, pharmacien-major de 2e classe.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : MM. Villard et Verrier, pharmaciens aides-majors de 1re classe.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Fournier, médecin aides-majors de 2e classe.

A deux emplois de vétérinaires en 1er : MM. Guillet et Naudin, vétérinaires en 2e.

A un emploi de vétérinaire en 2e : M. Chevalier, aide-vétérinaire.

— A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour une place d'aide d'anatomie :

1° M. Auguste Bimar, a été nommé, pour deux ans, aide d'anatomie;

2° M. Pujo a obtenu une mention honorable.

— Le concours pour les prix de la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'année 1866, a donné les résultats suivants :

Première année. — Prix : M. Alexandrowicz. — Première mention honorable : M. Astay; — deuxième mention honorable : M. Brument; — troisième mention honorable : M. Domec.

Deuxième année. — Prix : M. Jurkowski;

Quatrième année. — Prix : M. Serre. — Mention honorable : M. Pujo.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que M. Mêlier, qui avait quitté Paris, il y a quinze jours environ, pour inspecter le lazaret de Marseille, vient de succomber aux atteintes du choléra.

Le Directeur, Dr E. Le Soued.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 110. — JEUDI 20 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 20 SEPTEMBRE 1866. — N° 110

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 SEPTEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

A l'ouverture de la séance, M. Robinet, d'une voix profondément émue, a fait part à l'Académie de la triste nouvelle que nous annoncions lundi dernier : la mort de M. Mêlier. M. Mêlier a succombé, non pas à une atteinte de choléra, comme nous l'avons dit d'après un renseignement inexact, mais à une attaque d'apoplexie cérébrale, survenue à la suite des fatigues excessives d'une inspection en Corse.

Le corps médical perd en M. Mêlier un de ses membres les plus honorés et les plus dignes de l'être, l'Académie et la science un hygiéniste éminent, l'administration un serviteur dévoué et esclave de ses devoirs jusqu'au sacrifice, comme il ne l'a que trop prouvé; ses nombreux amis, enfin, regretteront longtemps l'un des hommes les plus bienveillants et les plus aimables.

Le corps de M. Mêlier a été ramené aujourd'hui même à Paris par son gendre, le Dr Desormeaux, et son petit-fils.

Ses obsèques auront lieu vendredi, à midi, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin.

M. Follin, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, a communiqué à l'Académie la relation d'un cas de polypes multiples du larynx, traités et guéris par la laryngotomie thyro-hyoïdienne; et il a formulé à cette occasion les indications que présentent, au point de vue opératoire, les polypes du larynx, suivant leur situation plus ou moins profonde et leur degré d'accessibilité à l'œil et à la main, avec ou sans le secours du laryngoscope.

La discussion sur l'organisation immédiate des plaies soustraites au contact de l'air, que nous avions considérée comme close dans l'avant-dernière séance, personne n'ayant réclamé la parole, s'est ranimée, mais pour s'éteindre aussitôt, dans la séance d'hier. M. Piorry a présenté un résumé très-exact de la marche et du mode de réparation ou de guérison des plaies, et d'une foule d'autres lésions qui peuvent leur être assimilées, suivant les diverses conditions où elles sont placées et notamment suivant qu'elles sont ou non exposées au contact de l'air. Ses conclusions ont été complétement conformes au principe sur lequel est fondée la méthode sous-cutanée.

Après une courte réplique de M. Bouillaud, qui a maintenu son premier dire sur l'identité de la doctrine de Hunter et celle de M. Guérin, malgré les dénégations que ce dernier lui a opposées, la discussion a été déclarée close.

L'Académie va donc passer à d'autres travaux. Après les agitations et les émotions d'une ardente discussion, les paisibles et calmes plaisirs des élucubrations historiques. Il paraît, en effet, d'après les on dit, que M. Dubois (d'Amiens) se propose de communiquer très-prochainement à l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq d'Azyr.* Si nous sommes bien informés, M. Dubois produirait des documents curieux, tels, par exemple, que la part de Louis dans l'invention et l'adoption du supplice de la guillotine, les rapports de Vicq d'Azyr avec le Comité de salut public.

Mais avant de s'abandonner à ces loisirs historiques et littéraires, l'Académie aura sans doute à s'occuper de la grande question d'humanité et d'hygiène soulevée par le rapport de M. Blot. M. Blot était prêt hier à lire le supplément de rapport demandé. L'ordre du jour ne lui en a pas laissé le temps. Ce sera très-probablement pour la séance prochaine.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. VERLIAC.

Stomatite aphtheuse, compliquée de fausses membranes probablement diphthéritiques.

(Lu à la Société médicale d'observation.)

La fille d'un de mes amis habitait la campagne depuis le mois de janvier 1865, lorsqu'au mois de juin de la même année, plusieurs cas de diphthérie se présentèrent dans le bourg où elle était fixée, et peu de jours avant le début du fait que je vais rapporter, un enfant était mort du croup, malgré la trachéotomie qui fut pratiquée.

Cette jeune fille, âgée de quatre ans et demi, née de parents bien portants, est bien constituée, d'un embonpoint moyen; ses amygdales sont depuis longtemps un peu hypertrophiées, sans qu'il y ait jamais eu des accidents aigus du côté de la gorge. Quelques ganglions sont faciles à sentir le long de la carotide et sur le bord externe du sterno-mastoïdien des deux côtés; mais ces ganglions sont isolés, de peu de volume, puisque aucun d'eux ne dépasse la longueur d'un centimètre; ils roulent sous le doigt et n'ont jamais été douloureux. Ces légers attributs du lymphatisme sont les seuls que je puisse constater. Je dois ajouter cependant, qu'à l'âge de deux ans environ, elle a été affectée d'une otite externe avec écoulement, que je n'ai pas observée, et dont il ne reste plus de traces. Au moment où les accidents actuels se déclarent, la santé est parfaite.

Vers le 4 ou le 5 juillet, l'enfant est prise de malaise, son appétit est diminué, elle ne joue plus avec autant de vivacité; mais ces troubles sont peu marqués.

Le 8 juillet au matin, la petite fille, en prenant du chocolat, prétend qu'il lui brûle la langue et se refuse à manger quoi que ce soit. La mère, voulant s'assurer du fait, remarque sur la langue quelques boutons isolés, mais elle s'assure en même temps que la température du liquide est incapable de produire une brûlure. Dans la journée l'enfant a de la fièvre, de l'abattement.

Le 9, le malaise augmente, la nuit est agitée, presque sans sommeil.

Le 10, la mère aperçoit sur le voile du palais deux points isolés, recouverts de peaux blanchâtres, et la langue est extrêmement chargée. On me mande auprès de l'enfant, et, en attendant, on donne un vomitif à l'ipéca. Tels sont les renseignements qui me sont fournis.

Je vois l'enfant le 10, à onze heures du soir. Le vomitif paraît avoir procuré une amélioration sensible et avoir diminué beaucoup la fièvre, d'après ce qui m'est raconté.

L'enfant dort d'un sommeil assez calme.

Pouls, 120 pulsations; chaleur de la peau anomale.

La figure est pâle et la physionomie exprime l'abattement.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés des deux côtés. A gauche ils forment, en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire, une tumeur considérable, de la grosseur d'un œuf de poule, se prolongeant en arrière et en bas sous le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Le tissu cellulaire ne paraît pas engorgé; il n'existe pas d'empâtement manifeste, et l'on sent assez distinctement sous la peau les contours de plusieurs ganglions accolés ensemble, dont le plus gros mesure environ 3 centimètres de long. Du côté droit, il existe un gonflement analogue, mais beaucoup moindre. Les ganglions, situés plus bas et plus en arrière, ne sont pas augmentés de volume. Pas de toux; voix naturelle.

Enduit saburral blanchâtre, très-épais sur la langue; à travers cet enduit j'aperçois, mais pas très-nettement, comme des vésicules lactescentes, de la grosseur d'une lentille, situées sur la partie moyenne de l'organe, et sur la base, étalées, des plaques jaunâtres confluentes.

Sur le voile du palais, des deux côtés de la ligne médiane et non loin de la luette, existent deux plaques pseudo-membraneuses très-nettes, épaisses, adhérentes, de la largeur d'une pièce de 4 sous. Elles recouvrent des ulcérations, ainsi que l'indique un sillon ulcéré légèrement sanieux, creusé entre elles et la muqueuse, dont elles ne dépassent pas beaucoup le niveau. Elles sont arrondies et un cercle rouge vif, de 4 ou 5 millimètres, s'étend autour d'elles sur la muqueuse.

Sur la voûte palatine existent quatre ou cinq ulcérations aphtheuses plus petites, recouvertes de fausses membranes moins épaisses, plus inégales et un peu déchiquetées.

L'examen de l'arrière-gorge, que la résistance de l'enfant rend incomplet, me permet cependant de constater qu'il n'y a pas de fausses membranes; qu'il n'y a ni rougeur, ni gonflement considérables. Les amygdales, légèrement hypertrophiées, sont à peu près telles que l'enfant les a depuis longtemps. Je ne saurais dire s'il y avait dans le pharynx des vésicules aphtheuses ou autres; ce que je puis dire, c'est que je n'en ai pas aperçu dans cet examen un peu rapide.

Le 11 au matin, même état local, si ce n'est que l'enduit saburral de la langue est encore plus épais. La fièvre est plus vive. Pas de selles depuis trois jours.

Traitement : Sirop d'ipéca. . . . . . 50 grammes.
Tartre stibié . . . . . . 2 centigrammes.

Le vomitif amène des vomissements bilieux abondants et deux selles liquides. Un peu d'affaissement à la suite.

Dans la journée, l'enfant, qui depuis quatre jours avait refusé toute nourriture, consent à prendre un peu de lait.

Le soir, la fièvre est moindre, l'état de la bouche et du pharynx est le même, si ce n'est que plusieurs vésicules sont très-visibles sur la partie antérieure de la langue. Elles sont arrondies; les unes de la grosseur d'une lentille, d'autres plus petites de moitié, parfaitement séparées les unes des autres; leur contenu est légèrement opalin; ce sont des aphthes bien caractérisés. Ils sont rendus visibles par la disparition partielle de l'enduit saburral. Quelques autres, au nombre de trois ou quatre, ont perdu leur membrane et laissent à leur place des ulcérations, sur le fond desquelles apparaissent des pellicules pseudo-membraneuses plus ou moins épaisses. Une salivation assez abondante s'établit et oblige la petite malade à cracher continuellement.

Le 12 dans la nuit, l'enfant, qui avait dormi d'un sommeil calme jusque-là, est prise, entre trois et quatre heures du matin, de fièvre vive avec agitation; la face est rouge turgescente, la chaleur considérable, avec un peu de moiteur; le pouls à 136. Le gonflement sous-maxillaire a beaucoup augmenté, surtout à gauche. L'état de la bouche est le même, et il n'y a pas de fausses membranes dans le pharynx, ainsi que je le craignais en voyant croître le gonflement du cou.

Mais à dix heures du matin je constate, sur la moitié gauche du fond du pharynx, et sur le pilier postérieur du même côté, deux plaques pseudo-membraneuses, un peu allongées verticalement, d'un centimètre de longueur sur 7 à 8 millimètres de largeur environ. Elles sont d'un blanc jaune à surface unie, d'une épaisseur moyenne, autant que j'en puis juger de visu. Je ne vois pas d'ulcérations sur leurs bords. L'enduit saburral est encore épais quoiqu'il ait diminué. On distingue plus aisément une fausse membrane recouvrant la base de la langue jusqu'à la moitié antérieure. Elle forme une couche jaune, épaisse, dure, adhérente, ne s'enlevant pas par le raclement de la cuiller. Elle occupe les deux tiers de la base de la langue. Le contour de cette plaque est, par places, festonné; des portions de ce contour représentant des moitiés ou des quarts de cercle de la grosseur des autres aphthes, semblent indiquer que la fausse membrane s'est formée par la réunion de points isolés, comme on en voit en avant.

Sur les parties antérieures de la langue les aphthes vésiculeux que j'avais remarqués la veille sont remplacés par des fausses membranes sans qu'il paraisse que la vésicule se soit rompue; car la surface en est lisse et arrondie comme si elle était recouverte par la pellicule épidermique de la vésicule. Ces points pseudo-membraneux sont consistants, très-adhérents, autour de plusieurs on retrouve un sillon ulcéré comme les points du voile du palais. Il n'existe rien d'anomal sur les gencives et sur la face interne des lèvres et des joues; les bords de la langue et sa face inférieure sont sains.

Le palais et son voile sont dans le même état, si ce n'est qu'une des ulcérations de la voûte se creuse profondément, et un détritus pseudo-membraneux recouvre la surface ulcérée.

La fièvre diminue, elle paraît n'avoir été que le résultat des phénomènes réactionnels de la poussée pharyngienne.

Ayant pu enlever un lambeau de la fausse membrane de la base de la langue, je constate qu'elle est résistante, ferme, légèrement élastique, et présente la solidité des fausses membranes, épaisses de la trachée.

Les urines examinées par la chaleur ne donnent aucun précipité.

Traitement. — Toutes les deux heures insufflations alternatives d'alun et de tannin.

Le soir, pas d'extension de la maladie; l'enfant boit, mais avec peine, du lait froid. La nuit, sommeil agité, épistaxis.

Vers quatre heures du matin, redoublement de fièvre.

Le 13 au matin, une plaque pseudo-membraneuse, ronde, large comme une pièce de quatre sous, couvre l'amygdale droite.

Les deux fausses membranes du pharynx sont en partie usées, détruites.

Les gencives, saines la veille, sont couvertes d'une pellicule mince, à demi transparente, à reflet légèrement nacré, lisse, sous-épithéliale, ne s'enlevant pas par la pression modérée du doigt. Elle couvre toutes les parties latérales de la face antérieure de la gencive d'en haut, s'étalant en couche, uniforme, sans ulcération, sans vésicules. Sur la gencive inférieure, cette couche est moins étendue. Elle n'existe pas sur la face postérieure.

L'enduit saburral a disparu, aussi peut-on bien voir la disposition des fausses membranes de la langue, que j'ai déjà indiquée. Elles commencent à s'amincir sous l'influence du tannin et de l'alun.

Le soir la fièvre a cessé, l'engorgement ganglionnaire diminue. Les fausses membranes des gencives sont à moitié détruites sous l'influence du topique. Celles du pharynx s'usent rapidement, celles de la langue avec lenteur.

Le 14, sur l'amygdale, et sur les gencives encore quelques débris pseudo-membraneux. Sur le voile du palais et le palais, il n'y a plus que quelques ulcérations simples.

Les fausses membranes de la langue, dures et adhérentes, diminuent lentement. Cautérisation avec la pierre infernale. La déglutition est encore difficile; pas de fièvre.

Le 15, les ulcérations de la langue sont cicatrisées, il ne reste plus que les fausses membranes. Un aphthe simple se développe sur la pointe de l'organe.

Les gencives, surtout la supérieure, sont fongueuses, un peu saignantes, rien d'anomal dans l'arrière-gorge, déglutition plus facile.

Chlorate de potasse en potion 4 grammes, et gargarisme au chlorate de potasse.

Le 17, la plaque pseudo-membraneuse de la base de la langue reste seule, réduite de moitié; elle est très-dure et très-adhérente. Gencives encore fongueuses. *Traitement ut supra.*

Le 18, gencives guéries. La plaque de la langue existe encore dans une étendue de 7 à 8 millimètres de longueur, sur 4 de largeur environ, elle s'use manifestement à la surface et sur les bords.

L'engorgement ganglionnaire a presque disparu, sauf un ganglion.

Bon appétit, pâleur, un peu de faiblesse.

Sirop d'iodure de fer.

Toucher la fausse membrane avec le nitrate d'argent, jusqu'à guérison complète.

Je quitte l'enfant.

Le 24, disparition complète de la fausse membrane; de nouveaux aphthes se développent sur la langue et ne se couvrent plus de fausses membranes.

Depuis cette époque l'enfant est fréquemment atteint d'éruptions aphtheuses dans la bouche.

J'ai donné à cette observation le titre de stomatite aphtheuse, compliquée de fausses membranes probablement diphthéritiques.

Il me reste à justifier ce titre.

Le début par des aphthes me paraît incontestable, nous voyons en effet des boutons se développer sur la langue, et des ulcérations aphtheuses sur le palais; dans le cours de la maladie, j'ai vu de nombreuses vésicules dont les plus grosses égalent le volume d'une lentille, vésicules à demi transparentes, bien arrondies, voisines d'ulcérations également arrondies et de même étendue, telles qu'on les trouve après la rupture des vésicules aphtheuses.

Des aphthes simples se développent après la maladie, et avant même que les fausses membranes soient entièrement disparues.

Il ne saurait, après la description que j'ai donnée de ces vésicules, être question d'herpès. Il n'y a rien eu sur les lèvres, siége habituel de l'herpès; et les vésicules que j'ai observées étaient bien isolées, uniques, non formées par les agglomérations de petites vésicules qui constituent l'herpès; quant à l'existence de véritables fausses membranes, leur dureté, leur adhérence et les caractères du lambeau que j'ai examiné, ne laissent pas de doute. Je regrette de n'avoir pas eu un microscope à ma portée; l'examen histologique aurait donné une force nouvelle à l'assertion que j'émets.

Je serai moins affirmatif sur le fait de la diphthérie; cependant l'existence de cette maladie dans le voisinage, la production de fausses membranes sur le pharynx, les amygdales et les gencives, l'engorgement ganglionnaire, l'état général assez sérieux, m'autorisent à émettre l'idée de la diphthérie, diphthérie bénigne bien entendu, au point de vue de l'infection.

Je dois répondre à une objection que je me suis faite sur la pellicule pseudo-membraneuse des gencives. Ne serait-elle pas le produit de l'action topique des poudres employées? Je ne le pense pas. En effet, j'ai moi-même fait toutes les insufflations. Je les dirigeai seulement vers le pharynx, sur la langue et le palais. Or, rien de pareil n'est apparu sur ces points, et, de plus, la gencive supérieure, où les liquides ne pouvaient séjourner, était de beaucoup la plus recouverte par le produit en question.

OBSERVATION DE POLYPE

De l'urèthre chez l'homme.

Par M. le Dr Genaudet, médecin aide-major à l'hôpital des Collinettes de Lyon.

L'histoire des polypes de l'urèthre chez l'homme est peu connue. Nicod, Velpeau, A. Forget, Sédillot, Schutzemberger, en ont rapporté des exemples. Beyran, dans un mémoire lu en 1862 à la Société de chirurgie, a réuni tous les faits de cette nature épars dans la science. Ils sont en petit nombre.

M. le docteur Genaudet, ayant eu l'occasion d'observer un cas remarquable à plusieurs points de vue, l'a présenté à la Société de médecine du département de l'Aisne; nous le reproduisons d'après le *Bulletin médical de l'Aisne*.

Voici l'histoire du malade.

X..., étudiant en médecine, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'ayant jamais eu de chancres ni de blennorrhagie, mais ayant fait pendant trois mois des excès vénériens, était depuis quelques temps affecté de pertes séminales; se répétant d'abord la nuit, puis survenant plus tard à chaque défécation. Ces pertes assez abondantes avaient donné lieu à un peu d'amaigrissement à un léger affaiblissement de la vue, avec douleurs obtuses siégeant au-dessus du globe de l'œil; en même temps, sentiment de pesanteur au périnée, tiraillements très-pénibles le long du cordon spermatique, surtout dans station verticale un peu prolongée.

Le jet de l'urine est parfaitement normal, la miction est à peine douloureuse, seulement un peu de chaleur au passage du liquide; jamais d'écoulement de sang. Le malade urine jusqu'à 20 ou 30 fois par jour et en petite quantité; mais l'urine est physiologique.

L'érection se fait bien; pendant qu'elle a lieu, X... ressent cependant une sorte de tension vers la racine de la verge. Pas d'engorgement des ganglions de l'aine.

Au bout de deux mois, le malade inquiet de ces pertes séminales qui n'avaient point cédé à des douches froides sur le périnée, se décida à consulter un médecin. L'examen des urines au microscope, ayant permis de constater la présence de spermatozoïdes, la cautérisation par la méthode de Lallemand fut jugée nécessaire et pratiquée séance tenante le 23 juin. Elle n'offrit rien de remarquable, si ce n'est qu'au dernier temps, en rentrant le porte-caustique dans la sonde, le chirurgien sentit une résistance qu'il attribua à un pli de la muqueuse uréthrale. Il pratiqua cependant une légère traction et ramena au bout de la sonde une petite masse globulaire, du volume d'une demi-aveline. Dépouillée du mucus qui l'entourait et examinée au microscope, elle présenta tous les caractères d'un polype muqueux: sa forme était celle d'une branche de corail, ramifiée en cinq ou six troncs secondaires, partant d'un pédicule commun, d'une longueur d'un centimètre environ sur trois millimètres d'épaisseur. Le pédicule était blanchâtre et parfaitement distinct du reste de la masse qui allait en s'étalant.

Après l'opération qui fut très-douloureuse, X... fut pris d'une lipothymie d'une demi-heure et de pissement de sang qui continua pendant trois jours à chaque miction. Ce fut le seul accident qui suivit.

Le 27, le malade put reprendre ses habitudes, et depuis ce temps, c'est-à-dire depuis seize mois, il n'a rien ressenti; les douleurs ont disparu, les pertes ont cessé et la guérison est certainement définitive.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports.

Et d'abord au point de vue du siége de l'affection. La plupart des polypes de l'urèthre observés chez l'homme et chez la femme étaient situés soit au méat urinaire, soit à une faible distance, mais visibles pour le chirurgien. Nicod, dans son traité des polypes et autres carnosités de l'urèthre, prend pour de simples végétations les excroissances siégeant plus profondément que la portion spongieuse du canal. Mais il n'y a pas de raison pour qu'un polype ne puisse prendre racine dans toute l'étendue de la muqueuse uréthrale, et, d'ailleurs, la structure, la forme et le pédicule du polype, dont nous venons de donner la description, suffisent pour en démontrer la nature. Il était probablement situé sur le verumontanum, près de l'ouverture des conduits éjaculateurs. Voilà donc un premier fait à noter: polype uréthral dans la région prostatique, ce qui rendait le diagnostic impossible.

L'étiologie des polypes de l'urèthre est encore entourée d'obscurité. Dans le cas présent elle pourrait être vraisemblablement attribuée à des excès vénériens. On a invoqué aussi l'abus de la masturbation: ces deux causes de même ordre amènent en effet une sorte d'irritation passive du canal, pouvant expliquer la formation de ces productions morbides. Beyran, dans son mémoire, a cru trouver une relation de cause à effet entre un hypospadias et un polype de l'urèthre; pour nous ce n'était là qu'une simple coïncidence. On pourrait peut-être invoquer avec plus de raison les anciens écoulements de l'urèthre, bien qu'il n'y ait rien de démontré à cet égard.

Le diagnostic, dans le cas qui nous occupe, offrait de grandes difficultés. Quand le polype est à proximité du méat ou qu'il fait saillie au dehors, rien de plus simple. Mais ici il n'en est pas de même. Contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire, le jet de l'urine n'était pas déformé, l'émission du sperme se faisait facilement; il n'y avait pas d'écoulement de sang. Les douleurs qui existaient pouvaient être attribuées aux pertes séminales. Il est facile pourtant de s'expliquer ces faits négatifs par la forme du polype. Le plus souvent elle est celle d'une noisette et il y a obturation plus ou moins complète du canal. Le jet de l'urine vient butter contre cet obstacle, ainsi que le sperme qui est ainsi refoulé dans la vessie. Ici, rien de semblable; la minceur du polype faisait que l'urine, arrivant par derrière, l'aplatissait contre les parois du conduit.

A propos du diagnostic, se présente une question importante à résoudre pour le traitement à instituer. Peut-on distinguer l'obturation du canal due à un polype profond de celle due à un rétrécissement? Je crois qu'on peut arriver à un certain degré de certitude.

La marche des polypes est en général plus rapide que celle des rétrécissements, en dehors de la question étiologique de celle-ci qui est bien connue et peut déjà mettre sur la voie. Ensuite lorsqu'on sonde le malade, quelque précaution qu'on y mette, il y aura un écoulement de sang plus ou moins fort, s'il s'agit d'un polype; les polypes muqueux saignant au moindre contact. Cet accident est beaucoup plus rare lorsqu'on explore avec prudence un rétrécissement.

Un symptôme qui, je crois, n'a pas été signalé comme pouvant résulter de la présence d'un polype dans l'urèthre, ce sont les pertes séminales. Elles s'expliquent aisément par le siége de la production morbide et conséquemment par l'irritation sympathique qui se faisait sentir sur les vésicules séminales, par l'intermédiaire des conduits éjaculateurs; irritation qui d'ailleurs était bien dénotée ici par les douleurs s'irradiant le long des cordons spermatiques. C'est à une irritation analogue, s'exerçant sur le col de la vessie, que je rapporte aussi l'envie fréquente d'uriner que nous avons observée chez notre malade.

Je ne dirai que quelques mots du traitement de cette affection: dans le cas que j'ai relaté, le diagnostic et la thérapeutique, par un heureux hasard, ont marché de front.

Dans des circonstances analogues, où l'on aurait la présomption de la présence d'un polype profond, on pourrait, comme l'a fait Nicod, chercher à l'écraser en passant à plusieurs reprises une sonde un peu volumineuse dans le canal, ou bien, imitant ce que le hasard seul a fait dans l'observation que je rapporte, introduire par la sonde une tige à crochet avec laquelle on chercherait à prendre le polype, en admettant que l'on connût son siége, car autrement on risquerait d'arracher la muqueuse elle-même.

POSSIBILITÉ DE LA LUXATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Sous l'influence de l'exploration laryngoscopique.

Par M. le Dr Guignier.

Les causes de luxation des mâchoires sont, on le sait, de deux ordres: les premières sont physiologiques, et les secondes mécaniques.

Les causes physiologiques sont de beaucoup les plus fréquentes: le bâillement, le vomissement, un violent éclat de rire, en un mot tous les efforts qui déterminent l'écartement exagéré des mâchoires, sont les conditions étiologiques les plus communes de leurs luxations.

Parmi ces causes, qui sont toutes par action musculaire, il en est une, d'origine en quelque sorte récente, sinon pour le mécanisme, tout au moins pour sa condition spéciale d'existence, qu'il me paraît utile de signaler: je veux parler de l'*exploration laryngoscopique*.

Pour que le miroir laryngien puisse introduire dans toutes les parties accessibles de l'appareil vocal une lumière suffisante, et réfléchir en même temps l'image complète de toute la surface éclairée, la personne que l'on examine doit être positivement active; elle doit se mêler, autant que possible, par un ensemble coordonné de mouvements musculaires, à ce que j'appellerai *le plus large bâillement* de l'orifice vestibulaire du larynx. Aplatir par la fixation de son extrémité, surtout abaisser à la fois et porter en avant le maxillaire inférieur, tel est le mouvement combiné le plus favorable à l'examen laryngoscopique. Ce mouvement, tout à fait involontaire, devient en quelque sorte automatique, et s'exécute quelquefois avec une certaine énergie chez les personnes habituées au laryngoscope et très-désireuses d'utiliser son emploi. L'exagération graduelle ou brusque de la projection en bas et en avant du maxillaire inférieur peut occasionner sa luxation. Cela arrive principalement chez les femmes, dont les articulations sont très-lâches, et dont les ligaments articulaires supportent une certaine distension.

Une femme d'environ trente-huit ans, tuberculeuse, atteinte d'ulcérations chroniques de la muqueuse épiglottique et aryténoïdienne, m'a, à deux reprises, à un mois d'intervalle, présenté le même accident au moment où j'opérais sur elle des cautérisations intra-laryngées. Chaque fois, la luxation en avant du maxillaire inférieur fut complète; elle se produisit vers la fin de l'examen au moment de la coopération la plus efficace de la malade.

La réduction immédiate fut d'ailleurs facile. Je l'opérai, selon le procédé classique, par la simple pression avec les pouces sur les dernières molaires inférieures et l'action simultanée de bascule de la branche montante du maxillaire embrassée par les trois derniers doigts de chaque main.

Ce mode de luxation, qui donne une certaine préoccupation au malade et aux assistants, mérite d'être connu des médecins. Il suffit, pour le prévenir, de modérer la coopération de l'individu examiné, en lui recommandant de ne pas effectuer trop activement le double mouvement d'abaissement et de projection en avant du maxillaire inférieur.

Le mécanisme de cette luxation me paraît surtout résulter de l'énergique action du muscle ptérygoïdien interne, et, si je m'en rapporte à mes propres sensations pendant mes expériences auto-laryngoscopiques, je crois qu'un écartement excessif des mâchoires n'est pas indispensable. Avec un écartement même modéré, analogue à celui que réclame l'emploi du miroir laryngien, le condyle du maxillaire inférieur est déjà porté en avant; à ce moment, le muscle ptérygoïdien externe fait effort, tire énergiquement sur ce condyle, exagère sa progression en avant, et, chez les personnes prédisposées, la luxation se trouve produite.

Cette observation confirme, ce me semble, la théorie de Boyer, assez généralement admise aujourd'hui, relative au rôle actif du ptérygoïdien externe dans le mécanisme de la luxation du maxillaire inférieur; elle augmente même la prépondérance d'action de ce muscle. D'un autre côté, elle démontre l'erreur de la théorie de J. L. Petit, qui attribuait une action principale au muscle masséter: le crotaphyte, en effet, est évidemment étranger au mouvement musculaire nécessaire pour l'exploration laryngoscopique. (*Union médicale de la Gironde.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 septembre 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Des rapports d'épidémies de MM. les docteurs Bart, de Boulay (Moselle), Marquet, de Clamecy, et Richard, d'Autrey (Haute-Saône).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. Demarquay, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie externe;

2° Une lettre de M. le docteur Robert-Latour, qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique;

3° Une lettre de M. le docteur Al. Mayer, sur l'industrie nourricière et sur la Société protectrice de l'enfance;

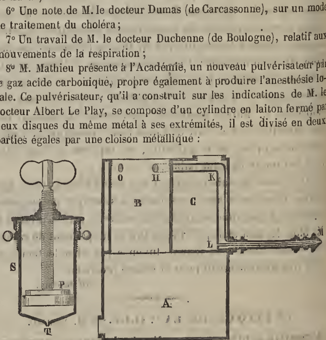
4° Une note de M. le docteur Brochard, relative aux abus et aux crimes de l'industrie des nourrices (ces deux dernières communications sont renvoyées à M. Blot);

5° Un travail de M. le docteur Crié, sur une épidémie d'intoxication saturnine qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Laval;

6° Une note de M. le docteur Dumas (de Carcassonne), sur un mode de traitement du choléra;

7° Un travail de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), relatif aux mouvements de la respiration;

8° M. Mathieu présente à l'Académie, un nouveau pulvérisateur par le gaz acide carbonique, propre également à produire l'anesthésie locale. Ce pulvérisateur, qu'il a construit sur les indications de M. le docteur Albert Le Play, se compose d'un cylindre en laiton fermé par deux disques du même métal à ses extrémités, il est divisé en deux parties égales par une cloison métallique:



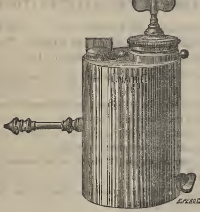
A, partie inférieure destinée à contenir le mélange qui produit le dégagement du gaz acide carbonique;

B, emplacement du corps de pompe;

C, réservoir contenant le liquide destiné à être pulvérisé;

H K L M, tube deux fois coudé qui conduit le gaz acide carbonique à l'extérieur;

O, orifice qui communique avec la partie supérieure du réservoir C;
S, corps de pompe;
P, piston;
T, petit trou par où s'échappe, à l'état liquide, l'agent chimique contenu dans la pompe sous la pression du piston, et qui va se combiner avec le mélange contenu dans le réservoir A.



Cet instrument, ainsi construit, a été employé en combinant la pulvérisation d'éther avec le gaz acide carbonique dans l'application de l'anesthésie locale, et a donné de bons résultats; il pourrait être employé à la pulvérisation des liquides médicamenteux.

— M. LARREY présente :

1° Une brochure de M. le docteur Al. Mayer, intitulée : *De la création d'une Société protectrice de l'enfance, pour l'amélioration de l'espèce humaine par l'éducation du premier âge.*

2° Le *Bulletin de la Société protectrice de l'enfance* (fascicules 1 et 2).

— M. BOUILLAUD présente, au nom de M. le docteur Halmagrand, une brochure intitulée : *Le choléra est-il contagieux?*

— M. PIORRY présente, au nom de M. le docteur E. Barbier, une brochure intitulée : *Le choléra épidémique et l'hydrologie médicale.*

— M. ROBINET fait part à l'Académie avec un sentiment de profonde émotion de la mort de M. Mêlier, qui a succombé dimanche matin, à Marseille, à une attaque d'apoplexie, au retour d'une inspection qu'il venait de faire en Corse. M. Robinet donne lecture de quelques passages d'une lettre de la fille aînée de M. Mêlier, qui renferme quelques détails sur ses derniers moments.

Le corps de M. Mêlier, devant être incessamment rapporté à Paris, les membres de l'Académie seront informés du jour et de l'heure des obsèques.

LECTURE.

— M. FOLLIN lit des *Remarques sur un cas de polypes multiples du larynx, traités et guéris par la laryngotomie thyro-hyoïdienne.* Il divise d'abord l'histoire les polypes du larynx en deux périodes séparées par la découverte du laryngoscope, et montre comment cette découverte a fait entrer la chirurgie dans des études nouvelles, et a engagé à poursuivre des tentatives opératoires d'extraction par les voies naturelles. Mais il établit que dans certains cas il faut aborder les polypes par des voies artificielles. L'indocilité du malade, un état convulsif de la gorge, le nombre des polypes, sont souvent des obstacles à l'extraction par les voies naturelles.

Après avoir rappelé différents essais de laryngotomie pour enlever ces polypes, et en particulier le cas de M. Ehrmann (de Strasbourg), où fut pratiquée une laryngo-trachéotomie;

M. Follin, dans le cas qui lui est propre, donne la préférence à la laryngotomie thyro-hyoïdienne qui permet de pénétrer dans le larynx sans l'ouvrir largement, sans craindre de blesser les cordes vocales, et avec la facilité d'arriver directement sur les polypes dont le laryngoscope lui avait montré le siége exact.

M. Follin décrit alors avec détail l'opération qu'il a pratiquée, et dont le succès ne s'est pas démenti depuis trois ans.

Un dessin colorié fait par M. Lacherbauer montre avant l'opération la forme et la disposition de ces polypes qui ont aussi été présentés à l'Académie, conservés dans une solution arsénicale.

Après avoir retracé l'historique de cette question, M. Follin rappelle un autre fait de laryngotomie thyro-hyoïdienne, pratiquée par le docteur Prat, en 1859, à Taïti, et discute les circonstances de ce fait et les raisons anatomiques qui plaident en faveur de cette opération; il conclut que la laryngotomie thyro-hyoïdienne doit être préférée à la laryngotomie thyroïdienne difficile à pratiquer à un certain âge par l'ossification du cartilage thyroïde, et, dans tous les cas, par la crainte trop souvent justifiée d'altérer un peu les cordes vocales et, partant, le mécanisme de la voix.

La laryngotomie thyro-hyoïdienne, facile à pratiquer sans rencontrer de vaisseaux dangereux à léser ni d'organes importants pour l'émission de la voix, est très-bien indiquée pour enlever les polypes laryngiens situés dans la région épiglottique, dans la dépression que laissent de chaque côté les ligaments glosso-épiglottiques et sur ces ligaments mêmes, pour extraire aussi des polypes insérés sur les replis arythéno-épiglottiques et comme dans l'opération qu'il a pratiquée sur la muqueuse qui recouvre les cartilages arythénoïdes; enfin, à la surface supérieure des cordes vocales ou dans leur voisinage. Une trachéotomie préalable ne doit être pratiquée que dans le cas où existe une suffocation imminente.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, Richet et Broca.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'organisation immédiate des plaies soustraites au contact de l'air.

La parole est à M. Piorry.

Fin de la discussion sur l'organisation des plaies soustraites au contact de l'air.

M. PIORRY. Je chercherai, dans ce qui va suivre, à passer des faits les plus vulgaires à ceux qui sont moins connus, et interrogeant les inductions analogiques, me fondant sur les notions de physiologie et de pathologie appliquées, je ferai mes efforts pour apprécier jusqu'à quel point il est utile de préserver les parties dépourvues d'épiderme, d'épithélium ou de membrane pyogénique contre le contact de l'air.

1° Une petite vésicule, une phlyctène vient-elle à se former à la suite de l'action du calorique, des cantharides, etc.; voici ce que l'on observe : tant que l'épiderme qui en constitue l'enveloppe n'est pas intéressé, il n'y a en général que bien peu de douleur persistante et qu'une phlegmasie peu intense ; le dessèchement s'opère ; une croûte séreuse se forme, et lorsqu'elle tombe, la surface dénudée et abritée contre le contact de l'air, est recouverte d'une couche épidermique au-dessous de laquelle les capillaires restent rouges pendant un temps plus ou moins long.

2° Lorsqu'une entamure très-superficielle de la peau, une égratignure, n'intéressent que l'épiderme ou les couches tout à fait extérieures du tégument, d'abord il ne s'écoule pas de sang; les vaisseaux intéressés se contractent par suite de leur blessure et le liquide qu'ils contiennent n'est pas versé sur la petite plaie ; mais bientôt ce liquide s'échappe, et cet écoulement dure un certain temps ; une coagulation de sérum conservant quelques globules rouges se forme sur la surface dénudée, puis se dessèche, adhère à la peau, abrite ainsi la blessure contre le contact de l'air ; une cicatrice, ou une formation nouvelle d'épiderme, suite d'un travail organique, se manifestent, et, après un très-court espace de temps, la croûte de sang tombe et il ne reste au-dessous qu'une rougeur plus ou moins vive, et qui se dissipe les jours suivants. C'est dans ce cas l'organisme, qui, par suite du mécanisme admirable dont il a été doué, a remédié à la lésion, qui, ayant préservé les parties dénudées contre le contact de l'air, a déterminé la guérison.

Si l'on recouvre l'écorchure, au moment où elle vient d'être faite, de corps qui empêchent le contact de l'air, tels que : le diachylum parfaitement préparé, très-agglutinatif et appliqué directement sur la peau et sans tissu sous-jacent, ainsi que je l'ai le premier proposé, de la baudruche, du taffetas ichthyocolle, etc. Il arrive que ces corps remplacent la croûte, et les phénomènes de cicatrisation se manifestent encore de la façon qui vient d'être indiquée.

3° Une blessure intéressant plus profondément la peau, et même les tissus sous-jacents, est très-promptement suivie d'une hémorrhagie. Si, comme le voulait avec raison Lisfranc, et lorsqu'il n'y a pas d'artères ou de grosses veines ouvertes, on laisse le sang s'écouler, il finit par s'arrêter; alors suinte un liquide séro-albumineux, qui ne peut être autre chose que du sérum ; si l'on rapproche alors les bords de la solution de continuité, si l'on évite qu'ils soient en contact avec l'air, si leur juxtaposition est complète, ces bords s'accolent, se soudent en quelque sorte. Plus tard, le liquide interposé se condense, s'organise, et réunit parfaitement les tissus divisés.

4° Lorsqu'une fracture vient d'avoir lieu, si la peau n'est pas entamée, si les fragments sont tenus immobiles, il se passe des phénomènes exactement semblables. Il ne se forme pas là, comme le voulait Léveillé, de bourgeons charnus. Ainsi que l'ont vu Duhamel, Traja, et comme l'a observé M. Flourens, une série de phénomènes organiques du même genre que les précédents, et sur le mécanisme desquels les physiologistes ont différé d'opinions, se déclarent; et font que le contact de l'air n'a pas lieu et surtout ne persiste pas ; il ne se déclare ni inflammation proprement dite, ni suppuration, et le travail organisateur se termine par le dépôt de phosphate de chaux, dans la tramo vivante de nouvelle formation ; un os nouveau se forme alors et se consolide ; le sang lui-même qui s'était déposé entre les fragments devient le siége de modifications dont l'organisme se sert pour remédier au mal.

5° Dans l'état du sang, dit couenneux, l'hémite de la fibrine suspendue dans le sérum, se dépose à la surface de la peau recouverte par l'épiderme, ainsi que cela se voit souvent dans les phlyctènes, alors que cette fibrine, transsudée dans le tissu cellulaire, la plèvre, le péricarde, toute autre membrane séreuse, ou même dans les vaisseaux ; devient d'abord, il est vrai, un véritable corps étranger, qui trouble les fonctions en raison du lieu où elle s'accumule et se condense, mais il ne se forme pas alors de pus, et l'organisation, qui a lieu ou non, par des vaisseaux de nouvelle formation, se prononce, après un temps plus ou moins long, dans la masse plastique qui s'est formée à la suite de la résorption du liquide accumulé dans les cavités dont il vient d'être parlé.

6° Ainsi en advient-il dans l'hémite pneumonite, comme l'a si bien vu M. Gubler, pour la fibrine déposée dans les rameaux bronchiques.

7° Qu'à la suite d'une contusion, d'une déchirure des artérioles ou des vaisseaux, sans que la peau soit intéressée, le sang ait pénétré dans le tissu cellulaire, qu'une compression forte, ainsi que cela a lieu pendant et à la suite de l'accouchement pour la tumeur sanguine du cuir chevelu, ait ainsi déterminé une hémorrhagie, ce sang se résorbe on s'organise, des incrustations se font même pour la bosse fœtale autour du caillot hémorrhagique; mais il ne survient ni inflammation, ni suppuration, ni aucun symptôme consécutif grave, lors même que des épanchements sous-dermiques considérables ont lieu. A la suite de la dilacération d'un vaisseau volumineux, on ne voit pas, s'il n'y a aucune solution de continuité au tégument, se déclarer aucun phénomène fâcheux.

8° La même série d'actes organiques a lieu dans les poumons, alors qu'une rhémie vient à s'y déclarer. Le plessimétrisme ayant permis de déterminer avec exactitude le point précis où l'hémorrhagie a eu lieu et donné la mesure et le dessin exact de la masse sanguine, on n'entend aucun ronchus, ce qui prouve que l'air n'y pénètre pas. Après quelques jours, lorsque les crachats noirs abondants ont été expectorés et à mesure que la résorption du sang s'opère, le son et le tact obtenus par la percussion de la plaque d'ivoire reparaissent peu à peu. On constate que la matité diminue d'étendue et d'intensité, et si l'auscultation ne fait pas découvrir la présence de râles dans la masse indurée, les traces de celle-ci s'effacent, et cela d'une manière complète.

Des phénomènes du même genre, dont les détails ont été admirablement publiés par Riobé, par Rochoux, par Rostan, et par moi-même, à la Salpêtrière, ont fait voir que le sang épanché dans l'encéphale à la suite d'une déchirure vasculaire, et ayant donné lieu à une dilacération de la substance nerveuse, ne produit, en général, d'autre accident que la destruction momentanée ou persistante de l'action des parties divisées ou comprimées par le liquide accumulé, puis coagulé, qui devient un corps étranger et gêne ou détruit la communication du mouvement vital d'un point du cerveau vers un autre. A la longue, une organisation nouvelle se prononce dans les liquides épanchés, et il ne survient que bien rarement des phlegmasies proprement dites, des pyoïtes autour des points où le mal a eu son siége.

9° Les hydropleurites, qu'elles soient liées ou non à l'état couenneux, pourvu que l'air ne pénètre pas dans la plèvre, guérissent en général spontanément, et ne sont presque jamais accompagnées de suppuration. Des couches fibrineuses se forment dans de tels cas sur la membrane gastro-pulmonaire, des adhérences s'y établissent et causent des douleurs névriques; mais aucun phénomène grave ne se manifeste.

10° Des tubercules ramollis, une pleurito-pyoïte interlobaire formant des abcès plus ou moins volumineux, tant qu'ils ne sont pas ouverts dans le conduit de l'air et qu'ils forment seulement une vomique ou encore un kyste, donnent si peu des symptômes appréciables, que souvent ils restent complétement inaperçus.

11° Les abcès par congestion même les plus vastes, tant que leur ouverture n'a pas lieu, ne causent d'ordinaire que des accidents en rapport avec leur masse qui trouble les fonctions des organes voisins.

Ainsi, une loi presque générale de l'organisation est-celle-ci : lorsqu'une plaie, une ulcération, un dépôt de liquide ne communique pas avec l'air, quand des productions anormales non organisables ne se forment pas dans les tissus, ou que des corps étrangers ne les blessent pas, il ne se manifeste point de phlegmasie, de suppuration, et l'on voit même : des corps solides, tels que des grains de plomb, des balles, séjourner dans la trame organique, des aiguilles traverser les chairs, des appareils métalliques (tant qu'ils ne communiquent pas avec l'atmosphère) séjourner dans le conduits sans causer de grands accidents.

1° Aussitôt que l'épiderme qui forme l'enveloppe de la phlyctène produite par la brûlure, par l'application locale des cantharides ou par quelque substance toxique contenue dans le sang vient à être enlevé, il en résulte une vive douleur, et une congestion sanguine ou hémie, se déclare dans le tissu dénudé, c'est en vain que l'on recouvre la surface congestionnée de corps moux, humides ou gras; l'air pénètre sur la surface mise à découvert; la rougeur douloureuse persiste; des sucs séreux s'écoulent, et s'il arrive qu'ils se dessèchent et qu'une croûte même se forme et se laisse pénétrer par l'air, il arrive que la douleur, la congestion sanguine, augmentent.

Bientôt le sérum du sang qui suinte se trouble, s'épaissit, des globules de pus s'y forment, et ce n'est qu'après plusieurs jours que la cicatrisation s'opère. Jusque-là, ce pus en contact avec l'oxygène de l'air, avec les animalcules, les phyticules qu'il contient ou les matières septiques qu'il renferme s'altèrent, se putréfient et deviennent infectes; parfois si l'excoriation n'est pas tenue dans un grand état de propreté, l'inflammation prend un caractère septique, s'étend, se propage dans la peau d'alentour et constitue ainsi l'érysipèle des auteurs.

2° L'écorchure, l'entamure, la blessure, quelque peu étendues qu'elles soient, sont-elles laissées en contact avec l'air; aucune substance emplastique et isolante n'est-elle placée sur elles, la croûte du sang de sérum ne la protége-t-elle pas suffisamment : la rougeur, la douleur des bords de la solution de continuité, la tuméfaction, la chaleur, se prononcent de plus en plus. D'abord il y a une desquamation des parties enflammées, mais bientôt se forme un liquide mal lié, trouble, puis pyoïde, sanguinolent, et plus tard purulent. La cicatrisation ne se fait plus par le rapprochement, l'agglutination des bords de la plaie, mais par un travail long et souvent entravé par ces complications plus ou moins graves.

3° Une blessure intéressant profondément les tissus, n'étant pas réunie immédiatement, devient bientôt le siége d'une phlegmasie grave et d'une suppuration considérable précédée d'un suintement séreux d'abord sanguinolent. Si la plaie est négligée, si le pus s'altère par suite du contact de l'air, non-seulement des phénomènes locaux fort graves se manifestent, mais encore des accidents dus à la pyémie chronique se déclarent et persistent tant que la source du pus n'est pas tarie et que l'altération septique de ce liquide continue.

4° Lorsque les fragments d'une fracture ont traversé la peau et ont été pendant un certain temps entourés par l'air exterieur, quand ils n'ont pas été tout d'abord réduits, et quand on n'a pas pris l'utile précaution d'empêcher toute communication entre les fragments et l'atmosphère, il ne faut pas espérer que le travail réparateur si simple dont il a été parlé se développe; une inflammation très-vive se déclare; le sang ou le sérum épanchés s'altèrent; du pus se forme, des bourgeons charnus se prononcent, et ce n'est qu'à la suite d'actes organiques très-souvent complexes, auxquels viennent se joindre des phénomènes fâcheux, que la consolidation s'opère. Souvent alors la résorption purulente s'opère et la pyémie chronique entraîne l'exténuation et la mort des blessés. Le moyen par excellence de prévenir des accidents aussi terribles est de nettoyer la plaie profonde avec des lavages à grande eau, et, comme je l'ai vu faire par des médecins anglais, en 1814, à l'armée d'Espagne, de préserver par des pansements appropriés les ouvertures fistuleuses contre le contact de l'air.

5° La sérosité couenneuse, la fibrine déposée à la surface des membranes dans le tissu cellulaire, dans les vaisseaux, dans les cavités organiques, vient-elle, par une circonstance quelconque, à être en rapport direct avec l'air, elle perd à l'instant même la disposition qui la rend organisable et orgrnisatrice; la couenne du sang, la fibrine devient un corps étranger qui devient la source ou au moins le point de départ d'un grand nombre de productions anormales.

6° Déposée dans les rameaux bronchiques, dans les aréoles pulmonaires bronchiques, la fibrine, ou même de simples mucosités sur lesquelles le passage de l'air a lieu, se dessèchent et forment très-probablement le noyau de tubercule, de concrétion qui, devenus corps étrangers, ne s'organisant pas, finissent par déterminer dans les poumons les plus déplorables désordres.

7° Les foyers sanguins, suite de contusions, de compressions, de ruptures vasculaires, etc., viennent-ils à être ouverts par accident, ou même par un chirurgien imprudent, le sang, mis en contact avec l'air, cesse d'être apte à se convertir en un solide vivant; les caillots qu'il formait se pourrissent, se liquéfient; un détritus infect se forme, puis se résorbe en partie, et des accidents septicémiques se déclarent.

C'est précisément ce qui arrive dans les cas d'hémorrhagies du rhémies pulmonaires, alors qu'elles ont lieu dans des cavités en communication avec les bronches, et quand des ronchus larges, que le médecin entend, annoncent que le fluide atmosphérique pénètre dans la masse sanguine.

9° Lorsqu'une ouverture se fait dans les plèvres, et que le fluide atmosphérique y pénètre soit par les parois costales, soit par les pou-

mons, alors ces organes s'affaissent par la pression atmosphérique; une vaste cavité se forme; le mouvement d'aspiration fait pénétrer en masse ce même fluide dans la cavité séreuse. La respiration est tout à coup gênée, et la sérosité que contient la plèvre, altérée par le contact de l'air, cesse d'être susceptible de s'organiser; elle se condense; des globules purulents se forment, se décomposent et deviennent septiques; bientôt se déclarent des accidents on ne peut plus graves, et qui sont presque toujours suivis de la mort.

10° Dès l'instant que l'air pénètre dans une masse tuberculeuse ramollie, dans un abcès formé dans les poumons eux-mêmes, ou entre deux lames de la plèvre, on voit, si le pus n'est pas évacué à mesure qu'il se forme et s'il y séjourne, survenir l'ensemble des symptômes auxquels on a donné le nom de phthisie pulmonaire.

11° Est-il enfin un chirurgien qui puisse un instant oublier que les abcès par congestion qui paraissaient presque inoffensifs, alors qu'ils n'étaient pas ouverts, deviennent la source d'une pyémie mortelle, soit alors que l'on ne remédie pas à la cause organique de la suppuration, ou encore que l'on n'évacue pas celle-ci, et que l'on ne parvient pas à empêcher la putréfaction du pus?

Ainsi, dans tous les faits dont je viens de tracer le tableau, du sang ou un liquide séreux est exhalé par des surfaces mises à découvert ou malades; les mêmes vaisseaux, d'où s'échappe le sang, laissent aussi écouler ce liquide. Celui-ci n'est point spécial; il n'est pas le produit d'une sécrétion pathologique et particulière, ayant lieu sur les bords d'une écorchure, d'une blessure, sur un fragment d'os fracturé, sur une surface séreuse, muqueuse, ou vasculaire, sur des parois d'abcès. Ce que l'on a appelé matière plastique ou blastème, n'est autre chose que le sérum du sang. Ce sérum, contenant de la fibrine, de l'albumine dissoutes, est essentiellement organisable, et fournit les matériaux de la nutrition. Quand la fibrine, au lieu d'être dissoute dans le sérum, s'y trouve en suspension (sang couenneux) et traverse les vaisseaux avec quelque difficulté, une action plus énergique du cœur et des vaisseaux survient; il y a alors plasthydrémie, hémite (fièvre inflammatoire); si la fibrine, en suspension, est placée dans un vase, elle y forme la couenne que j'ai étudiée avec tant de soin; si elle se dépose sur les plaies des vésicatoires, sur les membranes muqueuses, elle y produit des pseudo-méninges, des couches plastiques diphthériques. Si la fibrine vient à recouvrir les valvules, les colonnes charnues du cœur, elle y forme des obstacles mécaniques à la circulation, etc.; mais, tant qu'elle n'a pas été en contact avec l'air, les tissus accidentels ainsi formés s'organisent, se vascularisent comme le fait le sérum contenant de la fibrine dissoute, et qui, suintant sur les surfaces blessées, s'y coagule, et produit les adhérences, réunit les plaies récentes, les fragments osseux ou les parties dilacérées, donne naissance au cal, etc.

Lors, au contraire, que l'air vient à se combiner avec le sérum ou le sang, à l'oxyder, le cythème forme de nouveaux produits, qui ne sont plus organisables. Ce n'est pas la vitalité qui est détruite, ce sont les conditions indispensables à la vie qui sont anéanties, et alors le liquide sanguin, naguère vivant, devient, comme il a été dit, un corps étranger qui détermine des phénomènes nombreux et variés dans les tissus d'alentour. De là des abcès, des masses phymiques, causant comme corps étrangers de nouvelles sécrétions pyoïdes, des productions anormales de structure variée, etc.

L'historique de la publication des faits relatifs à l'influence fâcheuse de l'action de l'air sur les plaies, sur les surfaces internes mises à nu, sur les liquides vivants, me paraît avoir été très-largement traité. — Je dirai seulement qu'il y a bien longtemps que l'on a cherché à préserver de l'action atmosphérique les surfaces dénudées. Lorsque mes maîtres en chirurgie, MM. Boyer et Roux, adoptèrent en 1815 les bandelettes de diachylum, auparavant utilisées par les Anglais, pour le pansement des ulcères dits calleux, atoniques, variqueux, etc., ils avaient bien vu qu'il était d'une extrême utilité de protéger contre l'air les surfaces des anciens ulcères. Quand on voulut réunir les plaies des amputations par des emplâtres agglutinatifs, c'est que l'on avait, à l'endroit de la curation des blessures en général, une opinion semblable; malheureusement on n'a pas procédé ainsi pour les plaies d'armes à feu, dont la guérison s'opère si souvent d'une manière prompte et sans complication fâcheuse par l'emploi des bandelettes de sparadrap de diachylum. Aussi malheureusement encore on n'a pas assez tenu compte, ni de l'avantage que présentent les emplâtres de ce même diachylum étendus dans le taffetas, au moment même où l'on veut s'en servir, ni l'application immédiate d'une couche emplastique et chaude, faite sur les pustules varioliques, sur les éruptions si souvent mortelles qui se déclarent sur le tégument des régions lombaire et sacrée. L'efficacité de ces pansements est aussi grande qu'incontestable; ils peuvent avoir l'influence la plus heureuse sur la curation des affections cutanées, des plaies récentes et anciennes, des amputations, etc. Or c'est principalement en abritant de telles lésions contre le contact de l'air, que ces médications sont utiles.

CONCLUSIONS. — Je crois devoir conclure des faits et des considérations précédentes :

1° Qu'il est indispensable d'abriter, alors qu'il est possible de le faire, les surfaces dénudées contre le contact de l'air. Autant ce contact est utile pour la peau recouverte d'épiderme, pour les bronches et les poumons, dont la membrane muqueuse est protégée par l'épithélium, pour le sang qu'il doit oxygéner, autant le fluide atmosphérique, alors qu'il agit directement sur le derme, sur les plaies, les tissus mis à découvert, sur les surfaces séreuses, muqueuses, dépourvues d'épithélium, sur les liquides sanguins, séreux, purulents, contenus dans les cavités intérieures, est dangereux, et devient la source des accidents les plus graves.

Certes, ces propositions que les faits les plus vulgaires suffisent pour constater sont établies sur des documents connus en partie de tous les temps; mais puisque leur application pratique est d'une importance de premier ordre, la science et ceux qui s'en occupent avec indépendance et sans préoccupation d'esprit doivent reconnaître que M. Jules Guérin a bien mérité de l'humanité, en insistant comme il l'a fait sur le danger de la pénétration de l'air dans les tissus, et sur les méthodes que d'autres médecins et lui ont employées pour la prévenir.

— **M. BOUILLAUD** prend une seconde fois la parole pour répliquer à la réponse que M. J. Guérin a faite à son premier discours. L'orateur maintient, contre les observations de M. Guérin, l'exactitude de tout ce qu'il a dit dans son précédent discours concernant la doctrine de Hunter sur la nature du travail adhésif et du travail de réparation des organes, et la parfaite identité, au fond, sinon dans les termes, de cette doctrine et de celle de M. Guérin.

Après cette courte réplique, la discussion est déclarée close.

La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

MM. les docteurs en médecine désirant être autorisés à faire des cours à l'École pratique, sont prévenus que leurs demandes doivent être déposées à la Faculté avant le 1er octobre, pour les cours du semestre d'hiver, et avant le 1er avril, pour les cours du semestre d'été.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel, M. Bourdel, ancien agrégé titulaire de la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité à partir du 1er novembre 1866 jusqu'au 1er novembre 1868.

— A la suite du concours d'agrégation près les écoles de médecine navale :

M. Béguin, médecin de 1re classe, a été nommé agrégé pour le cours d'anatomie descriptive, à Toulon.

M. Ségard, pharmacien de 1re classe, a été nommé agrégé pour le cours de pharmacie extemporanée, à Toulon.

M. Pichaud, pharmacien de 1re classe, a été nommé agrégé pour le même cours, à Brest.

— M. le docteur Roger vient de faire un don de 500 fr. à l'Association des médecins de France.

— *Concours de l'externat.* Un cours préparatoire commencera le lundi 24 courant, chez le docteur Goubert, 6, rue Blainville (près le Panthéon). On s'inscrit tous les jours, de trois à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notes cliniques sur la chirurgie utérine, dans ses rapports avec le traitement de la stérilité, par J. MARION SIMS. Traduites de l'anglais, par le docteur Lhéritier, médecin consultant de l'Empereur, inspecteur des eaux de Plombières. Un volume in-8° de 500 pages, renfermant 140 figures gravées. Prix : 9 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

De l'exercice de la médecine par les prêtres et les communautés religieuses; rapport présenté à la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Moselle, par le docteur P. X. FINOT, médecin principal de l'armée. In-8° de 73 pages, 3 fr. Victor Rozier, éditeur.

Étude statistique de la syphilis dans la garnison de Marseille, suivie de généralites sur la prostitution et sur la fréquence des maladies vénériennes dans la population de cette ville, et completée des réformes à apporter dans le service de la police sanitaire, 1866, in-8° de 51 pages, 2 fr. Victor Rozier, éditeur.

Traitement du choléra à la période prodromique, suivi d'une exposition succincte des moyens les plus propres à préserver, en temps d'épidémie, les localités et les individus, par M. WORMS, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, 1866, in-8° de 13 pages, 50 cent. Victor Rozier, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 111. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1866. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 SEPTEMBRE 1866.

HYGIÈNE DU CHOLÉRA.

Circulaire aux Recteurs concernant les précautions hygiéniques à prendre dans les établissements scolaires.

Monsieur le Recteur, nous traversons un été pluvieux qui exige des précautions hygiéniques et, sur quelques points du territoire, la santé publique a été affectée par un retour partiel de l'épidémie cholérique. Il importe donc de profiter des vacances, pour faire exécuter dans nos établissements scolaires tous les travaux d'assainissement qui seraient nécessaires :

Niveler les cours afin de ménager le prompt écoulement des eaux ;

Laver à grande eau le pavé et les murs des réfectoires, cuisines, couloirs, etc.;

Blanchir les murs à la chaux partout où les élèves séjournent et où le lavage n'a pu être opéré sur des surfaces protégées par une peinture à l'huile;

Opérer la vidange des fosses d'aisances et le curage des puisards; là où l'on ne pourra établir un système de fermeture mobile, ce qui serait excellent, s'approvisionner de désinfectants dont on fera grand usage pour détruire les miasmes ;

Revêtir le sol des cabinets, ainsi que les parois inférieures, de dalles parfaitement jointes, ou d'une couche imperméable qu'on puisse laver deux fois par jour ;

Faire disparaître les débris ou objets hors d'usage dont on encombre souvent une cour, un grenier, divers locaux, et que l'on garde inutilement ;

Faire entrer partout l'air et la lumière : il suffit parfois pour cela de jeter bas une cloison maladroitement établie, ou de la remplacer par un vitrage avec vasistas ou fenêtre ;

Ventiler les salles d'étude et de classe, les vestiaires, où les vêtements devraient toujours être suspendus dans des appareils à claire-voie, et les dortoirs, où quelques ouvertures faites au plafond et communiquant par un tuyau ou une colonnette creuse avec l'air extérieur, produiront l'effet de cheminées d'appel qui enlèveront l'air vicié par la respiration nocturne;

Apporter le plus grand soin à tout ce qui est relatif au coucher des élèves, au renouvellement quotidien de l'eau des lavabos, à la propreté des vases et des tables de nuit ;

Éviter que les élèves mettent ou gardent des chaussures ou des vêtements humides;

En un mot, veuillez, monsieur le Recteur, de concert avec le conseil d'hygiène de votre académie, porter toute votre attention sur les précautions à prendre pour mettre nos lycées, colléges et écoles dans le meilleur état possible de salubrité.

Je joins à cette lettre une copie du rapport qui vient d'être adressé par le comité consultatif d'hygiène à M. le Ministre de l'intérieur au sujet du choléra de 1865. La haute compétence du comité et l'autorité du rapporteur donnent à ce document une importance qui nous oblige d'en connaître toutes les prescriptions.

L'expérience montre que les épidémies cholériques ne se continuent pas trois années de suite. Il est donc probable que nous n'avons rien à craindre pour 1867. Cependant il faut être prêt à parer au mal dans le cas où il éclaterait sur quelque point. C'est dans cette vue que je vous transmets le savant rapport de M. Dumas, qu'il vous sera d'ailleurs utile de consulter, même en temps ordinaire.

Recevez, monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Paris, le 11 septembre 1866.

Le Ministre de l'instruction publique,
V. DURUY.

ANNEXE A LA CIRCULAIRE DU 11 SEPTEMBRE 1866.

RAPPORT ADRESSÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE ET DU SERVICE MÉDICAL DES HOPITAUX A SON EXC. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.

Précautions hygiéniques à prendre dans les hôpitaux et les hospices pendant les épidémies, et en particulier pendant les épidémies cholériques.

Les épidémies cholériques qui ont sévi et qui sévissent encore dans quelques-unes des villes de l'Europe ou de la France ont fourni l'occasion d'étudier divers procédés de purification applicables à l'air des habitations, à l'eau des boissons, aux chambres ou salles occupées par les malades, aux provenances de toute espèce enfin, qui dérivent des personnes atteintes du choléra asiatique.

L'administration de la ville de Paris, après un examen sérieux de la question, a pris à ce sujet, pendant l'épidémie de 1865, et observe toujours certaines mesures qu'il a paru opportun au comité de porter à la connaissance des institutions hospitalières et des établissements où sont réunis, sous un régime hygiénique commun, des habitants nombreux, malades ou bien portants.

Le comité n'a point à résoudre les questions controversées qui agitent le monde médical au sujet du mode de transport et de propagation du choléra.

Il constate seulement que, d'un côté, après une étude attentive, certaines précautions ont été prises à Paris par l'administration municipale ou l'assistance publique, et qu'elles ont été poursuivies avec régularité, ensemble et persévérance ; que, d'un autre côté, les chiffres de la mortalité générale sont demeurés dans cette ville, en 1865, bien au-dessous de ceux qu'on avait signalés dans les trois épidémies de 1832, 1849, 1854 ; en outre, que parmi les 300 femmes environ qui ont été employées par l'assistance publique, en 1865, au lessivage et au blanchissage des linges provenant du service des cholériques, il ne s'est pas manifesté de décès dû au choléra ; qu'il en a été de même en quelque sorte pour les 911 employés ou porteurs du service des pompes funèbres, parmi lesquels on n'a constaté que deux cas de choléra.

Le caractère propre de la maladie en 1865, les améliorations générales dont la voirie et l'hygiène publique de Paris ont été l'objet, ont eu sans doute la plus grande part dans le premier de ces résultats. Pour les deux autres, il est permis d'en attribuer le mérite, dans une certaine proportion, aux mesures hygiéniques adoptées par l'administration.

Alors même que la nécessité de ces précautions serait contestée par certaines théories concernant la nature et l'origine du choléra épidémique, les chefs de service, les autorités municipales ou hospitalières sont sûrs, du moins, en les prescrivant ou en les pratiquant, de ne nuire à aucun de leurs administrés. Ils peuvent compter même, d'après l'expérience de la ville de Paris, qu'elles seront utiles à beaucoup d'entre eux, soit par une action bienfaisante directe, soit en raffermissant leur moral ébranlé.

Les agents de purification qui ont été essayés à Paris sont variés et nombreux. En voici la liste :

Chlore, eau de Javel, chlorure de chaux, acide nitrique en vapeur, vapeur nitreuse, permanganate de potasse, braise de boulanger, sulfate de fer, acide phénique, ammoniaque, acide sulfureux.

Cette instruction n'a point pour objet de rappeler les propriétés chimiques de ces diverses substances, ni d'en retracer l'histoire au point de vue de leurs applications hygiéniques. Le comité se borne à faire connaître aux administrateurs, aux médecins et aux pharmaciens des établissements placés sous la surveillance du ministère de l'intérieur, les formules qui ont été définitivement adoptées à Paris, et à indiquer les motifs en raison desquels celles qui n'ont pas été maintenues ont été écartées.

Le chlore gazeux a été réservé pour les localités inhabitées; partout ailleurs on a préféré l'eau de Javel et le chlorure de chaux. Ces deux composés dégagent le chlore peu à peu, sans excès nuisible pour les personnes, et cependant en quantités spontanément proportionnelles, pour ainsi dire, aux miasmes qu'il s'agit de détruire.

L'acide nitrique en vapeur, obtenu en versant à froid sur du nitre en poudre de l'acide sulfurique concentré, peut remplacer le chlore et les chlorures; cependant on s'en est rarement servi.

Les vapeurs nitreuses obtenues en versant de l'acide nitrique sur du cuivre ont fourni un moyen de purification très-efficace pour les salles qui avaient contenu des cholériques et qu'on avait évacuées, soit momentanément, soit pour en changer la destination.

Par suite de réactions qu'il serait inutile de détailler ici, les vapeurs nitreuses se régénèrent quand leurs dérivés détruisent les matières organiques. Leur effet peut donc se reproduire dans certaines conditions, tandis que le chlore n'agit qu'une fois. Mais les vapeurs nitreuses, par leur action corrosive, exigent que l'application en soit confiée à des mains expérimentées. Quand on voudra s'en servir dans les lieux habités, il faudra toujours employer un procédé ou un appareil propre à en régler la production d'une manière extrêmement prudente.

Le permanganate de potasse constitue un agent dont la chirurgie a tiré parti et qui a été recommandé pour la purification des eaux potables. L'oxygène qu'il abandonne au contact des matières organiques et qui les brûle, le rend capable de détruire rapidement les matières organiques contenues dans les eaux destinées à servir de boisson. En toute autre occasion, cet agent est remplacé avantageusement par les chlorures désinfectants et les vapeurs nitreuses, qui agissent comme lui au contact, et qui, de plus, vont chercher les miasmes dans l'air, ce que le permanganate ne fait pas (1).

On n'a point adopté le permanganate de potasse à Paris pour la purification des eaux. L'usage en serait difficile, même entre les mains d'un chimiste de profession, tandis que la braise de boulanger, à laquelle on a donné la préférence, produit de bons effets et ne donne lieu à aucune difficulté dans l'application. Il suffit de placer dans les fontaines qui contiennent les eaux destinées aux boissons, par hectolitre 2 kilogrammes de braise de boulanger, qu'on renouvelle chaque semaine. Les matières organiques dissoutes et les gaz sont presque toujours condensés et fixés par le charbon, à mesure que l'eau passe à travers le lit filtrant formé par cette substance.

On trouve, dans l'emploi de la chaleur, des garanties encore plus efficaces. Il suffit en effet de faire bouillir l'eau destinée aux boissons pour la débarrasser de toute substance présumée nuisible. Quand on fait usage de café léger, de thé ou d'infusions toniques quelconques, obtenues au moyen de l'eau bouillante, on prévient avec certitude tous les inconvénients que l'eau pourrait avoir par suite de la présence des matières organiques, sans recourir à l'emploi compliqué et moins sûr du permanganate de potasse.

Le sulfate de fer commun, celui qu'on désigne ordinairement sous le nom de vitriol vert, a été spécialement affecté à la désinfection des fosses d'aisances. Par son acide, il en fixe l'ammoniaque; par sa base, il en détruit l'hydrogène sulfuré. Il supprime ainsi ou prévient toutes les émanations gazeuses des fosses, et s'oppose, en conséquence, au transport des matières miasmatiques auxquelles les gaz servent de véhicule.

Le sulfate de fer est remplacé avec avantage, sinon pour la désinfection, du moins, à d'autres égards, par le sulfate de manganèse, par le sulfate ou le chlorure de zinc; mais on se procure plus difficilement ces sels. Lorsque l'industrie locale les fournit, on peut les utiliser à la place du sulfate de fer.

Quel que soit l'état de la fosse, ces trois sels, qui sont neutres, peuvent être employés; il n'en est pas de même du phosphate acide de magnésie et de fer, qui n'est pas d'un emploi aussi commode, si la fosse ne vient pas d'être évacuée. Le perchlorure de fer neutre, qui serait le meilleur des désinfectants, ne se trouve pas dans le commerce des produits chimiques à bas prix.

L'acide phénique s'oppose à la fermentation putride et à d'autres fermentations. Il peut agir sur les miasmes cholériques, soit pour en arrêter l'action, s'ils participent de la nature des ferments, soit pour en prévenir la formation, s'ils sont le produit d'une altération spontanée des matières organiques. L'usage de ce puissant antiseptique a donc été sérieusement essayé, et mérite d'être recommandé et d'être mis à profit, jusqu'à ce que l'expérience l'ait jugé d'une manière définitive. C'est celui qui se prêterait le mieux à la préservation des personnes et des choses à leur usage.

L'ammoniaque, sous forme de carbonate solide en fragments ou d'ammoniaque liquide en dissolution, étant placé dans une soucoupe et exposé à l'air, abandonne des émanations ammoniacales gazeuses qui se disséminent dans la salle et qui restent inaperçues. Cependant ce gaz prévient la formation des moisissures microscopiques partout où il pénètre et peut s'opposer ainsi au développement des miasmes de nature végétale.

Relativement à la maladie qui nous occupe, l'air chargé d'ammoniaque, respiré à l'habitude, peut exercer d'ailleurs une action physiologique favorable. En outre, en attendant que la statistique ait positivement éclairé le sujet, on doit tenir compte de l'opinion populaire, qui considère les ouvriers que leur profession oblige à vivre dans une atmosphère ammoniacale comme moins exposés que les autres en temps d'épidémie cholérique.

Il convient donc d'essayer l'ammoniaque comme agent spé-

(1) Le permanganate de soude, qui est moins cher que le permanganate de potasse, pourra, quand il sera régulièrement livré au commerce, fournir un liquide très-propre à la désinfection des linges.

cial d'épuration de l'air pour les salles de malades cholériques, comparativement au chlorure de chaux et à l'acide phénique (1).

Mais ces moyens se rattachent au traitement des malades, et demeurent toujours soumis à la prescription directe du médecin; ils ne peuvent être employés que d'après ses ordres.

Pour les salles de malades cholériques non ventilées, il n'y a pas d'autres précautions à prescrire qu'une désinfection générale. Mais, lorsqu'elles sont pourvues d'appareils ventilateurs, il y a lieu de prévenir la dispersion des miasmes, qui, aspirés par les bouches de la ventilation, en suivent les canaux, arrivent dans la cheminée générale et vont retomber ensuite et se répandre dans l'air. Il est indispensable et facile de les détruire, en disposant des vases contenant du chlorure de chaux et dégageant du chlore: 1° sur le sol de la salle, près des bouches d'aspiration; 2° dans la conduite même, si elle présente des parties horizontales où la vitesse de l'air se ralentit; 3° enfin, dans l'intérieur et la base de la cheminée générale où se réunissent les divers canaux de la ventilation.

Lorsque le décès d'un malade cholérique est constaté, on opère une aspersion phénique autour du lit.

Dans la bière, on met au-dessous et des deux côtés du corps du chlorure de chaux en poudre et sur le corps lui-même de la sciure de bois imprégnée d'acide phénique.

Enfin, après la mise en terre, lorsque la fosse est presque comblée, on en recouvre la surface bien égalisée d'une couche de chlorure de chaux, qu'on délaye à l'aide d'un arrosoir d'eau versé sur le sol. On achève de remplir la fosse, et lorsque l'opération est terminée, on sème un nouvelle dose de chlorure de chaux sur la dernière couche de terre, mais sans arroser celle-ci.

Si, au bout de quelques jours, il se manifeste des émanations, on renouvelle l'application du chlorure de chaux.

Dans la combinaison de ces prescriptions, on a admis que les miasmes cholériques ont une existence matérielle; qu'ils consistent en gaz ou en vapeurs, ou même en poussières solides, d'une excessive ténuité, assimilables à des gaz sous le rapport de leur diffusion. Ce point de vue, dans l'état d'ignorance où nous sommes sur la cause qui produit le choléra, est, en effet, le seul qui puisse utilement diriger les savants dans les études qu'ils poursuivent pour la mettre en évidence, et les administrateurs dans leurs efforts pour en borner les effets et en circonscrire l'action.

FORMULES.

1° Assainissement du linge provenant du lit des malades, des toiles à matelas, du linge de corps des cholériques, etc.

Tremper pendant une heure environ les objets à désinfecter dans une solution formée de :

Chlorure de soude	1 litre.
Eau (environ)	9 litres.

2° Désinfection des bassins et des urinaux.

Vider les bassins et les urinaux, puis les tremper immédiatement dans un baquet ou grand seau renfermant un mélange composé de :

Chlorure de chaux sec.	500 grammes.
Eau (environ)	9 litres.

Délayer le sel avec soin et agiter le dépôt au moment de l'immersion. Les vases doivent être passés dans un seau d'eau ordinaire, puis essuyés avant d'être remis en service.

A la fin de la journée, verser le contenu du récipient dans le vidoir ou dans le tuyau de chute des lieux, et renouveler la solution.

3° Désinfection des fosses d'aisances, des cabinets et des urinoirs.

Là où il existe des lieux d'aisances perfectionnés, il suffira de laver le vidoir et les urinoirs avec le mélange de chlorure de chaux indiqué ci-après :

Matin et soir, jeter dans l'orifice du tuyau de chute des lieux d'aisances ordinaires un seau (environ 10 litres) de la solution suivante :

Sulfate de fer	500 grammes.
Eau	10 litres.
Acide phénique à 1/100°	100 grammes.

Le lavage des surfaces se fera avec le mélange déjà indiqué :

Chlorure de chaux sec.	500 grammes.
Eau	9 litres.

4° Désinfection de l'amphithéâtre d'autopsie et de la salle des morts, de la salle de dépôt du linge sale, des conduits d'extraction de l'air des salles de cholériques (là où il y a un système de ventilation), des trémies pour le linge sale, dans les hôpitaux qui en sont pourvus.

Mélanger dans un vase en grès :

1 litre d'acide pyroligneux avec 4 litres d'eau.

Durant la journée, y ajouter, par parties, 250 grammes de chlorure de chaux sec. On obtiendra ainsi un dégagement abondant et permanent de chlore.

5° Assainissement des salles de cholériques.

Placer dans ces salles de nombreuses assiettes avec chlorure de chaux sec, légèrement humecté d'eau.

On peut encore opérer des fumigations d'acide phénique avec le mélange suivant :

Eau	10 litres.
Alcool.	1 litre.
Acide phénique	50 grammes.

(1) L'acide sulfureux n'a pas été essayé dans les diverses épidémies qui ont affecté la ville de Paris depuis 1854.

Ce liquide sera distribué dans des terrines placées dans les salles à raison de cinq terrines de 2 litres par salle de 30 à 40 malades, soit une terrine pour 6 à 8 lits.

On ne devra employer l'un ou l'autre de ces deux modes d'assainissement des salles de cholériques que de concert avec le chef du service médical.

Les directeurs des hôpitaux et des hospices s'entendront avec les pharmaciens des établissements pour l'exécution de ces diverses prescriptions.

6° Au moment de fermer la bière, on répand 2 kilogrammes de chlorure de chaux solide au-dessous et sur les côtés du corps.

On jette sur le corps un litre de sciure de bois imprégnée de 10 grammes d'acide phénique.

7° Pour chaque fosse, on emploie, suivant l'âge des décédés, de 2 à 6 kilogrammes de chlorure de chaux, divisés en deux fractions, ainsi qu'il est énoncé plus haut.

Le présent rapport a été lu au comité et adopté en séance, le 28 juillet 1866.

Le sénateur vice-président,
DUMAS.

Pour le secrétaire absent,
CH. COMBES.

DES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES

Produits par le curare chez l'homme. — Doses que l'on peut donner. — Indications thérapeutiques (1);

Par M. le docteur Aug. VOISIN, médecin de l'hospice de Bicêtre, et Henry LIOUVILLE, interne des hôpitaux.

(Lu à la Société de médecine de Paris.)

Température axillaire et cutanée.

Les modifications de la température axillaire et cutanée ont été très-rapides et très-appréciables; nous avons mis, à les étudier, le plus de soin possible.

Dès le début des effets curariques intenses, elle s'élève d'une façon des plus sensibles; et la constatation des phénomènes, déjà facile au toucher, est aisément démontrée par le thermomètre dans l'aisselle.

Cette exagération de la température axillaire a coïncidé toujours avec une chaleur considérable, un état de sécheresse âcre et brûlante de la peau de tout le corps, que l'on pouvait facilement constater au simple toucher.

Respiration. — Au début des phénomènes curariques intenses, la respiration présente toujours quelque chose d'anormal; le malade pousse des soupirs, des plaintes, comme dans le stade de froid de la fièvre intermittente; la respiration est entrecoupée, saccadée; le nombre des inspirations augmente rapidement, et croissant avec celui des pulsations et l'élévation de la température, il atteint rapidement le chiffre de 28 à 36 suivant les cas (voir les tableaux des pages précédentes).

Le rhythme des mouvements respiratoires est parfois même irrégulier.

On a là en somme, du côté de la respiration, un ensemble de signes qui concordent avec les phénomènes de température et de pouls, et complètent tout à fait ce que l'on entend par état fébrile.

Sueurs. — L'état de chaleur sèche, brûlante de la peau du corps a été remplacé chez nos malades par de la sueur.

Le moment de son apparition a été variable; ainsi, chez le nommé B..., elle s'est montrée deux heures vingt minutes après le début des phénomènes curariques; chez le nommé R..., elle s'est manifestée au moins cinq heures après le début de violents effets; entre elle et les frissonnements, les tressaillements, il n'y a jamais eu de détente générale, ni de diminution des symptômes; au contraire, la sueur les a toujours précédés et a établi ainsi un point de rapprochement entre les phénomènes curariques et la fièvre.

La sécrétion cutanée sudorale a été excessivement abondante dans certains cas chez R... et chez B...; elle baignait la face sous forme de perles; et les draps des malades ont dû être changés, tellement ils avaient été mouillés.

Cette abondance de sueur a été vue aussi par nous, sans effets très-intenses qui l'aient précédée, chez le malade A..., traité par la méthode endermique.

Le lendemain de la médication, les infirmiers qui faisaient son lit, ont remarqué à plusieurs reprises que ses draps étaient trempés de sueur profuse; et, nous-mêmes, en l'approchant, nous étions frappés d'une odeur pénétrante de sueur.

La sécrétion de sueur a été tellement abondante en certains cas, que nous avons pu en recueillir et essayer sur des grenouilles si elle renfermait du curare.

Troubles nerveux et musculaires. — Nous avions hâte d'arriver à un ordre de symptômes d'autant plus importants qu'ils ont un rapport intime avec le genre d'affection dont sont atteints nos malades, affection dont la guérison est le but final de nos recherches.

Ces sortes de troubles commencent la scène en même temps ou à peu près que le frisson, et leur durée dépasse à peine la sienne.

A l'égal du frisson, ils impriment à l'état des malades un cachet tout spécial qui n'est pas sans produire une grande impression, quand on y assiste pour la première fois surtout.

Ils présentent deux formes bien distinctes. Tantôt ce sont des tressaillements et des mouvements ondulatoires qui paraissent se passer dans les tissus sous-cutanés et dans les fibrilles musculaires les plus superficielles; ils se succèdent alors d'une façon non interrompue, et peuvent être comparés à ces battements que certaines personnes éprouvent quelquefois dans les paupières; nous les avons vus souvent apparaître tout d'abord dans la région pectorale.

Le malade D... les a éprouvés au début des phénomènes dans la paroi abdominale antérieure, et comparait la sensation qu'il ressentait à un bouillonnement, et encore à ce tressaillement que l'on ressent lorsque l'on est ému devant plusieurs personnes.

Le phénomène devient bientôt général, s'étend aux quatre membres, à la face, et en particulier au front; puis les tressaillements augmentent d'intensité, et revêtent alors une autre forme.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 septembre 1866.

Ce sont alors de véritables secousses qui agitent tout le corps, lui impriment des mouvements en tous sens et à peine interrompus.

Le malade D... dansait, pour ainsi dire, dans son lit; toutes ses couvertures en étaient soulevées. En aucun moment il ne se produit de roideur; les phénomènes sont essentiellement et uniquement caractérisés par des mouvements en tous sens, et une agitation non interrompue.

Le malade peut cependant mouvoir de lui-même ses membres, ouvrir la bouche, boire, manger, ouvrir les paupières, uriner, mais tous ses mouvements sont tremblés; sa parole est elle-même tremblée; le malade D... remuait ses quatre membres aisément, tenait ses membres inférieurs éloignés du lit un certain moment, mais leur agitation en tous sens était tellement considérable, que les jambes chevauchaient et chaviraient de côté et d'autre.

Ces seconds symptômes nous ont paru, quoique un peu plus forts, être complétement analogues aux tremblements et aux secousses des membres dans le frisson d'une fièvre intermittente grave. Quant aux premiers symptômes, il n'y a pas de différence entre eux et les tressaillements et les mouvements ondulatoires sous-cutanés, que l'on observe dans un frisson peu intense.

Connaissant la divergence radicale d'opinions professées par M. Cl. Bernard, et MM. Martin-Magron et Buisson, relativement aux secousses et aux tremblements que présentent les animaux empoisonnés par le curare, nous avons porté toute notre attention sur ces phénomènes que nous produisions chez l'homme, et nous pouvons affirmer qu'il n'y a aucune parité à établir entre eux et ceux produits par la strychnine. Ni effet tétanique, ni roideur ni extension brusque ne se décèlent en aucun moment; ce ne sont, au contraire, que mouvements de latéralité complétement désharmoniques et incoordonnés.

Ces phénomènes se sont accompagnés plusieurs fois de paralysie complète ou incomplète des membres inférieurs et même du tronc; c'est ainsi que R... descendu de son lit vingt minutes après le début du frisson (dose de 0,0135), chancelait, faisait bien quelques pas, mais ne pouvait pas courir comme à son habitude.

C'est ainsi que le même malade, descendu de son lit, une heure et demie après le début du frisson, ne pouvait mouvoir ses membres avec précision; et que cinq minutes après l'apparition des premiers effets (à la dose de 0,090), B... ne pouvait plus absolument soulever ses pieds et ses jambes du lit; ses membres inférieurs, son tronc étaient comme collés sur les draps, l'action de s'asseoir était impossible.

Le malade serrait à peine nos mains; il ne pouvait se servir de ses membres supérieurs pour se soulever dans son lit et se mettre à séant; ses mains paraissaient maladroites.

La durée des phénomènes que nous venons de décrire fut de quinze minutes chez R... (dose de 0,0135), et de une heure cinq minutes chez B... (dose de 0,090).

Chez B..., à la dose de 0,090, apparition de la rougeur des oreilles une heure après le frisson; de la face, une heure et demie. Durée des deux, huit heures et demie.

On voit, d'après cet exposé, que la rougeur des oreilles a marché, ainsi que leur chaleur, du reste, de pair avec la rougeur et la chaleur de la face. Ce sont des phénomènes étroitement unis qui se produisent ensemble et nous paraissent tenir, ainsi que nous le verrons, à la même cause.

Nos expériences sur les lapins nous ont de même convaincus que l'échauffement et la vascularisation de leurs oreilles ne sont pas des effets isolés.

En même temps qu'eux, on voit des congestions oculaires qui se produisent aussi chez les lapins et déterminent, en dernier ressort, l'exophthalmie, indice à peu près certain de la mort.

Eh bien, il s'est produit chez nos malades, quoique à des degrés différents, une association de semblables phénomènes portant sur la face, les oreilles et les conjonctives oculaires.

En effet, ces membranes se sont considérablement vascularisées chez les malades R... et B...; deux heures après le début du frisson chez le premier, trois heures après chez le second.

Cet état des conjonctives donnait aux yeux un caractère brillant tout particulier, accompagné d'un peu d'épiphora.

Le dernier trouble objectif de la circulation capillaire que nous avons à examiner est la rougeur de la peau de tout le corps. Nous ne l'avons observée que sur le nommé R..., deux heures et demie après le début du frisson; elle a précédé les sueurs; sa teinte, d'un rouge assez intense, disparaissait momentanément à la pression; elle dura au plus deux heures; peut-être s'est-elle produite chez le malade B..., et nous a-t-elle échappé à cause de la teinte foncée de sa peau, tandis qu'elle était facile à constater chez R..., dont la peau est très-blanche et très-fine.

Troubles objectifs de la circulation capillaire. — Ces phénomènes ont consisté surtout dans la pâleur et la rougeur des téguments de tout le corps et en particulier de la face, des oreilles et des conjonctives oculaires.

Au début des frissons, la face est devenue, à plusieurs reprises, pâle chez R...; de même chez B...

La décoloration a duré pendant toute la période de froid et a été remplacée, à la période de chaleur, par une rougeur d'abord rosée, puis foncée, et même, à un moment, vineuse chez R...

Cette teinte a été le plus souvent analogue au *rasch*, et disparaissait momentanément à la pression.

Une chaleur âcre et sèche a accompagné cette teinte, qui a persisté pendant toute la durée des sueurs.

Les oreilles ont participé à la rougeur de la face. Nous avons pu constater alors que leurs vaisseaux étaient turgescents, et leur réseau capillaire excessivement injecté.

Nous avons pris, pour constater ce fait, toutes les précautions possibles, après avoir eu soin d'écarter des oreilles des malades toute espèce de linges qui pussent provoquer une chaleur artificielle; nous évitions, pendant toute la durée de l'observation, de toucher de la main les oreilles.

Nous avons remarqué, en effet, que la seule application répétée de la main faisait rougir les oreilles de nos malades, traités ou non par le curare; aussi nous avons constaté, au moyen du thermomètre de Leyser seul, la chaleur des oreilles.

Nous l'avons observée à divers moments chez nos malades; mais ses rapports avec les périodes de chaleur et de sueur ont été les

mêmes; nous ne l'avons pas aperçue avant ces deux grands phénomènes; elle a concordé avec elles.

L'époque d'apparition de la rougeur de la face et des oreilles a varié suivant les doses employées et suivant l'heure et la durée du frisson.

La durée elle-même de la rougeur a varié de quarante-cinq minutes à deux heures et demie, suivant les doses.

Ainsi, chez R..., à la dose de 0,0135, apparition de la rougeur de la face et des oreilles, cinquante-sept minutes après le début du frisson. Durée, quarante-cinq minutes.

Idem, à la dose de 0,015, apparition de la rougeur de la face et des oreilles, une heure cinquante-cinq minutes après le frisson. Durée, une heure et demie.

Idem, à la dose de 0,0775, apparition de la rougeur de la face et des oreilles, deux heures et demie après le frisson. Durée, deux heures et demie.

La sécrétion urinaire nous a présenté de très-notables modifications.

Un besoin d'uriner pressant, irrésistible, se produit dans un temps à peu près invariable, après les injections sous-cutanées du curare de 0,015, minimum, au bout de trois quarts d'heure à une heure.

La quantité d'urine est évidemment augmentée et modifiée; elle est très-claire et pâle, et renferme du sucre, avec des doses de plusieurs centigrammes.

La quantité varie de 1,500 à 2,000 grammes dans les vingt-quatre heures. Il y a donc diurèse et diabète.

Autres sécrétions. — Nous n'avons rien à noter qui concerne les sécrétions nasale, buccale, spermatique. Pendant les plus forts phénomènes curariques, rien de particulier ne nous a paru se produire dans ces organes.

Toutefois les larmes ont été augmentées.

Intelligence. — L'intelligence nous a paru conservée; les malades ont gardé leur présence d'esprit intacte; nous avons cependant constaté chez nos trois malades, au début même des phénomènes et pendant la plus grande partie de leur cours, un état de somnolence très-manifeste, un besoin de dormir, une torpeur dont il était pourtant assez facile de les tirer.

Ainsi, R... demandait à chaque instant que nous le laissions dormir. Il fallait les secouer un peu, provoquer l'expression de leurs désirs; D..., le plus intelligent des trois, avait besoin d'être incité pour dire quelques paroles; il y avait réellement une action hyposthénisante et comme hypnotique sur le fonctionnement cérébral, action dont l'importance nous paraît capitale et de la plus haute portée pour l'avenir de l'emploi du curare dans les maladies convulsives.

Troubles de la nutrition. — Une soif ardente et la diminution de l'appétit sont les troubles que nous avons remarqués dans la nutrition.

Dès le frisson, la soif s'est produite pressante et irrésistible, et a duré jusqu'au moment de la période de sueur. Son maximum d'intensité a coïncidé avec les frissons.

L'appétit a diminué ou cessé pendant la durée des phénomènes, et ce symptôme s'est même prolongé plusieurs jours. Aussi l'état général s'en est assez fortement ressenti pendant une quinzaine de jours. La physionomie était sans vivacité, les mouvements lents, la peau jaunâtre et peu élastique.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 12 septembre 1866. — Présidence de M. Follin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Une lettre de de M. le docteur Tarnier, demandant un congé d'un mois.

— M. Larrey présente, de la part de M. Sistache, candidat au titre de membre correspondant, un travail intitulé : *Sur un fongus parenchymateux du testicule, etc.*

(Commissaires : MM. Guérin, Chassaignac, Giraldès);

Les *Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris ;*

Traité du froid, etc., de la part de l'auteur M. le docteur La Corbière ;

Du service de santé militaire chez les Romains, de la part de M. le docteur Briau ;

Étude statistique de la syphilis dans la garnison de Marseille, par M. le docteur Didiot;

Une *Notice explicative sur l'appareil vaporifère*, du docteur Lefèvre;

Vade-mecum des blessures par armes à feu, par M. Gherini, membre correspondant étranger;

Sur la Convention de Genève, par M. Longmore, membre correspondant étranger ;

Application de la galvano-caustique chimique dans la guérison des tumeurs, par M. Gherini ;

Note sur l'ulcère perforant du pied, par le docteur Marquez ;

Du plombage des plaies, par le docteur Burggraeve, membre correspondant étranger;

Un rapport sur la Gazette médicale de Mexico, par M. le baron Larrey.

— M. Depaul présente, au nom de M. Duboué, membre correspondant à Pau, une *Observation d'embolie de l'artère iliaque externe, etc.*

(Renvoyé au comité de publication.)

— M. Tillaux présente, pour le concours du prix Duval, les thèses de MM. Nicaise, *Sur les lésions de l'intestin dans les hernies*, et Desmarez, *sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

De la constriction permanente des mâchoires.

M. Boinet. La pièce pathologique que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît importante sous plusieurs points; elle provient d'une jeune fille que j'ai eu l'honneur de présenter plusieurs fois, et qui était atteinte d'une immobilité de la mâchoire inférieure, due à une gangrène de la bouche. Cette jeune fille avait été opérée deux fois; une première fois par le procédé de Rizzoli, qui consiste, comme vous le savez, dans la simple section du maxillaire inférieur; et une seconde fois, par le procédé qui consiste à enlever une portion cunéiforme du maxillaire. La première de ces opérations, pratiquée au commencement de 1860 à l'aide de la pince de Liston, avait d'abord fourni un bon résultat, c'est-à-dire qu'immédiatement après l'opération la mâchoire inférieure avait acquis assez de mobilité pour permettre son abaissement facile et l'introduction dans la bouche d'aliments solides; mais l'amélioration obtenue ne fut que de courte durée, soit par la négligence de la malade à ne pas imprimer des mouvements d'abaissement à la mâchoire inférieure, soit pour toute autre cause; toujours est-il qu'au bout de quelques mois (2 ou 3 mois), la mâchoire devint moins mobile, et que huit ou neuf mois plus tard le resserrement était devenu si complet que la malade était dans la même position qu'avant l'opération; les deux bouts du maxillaire s'étaient complétement soudés.

Il fallut revenir à une seconde opération, qui ne fut pratiquée que le 20 juin 1863 ; mais cette fois, au lieu de diviser l'os tout simplement, comme dans le procédé de Rizzoli, une portion cunéiforme de l'os fut enlevée, dans le but de s'opposer à la réunion osseuse et d'obtenir une fausse articulation; cette fois l'opération a eu un plein succès, et six semaines après, je vous présentais la malade, et le triangle osseux qui avait été enlevé, pour vous montrer le résultat de l'opération. Ce triangle osseux, dont la base correspondait au rebord du maxillaire inférieur, et le sommet au bord alvéolaire, avait environ 1 centimètre 1/2 de large à sa base.

Plusieurs de nos collègues, après avoir examiné la malade, témoignèrent des craintes qu'ils avaient de voir les deux fragments du maxillaire se consolider de nouveau, et pensaient qu'il faudrait revoir cette malade longtemps après l'opération, pour juger du résultat définitif, et déjà même ils croyaient reconnaître dans un point un commencement d'ossification.

C'est pour montrer que ces craintes, toutes légitimes qu'elles étaient, d'après les faits relatés par plusieurs de nos collègues, MM. Deguise, Marjolin, Bauchot et Forget, ne se sont pas réalisées.

Je soumets à l'examen de la Société cette pièce d'anatomie pathologique; elle prouve que notre opération avait donné le résultat que nous désirions obtenir, et la malade, qui vient de succomber (5 septembre 1866) à une phthisie pulmonaire, a pu, depuis cette opération, jouir du mouvement d'élévation et d'abaissement de sa mâchoire inférieure. Elle avait un écartement suffisant des mâchoires pour introduire dans sa bouche toute espèce d'aliments soit solides, soit liquides, et n'avait rien perdu de l'écartement de ses mâchoires, depuis trois ans qu'elle avait été opérée.

Si en effet on examine cette pièce, on remarque tout d'abord que la branche montante droite du maxillaire est déformée, moins longue et plus large que celle du côté opposé ; que le condyle et l'apophyse coronoïde sont moins épais et moins longs que les mêmes parties du côté gauche ; on dirait que toute cette branche montante a subi un arrêt de développement. L'échancrure sigmoïde du côté gauche est plus profonde que celle du côté droit. En enlevant cette pièce, j'avais constaté que l'articulation temporo-maxillaire gauche avait beaucoup perdu de sa mobilité, que les ligaments qui l'entourent étaient plus serrés, ce qui m'avait offert des difficultés pour les désarticuler; il existait une fausse ankylose, due à l'inaction de cette articulation.

Une seconde remarque, c'est que les sections de l'os ont porté sur la partie moyenne de la branche horizontale, et que l'angle de la mâchoire est intact; par suite de la perte de substance qu'a subie la mâchoire par l'ablation d'un triangle osseux, celle-ci, mesurée à son bord inférieur, et comparée à celle du côté opposé, offre une différence de longueur d'au moins un centimètre et demi, ce qui correspond à l'étendue du coin osseux qui avait été enlevé au moment de l'opération. De plus, tout le tissu osseux de la branche montante offre une coloration rougeâtre. Le nerf maxillaire, à son entrée dans le trou maxillaire postérieur, ne paraît pas altéré, il serait curieux, si on ne craignait de détruire la fausse articulation, de savoir dans quel état se trouve ce nerf au niveau de la section, et si les deux bouts se sont réunis et comment. D'ailleurs la malade, pendant son existence, n'a présenté aucun phénomène digne d'être noté de ce côté : elle avait conservé la sensibilité.

Entre les deux parties du maxillaire qui a été divisé, il existe une fausse articulation très-complète, et qui, depuis trois ans que l'opération a été pratiquée, est restée permanente ; elle est très-mobile, et les parties qui servent de charnière sont fibreuses et assez étendues pour que la partie moyenne de la mâchoire inférieure puisse s'abaisser; du vivant de la malade, cet abaissement était assez considérable pour permettre, sans difficulté, l'introduction du doigt indicateur dans la bouche.

Le tissu fibreux qui sert d'union aux os occupe toute l'étendue de l'intervalle qui existe entre les os, et s'étend dans toute la hauteur du maxillaire inférieur. Sa largeur paraît bien avoir un demi-centimètre, et sa solidité est la même à la partie interne et à la partie externe.

Toutes les dents molaires, excepté la première qui existe encore, ont disparu, de même que l'espace qu'elles occupent d'habitude, de telle façon que cette première molaire, qui est placée presque entièrement derrière la dent incisive, touche presque la base du bord antérieur de la branche montante, qui, dans ce point, s'est considérablement allongée, et fait une saillie qui est encore augmentée par la position de la branche montante qui se renverse un peu en arrière.

Cette pièce prouve qu'il n'est pas possible aujourd'hui de douter de la formation d'une fausse articulation, pour remédier à l'immobilité de la mâchoire inférieure, et que lorsque les méthodes de Rizzoli et d'Esmarck resteront sans résultat, on devra recourir à la division du maxillaire inférieur en enlevant une portion cunéiforme d'un à deux centimètres à sa base.

M. Verneuil. Je pense qu'il serait bon qu'on fît dessiner la pièce présentée par M. Boinet ; c'est bien là un exemple de pseudarthrose à la suite de l'opération de Rizzoli. Quoique les résultats cliniques n'aient pas toujours été satisfaisants jusqu'ici, il faut continuer, tout en tâchant de perfectionner la méthode. Je ferai remarquer que la mâchoire a conservé sa forme, et que les dents sont disposées d'une façon assez régulière.

M. Guérin. Je suis heureux d'avoir vu la pièce présentée par M. Boinet ; je n'étais pas jusqu'ici partisan de l'opération de Rizzoli, et je ne considère pas le résultat actuel comme bien satisfaisant. Il est évident que la pièce a été modifiée par la préparation, et cependant les deux fragments sont encore unis par du tissu fibreux qui s'oppose à une locomotion très-étendue. Supposez que le périoste et tous les muscles n'aient point été enlevés, la chose serait encore plus évidente ; aussi je me demande si pendant la vie la pseudarthrose était réellement le siége de mouvements étendus.

Je suis tellement convaincu de l'insuffisance et de la gravité de l'opération de Rizzoli, que je n'ose point la pratiquer. Dernièrement deux malades sont entrés dans mon service pour un resserrement extrême des mâchoires; l'un d'eux offrait un aspect si repoussant que personne ne voulait le recevoir. J'ai essayé, chez ces deux malades, la dilatation journalière avec des fragments de liége, et, après deux mois de persévérants efforts, j'ai obtenu un écartement notable des deux mâchoires; l'un des malades peut interposer son pouce entre les dents incisives. Du reste, avant de procéder à l'autoplastie, je présenterai ces individus devant la Société.

Dès à présent je crois pouvoir dire que j'ai obtenu, par la dilatation lente, un résultat aussi avantageux que ceux qu'a fournis jusqu'ici l'opération par excision d'un portion de l'os.

M. Boinet. Non-seulement les dents sont bien rangées, mais elles sont bien développées ; il faut constater ce résultat quoique le nerf dentaire ait été coupé au moment de l'opération. Je répondrai maintenant à M. Guérin qu'il faut distinguer les cas ; quand il s'agit d'une fausse ankylose on peut réussir avec la dilatation ; mais lorsqu'il s'agit d'adhérences cicatricielles, on échoue constamment, et c'est ce qui était arrivé pour le cas présent.

M. Verneuil. Je trouve que M. Guérin se montre bien sévère pour l'opération en général, et en particulier pour la pièce qui nous est soumise. Le fait est certain, la jeune fille ouvrait la bouche, et cela depuis trois ans, ce qui lui était impossible auparavant. Les mâchoires s'écartaient sans douleur, et il est positif que la malade avait retiré un grand bénéfice de l'opération. Ce n'est pas, du reste, le seul cas de guérison authentique ; dans des circonstances aussi graves, les autres méthodes de traitement échouent, et si l'on parvient quelquefois à faire ouvrir la bouche, la guérison ne se maintient pas. Que M. Guérin cesse le traitement qu'il a entrepris pour ses deux malades, et bientôt ils ne pourront plus écarter les mâchoires.

Après la dilatation, la récidive est la règle, qu'un de nos collègues dépose sur le bureau une observation prise par lui de guérison persistante obtenue par la dilatation lente, alors seulement je pourrai croire que cette méthode a une valeur réelle.

M. Legouest. Je ferai remarquer qu'il est impossible de se prononcer sur la valeur du résultat qui nous est soumis, puisque dans l'observation on n'indique pas d'une manière exacte quel était le degré d'écartement qu'on pouvait obtenir entre les deux mâchoires.

M. Guérin. Mes malades sont loin d'être guéris, et c'est la discussion actuelle qui me fournit l'occasion d'en parler prématurément ; il s'agit bien dans les deux cas d'adhérences maxillaires par cicatrices. Chez l'un de mes malades j'ai voulu couper les brides pour faciliter l'écartement, mon opéré a failli périr d'érysipèle ; j'ai été effrayé et c'est alors que j'ai eu recours à la dilatation.

On nous demande des observations de guérison par les moyens de douceur. Je répondrai que j'ai examiné celles qui ont été publiées en faveur de l'opération de Rizzoli et que je n'ai point été satisfait. Les malades sont restés avec leur difformité; ils arrivaient à manger, mais n'ouvraient pas largement la bouche. Par la dilatation on arrive aussi à écarter les mâchoires suffisamment pour alimenter les sujets, et on évite ainsi l'opération si grave de la résection.

M. Després. Voici une pièce qui nous est donnée comme une pseudarthrose, et comme une preuve à l'appui de l'efficacité de l'opération d'Esmarck. Messieurs, je me demande si c'est bien là une pseudarthrose. Nous en avons tous vu, et les fragments osseux y sont réunis par du tissu fibreux. Ce n'est pas cela que l'on observe sur cette pièce; il y a à la face interne de la mâchoire un pont osseux qui a dû être brisé pendant la dissection de la pièce. Entre les deux portions de l'os il y a des ostéophytes, du tissu d'aspect cartilagineux, et qui passent de la branche horizontale de la mâchoire à la branche montante.

Je crois qu'il y a là une reproduction d'os et une consolidation imminente. Si cette petite malade avait été réduite à ne prendre que des boissons pendant quinze jours au moins, et si on n'avait point fait exécuter des mouvements à la mâchoire, je suis convaincu qu'il y aurait eu consolidation, et si celle-ci n'a pas eu lieu, je crois que cela tenait à ce que le cal était brisé, à mesure qu'il se solidifiait.

M. Larrey. Je ne suis pas aussi difficile que certains de nos collègues, mais je dois dire que l'opération de Rizzoli me séduit peu. Je pense que cette opération si ingénieuse devrait être réservée pour des faits exceptionnels, et, par conséquent, que loin d'en généraliser l'emploi, il faut, autant que possible, avoir recours à la dilatation. Je signalerai à M. Verneuil des succès obtenus par la dilatation : ces faits sont relatés dans la thèse de M. Sarrazin aîné. Ce travail, peut-être un peu trop oublié, renferme plusieurs cas de guérison dont plusieurs m'appartiennent; je signalerai encore l'observation du général M...... Nous le connaissons tous, la guérison se maintient depuis plusieurs années. Je conclus en disant que dans toutes les constrictions des mâchoires, quelle qu'en soit la cause, il faudra d'abord tenter la dilatation progressive et n'en venir à l'opération que lorsque la maladie aura résisté à de persévérants efforts. On peut, en envisageant la question de cette manière, concilier, je crois, toutes les opinions.

M. Verneuil. La conciliation est dans l'esprit de tous les membres de la Société, l'inventeur de la méthode a lui-même pris soin de spécifier les cas. On n'opère jamais d'emblée; l'opération est réservée pour les cas où le cul-de-sac muqueux qui sépare les mâchoires de la joue a cessé d'exister. L'opération de Rizzoli est destinée à combattre la constriction cicatricielle, c'est-à-dire la constriction qui résiste nécessairement à une dilatation, aussi patiente qu'elle soit.

M. Demarquay. Il est regrettable qu'on n'ait pas conservé les muscles qui s'insèrent à la mâchoire ; il nous est impossible, à cause de cela, de bien apprécier la pièce qui nous est soumise. Quant au traitement de la constriction, il faut distinguer suivant les cas.

La dilatation peut guérir toutes les fois que les muscles sont demeurés sains; mais lorsque ces organes sont transformés, lorsqu'il y a des cicatrices puissantes, non-seulement la dilatation ne peut rien produire, mais encore l'opération de Rizzoli me paraît insuffisante. Si j'étais en présence d'un malade incurable, j'enlèverais la branche montante du maxillaire tout entière; il faut faire disparaître l'une des

articulations de la mâchoire, sans cela il y aura reproduction osseuse et la consolidation des deux fragments s'opérera tôt ou tard.

PRÉSENTATION.

M. LEGOUEST présente, au nom de M. Guillot, des appareils destinés au traitement des pieds-bots. Ces appareils se distinguent de ceux déjà construits par les particularités suivantes :

Premier appareil. — La tige postérieure est munie de trois articulations et d'un pivot mobile, qui permet l'application aux deux membres, et quelle que soit l'espèce de déviation du pied.

La vis placée à la partie interne de la tige postérieure ramène en dedans le pied renversé en dehors.

La première vis postérieure ramène le pied à angle droit, et combat la tendance du pied équin à l'extension.

La deuxième vis postérieure ramène en dehors le pied renversé en dedans. Son articulation se trouve au centre du talon.

La semelle s'articule au niveau des trois cunéiformes; elle sert à combattre le renversement de l'avant-pied sur la région calcanéo-astragalienne.

Deuxième appareil. — La tige est placée à la partie externe de la jambe. Elle possède deux articulations pour le renversement du pied varus et la flexion du pied équin.

La semelle a, dans sa partie moyenne, deux articulations permettant d'agir sur l'avant-pied. L'une donne un mouvement de rotation sur un axe vertical, l'autre un mouvement de circumduction ou de rotation sur un axe antéro-postérieur. Cet appareil complété par une guêtre lacée peut servir pour combattre le pied-bot varus équin, aussi bien que le pied-bot valgus équin.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

NÉCROLOGIE.

Les obsèques de M. Mêlier ont eu lieu aujourd'hui avec une grande solennité et en présence d'une assistance considérable, composée en grande partie de notabilités administratives et médicales et de nombreux amis de la famille. Après la cérémonie religieuse, le cortége s'est dirigé vers le cimetière du Père-Lachaise. Tous les honneurs dus à son rang, à son mérite et à son caractère, lui ont été rendus. M. Mêlier était médecin consultant de l'Empereur, inspecteur général des services sanitaires, membre et ancien président de l'Académie de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène publique, président de la commission des logements insalubres, membre de plusieurs sociétés savantes françaises et étrangères, commandeur de la Légion d'honneur, grand officier de l'ordre de Stanislas, commandeur des Saints-Maurice-et-Lazare, de la Conception, d'Isabelle-la-Catholique, chevalier de Saint-Joseph, etc., etc.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. Rayer, président du comité d'hygiène, M. Bouchardat, président de l'Académie, M. de Boureuille, secrétaire général du ministère du commerce et des travaux publics, et M. Michal, vice-président de la commission des logements insalubres.

Des discours ont été prononcés sur la tombe, au nom de l'Académie de médecine par M. Bergeron, au nom du comité d'hygiène par M. A. Latour, au nom de la commission des logements insalubres, par M. Robinet.

Nous n'avons pu nous procurer ces discours à temps pour les mettre sous les yeux de nos lecteurs. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à reproduire les quelques passages suivants du discours de M. Robinet, qui nous ont paru retracer avec fidélité une esquisse de l'homme et qui font connaître la part si active que M. Mêlier a prise à la constitution et aux travaux de l'une des institutions communales modernes les plus utiles.

« ... L'homme de bien n'est point celui que tout le monde a aimé; qui n'a fait jamais que des heureux autour de lui; qui n'a jamais blessé personne par sa parole comme par ses actions, et qui ne se connaît point d'ennemi?

« L'homme de bien vit bien plus pour les autres que pour lui-même; fidèle à la sainte maxime, il ne se contente point d'éviter le mal; il recherche le bien et le vrai et il les met en pratique.

« Sévère pour lui-même, il est indulgent pour les autres et donne partout l'exemple des vertus qui font le bon père de famille, l'ami sûr, le citoyen intègre.

« Et quand vient le douloureux moment de la séparation, il s'éteint en paix, sans remords, confiant dans la suprême justice.

« A ces traits, quelque imparfaits qu'ils soient, ne reconnaissez-vous pas, messieurs, l'excellent homme auquel nous venons rendre ici les derniers devoirs? Il n'est pas un de nous qui n'ait eu maintes fois à se louer de ses conseils, de son appui, de son affection; que sa mémoire en reçoive ici l'éclatant témoignage!

« Plus tard on vous dira de quelle honorable famille descendait M. Mêlier. On vous rappellera ses nombreux travaux sur l'hygiène publique, la médecine, le régime des institutions sanitaires. Chargé d'exprimer les profonds regrets qu'inspire cette perte douloureuse à l'une de nos institutions communales, je ne vous parlerai que du concours si distingué qu'il a prêté pendant plus de quinze ans à l'administration de la ville de Paris.

« Membre, dès le jour de sa création, de la commission des logements insalubres, M. Mêlier en était bientôt devenu le président.

« Pendant plus de dix années, M. Mêlier n'a pas manqué une des séances de la commission. Presque toujours arrivé le premier, il ne quittait le bureau que le dernier, après de longues séances de trois heures, pendant lesquelles il donnait constamment des preuves d'une rare intelligence des questions qu'il s'agissait de résoudre.

« C'est ainsi qu'il a dirigé et discuté plus de seize mille rapports, préparés par les membres de la commission, sur autant de maisons visitées et améliorées au point de vue de la salubrité de l'habitation. Il n'a pas pris une moindre part à l'étude attentive de mille cinq cents écoles de la ville de Paris, soit pour approuver les excellentes dispositions adoptées pour la grande majorité de ces utiles établissements, soit pour faire exécuter dans un certain nombre les changements jugés nécessaires.

« Lorsque la commission a dû s'occuper de questions générales, telles que la ventilation, le chauffage, l'encombrement, la vulgarisation de l'emploi de l'eau, etc., etc., l'honorable président de la Commission a toujours pris une part des plus actives aux discussions, à la direction des recherches et des expériences, et prouvé qu'il était parfaitement au courant de l'état actuel de ces problèmes.

« Vous rappellerai-je, messieurs, cette rare présence d'esprit, cette attention infatigable qui permettaient à notre cher président d'écouter jusqu'à cent rapports dans une séance, et de ne laisser passer dans aucun d'eux la moindre irrégularité, le plus petit oubli?

« Peut-être, hélas! faisait-il alors un usage exagéré de cette intelligence qui s'était conservée si vigoureuse, et aurions-nous encore le bonheur de le posséder s'il se fût contenté de moins bien faire.

« Mais vous le savez, M. Mêlier ne fait rien à demi. Cette soumission au devoir, cette confiance pour l'accomplissement du moindre d'entre eux, cette exactitude rigoureuse, faisaient rechercher partout notre collègue et lui valaient presque partout aussi les honneurs de la présidence. Il semblait naturellement destiné à cette position dans la plupart des réunions où l'appelaient les suffrages de ses confrères ou la confiance de l'administration.

« Vous savez, messieurs, que notre infortuné collègue a succombé loin de nous, dans la maison hospitalière du docteur Dugas, au Canet, près de Marseille.

« Il n'était pas seul, le 7 septembre, lors de la première atteinte de la congestion cérébrale à laquelle il a succombé. Dès le 9, il était entouré de toute sa famille; mais c'est en vain qu'elle lui a prodigué les soins les plus éclairés et les plus tendres; le 16 septembre, à huit heures du matin, M. Mêlier rendait le dernier soupir après avoir reçu les secours d'une religion consolatrice qu'il pratiquait avec conviction;

« Il restait à la famille un dernier devoir à remplir: c'était de ramener les tristes dépouilles que vous avez devant vous.

« Ce pénible devoir a été rempli avec la piété filiale la plus touchante par le gendre bien-aimé de notre collègue et par son petit-fils adoré qui, surpris par le coup de foudre du 7 septembre, s'est fait homme énergique, d'enfant doux et réservé qu'il était, pour partager avec son père les fatigues et les angoisses de ces terribles journées.

« Si des hommages rendus à la mémoire d'un homme peuvent adoucir quelque peu la douleur de sa famille, ceux qui viennent entourer la tombe de M. Mêlier avec une si complète unanimité devront relever son courage si justement abattu. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 13 septembre 1866 :

M. Herbet, professeur adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Lenoël, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite école, en remplacement de M. Thuillier (Joseph-Augustin), décédé.

M. Coulon, suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint d'histoire naturelle et matière médicale à ladite École, en remplacement de M. James, décédé.

M. Padieu fils, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, en remplacement de M. Lenoël, appelé à d'autres fonctions.

M. Richet, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, en remplacement de M. Thuillier (Auguste), décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Lettres obstétricales, par Ed.-C.-J. VON SIEBOLD, professeur d'accouchements à l'Université de Gœttingue. Traduit de l'allemand, par le Dr Alphonse Morpain; avec une introduction et des notes, par J.-A. Stoltz, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Strasbourg, In-12 de 268 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Études sur les poisons convulsivants. De la picrotoxine; par le docteur CAYRADER. In-8 de 30 pages. Prix : 1 fr.—Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 112. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 25 SEPTEMBRE 1866. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

ASILE IMPÉRIAL DE VINCENNES. — M. LABORIE.

Observation de diathèse rhumatismale. — Pleurésie. Angine, rhumatisme articulaire alternant avec une péritonite.

(Recueillie par M. DIONIS DU SÉJOUR, interne du service.)

La *Gazette des hôpitaux*, pendant le mois de décembre 1865, ouvrit ses colonnes à deux observations de rhumatisme viscéral recueillies, l'une dans le service de M. Bouchut, à l'hôpital des Enfants malades, l'autre dans celui de M. Empis, à la Pitié. Toutes deux furent soumises à la Société médicale d'observation, et y devinrent l'objet d'intéressantes discussions.

La première portait pour titre : *Affection rhumatismale suraiguë. — Chorée. — Endopéricardite. — Pleurésie double. — Mort. — Autopsie.*

Or la malade observée par M. Hayem, n'avait jamais présenté de manifestations douloureuses dans les articulations. Malgré l'absence d'un élément aussi important, il avait suffi à l'auteur d'envisager la cause *a frigore*, l'ensemble de la maladie, la marche, la multiplicité, le siége des accidents pour établir le diagnostic.

Cette interprétation rencontra à la Société la plus vive opposition. Son président, M. le professeur Béhier, résumant avec sa propre opinion celle de la majorité de l'assemblée, déclara qu'on ne pouvait vraiment rattacher à la diathèse rhumatismale une série d'accidents viscéraux tels que la pleurésie, l'endopéricardite, quand la principale manifestation, l'arthrite douloureuse faisait défaut.

Quelques jours plus tard, en lisant dans la même enceinte son observation de *Rhumatisme viscéral,* M. Hemey soulevait les mêmes objections pour un cas où les douleurs articulaires n'avaient point encore paru.

Il restait dès lors comme un fait acquis, qu'on ne doit envisager comme rentrant dans la diathèse rhumatismale que les cas ou les affections viscérales sont précédées, accompagnées ou suivies de la manifestation articulaire.

Nous achevions à peine cette lecture quand il nous fut donné d'observer à notre tour, à l'Asile impérial de Vincennes, dans le service de M. le docteur Laborie, un cas bien caractérisé de rhumatisme viscéral que nous allons exposer ici.

X... domestique, est âgé de vingt-trois ans; jusqu'au commencement du mois de septembre dernier, cet homme avait été bien portant. A cette époque, après plusieurs jours de malaise et de fièvre, il se déclara chez lui une gêne considérable de la respiration; l'oppression augmenta progressivement et il se manifesta bientôt un point de côté très-douloureux situé sous le mamelon gauche. Le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine; tous les signes d'un épanchement pleurétique furent constatés; pendant quelques jours celui-ci parut vouloir diminuer; il y eut même un amendement marqué des symptômes généraux, et cela coïncida avec l'application d'un grand vésicatoire sur le côté malade. Mais cette amélioration fut de courte durée, les étouffements reparurent et la dyspnée devint telle qu'il fallut recourir à la thoracenthèse pour éviter l'asphyxie. Il sortit au dire du malade environ cinq litres d'un sérosité jaunâtre, assez transparente. Le soulagement fut immédiat et pour nous servir d'une expression empruntée des anciens médecins vitalistes, « la puissance de la diathèse devait être épuisée, » puisque cette fois le point de côté disparut; la dypsnée se changea en une oppression qui s'amoindrit tous les jours; en même temps les phénomènes généraux s'éteignirent.

Cet homme sortit de l'hôpital après vingt-huit jours de maladie; il ne reprit son travail qu'au bout d'un mois, vers le 5 décembre.

Mais alors une exposition prématurée au froid humide amena chez lui une rechute. Il se déclara de la fièvre et un petit épanchement accompagné d'oppression. Fièvre, épanchement et oppression cédèrent du reste à l'application d'un nouveau vésicatoire et de frictions d'huile de croton.

Vers le 15 septembre un violent mal de gorge amena le malade à la Charité; la fièvre intense et persistante annonçait une phlegmasie naissante. En effet, l'amygdale droite rougit, augmenta de volume, devint douloureuse. La déglutition de la salive, des boissons et des aliments devint très-pénible; le quatrième jour un redoublement dans la fièvre, les frissons et des douleurs lancinantes annoncèrent la suppuration, l'abcès formé dans l'amygdale se rompit et dès lors symptômes locaux et généraux disparurent.

Le 3 janvier cet homme nous arriva à l'Asile de Vincennes, et fut immédiatement examiné par M. le docteur Laborie.

L'examen de la gorge laissa voir la muqueuse du pharynx et des piliers droits du voile du palais assez rouge. L'amygdale du même côté est encore volumineuse et couverte d'un mucus épais et blanchâtre. Celle du côté opposé paraît seulement fluxionnée. La déglutition semble assez facile.

Quant à la poitrine, du côté droit elle n'offre rien d'anomal. A gauche il y a, en arrière seulement et à la base, de la submatité. En ce point on entend, à de rares intervalles du reste, quelques frottements pleuraux très-affaiblis et la voix n'y est qu'un peu voilée.

Il n'y a pas de fièvre. L'état de cet homme est jugé assez satisfaisant pour qu'on lui permette la table commune, et qu'on le place dans une galerie avec liberté d'aller et de venir dans les jardins.

Cependant, le lendemain de son arrivée, ce convalescent se plaignit d'avoir la fièvre et d'être repris de son mal de gorge. On le fit passer de suite à l'infirmerie, et M. Laborie examina la gorge.

Ce ne fut pas chose facile à cause du gonflement des joues et de la région sous-maxillaire et parotidienne. Un bouchon glissé entre les arcades dentaires donna un peu de jour et permit de constater que la tonsille droite était devenue rouge et grosse. Elle était enduite d'un mucus crémeux, et faisait saillie dans deux sens : 1° en avant où elle repoussait le pilier antérieur; 2° sur la ligne médiane de manière à dévier la luette vers la gauche. La bouche était amère; l'haleine fétide. Le malade n'avalait qu'à grand'peine. La fièvre était intense, et le pouls donnait 84 pulsations.

Diète; gargarisme astringent.

Le 5, l'état fébrile persista; la gêne de la déglutition fut plus grande que la veille. La tonsille examinée à grand'peine montre un point légèrement acuminé. Cet indice d'un abcès dans l'intérieur de l'amygdale est d'ailleurs corroboré par des frissons, des douleurs lancinantes et le redoublement de la fièvre le soir.

On donna un vomitif dont les secousses devaient provoquer la rupture du foyer purulent.

Le 6 janvier la fièvre a diminué; le pus de l'amygdale ne s'est évacué qu'aujourd'hui seulement, et le malade entre de nouveau en convalescence.

Le 7, il est sans fièvre.

Tout à coup deux jours après, le 9, cet homme se couche en proie à de vives douleurs articulaires, surtout dans le genou et le poignet gauches. La fièvre a reparu; au moment de la visite, cet homme a dans son lit l'attitude et le facies pâle si connus des rhumatisants.

L'examen des articulations y montre un gonflement œdémateux, de la tension, de la rougeur, de la chaleur. Les mouvements exaspèrent les douleurs.

L'état de la poitrine est le même qu'au moment de l'arrivée; submatité à gauche en arrière et à la base. Point de palpitations; bruits du cœur normaux; pouls régulier à la radiale.

La langue est saburrale; la gorge encore tuméfiée, mais plus du tout douloureuse.

Il y a de la chaleur générale, des sueurs; le pouls donne 82 pulsations.

Bouteille d'eau de sedlitz.

Badigeonnage des jointures douloureuses avec le collodion.

Le 10 janvier, même état.

Le 11, moins de fièvre; douleurs articulaires modérées au moment de la visite; vers midi, elles se suppriment tout à fait et font place à une vive douleur abdominale, localisée dans le flanc droit et l'ombilic. Il y a quelques nausées suivies de vomituritions; le ventre s'excave; la face se grippe. Le pouls monte à 104 pulsations; il est petit, fréquent, serré. C'est une péritonite partielle.

L'interne de garde administre un vomitif et fait placer sur le ventre des cataplasmes émollients bien supportés du reste.

Le lendemain, 12, l'état du ventre est le même; on y sent, de plus que la veille, par les moyens appropriés, la présence d'un peu de liquide. Fièvre forte. Vésicatoire sur l'abdomen.

Le 13, un mieux sensible se déclare; du 14 au 18 le malade entre en convalescence; le 18 il n'y a plus rien, et le malade peut être considéré comme guéri de sa péritonite.

Mais, chose très-remarquable, dès la veille, c'est-à-dire dès le 17, les douleurs articulaires ont reparu. Cette fois, elles ont pris surtout possession des articulations droites; elles s'accompagnent d'une fièvre rémittente dont les exacerbations ont lieu le soir. Le pouls monte jusqu'à 108; il est fort et vibrant. Néanmoins, il ne garda pas longtemps ce caractère, et la façon rapide dont il céda, annonça le déclin de la maladie. C'est ainsi que de 94, il tomba à 86, puis à 78, et enfin à 72. Les douleurs articulaires décrurent tout aussi rapidement. Tout cet appareil rhumatismal avait entièrement disparu le 26 janvier. Le 18 février, notre malade quitta l'asile.

Nous venons d'exposer aussi brièvement que possible l'histoire d'un homme, qui, bien portant pendant vingt-trois ans, au bout de ce temps présenta des accidents dont le premier fut une pleurésie, à laquelle succédèrent, en l'espace de trois mois, une angine, puis des douleurs articulaires. Celles-ci se suppriment pour faire place à une péritonite; elles reparaissent quand celle-ci a cédé.

Nous n'hésitons point à invoquer pour tous ces accidents l'origine commune d'une diathèse rhumatismale.

Et d'abord, s'il nous est permis d'aller chercher des arguments dans l'étiologie, nous pourrons rapporter à l'hérédité la cause des affections qui se sont développées chez ce jeune homme. Il était, par sa mère, en puissance de rhumatisme. Plusieurs fois, en effet, celle-ci entra dans les hôpitaux pour du rhumatisme articulaire, et elle succomba avec une affection du cœur probablement symptomatique.

Maintenant, disons tout de suite que l'ensemble des accidents

BIBLIOGRAPHIE.

Traité historique et pratique de la syphilis, par le docteur LANCEREAUX, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut de France, de l'Académie de médecine, de la Faculté de médecine, etc., etc. (1), accompagné de trois planches gravées et coloriées.

On a déjà tant écrit sur la syphilis qu'il semble que tout soit dit. Il n'en est point ainsi, car cette entité morbide paraît être un des sujets les plus vastes de la pathologie, à tel point qu'Andral considère la syphilis comme devant servir de clé à toute la pathologie.

M. Lancereaux l'a jugé ainsi, en en faisant le sujet d'une étude complète, sérieuse et philosophique, et en l'envisageant « non pas comme un spécialiste dont la vue ne dépasse pas l'horizon de sa spécialité, mais à la manière du nosographe qui ne trouve là qu'un chapitre détaché de la grande histoire des maladies. »

Sous le rapport historique, l'auteur considère la syphilis dans l'antiquité, chez les Chinois, les Indiens, les Juifs, les Grecs, les Romains; au moyen âge, où elle était décrite sous le nom de lèpre et enfin à la renaissance, où elle s'est définitivement révélée d'une façon précise. L'indice bibliographique des sources auxquelles notre confrère a puisé, et qu'il nous donne au commencement de chaque chapitre, est le plus complet que nous connaissions.

Après avoir étudié les endémo-épidémies syphilitiques postérieures à celle du XVe siècle, et la distribution géographique de cette maladie dans le monde, M. Lancereaux arrive à la nosographie de la syphilis, qu'il divise en *accidentelle* et en *héréditaire.*

Il considère dans la syphilis quatre périodes, qui sont : 1° la période d'incubation; 2° la période d'éruption locale (accidents primitifs); 3° la période d'éruption générale (accidents secondaires); 4° la période des productions gommeuses (accidents tertiaires et quaternaires); et, arrivant à la question de *dualité* et d'*unicité* du virus syphilitique, il se montre partisan de la dualité, dans les propositions suivantes (p. 101).

« 1° Il n'est pas prouvé qu'un simple ulcère profond, à bords taillés à pic, qu'un vrai chancre mou, en un mot, ait été, dans aucun cas, l'accident initial de la syphilis constitutionnelle;

2° « Il n'est pas mieux démontré que cette même affection ait jamais pu transmettre un chancre induré et la syphilis;

« 3° Enfin, les observations cliniques qui tendent à faire admettre que, dans des conditions données, le chancre mou puisse dériver du chancre induré, n'ayant pas encore été confirmées par l'expérimentation, nous ne pensons pas qu'on soit autorisé à reconnaître l'existence d'un rapport véritable entre le chancre mou et la syphilis. »

La période d'éruption générale ou des accidents secondaires est étudiée assez longuement, et l'auteur a mis cette partie au courant des idées modernes sur la dermatologie syphilitique. Il a tiré un bon profit des travaux de la jeune école à laquelle il appartient, travaux qui ont pris naissance au Midi et à Saint-Louis, et qui sont signalés dans des thèses remarquables de MM. Martellière, Pillon, Dubuc, etc.

Trois cents pages sont consacrées à la période des productions gommeuses (accidents tertiaires et quaternaires), et cette période est étudiée en détail avec un soin tout particulier. Dans cette partie remarquable, nous trouvons l'explication d'une foule de phénomènes, d'états morbides, avec des indications pratiques fort utiles.

Sans parler des syphilides pustulo-ulcéreuses, pustuleuses profondes, nous trouvons dans cette période les affections syphilitiques des glandes mammaires qui sont fort peu connues, et qui ont dû donner plusieurs fois lieu à des méprises préjudiciables aux malades. Si Hunter, Swédiaurs, Bell n'en parlent pas, elles ont été vues cependant par Sauvage, par Richet, par Verneuil, par Maisonneuve, par Velpeau, qui pensent que ce sont des mastites syphilitiques et non pas des cancers, qui ont été guéris par les préparations iodurées. C'est donc là un point fort curieux et fort important.

M. Lancereaux étudie les gommes dans tous les appareils, dans ceux de la locomotion, dans ceux des organes génito-urinaires, digestifs, hémopoïétiques, circulatoires, respiratoires, et enfin dans ceux de l'innervation et des sensations spéciales.

Si les productions gommeuses des appareils de la locomotion nous sont en général assez familières et sont plus sensibles à nos moyens d'investigation; si celles des organes génito-urinaires, celles du voile du palais, du pharynx, de l'œsophage sont mieux connues, nous n'en

(1) 1 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière, 1866, de 782 pages.

observés chez notre malade ont été dominés par la manifestation articulaire dont on fait avec juste raison le critérium du diagnostic rhumatisme. Caché d'abord derrière un appareil symptomatique qui s'appesantissait sur le tissu des plèvres, sur celui des amygdales, elle a fini par faire explosion et nous a ainsi donné le droit de ranger sous sa dépendance les accidents variés qui se sont succédé dans cet organisme.

Quelques observateurs, il est vrai, ne voudront point accorder qu'on puisse ranger dans le cadre rhumatismal des accidents qui envahissent des tissus aussi différents que les plèvres et les amygdales. Mais ne savons-nous pas aujourd'hui, depuis que M. Robin a vulgarisé la connaissance des éléments anatomiques, que la fibre lamineuse se rencontre à la fois dans le tissu séreux des plèvres et le tissu muqueux des amygdales, en quantités différentes seulement, puisque dans le premier c'est un élément fondamental, tandis que dans le second c'est un élément accessoire. D'ailleurs aujourd'hui, ce n'est plus là qu'on place le siége du rhumatisme; les dernières recherches de M. Fernet paraissent l'avoir localisé dans le système des nerfs vaso-moteurs.

Et puis, nous permettra-t-on de le dire? la considération du siége ne nous semble que secondaire; les anciens pathologistes attachaient une bien autre importance à la marche des accidents, à leur forme superficielle, à leur versatilité. Voilà les seules considérations qui décelaient pour eux le génie rhumatismal.

Qu'on lise dans la pathologie de Joseph Frank la description de l'angine rhumatismale, et l'on sera, nous l'espérons, bien vite convaincu de ce que nous avançons ici. Alors, si l'on se reporte à notre observation, sera-t-il possible de n'être point frappé de la succession rapide des éléments qui se sont développés chez notre malade, de leur mobilité, de leur alternance, de leur cachet superficiel, et tous ces caractères ne permettront-ils point de ranger cette pleurésie, cette angine, cette péritonite sous la dépendance du rhumatisme qui les a accompagnées?

DEUX OBSERVATIONS DE CÉPHALOTOMIE,

Exécutées par le forceps-scie.

Obs. I, communiquée par le docteur Wasseige, professeur à Liége. — Cette observation, quoique datant de 1863, n'a jamais été publiée.

Catherine P..., domestique, âgée de vingt-neuf ans, est d'une stature moyenne et d'un tempérament lymphatique. Rachitique dès son enfance, elle n'a marché qu'à trois ans, et peu de temps après, la marche a été suspendue pour longtemps. Réglée à l'âge de vingt ans. Dernière apparition, février 1863. Sa grossesse a été heureuse.

Premières douleurs, 11 octobre 1863.

Rupture des membranes, 13 octobre au matin.

Entrée à la Maternité, 13 octobre au matin.

Examen. — Le bassin est rétréci; diamètre sacro-pubien, 75 millimètres; les autres diamètres également rétrécis.

Le col présente une dilatation égale à la circonférence d'une pièce de 2 francs; il est partiellement dilatable; sa partie droite seule offre une certaine résistance.

L'enfant se présente en première position du sommet.

L'accouchement spontané ayant été jugé impossible, et la femme, d'après les demandes qu'on est dans l'usage d'adresser en Belgique, se refusant à toute opération qui puisse compromettre ses jours, M. Wasseige se détermine à l'emploi du forceps-scie, dès que le col permettra le passage de l'instrument.

Toutefois, comme l'enfant vit encore, on tentera quelques tractions une fois l'instrument en place, avant d'adapter la scie.

Dès la dilatation suffisante, on procède à l'opération. Le professeur Wasseige applique le forceps aux deux extrémités du diamètre oblique droit; la tête est alors saisie suivant le diamètre bipariétal, et un léger mouvement de rotation vers la gauche place le plus petit diamètre de la tête en présence du diamètre rétréci du bassin. Dans cette position l'opérateur, par des tractions énergiques, tâche d'engager la tête du fœtus dans l'excavation, mais sans résultat.

Alors, dit M. Wasseige, auquel je vais laisser la parole, nous ramenons la tête dans ses rapports premiers, et nous nous décidons à la scier.

Nous introduisons la scie et les conducteurs dans les coulisses de l'instrument; la scie ayant été poussée jusque sur le crâne, nous plaçons la clef destinée à mouvoir les conducteurs; nous opérons ensuite la section de la tête, après quoi nous retirons la scie et les conducteurs.

Quelques tractions faites sur l'instrument engagent le segment du crâne qui est en rapport avec la partie postérieure du bassin; le segment antérieur échappe, celui qui est engagé est bientôt extrait.

Les doigts de la main gauche, portés dans le vagin pour reconnaître le fragment adhérent, trouvent que ce fragment a basculé; ce sont les parties divisées de la mâchoire supérieure et inférieure qui se présentent. La difficulté de saisir ces parties au moyen de la pince à dents, le temps que nous pouvons perdre dans ces tentatives, nous engagent à introduire la main dans l'utérus et à faire la version pelvienne. Cette opération fut très-facile et l'extraction du fœtus bientôt terminée. Délivrance naturelle.

L'examen des fragments de la tête, nous montre que celle-ci a été divisée en deux parties régulières, suivant la circonférence occipito-mentonnière à peu près.

La base du crâne a donc été détruite, et le sphénoïde a été scié en deux parties presque égales.

Suites de couches. — Apparition de la fièvre puerpérale le deuxième jour. Une épidémie de cette nature faisait, à cette époque, de grands ravages dans notre hospice.

Mort le 17 novembre.

Obs. II, traduite de l'italien. (Clinique de Milan, 1864, rédigée par le docteur G. Casati, p. 126). — *Deuxième position de l'occiput. — Rétrécissement du bassin. — Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, 86 millimètres. — Léger rétrécissement du diamètre sacro-cotyloïdien. — Céphalotomie avec le forceps-scie de Vanhuevel. — Enfant mâle assez développé, de neuf mois. — Suites de couches régulières.*

La femme inscrite sous le nº 416 est âgée de dix-neuf ans, et paraît avoir été rachitique dans son enfance. A seize ans, elle eut ses premières menstrues, qui se maintinrent depuis constamment régulières jusqu'au mois de mars 1862, où il y eut suspension; et, au mois d'août, elle sentit les mouvements actifs du fœtus. Elle est de petite taille, maigre et délicate; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure extérieurement 164 millimètres; l'exploration interne, par le toucher avec la déduction, donne 86 millimètres; on remarque, en outre, une courbure intérieure des parois cotyloïdes, légèrement infléchies à leur extrémité inférieure. Le 8 janvier 1863, à neuf heures du soir, cette femme commença à éprouver les douleurs de l'enfantement, qui, légères d'abord, se maintinrent ainsi toute la nuit, et n'augmentèrent que vers la matinée du 9. D'après l'exploration du sujet à ce moment, les parties sexuelles se trouvaient molles, saines et flexibles; l'ouverture de l'orifice était de plus de 54 millimètres, et ses bords mous et sans résistance; la poche amniotique, dans son intégrité, était distendue pendant les douleurs; il y avait présentation du sommet à la deuxième position, mobile au détroit supérieur. On entendait distinctement les battements du cœur du fœtus à droite, au-dessous de l'ombilic de la mère, et les contractions étaient fortes et fréquentes. Vers sept heures et demie du matin, se fit la rupture spontanée du sac amniotique.

Dans une nouvelle visite, qui eut lieu dans l'après-midi, comme, malgré la grande dilatation de l'orifice et la violence des contractions la tête ne s'engageait point, après avoir calculé le degré d'étroitesse du bassin, le professeur de Billi, qui, à cette époque encore dirigeait l'hospice, décida de tenter l'extraction du fœtus au moyen du forceps. Il fit placer la femme sur le bord du lit; mais quoique le forceps eût été bien appliqué et que d'énergiques tractions fussent faites, le fœtus ne sortit point, et même la tête ne s'était point du tout avancée; cependant, les battements du cœur fœtal étaient moins sensibles. Alors, le forceps retiré, on eut recours au forceps-scie de Vanhuevel; après avoir convenablement appliqué les branches de cet instrument sur la tête du fœtus, suivant le précepte de l'accoucheur belge lui-même, qui dit qu'on doit l'appliquer sur les côtés du bassin, on introduisit les petites tiges armées de la scie à chaîne, et, au moyen de la manivelle, on commença de scier la tête du fœtus.

L'opération n'offrit point d'accidents, et peu de minutes suffirent pour opérer la section de la tête. Après avoir retiré les petites tiges et la chaîne dentée, quelques tractions, exercées avec le forceps lui-même, firent descendre la tête fœtale jusqu'au détroit inférieur; puis, retirant les branches et introduisant sa main dans le vagin, l'opérateur saisit une des portions de la tête sciée, et en tirant avec elle, il réussit peu à peu à extraire les deux parties, suivies du tronc du fœtus, qui était un enfant mâle très-développé. La tête présentait un crâne très-résistant, et l'action de la scie s'était dirigée du sommet à la base transversalement, en entamant les deux os pariétaux et temporaux, passant en avant du rocher, partageant la selle turcique et venant aboutir au delà des trois premières vertèbres cervicales, qui ne furent point attaquées, tandis qu'il y avait eu lésion des parties molles situées au-devant. La délivrance fut prompte, et, après une suite de couches tout à fait régulière, le 19 janvier 1863, cette femme quittait l'établissement.

Réflexions. — Les détails qui sont rapportés dans ces deux observations, font mieux comprendre que les plus belles descriptions les avantages et les inconvénients du forceps-scie.

D'abord je signalerai dans les deux opérations le rétrécissement général du bassin. Ainsi : Obs. I. diamètre sacro-pubien, 0m,075, *les autres diamètres sont aussi rétrécis*. Obs. II. diamètre antéro-postérieur, 0m,086, *léger rétrécissement du diamètre sacro-cotyloïdien*. Cette complication se présente très-fréquemment, et, à Paris, on n'appelle pas assez l'attention des élèves sur le rétrécissement possible du diamètre sacro-cotyloïdien. On se contente de la mensuration digitale, qui sert à faire apprécier, plus ou moins exactement, le diamètre sacro-sous-pubien. Déjà j'ai ailleurs mentionné la difficulté d'une réduction exacte pour connaître l'étendue du diamètre sacro-pubien, qui est celui qui s'oppose le plus souvent à l'engagement. Cette difficulté dépend de la longueur et de la direction variables de la symphyse pubienne.

Parmi les auteurs classiques, Velpeau est le premier (t. I, p. 16, édit. 1835) qui ait parlé de l'étendue du diamètre sacro-cotyloïdien; Jacquemier (t. I, p. 13) l'appelle distance sacro-cotyloïdienne; presque tous les autres se sont contentés d'indiquer, à chaque détroit et dans l'excavation, le diamètre antéro-postérieur, les deux obliques et le transverse. Cependant Cazeaux a constaté l'heureuse innovation de notre aimé maître (p. 14), mais il en rapporte le premier mérite à Burns. Nægelé et Stolz ont mesuré quatre-vingt-dix fois le diamètre sacro-cotyloïdien.

Dans un parallèle sur le céphalotribe et le forceps-scie, qui sera incessamment publié, j'ai donné des statistiques prises en Belgique et en Italie; dans ces deux pays on se préoccupe beaucoup du rétrécissement des diamètres combinés, qui rendent, en effet, les cas de dystocie bien plus graves. Je renvoie, pour l'appréciation de ces rétrécissements, aux observations que j'ai publiées en 1863, pour la clinique Belge; quant aux trente-quatre céphalotomies pratiquées en Italie, on trouve vingt-cinq cas de rétrécissements compliquant le rétrécissement antéro-postérieur, dont vingt cas pour le seul diamètre sacro-cotyloïdien. Je ne les ai pas indiqués sur le tableau que j'ai établi dans le parallèle en question pour le simplifier; mais ils sont mentionnés dans la thèse de concours du docteur Agudio (Milan, 1863); ce sont, pour les rétrécissements sacro-cotyloïdiens, les numéros 1, 3, 5, 8, 11, 12, 13, 17, 19, 21, 22, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34; pour les autres, les numéros 4, 9, 11, 13, 17.

Pour en revenir aux avantages du forceps-scie, on voit, (Obs. I), que si l'enfant vit, l'accoucheur peut faire avec cet instrument des tractions pour essayer d'engager le fœtus, comme s'il opérait avec un forceps ordinaire; ce n'est qu'après insuccès que l'on monte la scie qui doit mettre fin à ses jours; les tractions peuvent aussi être précédées d'un mouvement de rotation, comme dans l'observation précitée, pour placer le diamètre le plus étroit de la tête fœtale dans le sens du diamètre le plus petit du bassin maternel.

La facilité de la manœuvre est également prouvée par l'application oblique que fit au détroit supérieur le professeur Wasseige.

Comme le forceps, l'instrument de Vanhuevel peut se placer dès que le col a subi une dilatation suffisante pour permettre son passage.

Jamais, comme on le voit par ces deux spécimens, l'action de la scie n'offre de difficultés. Une fois la division opérée, quelques tractions sur l'instrument suffisent le plus souvent pour extraire les segments. Dans l'Obs. I, la réussite a eu lieu pour le segment postérieur; mais le segment antérieur échappe,

---

dirons pas autant de celles de l'estomac et de l'intestin, lesquelles donnent lieu aux gastro-entéropathies syphilitiques. Virchow, Leudet, Cullerier, Choisy et Courtin ont mis hors de doute l'existence des lésions tertiaires du tube intestinal. Mais si l'anatomie pathologique démontre ces lésions, l'étude fonctionnelle ne les fait reconnaître que bien difficilement, et ils faut un ensemble bien connu de phénomènes, joint à la notion des antécédents, pour mettre sur la trace de la maladie.

M. Lancereaux n'a omis aucun organe dans sa perquisition scientifique; ses recherches se sont étendues jusque sur les glandes annexes des organes digestifs. Nous ne lui reprocherons pas son laconisme sur la syphilis du pancréas, affection qui avait piqué notre curiosité à cause d'une mort illustre, peu éloignée encore, mort qui a fait grand bruit dans le monde et sur les causes de laquelle les commentaires n'ont pas manqué. Ici, c'est plutôt la science que l'esprit investigateur de M. Lancereaux qui est en défaut.

Les productions gommeuses dans le foie ont été beaucoup mieux étudiées et les matériaux n'ont pas manqué. M. Lancereaux a mis à profit les travaux des Gubler, des Leudet, des Hérard, des Virchow, des Frerichs et les siens propres. Ce chapitre constitue une monographie très-complète, très-savante, très-intéressante, de près de 50 pages, et dont l'intelligence est facilitée par de belles gravures.

Le cœur et ses enveloppes, les artères, ne sont pas à l'abri des productions gommeuses. Cette altération est assez rare cependant, car il n'y a pas long temps qu'on l'a recherchée; elle a passé inaperçue jusqu'alors. Néanmoins, elle constitue une indication importante dans le traitement.

Le larynx est fréquemment le siége de productions gommeuses, reconnaissables au laryngoscope et aux antécédents. On en trouve également dans la trachée, dans les bronches, dans les poumons, où elles donnent lieu à des accès d'asthme, à de la dyspnée.

Pour les affections nerveuses syphilitiques, M. Lancereaux n'avait qu'à puiser dans son dernier ouvrage (1). Mais il nous semble qu'il a été un peu trop bref à l'endroit de certaines névroses convulsives, telles que l'épilepsie, de certaines névroses intellectuelles, telles que la lypémanie. Non pas que la syphilis puisse déterminer la folie, mais c'est qu'elle peut devenir une cause occasionnelle quand le sujet y est prédisposé par l'hérédité ou par d'autres causes.

Après la syphilis accidentelle, l'auteur a étudié la syphilis héréditaire, qu'il a suivie dans son évolution par périodes, examinant successivement, dans chacun des appareils de l'organisme, les accidents qui se rattachent à la dernière période.

Successivement M. Lancereaux traite de la séméiotique, de l'étiologie, de la thérapeutique et de la médecine légale. La syphilis vaccinale n'a pas été oubliée, et l'ouvrage se termine par les *affections supposées syphilitiques chez les animaux*. Ici l'auteur est en désaccord avec Auzias-Turenne, au chat de qui nous devons une petite visite.

Nous croyons en avoir dit assez pour donner une idée du livre de notre confrère. Cette courte analyse suffira pour faire voir que cet ouvrage est le plus complet, le plus savant que nous connaissions sur la syphilis. Il n'est pas un mémoire, pas un opuscule sur ce sujet qui n'ait été cité, indiqué ou feuilleté par l'auteur. C'est un travail de bénédictin par la science qu'il contient, un travail de clinicien par les observations qu'il renferme et par les considérations pratiques qui en découlent. Il a fallu à l'auteur un puissant amour de la science pour l'entreprendre. Du reste, il n'est pas un nouveau venu en syphilis, car l'ouvrage qu'il a fait avec M. le docteur Gros, et que l'Académie a couronné, lui a déjà donné un rang distingué parmi les syphiliographes.

Dr A. Corlieu.

(1) Gros et Lancereaux. *Des affections nerveuses syphilitiques.*

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical, avec un appendice sur les maladies du vagin et de la vulve, par A. Courty, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. Un très-fort vol. grand in-8º de 1,100 pages et 240 figures intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise. Prix : 16 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Traité élémentaire de pathologie interne, par le professeur Monneret. La onzième et dernière livraison vient de paraître, elle contient plus de matières que les précédentes, et à cause de cela le prix en est fixé à 4 fr. 50. L'ouvrage complet, trois vol. grand in-8º. Prix : 35 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

et nous voilà aux prises avec la seule difficulté du forceps-scie. Le toucher fait reconnaître que le segment a basculé ; le saisir avec des pinces à dents, par sa circonférence et l'extraire lentement, telle est la méthode habituelle qui n'a jamais entraîné de dangers. L'opérateur belge fait mieux ; supposant que le temps à employer à l'extraction pouvait être préjudiciable à la malade, il pratique la version pelvienne, et toute difficulté est vaincue ! Sans l'épidémie régnante, cette femme vivrait encore, suivant toutes les probabilités.

A l'examen, on voit que la base du crâne du fœtus a été divisée en deux parties égales, et c'est là surtout le plus grand avantage qu'on puisse retirer de l'instrument, à savoir : la destruction régulière de la base qui, dans les rétrécissements comme celui dont il s'agit, 7 centimètres 1/2, met un obstacle infranchissable à l'accouchement.

Cette destruction assurée de la base du crâne est un garant, pour l'accoucheur, que le fœtus est toujours mort, le nœud vital étant infailliblement détruit, ce qu'on ne peut dire dans tous les cas avec le céphalotribe. J'ai vu plusieurs fois l'accoucheur être obligé de détruire le bulbe rachidien après la céphalotripsie, l'enfant venant avec une tête dont la voûte a été brisée et donnant encore cependant quelques signes de vie ; j'en sais un qui vécut une heure et demie de la sorte, spectacle horrible, s'il en fut, aux yeux de la famille, et bien fait pour discréditer le céphalotribe et malheureusement aussi celui qui l'applique.

Cet inconvénient que je crois avoir signalé un des premiers, quoiqu'il soit arrivé à presque tous les accoucheurs qui s'occupent d'embryotomie, est un puissant argument en faveur du forceps-scie. Il se produit surtout dans les rétrécissements extrêmes, quand la base du crâne n'est pas profondément engagée entre les cuillers du céphalotribe, ou quand, ce qui arrive souvent, cet instrument glisse. Mais on comprend que les praticiens auxquels pareille chose survient, ne s'empressent pas de la publier, ils achèvent en silence de détruire le reste de vie qui peut encore animer le fœtus !

Dans l'Obs. II, on peut aussi noter une présentation occipito-postérieure, cause probable de l'insuccès avec le forceps ordinaire dans un bassin ayant d'ailleurs 86 millimètres.

L'opération, comme dans l'Obs. I, fut très-facile ; le forceps s'applique comme le forceps ordinaire et le plus souvent directement ; ce n'est qu'après le déplacement des branches et l'articulation que l'on introduit les tiges garnies de la scie qui a été passée d'avance. Ce temps de l'opération est des plus simples. De même, une fois la section opérée, il est tout aussi facile, sinon plus encore, d'enlever ces tiges et la scie.

Cette fois, les tractions dernières firent descendre la tête fœtale jusqu'au détroit inférieur où, l'instrument étant retiré, les doigts suffirent pour extraire les deux portions de la tête, bientôt suivie de l'expulsion du tronc.

Ici la direction indiquée du trait de scie complète ce que nous avons dit à propos de la destruction si nécessaire du nœud vital, et la guérison de la mère fut la conséquence d'une opération aussi sagement conduite que brillamment exécutée.

Dr Eug. Verrier.

DES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES

Produits par le curare chez l'homme. — Doses que l'on peut donner. — Indications thérapeutiques (1),

Par M. le docteur Aug. Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre, et Henry Liouville, interne des hôpitaux.

(Lu à la Société de médecine de Paris.)

Physiologie pathologique.

Frisson. — Pouls radial. — Le frisson que nous avons observé chez nos malades ressemble entièrement au frisson que présentent les lapins que nous avons empoisonnés par le curare ; ce sont les mêmes ondulations fibrillaires, parcourant rapidement tout le corps, paraissant se passer dans les régions les plus superficielles, et accompagnées d'un peu d'agitation des membres.

L'analogie est complète ; aussi nous ne croyons pas pouvoir faire mieux, pour expliquer le phénomène, que de citer le passage suivant des leçons de M. Claude Bernard (1).

« Lorsque les propriétés vitales d'un nerf sensitif ou moteur vont « disparaître sous l'influence d'une perturbation quelconque, elles « s'exaltent d'abord pendant un certain temps. Il se produit une « surexcitation plus ou moins forte qui chez les lapins soumis à l'in- « fluence du curare, se traduit par de légers frissonnements dans les « muscles peauciers. Les nerfs vaso-moteurs sont dans le même cas ; « avant d'être détruits par le curare, ils sont surexcités pendant un « certain temps, et, par suite, les vaisseaux se resserrent d'abord un « peu avant de se dilater. »

On peut voir que ce que nous avons observé est entièrement conforme à l'opinion de M. Cl. Bernard ; et la citation que je vous ai faite nous permet d'expliquer le frisson chez nos malades par un resserrement momentané des vaisseaux, sous l'influence de la surexcitation des nerfs vaso-moteurs. Et voyez combien cette explication est en rapport avec nos observations ; au début du frisson, le pouls de nos malades était petit, fréquent, et les tracés sphygmographiques nous ont démontré, de la façon la plus nette, la diminution de volume de l'artère radiale.

Plus tard, au contraire, pendant les périodes de chaleur et de sueur, la petitesse des pulsations fait place à leur amplitude, parce qu'à la surexcitation des nerfs vaso-moteurs succède leur paralysie et par conséquent la dilatation des vaisseaux.

(1) Fin. — Voir les numéros des 18 et 22 septembre 1866.

(2) *Revue des cours scientifiques. Cours de médecine expérimentale.* (Collège de France, 1865, tome II, p. 535.)

Il est enfin à remarquer que l'effet sur la circulation est un des premiers et souvent le seul qui se produise avec les doses faibles ; ce fait d'observation est corroboré par cette remarque de M. Cl. Bernard, à savoir que les nerfs du grand sympathique qui président aux mouvements des vaisseaux, c'est-à-dire les vaso-moteurs, sont les plus facilement et les plus promptement impressionnables de tous par le curare.

Dicrotisme du pouls. — Le dicrotisme du pouls, que nous avons signalé dans mainte observation et que les tracés sphygmographiques démontrent si bien, est un phénomène non encore signalé, qui nous paraît dépendre aussi de la paralysie des nerfs vaso-moteurs et de la dilatation des vaisseaux.

On sait, en effet, que le dicrotisme se produit lorsque la tension artérielle est abaissée ; il y a alors augmentation d'élasticité des vaisseaux, parce que le cœur, ne trouvant pas dans la tension artérielle de résistance suffisante, fait affluer dans les vaisseaux paralysés une plus grande quantité de sang.

Eh bien, ces conditions, si bien définies par Marey (1), se retrouvent chez nos malades ; la paralysie des nerfs vaso-moteurs et le relâchement consécutif des vaisseaux produisent nécessairement une diminution de la tension artérielle, le dicrotisme, et par suite, l'augmentation de l'élasticité des vaisseaux.

En terminant ce qui a trait aux pulsations, nous insistons sur les tracés nombreux que nous avons pris avec le sphygmographe de Marey.

Nous avons pensé que, dans une question aussi importante que celle de la production de toutes pièces et à volonté de la fièvre et de ses trois stades, il était nécessaire d'apporter, à l'appui de la démonstration, le plus de preuves possible.

Parmi les plus convaincantes se placent naturellement les tracés sphygmographiques, qui excluent, par leur précision, toute description imagée et entachée d'erreur des sens.

Cet instrument si ingénieux nous a paru éminemment approprié aux idées actuelles, excluant les à peu près et s'attachant à appliquer à l'étude médicale de l'homme les procédés rigoureux de la physiologie expérimentale ; aussi nous n'avons eu garde de ne pas demander au sphygmographe ce que sa délicatesse donne si facilement : le fini dans le détail, et la forme indélébile et vraie.

Nous avons puisé dans ces lignes, écrites par le pouls lui-même, de nombreux et utiles enseignements, que nous verrons concorder parfaitement avec les données expérimentales et physiologiques.

Sécrétions. — L'exagération des sécrétions, chez nos malades, est encore un phénomène dû à la paralysie des nerfs vaso-moteurs, soit qu'il s'agisse de la sécrétion urinaire, du diabète et des larmes.

L'explication de ces effets se déduit des passages suivants, que j'emprunte à M. Claude Bernard.

« L'influence du curare supprime les propriétés des nerfs vaso-moteurs et amène la dilatation des vaisseaux, d'où il résulte un état de sécrétion permanent (2). »

« Le curare, par son action d'exagération sur toutes les sécrétions, en augmentant la quantité de sang qui circule dans les glandes, produit le même phénomène dans le foie, et permet de rendre un animal diabétique (3). »

Troubles nerveux et musculaires. — « De même que le curare a une action excitante passagère sur les nerfs vaso-moteurs avant de les paralyser, de même il excite les autres nerfs moteurs avant de les rendre impuissants (4). »

Nous avons pu constater bien des fois ce fait, dans les expériences que nous avons faites sur des lapins, en n'employant que des doses peu toxiques.

Nous avons vu ces animaux, pris d'ondulations et de tremblements fibrillaires généralisés, qui précédaient la paralysie du train postérieur ; de même que chez les malades R..., B... et D..., les tressaillements et les tremblements cloniques ont précédé la paralysie des membres inférieurs et les troubles de coordination et d'équilibration.

Les phénomènes ont eu absolument les mêmes caractères chez nos malades que chez les animaux, et la marche a été exactement identique.

Nous ajouterons qu'en dehors du traitement curarique, nos malades n'ont éprouvé rien qui ressemblât à ces symptômes ; pendant huit mois, nous avons passé tous les matins, trois heures minimum auprès d'eux, et nous n'avions constaté dans le cours de cette période aucun phénomène qui puisse donner le change.

La production de la fièvre d'emblée et à volonté, nous a paru un phénomène de la plus haute importance pour l'avenir de la médication curarique, et les conséquences de ces résultats doivent paraître considérables à quiconque sait l'influence des connaissances étiologiques et pathogéniques sur les succès thérapeutiques. Eh bien, voici trouvée la cause du phénomène qui a divisé et qui divise le plus encore les savants et les hommes de l'art ; on saura maintenant que la raison intime de la fièvre est dans le système nerveux et plus particulièrement dans le système vaso-moteur.

Il nous a semblé qu'il y avait là une voie ouverte à de bien nombreuses recherches scientifiques et thérapeutiques ; nous l'espérons.

Les indications thérapeutiques du curare se déduisent naturellement des recherches expérimentales de M. Claude Bernard, corroborées chez l'homme par nos observations, et des phénomènes généraux que je vous ai exposés. L'éminent physiologiste ayant démontré que le curare n'atteint que les nerfs moteurs, le médecin devra, dans le cas de maladies convulsives, le réserver pour les cas de convulsions produites par une action directe sur les nerfs moteurs, et ne pas l'employer lorsque la convulsion sera le résultat d'une action directe sur les muscles, ou d'une influence privative sur les nerfs sensitifs (convulsion réflexe).

De plus, nos observations me permettent d'ajouter que le curare sera, ainsi que je l'ai déjà dit, essentiellement contre-indiqué dans les affections convulsives fébriles. En effet, donnant la fièvre à dose thérapeutique, il serait une complication dangereuse de ces états déjà graves par eux-mêmes.

Ces indications étant nettement posées, le médecin ayant essayé

(1) *Physiologie médicale de la circulation du sang.* Paris, 1863, p. 264 et suiv.

(2) *Revue des cours scientifiques*, 1865, page 245.

(3) Claude Bernard. *Cours scientifique*, 1865, p. 246.

(4) *Revue des cours scientifiques*, t. II, p. 139.

préalablement sur des animaux différents son curare, pourra, sans crainte, débuter par des doses de 1 décigramme au moins chez un adulte. Avec cette quantité, introduite par une injection sous-cutanée aux membres, les veines respectées, il obtiendra des effets qui porteront sur la circulation, la respiration, la température, les nerfs moteurs, les sécrétions, effets sans lesquels le curare ne saurait exercer la moindre action efficace. Voulant continuer cette action d'une façon suivie, le médecin n'est pas obligé de passer par les phénomènes intenses que nous avons décrits ; mais il pourrait être utile de les provoquer dans les cas de maladies graves, rapidement mortelles, où l'intervention thérapeutique doit être prompte et décisive. C'est alors et exceptionnellement, qu'il aura recours à la dose d'emblée de 15 centigrammes, qui pourra même être dépassée, suivant les effets obtenus. Du reste, comme nous l'avons dit, il aura toujours dans la ligature (avec une bande roulée entre la région injectée et le cœur), un moyen sûr de modérer l'action du curare, si elle lui paraissait trop énergique.

SUR UN SYMPTOME PROPRE A L'HYPERTROPHIE

Des parois de la vessie,

Par le Dr Hicguet, de Liége.

En pratiquant le cathétérisme chez certains individus atteints d'affections chroniques des voies urinaires, j'ai observé souvent, lors de la sortie des dernières gouttes d'urine à travers l'ouverture de la sonde, un phénomène qui m'a vivement frappé : c'est un bruit de gargouillement accompagné du retour dans le cathéter de la dernière portion de l'urine, puis de la sortie de ces gouttes d'urine. En examinant avec plus d'attention ce fait, je me suis convaincu que ce bruit était dû à l'aspiration, à travers la sonde, de l'air qui venait ainsi se mêler au liquide excrémentitiel renfermé dans l'instrument et produisait le gargouillement. J'ai vu en outre, que l'aspiration avait lieu au moment du premier temps de l'acte respiratoire ou de l'inspiration, et quand le patient cessait de contracter les muscles abdominaux et du périnée qui concourent à l'expulsion de l'urine, tandis que si le malade opérait le mouvement expiratoire ou contractait les muscles susnommés, un nouveau bruit de gargouillement se faisait entendre avec sortie, par la sonde, d'urine mélangée d'air.

Quelle est la cause et le mécanisme de ce singulier phénomène ? Je ne tardai pas à les découvrir. Les individus qui offrent ce bruit de gargouillement éprouvaient tous de la difficulté à opérer la miction. Celle-ci se répète plus souvent que dans l'état normal, et certains malades sont obligés de satisfaire au besoin d'uriner toutes les heures et même quelquefois toutes les demi-heures. En introduisant la sonde dans la vessie, je pus m'assurer que celle-ci présentait des parois inégales, traversées par des reliefs ou par des colonnes. Par le palper abdominal, je sentais un corps ovoïde, de la grosseur du poing, derrière les pubis. Le volume de ce corps diminuait, sans s'effacer complétement, par l'évacuation de l'urine. J'avais donc affaire à des vessies hypertrophiées. On sait que dans ces cas, c'est-à-dire dans l'hypertrophie des parois vésicales, le réservoir urinaire est ordinairement diminué de capacité. C'est là une des causes des fréquentes envies d'uriner qui tourmentent les malades.

L'hypertrophie des parois cystiques les rend plus épaisses, plus denses, plus dures, élastiques ; elles ressemblent alors à une poche de caoutchouc à parois épaisses. Supposons une sonde en métal dans la vessie ; lorsque les dernières gouttes d'urine vont sortir, le malade, sollicité par l'irritation de l'instrument sur les parois vésicales, contracte avec énergie les muscles du ventre et du périnée, pour chasser le reste d'urine et donner les derniers coups de piston ; les parois vésicales refoulées se mettent momentanément en contact ; mais dès que ces contractions cessent, en vertu de leur élasticité, les parois de la vessie se redressent, s'éloignent. Il se forme donc un vide suivi d'une aspiration à travers la sonde. L'air, en se précipitant dans la poche, rencontre une certaine quantité d'urine contenue dans l'algalie, et produit un gargouillement en s'y mélangeant. Survient une nouvelle contraction, l'air et l'urine s'échappent de nouveau de la sonde en faisant entendre le même bruit.

Cette aspiration et le gargouillement qui en est la suite, ne s'observent pas si le malade urine librement et sans le secours de la sonde. Le vide formé alors ne peut être comblé par l'air ; l'accolement des parois de l'urèthre empêche ce gaz de pénétrer dans la vessie.

Ce symptôme de l'hypertrophie vésicale n'a jamais été mentionné, que je sache, dans aucun traité de pathologie des organes urinaires. Je l'ai cependant observé chez plusieurs malades.

La première observation fut faite chez un avoué avancé en âge. Il était atteint d'hypertrophie de la prostate et de la vessie avec catarrhe vésical purulent. La vessie était très-petite, peu extensible. Aussi le malade était-il obligé d'uriner presque toutes les demi-heures.

Un autre malade m'offrit l'occasion de constater une seconde fois le même phénomène. C'était un homme âgé de soixante ans, affecté à la fois de graviers uriques, de diabète sucré, d'hypertrophie de la prostate et de la vessie.

Le troisième fait de ce genre est relatif à un vieillard de quatre-vingts ans, qui souffrait depuis longtemps d'une hypertrophie prostatique avec hypertrophie concentrique et catarrhe purulent de la poche urinaire. Ce malheureux était pris d'une rétention d'urine qui l'obligeait à se sonder toutes les heures au moins. Je fus très-souvent témoin du bruit de gargouille-

ment qui s'entendait à la fin du cathétérisme. Ce symptôme l'avait frappé plus d'une fois, et plus d'une fois il m'en demanda l'explication.

Enfin, j'observai encore ce phénomène chez un malade de quarante ans, atteint de spasme du col de la vessie. La contracture du col avait amené à la longue une hypertrophie du corps de l'organe et un développement nettement accusé par la sonde, des faisceaux musculaires des parois cystiques. La cautérisation, au moyen du porte-caustique de M. Mercier, mit fin à la contracture. Deux ans après, l'exploration avec la sonde démontra que les colonnes vésicales avaient singulièrement diminué en relief.

(*Annales de la Société médico-chirurg. de Liége.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'hydrothérapie dans les affections utérines.

Dans la récente édition de son traité d'hydrothérapie, M. Fleury insiste particulièrement sur l'influence des douches froides dans les affections utérines. Voici quelles sont les propositions que cet auteur a formulées à cet égard.

Les douches froides, locales ou générales, ne guérissent point directement les ulcérations du col utérin. Elles permettent d'obtenir la résolution complète d'engorgements soit hypertrophiques, sont indurés de l'utérus, alors même que ces engorgements sont anciens, considérables, et qu'ils ont résisté aux différentes médications usuelles, et notamment à l'application du fer rouge.

En résolvant l'engorgement de l'utérus, les douches froides rendent facile la cicatrisation d'ulcérations qui, liées à cet engorgement et entretenues par lui, ont résisté à des applications réitérées de divers caustiques et même au cautère actuel; elles permettent également d'obtenir le redressement complet et définitif de la matrice, lorsque ce déplacement est causé ou maintenu par l'augmentation de volume et de poids subie par la matrice.

L'action exercée par les douches est double; elle s'adresse simultanément aux accidents locaux et mécaniques, et aux symptômes généraux et sympathiques; elle combat directement, et l'un par l'autre, les deux ordres de phénomènes, et amène ainsi une guérison solide.

En faisant disparaître l'engorgement, en ramenant l'utérus à sa direction normale, les douches froides font disparaître une cause fréquente de stérilité. Par l'action qu'elles exercent, d'une part, sur l'organe gestateur, et d'autre part sur l'organisme tout entier, elles éloignent plusieurs causes fréquentes d'avortement.

Convenablement administrées, elles sont le meilleur modificateur que l'on puisse opposer à l'hyperesthésie utéro-vulvaire. Elles sont également très-efficaces pour prévenir ou combattre la congestion utérine, cause si puissante et si commune des engorgements, des déplacements ou des ulcérations de la matrice.

Elles constituent le seul traitement curatif efficace des déplacements utérins simples, dégagés de toute complication d'engorgement et d'ulcération. Leur efficacité doit être attribuée à l'action reconstitutive générale qu'elles exercent sur les malades, et à l'action tonique locale qu'elles exercent sur les ligaments suspenseurs de l'utérus.

Les douches froides générales peuvent être administrées pendant l'époque menstruelle, non-seulement sans danger, mais encore avec avantage; elles exercent sur la circulation générale une action régulatrice, qui a pour effet de ramener le flux cataménial à ses conditions physiologiques, toutes les fois qu'il s'en est écarté.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 juin 1866. — Présidence de M. Guibout, président.

La séance est ouverte à trois heures trois quarts.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général dépouille la correspondance qui comprend :

1° Une lettre de M. le docteur R. Leroy (d'Étiolles), qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. le docteur Ad. Richard, qui demande un délai pour le travail qu'il avait promis sur le dosage des médicaments introduits par les injections sous-cutanées. Dans le cas où la Société désirerait que ce travail lui fût immédiatement communiqué, M. Richard offre de s'en décharger sur un autre membre de la Société.

La Société décide immédiatement qu'il y a lieu d'accorder à M. Richard le délai qu'il demande, et elle se refuse à confier à un autre membre un rapport qui ne saurait être en meilleures mains ;

3° Une lettre de M. le docteur Charvot (de Moulins) remerciant la Société du titre de membre correspondant qu'elle lui a décerné ;

4° Une brochure du docteur H. de Ceuleneer van Bouwell, intitulée : *Quelques fleurs sur la tombe de Hugo Rothstein ;*

5° Le bulletin de la Société de médecine d'Angers, 2e année (1865). M. le docteur de Soyre est nommé rapporteur.

6° Le bulletin de la Société médicale du Haut-Rhin ;

7° La revue d'hydrologie médicale. Cinquième fascicule, mai 1866 ;

8° Un mémoire sur l'épidémie cholérique de 1865, par M. le docteur de Pietra-Santa, membre de la Société. (Remercîments et dépôt aux archives.)

Une commission est nommée pour l'examen des employés de la préfecture de la Seine (second trimestre de 1866). Cette commission se compose de MM. de Soyre, Charrier, Aimé Martin.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'antagonisme entre l'opium et la belladone. Cette discussion est ajournée jusqu'à communication du travail de M. Richard.

LECTURE.

M. le docteur Voisin lit le travail suivant :

Des phénomènes physiologiques produits par le curare chez l'homme. — Doses que l'on peut donner. — Indications thérapeutiques, par M. le docteur Auguste Voisin, *médecin de l'hospice de Bicêtre, et* Henry Liouville, *interne des hôpitaux.* (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. Delasiauve désirerait savoir s'il y a des indications spéciales pour l'emploi du curare dans l'épilepsie.

Il pense que plusieurs médicaments partagent avec le curare la propriété de déterminer un accès fébrile analogue à ceux qu'on observe dans les fièvres intermittentes. L'ingestion de 1/16 de grain de nitrate d'argent a provoqué, chez lui-même, un véritable accès de fièvre.

M. Charrier ne croit pas que ces effets du nitrate d'argent puissent être considérés comme constants. Personnellement il a pris du nitrate d'argent pendant cinq jours, à la dose de 5 centigrammes chaque jour, sans éprouver aucun accès fébrile.

M. Lunier s'élève contre une assertion de M. Voisin, tendant à établir que le curare donnant la fièvre, doit être exclu du traitement de toute maladie fébrile. Il conteste la valeur de cette opinion, au nom des principes habituels de la thérapeutique.

Des expériences faites exclusivement sur des épileptiques ne lui paraissent pas pouvoir servir de base à l'étude des propriétés physiologiques du curare.

Il rappelle qu'un médecin belge, le docteur Selade, a publié, il y a déjà longtemps, un travail sur la guérison de l'épilepsie par les fièvres intermittentes. Partant de ce fait, ce médecin avait cherché à déterminer des fièvres intermittentes chez les épileptiques.

M. Delasiauve revenant sur ces faits, expose comment le docteur Selade avait eu des épilepsies intermittentes guéries par le sulfate de quinine. Il avait cherché à introduire, chez les épileptiques, l'élément intermittent, de manière à pouvoir rendre l'épilepsie justifiable du médicament anti-périodique.

La méthode suivie par le docteur Selade était d'ailleurs singulière. Tous les deux jours, il exposait, à la même heure, ses malades à un refroidissement, de manière à déterminer chez eux le premier stade de l'accès, suivi d'une réaction.

M. Voisin, satisfaisant aux différentes explications qui lui sont demandées, expose que le but principal de son mémoire a été de préciser les doses de curare sur lesquelles jusqu'ici on n'était pas fixé. Il a démontré que la dose initiale devait être de 0,10 centigrammes au minimum, si on voulait obtenir des effets sensibles.

L'analogie existant entre les phénomènes notés par les observateurs et par lui-même, chez les animaux, et ceux qu'il a constatés chez les épileptiques, démontre, selon lui, que les conclusions de son travail se rapportent à l'action physiologique du curare ; et que l'épilepsie n'a rien à faire avec les résultats obtenus.

M. Perrin désirerait que ces expériences fussent faites avec un corps bien défini, la curarine par exemple, rien n'étant plus variable que la composition du curare.

M. Voisin a essayé de se procurer de la curarine. Malgré les doses considérables de curare qu'il a sacrifiées, il n'est pas arrivé à des résultats satisfaisants.

La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires annuels, Blachez.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 22 octobre 1866, *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous tenus* de prendre part au concours ci-dessus, sous peine d'être rayés des contrôles des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois, depuis le *jeudi 20 septembre* 1866 jusqu'au *samedi 6 octobre* inclusivement.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 113. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 27 SEPTEMBRE 1866. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 SEPTEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

En sortant de la séance de l'Académie de médecine, dans laquelle M. Blot a lu un rapport sur un travail de M. Monot, relatif à l'industrie des nourrices, nous nous sommes empressé de jeter les yeux sur un travail récemment publié par M. le docteur Brochard, sous ce titre : *De la mortalité des nourrissons en France, spécialement dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou.* Il venait justement de nous être remis à l'instant. Une lecture rapide de ce remarquable travail nous a laissé sous le coup d'une profonde et pénible impression. Nous ne résistons pas au besoin de la communiquer à ceux qui ne nous auraient pas déjà devancé dans cette lecture, d'autant que la publicité donnée aux faits qui y sont révélés, est le plus sûr moyen de provoquer l'étude des mesures propres à les faire cesser ou à les atténuer au moins dans l'avenir.

« La statistique médicale, avait dit M. Bertillon, démontre que les parents qui envoient leurs enfants en nourrice doublent eux-mêmes volontairement les chances de mort de leurs enfants. » Désireux d'être fixé par des données plus précises sur la portée du fait résumé dans ces quelques mots, M. Brochard que sa position de médecin des épidémies et de la direction des nourrices de la ville de Paris, pour l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, qu'il a occupée pendant dix-huit ans, mettait plus que tout autre à même d'entreprendre un pareil travail, s'est proposé, dans la brochure que nous avons sous les yeux, d'étudier la mortalité qui règne sur les nouveau-nés de la capitale, que l'on envoie en nourrice en province, et que l'on appelle pour cette raison *nourrissons de Paris,* et, dans le langage familier *petits Parisiens.*

« Chaque année, dit M. Brochard, 20,000 enfants appartenant à toutes les classes de la population parisienne, sont, par l'intermédiaire des bureaux de nourrices, confiés à des femmes de la campagne qui les emmènent chez elles pour les allaiter. Ces nourrices, moyennant un prix convenu avec les parents, sont censées servir de mères à ces nouveau-nés, et doivent, pendant un ou deux ans, leur donner tous les soins possibles. Mais de ces 20,000 enfants qui partent ainsi de Paris tous les ans, combien en revient-il ? Personne ne le sait; c'est un problème que nul encore n'a cherché à répondre. »

On le saurait bientôt si tous les médecins des épidémies faisaient, pour leurs arrondissements respectifs, ce que M. Brochard a fait pour le sien. On peut même dire qu'on le sait déjà grâce à lui ; car ce qu'il a vu dans la circonscription qui a été l'objet de ses recherches, se reproduit également ailleurs, à en juger par les renseignements qu'il a recueillis de la bouche de plusieurs de ses confrères et par divers documents communiqués à l'Académie, notamment par l'intéressant travail de M. Monot, sur lequel nous aurons à revenir.

M. Brochard a pris pour base de son travail les deux années 1858 et 1859, pendant lesquelles il n'y a eu dans l'arrondissement de Nogent-le-Retrou aucune influence épidémique, et il a fait, sur les registres de l'état civil de cet arrondissement, le relevé des décès des nourrissons de Paris, pour ces deux années.

Il a eu le soin de faire deux parts distinctes dans ses relevés statistiques : l'une pour les décès des nourrissons appartenant aux bureaux particuliers ; l'autre pour les décès des nourrissons appartenant au grand bureau de l'Administration. Cette distinction est importante. On en verra plus tard la raison.

Voici quel a été le résultat de ces recherches :

Dans les quatre cantons réunis de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, il y a eu pour 1,778 nourrissons des petits bureaux 753 décès, et pour 651 nourrissons du grand bureau, 113 décès.

D'où l'on voit que la mortalité est beaucoup plus considérable parmi les nourrissons des petits bureaux que parmi ceux du grand bureau ; la proportion pour ce dernier n'étant que de 0,17, c'est-à-dire un peu plus élevée seulement que la proportion de la mortalité commune des enfants nouveau-nés, tandis que pour les premiers, elle est de 0,42 ; différence de plus du double.

Pour se rendre compte de cette différence, qui fait tout l'intérêt de ces recherches, il est bon de rappeler ici en quelques mots quelle est l'organisation de ces deux sortes de bureaux.

La direction des nourrices, dont l'institution remonte à une antiquité assez reculée, mais qui a reçu depuis sa fondation de nombreuses modifications successives, placée aujourd'hui dans les attributions de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, est destinée, comme on le sait, à servir d'intermédiaire entre les parents des enfants nouveau-nés et les nourrices qui viennent à Paris pour louer leurs services. Elle se compose de deux services : l'un intérieur, central, composé d'un personnel administratif et d'un personnel médical chargé de l'examen des nourrices ; l'autre extérieur, subdivisé lui-même en service des enfants assistés et service des enfants placés par la direction des nourrices. Ce dernier, le seul dont nous ayons à nous occuper en ce moment, est réparti entre sept arrondissements dans chacun desquels l'administration a placé un agent spécial sous le titre de sous-inspecteur chargé de concert avec les médecins du choix des nourrices, de leur surveillance, et de l'exécution des règlements destinés à garantir les intérêts réciproques confiés à l'administration, et un certain nombre de médecins qui ont la mission de visiter les nourrissons au moins une fois par mois et, en cas de maladie, aussi souvent qu'il est nécessaire. Ce service est, en outre, contrôlé par des inspections annuelles.

Malgré cette sage organisation et l'active surveillance qui en résulte, tout n'est pas parfait encore dans le service de la direction, et l'administration elle-même a eu plus d'une fois à déplorer l'impuissance où elle était de mieux faire.

Mais que sont à côté de cela les bureaux particuliers ou petits bureaux, comme on les appelle ? Des entreprises privées sans direction, sans contrôle, sans surveillance. Ce n'est pas que la sollicitude administrative ne soit passée par là. Les réglementations et les ordonnances de police n'ont pas fait défaut ; elles semblent même avoir tout prévu. Mais par des circonstances qu'il ne nous appartient pas d'examiner ici, elles sont, à ce qu'il paraît, passées à l'état de lettre morte, elles ne sont point exécutées, ou elles le sont d'une manière illusoire. C'est ce défaut même de surveillance et de contrôle qui porte le plus grand nombre de nourrices à abandonner le grand bureau pour les petits bureaux, où elles ont toute liberté de se livrer aux sordides calculs de la plus honteuse cupidité, trop souvent, paraît-il, avec la complicité de ceux-là même sur qui reposent l'exécution des règlements et la garantie trop illusoire des familles.

« C'est toujours, dit M. Brochard, dans des localités éloignées du chef-lieu d'arrondissement, que sont envoyés les nourrissons des petits bureaux, c'est-à-dire là où les nourrices sont le plus à l'abri de toute surveillance... » C'est aussi dans ces localités retirées et généralement pauvres, que la mortalité des nourrissons est le plus considérable. Il est telle de ces localités où la mortalité des nourrissons ne pourrait même pas être comparée à la mortalité qu'occasionnent les plus cruelles épidémies ; elle a été dans un endroit de 12 sur 14 ; dans tel autre les nourrissons meurent *en totalité.*

Veut-on savoir à combien M. Brochard, avec le secours des renseignements qui lui ont été fournis par ses confrères des arrondissements voisins, évalue la proportion générale de la mortalité sur la totalité des nourissons de Paris envoyés annuellement dans les départements ? A 15,000 sur 20,000, aux trois quarts !

Si nous avons bien entendu les termes du rapport de M. Blot sur le travail de M. Monot, ce médecin, loin d'infirmer les faits énoncés par M. Brochard, ne ferait au contraire que les aggraver encore.

Voilà les faits dont l'Académie va avoir à s'occuper, et que nous avons cru utile d'exposer dès aujourd'hui aux yeux de nos lecteurs.

Dans la séance d'hier M. Blot a lu son supplément de rapport et le projet de réglementation soumis à l'Académie par M. Monot. Après quelques explications échangées entre plusieurs membres sur l'opportunité d'une discussion immédiate ou l'ajournement jusqu'à plus ample informé, l'Académie a décidé que la discussion serait engagée après l'impression du rapport de M. Blot dans le *Bulletin.*

La séance a été terminée par une lecture de notre collabora-

FEUILLETON.

L'HOTEL-DIEU.

Notre vieil Hôtel-Dieu va cesser d'exister dans l'emplacement où il est actuellement. Au moment où ce doyen des hôpitaux de Paris va disparaître, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de présenter l'histoire de ses accroissements successifs et de son ancienne constitution.

On fait communément remonter la fondation de l'Hôtel-Dieu à Saint-Landry, vers 650. En réalité il remonte un peu plus haut. Archambault, comte et maire de Paris au VIIe siècle, avait fait don à l'Église de Paris de la maison qu'il habitait, devenue l'Hôtel-Dieu, de sa chapelle, qui devint l'église de Saint-Christophe, et de sa terre de Créteil. La chapelle fut démolie en 1748 pour faire place aux bâtiments où furent alors placés les Enfants trouvés. Le comte Archambault avait légué à l'Église de Paris, et celle-ci avait donné à l'Hôtel-Dieu par le canal de Saint-Landry. La statue d'Archambault, à laquelle le peuple donnait le nom de maître Pierre, ou M. Legris, à cause de sa couleur de vétusté, a existé jusqu'en 1747 dans le parvis Notre-Dame.

Dès l'année 829, l'évêque Inchade assigne à l'Hôtel-Dieu les dîmes des biens dont il gratifie son chapitre, pour se conformer à la décision du concile d'Aix-la-Chapelle. On voit, par ces lettres, que le Chapitre possédait la moitié de l'hôpital pour l'avoir doté. L'autre moitié lui fut cédée par l'évêque Renaud, en 1002, donation confirmée en 1007, par le pape Jean XVIII.

Vers 1168, Maurice, également évêque de Paris, arrête du consentement de son chapitre, que le lit de l'évêque appartiendrait, après sa mort, aux pauvres de l'Hôtel-Dieu. Il est dit dans l'acte, que si le lit vaut moins de 20 sols, les héritiers seront tenus de donner le surplus en argent. Les chanoines imitèrent cet exemple jusqu'en 1413, et ils décidèrent alors, qu'à l'avenir, les exécuteurs testamentaires, en donnant 100 sols, seraient quittes de cette charité.

Philippe-Auguste est le premier de nos rois dont l'histoire rapporte les bienfaits envers l'Hôtel-Dieu. Ce prince, dans des lettres du mois de mars 1208, lui fit don de toutes les pailles et litières de sa maison de Paris, toutes fois qu'il sortirait pour aller coucher ailleurs.

Saint Louis prit cet hôpital sous sa protection particulière l'an 1227. Avant ce prince, les bâtiments de l'Hôtel-Dieu ne comprenaient que trois ou quatre corps de logis ; il les augmenta considérablement et les étendit jusqu'au Petit-Pont. Les bienfaits dont il combla cette maison le font regarder en quelque sorte comme son second fondateur. L'Hôtel-Dieu obtint successivement du pieux roi l'exemption de toute imposition, de tout droit de péage pour le vin, le blé et en général pour les provisions destinées à l'usage des pauvres, des frères et sœurs de cette maison.

Philippe le Long confirma, en 1320, tous les priviléges accordés par saint Louis, et Charles le Bel fit de même en 1321. Il défendit en même temps aux officiers de sa maison, de celle de la reine et de ses enfants, d'user sur l'Hôtel-Dieu et ses dépendances, du droit de prise alors en usage. Il ordonna aussi, que pour toutes les lettres qui seraient expédiées en faveur de l'Hôtel-Dieu, il ne serait rien perçu, ni pour l'écriture, ni pour le sceau.

Les lettres patentes concernant l'Hôtel-Dieu sont écrites en latin jusqu'en 1328 ; Philippe de Valois statue encore dans cette langue, au sujet de l'Hôtel-Dieu en 1328, mais les lettres patentes de 1339 sont en français.

C'est sous Philippe de Valois, en 1344, que l'Hôtel-Dieu acquiert, pour la première fois des rentes. Ce fut par une permission spéciale du roi, qui amortit par avance l'acquêt à faire, et en remit le *quintdenier.*

En 1350, le roi Jean, dans des lettres concernant la boulangerie, ordonna que le pain qui ne serait pas de poids serait confisqué, moitié au profit de l'Hôtel-Dieu, moitié à celui des Quinze-Vingts. En 1353, il établit le prévôt de Paris, juge de toutes les affaires que l'hôpital aurait dans la prévôté et même à 15 lieues de Paris.

Charles V, n'étant encore que Dauphin, exempta l'Hôtel-Dieu des impositions extraordinaires pour la rançon du roi Jean. En 1369, un privilége important lui fut concédé. L'Hôtel-Dieu, ayant des biens dans beaucoup de provinces éloignées, et sujets par leur nature à bien des contestations, eut lieu d'appréhender la perte de ses titres de propriété, s'il fallait les porter dans les provinces ; il obtint donc l'autorisation de ne produire que les copies des actes.

Sous le règne de Charles V, les bâtiments s'étendirent entre la ri-

teur M. le docteur Verrier sur l'usage du forceps-scie pour l'embryotomie. On trouvera les propositions qui résument ce travail dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. E. Boeckel, professeur agrégé.

Corps étranger enfoncé dans le genou. — Extraction. — Suture sèche élastique. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Vigenaud, interne.)

Louise S..., âgée de douze ans, est amenée à la Clinique le 16 août 1866, pour une douleur très-vive au genou gauche, sur l'origine de laquelle elle nous donne les renseignements suivants :

Il y a quelques jours, le 11 août dernier, se trouvant chez elle dans la cuisine, devant une table, elle se dressa sur la pointe des pieds pour saisir un objet placé plus haut, sur un rayon. Au même instant, elle éprouva une douleur extrême au genou gauche, au point qu'elle croit s'être dérangé un os. Elle ne peut plus marcher, et la flexion de la jambe surtout, lui cause une douleur intolérable. On est obligé de la porter dans une chambre voisine, sur un lit. Le repos et la position horizontale la soulagent, et on laisse aller les choses pendant quelques jours.

Voyant qu'au bout de ce temps il ne survient pas d'amélioration, les parents s'adressent à M. Édouard Boeckel, interne de l'hôpital, qui trouve, sous la peau du genou, une petite saillie dure, semblant provenir d'un corps étranger, et conseille de faire entrer l'enfant au service de chirurgie.

Le 16 août elle est, en conséquence, transportée à la salle 34, n° 14, où l'on constate à la visite l'état suivant :

La jambe gauche ne présente ni rougeur, ni gonflement apparent, et n'est pas douloureuse tant qu'on la laisse reposer sur le lit. Mais sitôt qu'on essaye de la fléchir, l'enfant pousse des cris et se roidit. Quand on examine le genou obliquement, à contre-jour, on aperçoit, à 3 centimètres au-dessus de l'angle externe de la rotule, une petite élevure acuminée. En y portant doucement le doigt, on sent comme un corps pointu et mince, qui soulèverait verticalement les téguments. Dans certaines positions ce corps se sent beaucoup moins nettement que dans d'autres.

Il n'y a aucune trace de piqûre ni de cicatrice à la peau. Dans l'articulation, il y a une petite quantité de liquide qui soulève la rotule ; mais on peut imprimer des mouvements de latéralité à cet os, sans causer de douleur et sans qu'ils se communiquent au corps étranger.

La petite malade, interrogée à différentes reprises, n'a du reste aucune conscience de la pénétration d'un agent vulnérant quelconque ; néanmoins, M. le professeur Boeckel croit à la présence d'un corps étranger, probablement d'une aiguille sous les téguments, et juge utile de faire une tentative d'extraction.

On endort l'enfant au moyen du chloroforme, et puis, on pratique sur la petite saillie une incision de 2 centimètres à peu près, dans la direction de l'axe du membre. Un second coup de bistouri divise le tissu graisseux et laisse apercevoir un point noir ; on le saisit avec une pince et l'on retire un fragment d'aiguille long de 18 millimètres et présentant cette coloration noire, particulière aux corps métalliques qui ont séjourné dans les tissus. Cette aiguille était implantée perpendiculairement dans le tendon du triceps, et sa pointe touchait probablement la synoviale, à en juger d'après le léger épanchement articulaire.

La plaie est réunie au moyen d'une suture sèche, que M. Boeckel expérimente en ce moment à la Clinique. Deux rondelles de toile, munies chacune d'une agrafe, sont collées de chaque côté de la plaie au moyen de l'agglutinatif Millot-Brulé. Une petite lanière de caoutchouc, percée de trous, est accrochée aux agrafes, et réunit la plaie par une traction élastique et continue.

Trois jours plus tard, on constate que la petite plaie s'est réunie entièrement par première intention ; l'épanchement articulaire, qu'on pouvait encore reconnaître le lendemain de l'opération, a disparu, et le 24 août, l'enfant sort entièrement guérie.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans cette circonstance, qu'une aiguille a pu s'enfoncer profondément dans les tissus sans que l'enfant, très-intelligente du reste, se soit rendu compte de l'accident. Il aurait pu en résulter facilement une erreur de diagnostic fort préjudiciable, puisque, en laissant subsister la cause du mal, la légère hydarthrose aurait sans doute dégénéré en une pyarthrose fort grave.

Ces faits de pénétration, clandestine en quelque sorte, d'une aiguille ne sont pas très-rares. Nous pourrions citer l'observation si curieuse de Leroy, de Caen (voy. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, publié par Baillière, articles Axillaires, Vaisseaux), qui vit un enfant de deux ans et demi succomber à un anévrysme traumatique de l'artère axillaire. A l'autopsie il trouva, dans la cavité de la tumeur, une aiguille à coudre, qui y avait été probablement enfoncée quelques semaines auparavant, pendant qu'on soulevait l'enfant en le prenant sous les bras.

M. le professeur Boeckel a été témoin, l'année dernière, d'un cas analogue quoique moins grave. Une femme du peuple, peu soigneuse, apporta à sa consultation un petit garçon de dix-huit mois, qui portait sur le ventre, au voisinage de l'ombilic, une tumeur rouge, dure, évidemment inflammatoire, grosse comme un petit œuf et qui existait, disait-on, depuis deux mois à peu près. En l'examinant, M. Boeckel crut y sentir un corps dur, allongé, et après y avoir pratiqué une petite incision, il en retira, au grand étonnement de la mère, une aiguille à coudre tout entière, d'assez forte dimension, et longue de près de 5 centimètres. Tout semblait indiquer qu'il y avait là accident et non malveillance.

Voilà donc une petite série de faits qui prouvent que des corps effilés peuvent s'introduire sous les téguments par une pression brusque, sans que les blessés ou ceux qui les entourent s'aperçoivent de la nature de l'accident. Ces faits pourraient avoir un jour une grande valeur en médecine légale.

DE L'INFLUENCE DE L'EAU

et des aliments aqueux dans la production du lait.

Par M. Dancel.

(Note lue à l'Académie des sciences dans sa séance du 17 septembre 1866.)

Dans une note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie des sciences le 8 août 1865, j'ai cherché à démontrer que les aliments aqueux et l'eau favorisaient la production du lait dans les herbivores comme chez les femmes, que la quantité de lait donnée était toujours en rapport avec la quantité d'eau absorbée. On pouvait, on devait donc exciter à boire une vache, par exemple, pour en tirer plus de lait.

Dans la séance du 5 septembre de la même année, l'Académie reçut une lettre de M. Isidore Pierre, l'un de ses membres correspondants, qui, sans rien vouloir décider sur la question, faisait remarquer que j'aurais pu, à l'appui de ma thèse, invoquer comme autorité l'immortel auteur des *Géorgiques* (livre III, v. 394 et suiv.)

Il n'est pas possible de mettre en doute l'influence de l'eau et de l'alimentation aqueuse dans la production du lait. Tout le monde sait que c'est dans les contrées basses et humides que l'on trouve les meilleures vaches laitières, comme dans la Hollande, le pays d'Isigny et la vallée du Cotentin en Normandie.

Les vaches qui sont nourries sur les montagnes donnent fort peu de lait et fort peu de beurre, à cause de l'alimentation plus sèche qu'elles trouvent dans l'herbe d'un terrain non humide.

... Il paraît logique de croire que l'on peut, dans certaine proportion, mouiller les aliments secs donnés à la vache à l'étable, en l'excitant, selon le conseil de Virgile, à boire davantage au moyen d'une petite quantité de sel marin, afin d'avoir plus de lait et un beurre moins ferme et moins blanc, et cela sans arriver à altérer la nature du lait sécrété dans cette dernière condition.

C'est ce que nous avons expérimenté. Des vaches qui, avec le régime sec de l'étable, ne donnaient que 10 à 14 litres de lait, en ont produit 14 à 16 litres qui ont été examinés, analysés et jugés physiquement et chimiquement de bonne qualité, et ce lait a produit du beurre se rapprochant de celui donné avec l'herbe verte des pâturages.

La quantité d'eau qui a été mêlée aux aliments, son, recoupe, etc., a été par jour de 20 à 25 litres, ce qui n'a pas empêché les vaches de boire d'ailleurs comme à l'ordinaire.

Il n'est pas possible de préciser la quantité d'eau que l'on doit donner ainsi aux vaches, dont l'appétit pour les boissons varie selon les sujets.

Et c'est pour cet appétit différent pour les boissons, c'est sur la quantité d'eau que boit chaque jour une vache, que j'ai établi ce principe, appuyé sur ce que j'ai dit dans ma note précédente et ici, à savoir que la quantité de lait donnée par une vache est en proportion de l'eau qu'elle boit. Une vache qui ne boit pas 30 litres d'eau par jour, et il y en a, n'est pas bonne laitière. Elle ne peut donner que 6 à 8 litres de lait.

Une vache qui boit 60 litres d'eau par jour, et il y en a, est excellente laitière : elle peut donner de 20 à 25 litres de lait et même davantage, et de bon lait.

Ainsi que je l'ai dit dans ma précédente note, l'agriculture peut tirer parti de ce principe pour reconnaître la vertu lactigène d'une vache. L'art de guérir peut également y puiser des enseignements pour l'hygiène des nourrices.

... Quant aux éléments nutritifs qui sont nécessaires, et que ne contient pas l'eau, il me semble rationnel d'admettre que l'organisme peut s'assimiler l'azote de l'air atmosphérique, dans la déglutition, combiné avec la salive dans le bol alimentaire. Cette assimilation pourrait encore avoir lieu par l'absorption cutanée. C'est ainsi que je pourrais arriver à expliquer la surabondance de ce gaz nécessaire pour la production du lait sous l'influence d'une alimentation plus aqueuse. Quoi qu'il en soit, le principe que j'ai émis sur cette production n'en reste pas moins certain.

REVACCINATIONS AU MOYEN DU VACCIN ANIMAL.

Dans un rapport sur les revaccinations des jeunes délinquants de la maison pénitentiaire de Saint-Hubert (Belgique), M. le docteur Herpain, médecin de cet établissement, résume dans les conclusions suivantes les résultats qu'il a obtenus :

« Il résulte des expériences faites au pénitencier de Saint-Hubert en 1862, 1865 et 1866 :

« 1° Que la revaccination des sujets *âgés de moins de vingt ans*, n'est presque jamais nécessaire pour ceux qui ont eu la variole et qui en conservent des traces manifestes.

« 2° Qu'elle ne présente généralement des effets utiles que sur un petit nombre de sujets.

« *a*) Ce nombre peut être évalué à 2,17 pour 100 lorsque l'on opère avec du vaccin humain.

« *b*) Il s'élève à 7,30 pour 100 lorsque l'on se sert de vaccin animal.

« 3° Que, conséquemment, le vaccin animal, tel que nous l'avons employé, est supérieur au vaccin humain.

« 4° Qu'une température froide, la rigidité du derme et certaines maladies de la peau s'opposent à l'absorption du virus vaccin.

« 5° Que la revaccination générale des sujets âgés de moins de vingt ans peut être réservée pour les circonstances où une épidémie « fournit un prétexte plausible d'être plus pressant. »

DU ROLE DE L'INFLAMMATION

Dans le ramollissement cérébral (1).

Par M. le Dr Ivan Poumeau.

La doctrine qui assimile le ramollissement cérébral à l'encéphalite n'est justifiée, ni par la connaissance de la cause prochaine de cette maladie, ni par celle des altérations anatomiques qui s'observent dès le début dans le tissu malade, ni par celle des symptômes par lesquels se révèle l'altération cérébrale.

La congestion vasculaire, fréquente dans la première période, est un phénomène mécanique et non vital.

Les corps granuleux qu'on y trouve en abondance sont un

(1) Grand in-8° avec planches. Paris, 1866, P. Asselin.

---

vière et la rue du Sablon ; ils aboutissaient au Petit-Pont, où il y avait une chapelle dédiée à sainte Agnès.

Charles VI confirma les lettres de ses prédécesseurs exemptant l'Hôtel-Dieu du droit de prise, et permit aux frères et aux sœurs de mettre sur les maisons appartenant à l'hôpital les panonceaux et les bâtons royaux en signe de sauvegarde. Une autre ordonnance plus importante attribua à l'Hôtel-Dieu deux ou trois audiences par semaine au Palais.

L'interruption de la justice était très-préjudiciable aux intérêts de l'hôpital, vu la nature des dettes et l'emploi continuel qu'il devait faire de ses revenus. Charles VII ordonna, en 1444, au prévôt de Paris, de vaquer à l'expédition des causes de l'Hôtel-Dieu pendant les vacances.

Louis XI lui accorda audience au Châtelet tous les jours de la semaine. Il ajouta à cette grâce l'amortissement de toutes les rentes que l'Hôtel-Dieu avait acquises jusqu'à cette époque, et de 200 livres qu'il lui permit d'acquérir à nouveau.

Sous Louis XII, l'Hôtel-Dieu obtint la permission de faire boucher la ruelle du Sablon et de bâtir dessus une galerie, pour communiquer avec un nouvel édifice contenant trois corps de logis, dans la rue Neuve-Notre-Dame.

Pour ne pas interrompre l'ordre chronologique, nous parlerons plus loin de la réforme qui eut lieu vers cette époque dans l'administration de l'Hôtel-Dieu.

Sous le règne de François Ier, l'emplacement est si peu proportionné aux besoins que c'est vers ce temps, ainsi que l'attestent les registres du parlement, que sont placés, côte à côte, dans le même lit, jusqu'à douze et quinze malades. Vers 1531 l'Hôtel-Dieu s'agrandit de nouveau. Les chanoines possédaient une maison à la tête du Petit-Pont, contre la grande porte de l'hôpital. Cet emplacement parut propre à augmenter les bâtiments d'une nouvelle salle, et on proposa au chapitre un échange qui se fit après quelques débats dans lesquels le parlement donna gain de cause aux administrateurs. C'est sur cet emplacement qu'Antoine Duprat, chancelier, légat du saint-siége fit construire la salle dite du Légat ou de Sainte-Marthe (brûlée en 1772).

Cependant, les malheurs qui fondirent alors sur la France, augmentaient encore le nombre des malheureux, et les ressources de l'Hôtel-Dieu tarirent bien vite. Il resta endetté, et les quêtes qu'on lui permit de faire partout le royaume furent impuissantes à combler le déficit.

Charles IX répare une partie de ces pertes en 1564, en réunissant à l'Hôtel-Dieu la maladrerie de la Barbienne, située au Bourg-la-Reine, avec ses revenus, et celle de Fontenay en 1566.

Sous Henri III, l'Hôtel-Dieu est encore endetté et obligé de vendre des rentes, des maisons et d'autres biens, jusqu'à concurrence de 8 à 900 livres tournois (1575). En 1578, les ressources sont épuisées et on est obligé de recourir à une quête. Le parlement rendit, la même année, un arrêt qui ordonna de livrer aux administrateurs de l'Hôtel-Dieu la moitié de tous les biens légués aux pauvres de Paris, bien que les testateurs n'aient point désigné cet hôpital.

Depuis cette époque les guerres de religion, les troubles de la ligue, la faction des seize, multiplient le nombre des malheureux, et presque toutes les ressources de bienfaisance tarissent. En 1590, on força les administrateurs à livrer une partie de la subsistance des pauvres malades, que l'on employait à alimenter une populace révoltée. Henri IV, maître enfin de Paris, put soulager les maux que la capitale avait soufferts ; l'Hôtel-Dieu fut un des premiers objets de ses soins bienfaisants (1594-1595). Il lui permit de lever, pendant deux ans, une imposition de 10 sols sur chaque minot de sel qui se vendrait dans la généralité de Paris. En 1606, il fit bâtir la salle de Saint-Thomas. En 1607, la contagion qui affligea Paris fit sentir combien l'Hôtel-Dieu avait besoin de maisons de santé où l'on pût mettre les pestiférés. Le roi attribua à l'Hôtel-Dieu 10 sols par minot de sel pendant dix ans, et 5 sols à perpétuité, à la charge de faire bâtir un hôpital hors de la ville ; ce fut l'hôpital Saint-Louis. On incorpora en outre à l'Hôtel-Dieu, la maison de Saint-Marcel.

En 1625, les administrateurs occupés du soin d'agrandir l'hôpital, firent construire une voûte le long de la Seine pour élever une nouvelle salle, et en même temps on fit construire un pont pour la commodité publique (1634-36). La même année la salle Saint-Charles, qui a donné son nom à ce pont, fut finie par les libéralités de Pomponne de Bellièvre. Une inscription d'Olivier Patru rappelle ce bienfait.

En 1638, l'Hôtel-Dieu obtint, de Louis XIII, la permission de faire un emprunt de 40,000 livres. Les besoins urgents de l'Hôtel-Dieu justifiaient cette mesure. Ils étaient causés par le peu de soin que les adjudicataires des Gabelles avaient de payer à l'Hôtel-Dieu les droits que cet hôpital devait percevoir. Cet emprunt fut rempli en peu de temps et au delà des espérances des administrateurs. Ceux-ci conçurent alors le projet de publier un état de la dépense et de la recette

produit nécrobiotique, et n'ont qu'une ressemblance de forme avec les éléments caractéristiques de l'encéphalite.

Les symptômes qu'on peut rattacher à l'encéphalite sont rares au début du ramollissement, et en particulier la fièvre, les convulsions, les contractures, et quand ces phénomènes s'observent, ils peuvent être rapportés à une complication.

Les symptômes tardifs, tels que la contracture permanente, paraissent également devoir être rapportés à une cause autre que l'encéphalite, et semblent résulter surtout des altérations secondaires qui surviennent dans la moelle et dans les nerfs.

Cependant l'inflammation peut jouer un rôle dans l'évolution du ramollissement cérébral soit tardivement, à l'époque de la cicatrisation, soit dans les périodes récentes, où elle peut déterminer quelques symptômes, grâce auxquels on peut reconnaître cette complication.

Cette inflammation, qui se développe quelquefois dans les foyers récents ou autour de ces foyers, est toujours secondaire, et présente quelque analogie avec la réaction que les eschares produisent à leur limite.

Elle n'amène la suppuration que chez les animaux où l'oblitération est provoquée expérimentalement.

Rien ne démontre qu'elle puisse atteindre chez l'homme un pareil développement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 septembre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre du commerce et des travaux publics transmet :

1° Un rapport sur les vaccinations pratiquées à Mostaganem, par Mme Hézard, sage-femme. (Commission de vaccine) ;

2° Un rapport de M. le docteur Patézon sur le service médical des eaux minérales de Vittel (Vosges) en 1864. (Commission des eaux minérales) ;

3° Des rapports d'épidémies par MM. Perrochaud, de Montreuil et Fargeaud, de Saint-Léonard. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Gorlier, de Rosay-sur-Seine, relative à l'industrie des nourrices ;

2° Une lettre de M. le docteur Poggioli sur le traitement du choléra par l'électricité ;

3° Un pli cacheté sur l'emploi des phosphates et de l'acide phosphorique, par M. Collas, pharmacien.

Le dépôt est accepté.

4° Une lettre de M. Belin, fabricant d'instruments de chirurgie, qui sollicite la bienveillance de l'Académie pour la réparation d'un acte injuste qui aurait été commis, dit-il, à son préjudice.

Il s'agit d'appareils et gouttières diverses en toile métallique galvanisée et recuite, que ce fabricant a présentés au jugement de l'Académie, dans sa séance du 19 octobre 1858.

Depuis, dans la séance du 3 octobre 1865, M. Mathieu a présenté les mêmes appareils comme étant de son invention. Il a été même jusqu'à dire, dans le compte rendu reproduit par la *Gazette des hôpitaux*, ajoute M. Belin, que ses appareils sont destinés à réaliser un progrès dont profiteront surtout les hôpitaux, les corps d'armée en campagne, les chemins de fer et enfin tout ce que j'ai prévu dans mes notes à l'Académie.....

— M. LARREY présente un rapport sur les vaccinations dans le cercle de Lalla-Magbnia (Algérie) en 1866, par MM. les docteurs Giard et Caillard, médecins militaires.

— M. RAYER dépose sur le bureau le dernier volume paru des comptes rendus de la Société de biologie.

— M. LE PRÉSIDENT rend compte à l'Académie des obsèques de M. Mêlier, où elle a été représentée par un grand nombre de ses collègues. M. Bergeron y a porté la parole au nom de la compagnie.

— M. BERGERON, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de ses collègues.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements et les marques unanimes d'approbation de l'assemblée.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture ensuite de quelques mots que M. Roche s'était proposé de prononcer sur la tombe de son ami, et que son émotion l'a empêché de lire.

RAPPORTS.

Industrie des nourrices. — M. BLOT monte à la tribune pour donner lecture du supplément de rapport que l'Académie l'a invité à faire sur le travail de M. le docteur Monot, relatif à l'industrie des nourrices. M. Blot saisit cette occasion pour présenter un résumé du travail que M. le docteur Brochard vient de publier tout récemment sur ce même sujet, et pour faire part à l'Académie de plusieurs documents qu'il a reçus depuis la dernière séance, de M. Azam (de Bordeaux), de M. le docteur Alex. Mayer, de M. Husson, et enfin d'une lettre de M. Monot, par laquelle ce médecin le prie, avant de faire son supplément de rapport, de lui accorder un délai d'un mois, s'engageant avant ce délai à lui communiquer de nouveaux documents.

M. Blot, avant de donner lecture de son supplément de rapport, soumet cette proposition à l'Académie.

— M. LE PRÉSIDENT consulte l'Académie sur cette proposition.

— M. CHEVALIER est d'avis que l'Académie est suffisamment éclairée sur la question, et qu'il n'y a aucune raison pour ajourner une discussion qui peut, dès à présent, s'engager utilement.

— M. DEPAUL pense qu'avant de prendre un parti, il serait bon de connaître les propositions que fait l'auteur du mémoire, et de savoir jusqu'à quel point son projet de réglementation renferme quelque chose de neuf et d'utile. On verrait, après la lecture de ce projet, s'il y aurait lieu d'ouvrir immédiatement ou d'ajourner la discussion.

— M. VELPEAU est pour une discussion immédiate. Les faits sont connus. M. Brochard, dont tout le monde connaît la grande autorité en ces matières et qui occupe un rang distingué dans la science, s'en occupe depuis plusieurs années. Le conseil de l'assistance publique s'en est occupé; il y a eu dans son sein une longue discussion, dont la conclusion a été qu'il fallait maintenir l'institution placée sous sa dépendance, mais redoubler de surveillance. Enfin, M. Husson est à même de fournir à l'Académie tous les documents qui pourraient lui être utiles. L'Académie est donc en mesure de discuter immédiatement.

— M. BLOT, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du projet de règlement rédigé par M. Monot.

Cette lecture est suivie d'une courte discussion et d'échange d'explications entre MM. Depaul, Blot, Larrey, Robinet, Boudet et J. Guérin.

Sur la proposition de MM. Larrey et J. Guérin, appuyée par M. le président et par M. le secrétaire perpétuel, la discussion est ajournée jusqu'après l'impression du rapport de M. Blot dans le *Bulletin*.

LECTURE.

Embryotomie. — M. VERRIER donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Considérations sur deux procédés d'embryotomie.*

L'auteur résume son travail en ces termes :

1° Dans les rétrécissements moyens, le chiffre des femmes sauvées par le forceps-scie est supérieur à celui que donne le céphalotribe de 15,5 pour 100;

2° Dans les rétrécissements extrêmes le chiffre des femmes épargnées par le forceps-scie, est de 70,6 alors que le céphalotribe n'en épargne que 52,7.

D'où l'on peut conclure, que le forceps-scie est pour la mère d'une innocuité plus complète que le céphalotribe, et qu'il devra lui être préféré dans tous les cas de vices de conformation du bassin qui entraînent la nécessité de la céphalotomie. C'est surtout dans les rétrécissements extrêmes que la comparaison des faits confirme, avec l'évidence des chiffres, la supériorité rationnelle du forceps-scie.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 6 juillet 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. le docteur Fraignaud, nommé membre titulaire à la dernière séance ;

2° Une lettre de M. le docteur Marmisse, de Bordeaux, accompagnant un mémoire intitulé : *Observation de syphilis congénitale et de sa communication par l'allaitement.* Rapporteur, M. Lagneau ;

3° Le deuxième volume des *Bulletins de la Société médicale du Haut-Rhin*. Rapporteur, M. Fraignaud ;

4° Le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Paris*, pour 1865 ;

5° L'histoire d'une péricardite tuberculeuse et celle d'une hernie diaphragmatique, par le docteur Vérardini, membre correspondant. (Remercîments et dépôts aux archives) ;

6° Le *Journal de médecine mentale*, par M. Delasiauve. (Remercîments et dépôt aux archives.)

A propos du procès-verbal, M. Duparcque demande la parole pour signaler des accidents formidables survenus chez un sujet rhumatisant auquel on avait pratiqué des injections hypodermiques.

COMMUNICATIONS ORALES.

— M. LEROY D'ÉTIOLLES fait la communication suivante :

Ayant eu à traiter, dans ces derniers temps, un homme atteint de cystite avec contracture, M. Leroy d'Étiolles parvint à savoir que le malade faisait usage de bière anglaise ; et que dans la bière anglaise il entre souvent une faible proportion de strychnine destinée à en augmenter l'amertume. Le malade discontinua l'usage des bières d'origine anglaise, et cessa d'être tourmenté par les accidents auxquels il était sujet. M. Leroy apprit à cette occasion qu'il se fait un très-grand commerce de strychnine avec l'Angleterre. Cette strychnine serait achetée par des brasseurs anglais.

— M. GÉRY père, rapporte avoir observé chez un mort-né une augmentation de volume du corps thyroïde, telle que le côté gauche avait 8 centimètres et le côté droit 12 centimètres. La tumeur n'était pas manifestement fluctuante.

M. RICHARD. Les tumeurs sus-thyroïdiennes des nouveau-nés ont été étudiées en Angleterre avec un soin particulier. Les autopsies, à cet égard, sont relatées en très-grand nombre.

La composition de la tumeur est presque toujours une agglomération énorme de kystes paraissant étrangers au corps thyroïde.

— M. GÉRY père serait, en effet, disposé à conclure de l'impression perçue au palper de la tumeur qu'elle était constituée par une hypertrophie mamelonnée.

— M. RICHARD ajoute que ces kystes diffèrent de ceux des ganglions lymphatiques.

— M. BLACHEZ a donné ses soins à une dame sujette à des migraines suivies de vomissements et qui, à la suite d'efforts violents, fut prise d'accès de suffocation subite. Une tumeur venait de se développer au niveau du corps thyroïde, paraissant faire corps avec lui, ayant le volume d'une pomme et pouvant être attribuée à une hémorrhagie d'un côté du corps thyroïde. M. Hervez de Chégoin, appelé en consultation, conseilla de temporiser en ayant soin de soulever la tumeur pour permettre la déglutition et l'inspiration. Au bout de trois ou quatre jours de surveillance extrême, la tumeur disparut.

— M. RICHARD rappelle que la science possède sur la thyroïdite un travail dont M. Bauchet est l'auteur, et rapporte à cette affection le fait que M. Blachez vient de relater.

M. BRIQUET. Les symptômes décrits par M. Blachez ne rendent pas un compte exact de la thyroïdite. La tumeur a présenté, dans le mode de son développement, quelque caractère spécial sur la nature duquel il serait bon d'être édifié.

M. GROS. J'ai été deux fois à même d'observer la thyroïdite aiguë. Le premier cas remonte à 1848. C'est celui d'une jeune fille qui, sans cause connue, sans goîtres antérieurs, fut prise assez brusquement de gêne dans la respiration et de douleur violente à la région antérieure du cou. L'examen de cette région me fit constater un gonflement considérable de la glande thyroïde, dont la totalité participait au gonflement. Il y avait en même temps une violente céphalalgie et de la fièvre. Une émission sanguine abondante, par des sangsues appliquées sur le siége du mal, calma promptement les accidents, et la glande reprit un volume normal.

En 1856, j'observai un cas analogue, mais avec des symptômes de suffocation bien plus violents, une fièvre intense et un gonflement énorme de la thyroïde, chez un cocher, âgé de trente ans. L'affection était manifestement survenue sous l'influence d'un refroidissement. Ici encore une ou deux applications de sangsues amenèrent promptement la cessation des accidents qui ne se sont jamais reproduits depuis.

Le fait cité par M. Blachez ne me paraît pas se rapporter à la thyroïde ; mais je le comparerais plutôt à ces congestions de la thyroïde qu'on observé assez communément dans les goîtres exophthalmiques, et dont M. Trousseau a tracé un portrait très-fidèle dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu. Dans ces cas, les accidents de suffocation sont dus à la congestion subite de la glande thyroïde rendue plus considérable encore par le développement anomal que prennent souvent, dans cette maladie, les vaisseaux thyroïdiens. La suffocation peut être portée à ce point de rendre indispensable la trachéotomie qui présente dans ces circonstances des difficultés toutes particulières.

M. DUPARCQUE. C'est en effet une affection sanguine plutôt qu'un état inflammatoire de la glande qui permet, dans cette circonstance, de s'expliquer la brusquerie des accidents.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

---

de l'hôpital, persuadés que les libéralités des donateurs augmenteraient en proportion des besoins des malheureux, lorsque l'on connaîtrait leur situation exacte. Le premier de ces états parut en 1640. Tous les articles de dépenses et de recettes y sont publiés de la manière la plus satisfaisante avec une naïveté et une bonne foi qui en rendent la lecture très-intéressante. En outre, on y trouve des détails curieux sur l'histoire de toutes les fondations ; le nom des bienfaiteurs de l'hôpital, la valeur des sommes qu'ils ont données, la quantité, la qualité et le prix des denrées qui servent à la consommation journalière des pauvres ; le nombre des officiers et des serviteurs employés au service de l'Hôtel-Dieu, et leurs gages ; le nombre, la valeur, la situation des maisons, des fermes et autres biens que possède l'hôpital (1).

La publication de ces états fit beaucoup de bien, car la fidélité de la gestion encourageait la générosité des habitants ; en sorte que, si la dépense excède la recette dans un compte, on voit dans le compte suivant la recette supérieure à la dépense même du compte précédent. Un fait à remarquer dans l'état de 1663 est la clause qui le termine : « S'il y a quelque chose en l'estat ci-dessus, soit en la recette, soit en la despense, dont quelqu'un désire d'estre éclairci, il prendra, s'il lui plait, la peine de s'adresser au bureau de l'Hôtel-Dieu, et on lui donnera en très-peu de temps, toutes sortes d'éclaircissements. » Ce dernier trait nous paraît être le plus bel éloge qu'on puisse faire du zèle, des soins et des lumières des administrateurs.

Pendant la minorité de Louis XIV, nous ne trouvons que des lettres confirmatives d'anciens priviléges. En 1652 l'Hôtel-Dieu fut autorisé à évoquer de toutes les juridictions du royaume à la grande chambre du parlement de Paris, tous les procès de ses débiteurs. Un édit de 1690 autorisa les administrateurs à lever un droit de 30 sols par muid de vin entrant à Paris. Mais ces bienfaits ne suffisaient pas pour subvenir aux besoins des pauvres. Les administrateurs vendirent des maisons, et ils purent le faire sans diminuer sensiblement les revenus, vu les réparations considérables auxquelles ils étaient obligés pour ces maisons. Les dépenses excessives occasionnées par la guerre ne permettaient pas au roi de venir à leur secours d'une manière efficace. Ce fut principalement en 1709, année à jamais célèbre par un hiver long et rigoureux, que Louis XIV s'occupa des pauvres. Pour subvenir à ces nécessités pressantes, le gouvernement distribua des secours abondants, mais ses efforts eurent bientôt besoin d'être secondés ; un édit ordonna une contribution forcée. Cette mesure ne fut pas suivie de succès ; il ne faut pas s'en étonner, si l'on se rappelle quel était alors l'état de la France. L'affluence des pauvres malades en 1709 et les années suivantes, avait fait sentir combien l'Hôtel-Dieu était borné pour les besoins d'une population immense ; et, malgré les circonstances fâcheuses qui avaient épuisé les finances, Louis XIV voulut que l'on construisît de nouvelles salles ; mais il mourut avant d'avoir vu achever le monument de sa bienfaisance.

Les travaux ne souffrirent presque pas d'interruption et furent continués à l'avénement de Louis XV ; mais, pour suppléer aux ressources encore insuffisantes, on alloua à l'Hôtel-Dieu un droit de un neuvième sur les entrées aux spectacles. Cet officier permit d'achever les bâtiments qui se trouvaient entre le pont Saint-Charles et le Petit-Pont.

(1) Nous regrettons que les bornes que nous nous sommes prescrites dans cette étude, ne nous permettent pas d'insérer quelques-uns des détails intéressants dont ces états sont remplis. On les communique d'ailleurs à la bibliothèque Mazarine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le neuvième demi-volume (le 1er du tome cinquième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : Angine diphthérique, par MM. Roger et Peter ; Angine de poitrine, par M. Parrot ; Angioleucite, par M. Velpeau ; Angle céphalique, par M. Bertillon ; Animal, par M. Hollard ; Ankylose, par M. Ollier ; Antagonisme, par M. Laveran ; Anthracosis, par M. Dechambre ; Anthrax, par M. Trélat ; Anthropologie, par M. Broca ; Antidote, par M. Gubler ; Antilles, par M. Dutroulean ; Antimoine, par MM. Orfila, Gobley et Delioux de Savignac ; divers articles de botanique, par M. Baillon ; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Anatomie et physiologie de l'ovaire, par le docteur Ch. PERIER, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 10 août 1866. — Présidence de M. BARTHEZ.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. A. Rigal, *sur l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les maladies cardiaques*.

2° Une étude médico-légale sur le *curare*, par MM. Auguste Voisin et Henry Liouville.

3° Le compte rendu des travaux de la Société anatomique pour l'année 1864, par M. Bricheteau.

4° Les 2e et 3e fascicules, 1866, des *Actes du comité médical des Bouches-du-Rhône*.

5° Le no de juillet 1866, des *Bulletins de la Société impériale de médecine de Marseille*.

— **M. VERLIAC** lit une observation de *stomatite aphtheuse*. (Voir notre no du 20 septembre.)

— **M. FRITZ** avoue qu'en présence de ce fait son diagnostic est hésitant. Il y a quelques raisons pour douter de la nature diphthéritique de la maladie. Parmi les principales, il suffit de citer l'engorgement ganglionnaire; il existait avant les plaques; ensuite la forme même de ces plaques; elles étaient arrondies ou présentant des bords en segment de cercle; cela s'accorde mal avec la forme diphthéritique. Pour ces deux raisons, et aussi eu égard à l'état général, il y a des motifs pour douter de la nature de l'affection.

Il a vu, dans le service de M. Barthez, des plaques d'apparence pseudo-membraneuse adhérente, n'ayant pas l'allure de la diphthérite, ne gagnant pas l'arrière-gorge, et restant bornées à la langue. Je ne saurais, dit-il, leur donner un nom; mais elles me semblent se rapprocher du fait de M. Verliac.

— **M. VERLIAC** n'a admis cette idée de la diphthérite que d'une façon dubitative. L'engorgement ganglionnaire n'existait pas avant ces plaques; mais il y avait cependant quelques petits ganglions, et dès la veille, la mère avait remarqué des plaques blanchâtres sur le voile du palais, ayant l'apparence de fausses membranes. De sorte qu'on peut dire que l'engorgement n'est apparu qu'avec les fausses membranes. Quant à la forme arrondie des plaques, cela ne me paraît pas être une raison de rejeter la diphthérite. Dans ce cas, elle se développe sur l'ulcération de l'aphthe et en prend la forme. De ce qu'elle ne se propage pas au larynx, on ne peut pas non plus en conclure que ce ne soit pas de la diphthérite. L'état général n'était pas celui des diphthéritiques; mais l'enfant était pâle, abattue, et avait une fièvre intense. De sorte que sans affirmer la nature diphthéritique, je crois que la question peut du moins être soulevée.

— **M. FRITZ** répond que le premier jour, il n'était question que d'un enduit saburral.

Quant à la propagation au larynx, je n'ai pas voulu dire qu'il fût un signe nécessaire; c'est seulement un argument qui fait défaut.

— **M. VERLIAC** pense que les signes caractéristiques de la diphthérite sont encore incertains, et que c'est une question qui est loin d'être résolue.

— **M. BRICHETEAU** fait remarquer que dans cette observation, d'ailleurs si intéressante, il y a quelques omissions. On n'a pas recherché la présence de l'albumine dans les urines. On n'a pas dit si la malade avait été auscultée.

Enfin, il n'a pas été fait mention d'éruptions cutanées.

Il y a aussi un détail que je n'ai pas bien compris. M. Verliac dit qu'il n'a retrouvé les plaques observées par les parents que deux ou trois jours après. Quant à la nature de l'affection, on peut faire plusieurs hypothèses.

Ne s'agissait-il pas d'une stomatite ulcéro-membraneuse? Certains caractères manquent, il est vrai, l'ulcération près de la dernière molaire; mais quelquefois elle débute par la base de la langue. Je me rangerais volontiers à cette opinion, à cause de l'engorgement ganglionnaire.

— **M. VERLIAC** répond que les urines ont été examinées une fois; il n'y avait pas de précipité.

L'auscultation n'a pas été pratiquée, mais on a constaté que la malade ne toussait pas.

— **M. BRICHETEAU** demande une explication au sujet des plaques de la bouche.

M. VERLIAC. La mère a dit avoir vu des fausses membranes le premier jour. J'ai vu celles de la langue le lendemain, et je les ai décrites à mesure que j'ai pu les observer.

Je n'ai point remarqué de vésicules aphtheuses sur le voile du palais; il existait seulement de petites ulcérations.

Quant à l'herpès, je n'ai pas donné seulement pour raison de son exclusion, son absence sur les lèvres; la forme des vésicules était aussi différente.

Pour l'affection ulcéro-membraneuse, c'est surtout à la face interne des joues, autour des dents qu'on l'observe; cela n'avait pas lieu dans le cas présent. Il n'y avait pas l'ulcération fongueuse, sale, qui existe dans cette affection.

— **M. BRICHETEAU** remercie M. Verliac des renseignements qu'il vient de donner. Ils étaient nécessaires pour compléter l'observation.

M. BARTHEZ. Quelle est la nature de l'affection? c'est là le point important. Est-ce de la diphthérie ou non? Au début, il y a eu des aphthes, cela est certain; mais les vésicules des aphthes ne deviennent pas grosses comme une lentille. Il n'y a pas eu une couche continue de fausses membranes, mais des points isolés. Il n'y en a pas eu au fond du pharynx, ce qui est bien rare dans la diphthérie.

On a noté le gonflement du tissu cellulaire lui-même; mais est-ce une preuve en faveur de la diphthérie; les aphthes et la stomatite ulcéro-membraneuse peuvent aussi faire gonfler les ganglions.

Les urines n'ont pas été assez examinées, surtout au sixième jour; cela était important.

Qu'est-ce donc que cette affection? Elle est certainement aphtheuse, Est-elle diphthéritique? Il y a là un doute explicite à exprimer dans le titre de l'observation.

— **M. VERLIAC** dit qu'il a déjà observé à Sainte-Eugénie un cas semblable, dans lequel des vésicules grosses comme une lentille se sont recouvertes le lendemain de fausses membranes plus étendues. Mais généralement ces vésicules sont très-petites. Dans le cas précédent, il y a eu des plaques sur les amygdales, les gencives, la lèvre supérieure, puis une ulcération fongueuse leur a succédé.

Il a examiné une fois au microscope les fausses membranes diphthéritiques; elles étaient grenues et non résistantes, comme celles-ci, qui étaient au contraire coriaces, dures, parcheminées, renfermant beaucoup de débris épithéliaux et peu de fibrine. En résumé, les fausses membranes dont il s'agit ne ressemblaient en rien aux fausses membranes diphthéritiques. J'ajouterai enfin, qu'il y avait dans le voisinage un enfant atteint de croup.

La séance est levée à dix heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le docteur E. Verrier recommencera son cours particulier d'accouchement le lundi 1er octobre à quatre heures et demie, à l'amphithéâtre du docteur Meyer, 41, rue de l'École-de-Médecine.

On s'inscrit chez M. Verrier, 72 *bis*, rue Bonaparte, de midi à deux heures.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, commencera un cours préparatoire à l'externat, le jeudi 4 octobre.

Les cours pour le deuxième de doctorat (troisième de fin d'année) et le quatrième seront repris le même jour. On s'inscrit, 56, rue des Écoles, de midi à trois heures.

— Une place d'élève externe *nourri* est vacante à l'hôpital civil de Versailles. Se présenter sans délai.

— Lundi 17 décembre 1866, à trois heures, un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour une place de chef interne dans les hôpitaux de cette ville.

Les candidats devront avoir douze inscriptions de faculté ou quatorze d'école préparatoire. Ils pourront prendre connaissance au secrétariat de la commission administrative des règlements relatifs aux chefs internes.

— Les fascicules 43 et 44 du *Grand Dictionnaire* de M. Pierre Larousse viennent de paraître. Les biographies qui marquent particulièrement dans ces deux livraisons sont : *Berkeley, Berlioz, Bernard* (saint), *Bernardin de Saint-Pierre, Bernin* (le), *Bernis, Bernouilli, Berryer, Berthollet, Bertin* (la dynastie des), *Bertinazzi* (Carlin), *Berton*, etc. Les branches économique, politique, philosophique, scientifique, artistique, bibliographique et littéraire ne sont pas moins riches. Ainsi continue à s'élever rapidement ce monument grandiose, sur l'édification duquel quelques esprits craintifs ou malveillants avaient d'abord essayé de jeter quelques doutes. L'idée qui préside à l'œuvre va s'accentuant de plus en plus : impartialité, indépendance, vérité et surtout honnêteté. — Le prix de la souscription est encore aujourd'hui de 200 fr., payables par deux billets d'égale somme à six et à douze mois; au 1er janvier prochain, ce prix sera porté à 300 fr.

S'adresser à M. Pierre Larousse, *rue Saint-André-des-Arts*, 49, à Paris.

Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué, par le docteur THÉVENIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 80 pages et 6 figures. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Système lymphatique, cours du chyle et de la lymphe, par le docteur LABÉDA, chef des travaux anatomiques à l'école de médecine de Toulouse, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1866, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 114. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1866. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

Il ne sera question dans cette *Revue* que de choléra ; par deux bonnes raisons : la première qui pourrait à la rigueur nous dispenser d'énoncer la seconde, c'est le silence des amphithéâtres de clinique et l'absence d'intérêt actuel sur toute autre question ; la seconde, c'est que le choléra persistant à promener çà et là sa faux, ici un peu à la sourdine, là avec plus ou moins de bruit, les communications sur ce sombre fléau et sur les problèmes qu'il sème le long de sa route vont toujours se multipliant, apportant, celles-ci des remèdes plus ou moins infaillibles et presque tous aussi éphémères les uns que les autres, celles-là une solution toujours définitive et toujours à reprendre de cette redoutable énigme que dresse incessamment le sphynx devant nos yeux troublés et notre logique aux abois : le choléra est-il ou n'est-il pas contagieux ?

A en juger par notre correspondance, de tout ce qui a été dit jusqu'ici sur ce sujet, à cette place, une seule proposition paraît avoir réuni, nous ne dirons pas les opinions, mais l'assentiment à peu près unanime de nos correspondants ; c'est celle par laquelle le directeur de ce journal a déclaré que la *Gazette des hôpitaux* tenait à rester une tribune ouverte à toutes les opinions. Nous conformant à ce programme, nous continuons à accueillir parmi les nombreuses communications qui nous sont adressées, celles qui nous paraissent résumer le mieux, par les faits ou par les arguments qu'elles renferment, les points de vue divers sous lesquels peut être envisagée cette difficile question.

De la contagion ou non-contagion du choléra.

Le choléra est-il contagieux ? tel est le titre d'une lettre que nous adresse M. le docteur Alfred Liégard (de Caen).

« Cette question qui, sous tant de rapports est infiniment intéressante, dit notre correspondant, vient d'être l'occasion, dans la presse médicale, et spécialement dans la *Gazette des hôpitaux*, d'une discussion fort vive, et peut-être un peu passionnée. Les uns, avec M. Grimaud (de Caux), se sont déclarés pour l'affirmative ; les autres, comme M. Després, ont nié absolument la contagion du choléra... De tous ces arguments, de toutes ces preuves accumulées de part et d'autre, il n'est sorti encore rien d'assez évident, d'assez irréfutable pour porter dans les esprits une inébranlable et toute puissante conviction. Les plus sages, ce semble, sont restés avec M. Victor Revillout, dans cette opinion mixte : « Qu'on ne se hâte de nier que le choléra soit un peu contagieux..., bien que surtout épidémique. »

« Pour moi qui ai vu des faits négatifs remarquables, et qui en ai rencontré (et encore dans l'invasion de 1865), plusieurs positifs aussi, très-convaincants, je suis resté dans un doute philosophique qui me permet une parfaite impartialité dans la recherche de la solution de cette question ; cette solution extrêmement désirable devra, comme tant d'autres, sortir d'une somme nombreuse de faits bien authentiques. Qu'il me soit donc permis d'ajouter, à ceux déjà rapportés et connus, les deux suivants, l'un contre la contagion, l'autre en sa faveur.

« En 1832, j'étais médecin de la communauté du Sacré-Cœur à la Délivrande. Pendant la terrible épidémie de choléra qui désola ce bourg, des 12 religieuses de cette communauté, 6 sortaient pour donner leurs soins aux cholériques, pendant vingt-quatre heures, un jour et une nuit ; les 6 autres les remplaçaient, pendant le jour et la nuit suivants, et continuèrent ainsi alternativement, pendant 6 semaines, ce service excessivement fatigant : pas une ne fut atteinte, et, dans leur communauté, pas une des nombreuses orphelines qu'elles dirigeaient ne reçut d'elles le germe de la maladie. Certainement, ces douze religieuses, parmi lesquelles plusieurs étaient d'une faible constitution et d'une santé habituelle assez mauvaise, privées ainsi fort longtemps d'un sommeil suffisant, épuisées de fatigues de toute nature, surmenées pour ainsi dire, devaient être, ce semble, toutes préparées et disposées au développement du germe contagieux cholérifère, si ce germe existait...

« Voici maintenant le fait qui me paraît fournir un puissant argument contraire.

« Ce bourg de la Délivrande dont je visitais deux ou trois fois par semaine la communauté, était, au 1er juillet 1832, dans un état sanitaire parfait. A cette époque, les habitants de la commune d'Ouestreham située à l'embouchure de l'Orne, à 6 kilomètres dans l'est de la Délivrande, et qui depuis un mois étaient décimés par le choléra, y vinrent en pèlerinage pour implorer les secours du ciel, par l'entremise de la mère de Dieu. Au moment où ils reprenaient le chemin de leur village, l'un des pèlerins, un jeune homme de vingt-deux ans fut pris tout à coup des symptômes de la terrible maladie. Je sortais de la communauté, quand on accourut au-devant de moi pour me conduire près de lui ; les missionnaires l'avaient fait coucher dans leur cour sur un matelas. Il avait une diarrhée caractéristique, des vomissements fréquents, la peau déjà un peu froide, le pouls dépressible, etc. Il fut enveloppé dans une couverture de laine chaude, frictionné fortement, et porté dans une chambre *au bout Varin* (extrémité du village, près la communauté). Cette chambre était située dans une grande cour entourée de cinq à six maisons habitées par une quarantaine de paysans occupés presque tous à la culture des navets et de l'oignon ; tous actuellement en état de santé parfaite. Notre jeune malade soigné avec zèle et intelligence, ne tarda pas à entrer en convalescence et put, huit à dix jours après, retourner dans sa famille. La femme qui l'avait soigné et veillé jour et nuit, tomba malade le troisième jour. Les symptômes furent tout à coup fort graves ; elle se refroidit promptement et succomba à la fin du deuxième jour. Une voisine qui avait lavé les linges du jeune homme, fut prise dans le même temps des mêmes symptômes et fut emportée plus promptement encore. Le jeune homme n'était pas encore parti, que déjà, dans la grande cour où il avait été transporté, la majeure partie de ses habitants présentaient les symptômes plus ou moins violents du choléra : en trois semaines, il en mourut 14. De là, et de proche en proche, il se propagea dans tout le bourg de la Délivrande qui, sur 1,000 habitants, en perdit 98.

« Il sera peut-être intéressant de signaler ici une circonstance qui doit avoir, dans l'étude de la marche de cette maladie, une certaine importance. Elle rendra d'ailleurs plus étonnante encore l'immunité absolue dont ont constamment joui nos 12 religieuses, parce qu'elle donnera mieux la mesure de leur extrême fatigue. Vers la fin de juillet, alors que le choléra était dans sa plus grande intensité, les habitants furent tellement frappés de terreur que, l'instinct de leur propre conservation dominant tout autre sentiment, 300 au moins, hommes, femmes, enfants, abandonnant tous les malades, prirent la fuite, et se réfugièrent à 2 kilomètres du bourg, dans la plaine élevée qui, sur la route de Caen, avoisine le Calvaire. Là, abrités à peine contre l'ardeur du soleil et la fraîcheur des nuits, manquant d'eau et de presque toutes les choses utiles et nécessaires, ils demeurèrent pendant trois semaines, jusqu'à la fin de l'épidémie, et pas un seul n'y ressentit le plus léger symptôme du choléra, tous y conservèrent une excellente santé. Le miasme cholérique dans lequel ils étaient restés plongés pendant près d'un mois, perdit sur eux toute sa funeste influence, aussitôt qu'ils eurent quitté les rues étroites, sales et humides du bourg où il avait établi sa pernicieuse puissance.

« Ce fait vient, avec plusieurs autres semblables, démontrer la vérité du précepte posé par le docteur Shrimpton, qu'il faut détruire les foyers d'infection, au lieu d'établir des quarantaines... Or, rassembler plusieurs malades en un même lieu, c'est créer un foyer d'infection ; ne serait-il pas bien plus rationnel et plus sûr, de les disséminer sur une grande surface, dans des lieux salubres et élevés, loin des vallées humides et des cours d'eau. »

— Voici d'autres faits que nous transmet à l'appui de la doctrine de la contagion, M. le docteur Portier, de Saint-Chamond, témoin du premier cas de choléra qui a été observé dans les hôpitaux de Paris, en 1832, et l'un des médecins désignés à cette époque pour aller à Troyes lors de la première invasion de l'épidémie dans cette ville.

« On a dit avec beaucoup de raison, nous écrit notre confrère, que lorsqu'une maladie épidémique apparaît dans une localité, il ne faut pas affirmer qu'elle est contagieuse parce que plusieurs individus de la même maison ou de la même famille en sont successivement atteints, ces personnes se trouvant alors dans des conditions de santé identiques, et soumises aux mêmes influences ; mais c'est une grave erreur, selon moi, que de se refuser à voir des cas de contagion directe dans certaines circonstances précises où le doute ne semble permis à personne. Ainsi le fait de choléra introduit à l'hôpital d'Évreux par un individu venant de Paris, alors qu'il n'y avait aucun cas de choléra en ville, et suivi de l'infection presque immédiate des malades de cet hospice (fait relaté dans le n° du 23 août de la *Gazette*, par le docteur Buisson), ne saurait être plus probant. Permettez-moi de vous citer un cas analogue, datant déjà de longtemps, et tout aussi précis.

« En 1854, le choléra sévit tout à coup au hameau de la Bachasse, distant de 4 à 5 kilomètres de Saint-Chamond, sans qu'on ait pu apprécier et comprendre son mode d'invasion dans cette localité ; il y fait des ravages effrayants ; bientôt il s'étend aux localités voisines, voyageant de préférence de l'ouest à l'est. A l'époque du plus haut point de l'épidémie, une femme très-malade est transportée de l'endroit infecté à l'hospice de Saint-Chamond, et y est admise sans conteste par la sœur de service, avant mon arrivée, vu l'état de gravité que lui paraît présenter l'affection. A ma visite, je constate un cas de choléra. Notre hôpital se trouvait en ce moment dans les conditions les plus favorables ; sauf quelques cas d'affections chroniques, il ne contenait pour ainsi dire que des convalescents. Le lendemain deux nouveaux cas apparaissent, et successivement et rapidement, 35 malades et un frère de l'hospice sont atteints par le fléau. La maladie présenta une gravité exceptionnelle, puisque sur ces 36 malades, 8 seulement purent être sauvés : la malade qui avait apporté le germe fatal fut de ce nombre. Le choléra ne franchit pas les limites de l'hôpital, aucun cas ne se développa dans la ville : je me trompe ; une des malades de l'hospice alla mourir chez elle, et deux ou trois autres cas furent soignés à domicile ; ils appartenaient à des gens déjà imprégnés du virus contagieux, et qui avaient cru fuir l'épidémie en se réfugiant à Saint-Chamond, ils guérirent. Le choléra ne se propagea pas autrement. Mon confrère, le docteur Fridet, chirurgien de l'hospice, et qui prit, lui aussi, une part active au traitement des cholériques de la Bachasse et de l'hôpital, confirmerait au besoin l'exactitude de mes assertions. Dans cette circonstance, la population urbaine fut fort peu émue, l'affection ayant été étouffée dans son foyer primitif, presque avant qu'elle ait pu soupçonner sa présence aussi près d'elle.

« Cet exemple, ne démontre-t-il pas d'une manière évidente la contagion du choléra ? Ne prouve-t-il pas, en corroborant le dire du docteur Victor Revillout, que la présence d'un cholérique n'a pas été indifférente pour ceux qui l'ont approché et ont respiré le même air ? que l'épidémie n'a pas suivi uniquement la voie de l'atmosphère, mais bien celle que lui a donnée le voyage d'un individu qu'elle avait d'abord atteint ? et enfin, qu'un seul cholérique a pu former sur un point où il s'est transporté un foyer de choléra ? »

— A côté de ces faits, voici deux exemples de choléra développés en dehors de toute condition appréciable de contamination, dans une localité voisine de Paris, exempte jusque-là de toute trace d'épidémie. Ils ont été observés par M. le docteur Deharme.

« Malgré nos relations incessantes avec Paris, le choléra de 1865 avait complétement épargné Chatou, lorsque le 23 octobre dernier, une jeune femme y fut frappée d'une attaque foudroyante. J'avais reçu la veille, dans mon cabinet, la dame D. T..., âgée de vingt-sept ans, accouchée depuis six semaines, bien rétablie de sa couche, et nourrissant avec succès son enfant. Le même jour, pour se soustraire aux mauvais traitements de son mari, rentré chez lui le soir en état d'ivresse, elle descend de son lit au milieu de la nuit, va et vient, avec émoi, d'une pièce à l'autre de son logement, pieds nus, sur un carreau glacé. Le lendemain elle consacre la matinée aux soins de son ménage, puis elle se transporte chez sa mère, où, à peine arrivée, vers trois heures de l'après-midi, elle ressent de violentes coliques suivies de déjections aqueuses abondantes, blanchâtres, riziformes, s'accompagnant bientôt de tous les symptômes d'un choléra algide, bien confirmé ; vomissements, crampes, refroidissement de la peau, sueur visqueuse, suppression urinaire, extinction de la voix, altération sénile de la face, cyanose des extrémités, retrait des yeux au fond des orbites, où s'éteint le dernier rayon de l'intelligence ; la malade succombe vers minuit.

« Était-ce là un choléra communiqué, se demande M. Deharme ? Non, évidemment, répond-il ; cette pensée ne serait fondée ni légitime, en dehors de l'épidémie régnante à Paris, où la maladie était en décroissance, en dehors de tous points de contact direct ou indirect de la part de la malade avec le foyer de l'infection. La dame T... n'avait reçu dans son intérieur aucune provenance suspecte, ni avant ni après son accouchement,

ni de loin ni de près. Chatou, jusqu'à l'heure de cette courte invasion, était dans une sécurité justement motivée, par l'abaissement de la température, par l'absence de tout cas de choléra, à plusieurs lieues à la ronde. La malade, d'autre part, exempte de toute diarrhée prémonitoire, n'avait reçu aucun avertissement préalable du coup qui l'a frappée, à la suite de la scène nocturne et de la perturbation physique et morale dont elle a subi la fatale influence; or, ce point de départ s'accuse de lui-même comme le seul trait d'union d'une santé irréprochable avec l'attaque dont la victime a été foudroyée, isolément, spontanément, sans importation, et sans avoir non plus communiqué son mal à aucune des personnes qui l'entouraient dans ses derniers instants, ni à l'enfant à qui elle donnait encore le sein peu d'heures avant sa mort.

« Le pendant de cette observation s'est rencontré deux mois plus tard, fin de décembre, sur un autre point de ma circonscription médicale. Dans une habitation saine, située à l'écart et dépendante d'une commune où il n'y avait eu aucun cholérique, une femme de trente ans, mère de cinq enfants et nourrice de son dernier né, âgé de trois mois, mais débilitée par l'accomplissement de tous les devoirs de la maternité, fut atteinte spontanément d'un choléra algide et sévissant avec une telle violence que la malade y succombait au bout de dix heures d'accès. Son enfant, chétif et malingre, nourri au biberon après la mort de sa mère, ne lui a survécu que trois semaines.

« Nous avons donc assisté à l'apparition spontanée sur les rives de la Seine de deux cas de choléra, se succédant à un intervalle de deux mois, qui, par leurs formes accentuées, leur caractère pernicieux, leur terminaison funeste, ne sont autres que le choléra originaire des bords du Gange. Celui-ci aurait-il seul, et à un très-haut degré, le pouvoir de se transmettre (on en cite de nombreux exemples), tandis que l'autre ne jouirait pas de la même faculté? Il serait pourtant assez logique de croire que le choléra indigène, qui a tué notre jeune cliente en quelques heures, n'est pas moins transmissible que son congénère le choléra indien. Mais tous deux réclament sans doute ce qui a manqué dans la circonstance, des conditions individuelles et un milieu favorable à leur transmission. »

Suivent quelques réflexions dignes d'être prises en considération, sur la possibilité d'une origine différente et de causes multiples du choléra. C'est un point sur lequel nous reviendrons.

— Nous avons reçu sur ce même sujet plusieurs notes ou mémoires que nous continuerons à résumer ou à reproduire textuellement, suivant leur importance, notamment une petite dissertation sous forme de dialogue, de M. le docteur Rousseau, chirurgien en chef de l'hôpital d'Épernay, à qui nous devons déjà plusieurs communications sur cette question.

De la préservation du choléra par le cuivre.

Dans la dernière *Revue clinique* nous n'avons inséré qu'une partie seulement de la réponse de M. Burq aux affirmations de M. Stoufflet reproduites dans la *Revue* du 11 août, celle qui avait trait au traitement par les sels de cuivre. Il nous reste à résumer la partie de sa note qui est relative à la préservation.

M. Burq répond d'abord, à cet égard, que de deux ouvriers en cuivre, entrés à l'hôpital Lariboisière, atteints de choléra, dont parle M. Stoufflet, un seul était véritablement ouvrier en cuivre, l'autre ayant depuis longtemps changé d'état. Admettant d'ailleurs l'exactitude de cette assertion, notre confrère se demande ce qu'on en peut conclure, quand on sait que dans la clientèle des hôpitaux les ouvriers en cuivre de toute sorte comptent, à peu de chose près, comme les ouvriers en fer pour un chiffre qu'on ne saurait porter au-dessous de 1/10. « Dans les hôpitaux de la rive droite qui, hormis Beaujon, desservent avec l'Hôtel-Dieu les quartiers plus particulièrement affectés à l'industrie parisienne, cette proportion, ajoute M. Burq, est certainement encore plus forte pour ces derniers ouvriers. Ce n'est donc point ni 2 ni même 4 malades, mais au moins 12 ou 15 qu'on aurait dû relever parmi ces ouvriers pour se donner une apparence de raison. »

M. Burq rappelle qu'après l'analyse qu'il a faite des 11 ouvriers en cuivre relevés à l'hôpital Saint-Antoine, comme ayant fait échec à la préservation cuprique, il n'en est resté en réalité que 2 ayant été réellement ouvriers en cuivre, sur 429 malades, dont 269 du sexe masculin, ce qui eût dû donner au moins la proportion de 20 à 25 malades d'après le rapport des ouvriers en cuivre avec les autres ouvriers. Il signale enfin l'absence complète d'ouvriers en cuivre cholériques à l'Hôtel-Dieu en 1865.

« Les quelques faits affirmés par M. le docteur Stoufflet, dit M. Burq en terminant, seraient-ils tous d'une authenticité parfaite, que conclure comme il l'a fait, ce serait encore comme si avec 8 ou 10 exemples d'individus vaccinés pris de petite vérole, il prétendait infirmer la découverte de Jenner. »

— Nous avons mis jusqu'ici avec la plus grande impartialité sous les yeux de nos lecteurs les faits et les arguments favorables, comme les faits et les arguments défavorables à la théorie de la préservation du choléra par le cuivre. On connaît maintenant les sources où il est possible de puiser les éléments d'une solution entre les affirmations contradictoires que nous avons reproduites. C'est à ces sources que nous renverrons désormais ceux qui seront désireux de se faire une opinion sur ce point.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Perchlorure de fer contre la diarrhée.

M. Delezenne, interne de M. Boys de Loury à Saint-Lazare, a essayé le perchlorure de fer liquide contre les diarrhées cholériformes, les cholérines et même contre le choléra confirmé. Tant que les selles duraient encore, et dans dix-neuf cas il a obtenu un résultat satisfaisant. Ce médicament est administré à la dose de 30 gouttes dans une potion dont voici la formule :

Perchlorure de fer liquide. . .	30 gouttes.
Eau distillée	150 grammes.
Sirop simple.	45 —

Lorsque la première potion n'amène pas un résultat assez rapide, elle est renouvelée dans la même journée, à la même dose. Ce médicament n'a présenté aucun inconvénient.

On peut, d'après M. Delezenne, compter sur ce médicament comme antidiarrhéique dans le choléra; c'est, de plus, un excellent désinfectant.

Les recherches sont poursuivies et les observations seront publiées.

Toile sédative résino-belladonée.

Dans les affections rhumatismales, il importe de soustraire la peau au contact de l'air et en même temps d'appliquer sur les parties malades un topique souple, parfaitement adhésif et contenant des substances sédatives. Voici la formule à laquelle s'est arrêté le le docteur Boulu, pour composer une toile remplissant ces conditions :

Emplâtre diachylon............	500 grammes.
Ext. de belladone..............	50 —
Ext. résineux de pin sylvestre....	50 —

Cette masse est étendue en forme de sparadrap, de façon que 1 décimètre de longueur contienne 50 centigrammes de chaque extrait. L'application parfaite et prolongée de la toile sédative sur la partie malade, produit nécessairement une chaleur très-prononcée et une moiteur très-favorable à l'absorption des matières actives de la masse emplastique; et si jusqu'à ce jour l'absorption des substances médicamenteuses contenues dans les liniments, pommades, etc., a pu être mise en doute, à coup sûr il n'en est pas de même de celle de la toile sédative dans les conditions de son application. (*Rép. de pharmacie.*)

Guérison d'un cas de tétanos rhumatismal.

Le docteur Demme (de Berne) rapporte qu'une jeune fille de cinq ans, qui avait pris froid en dormant dans une écurie humide, fut amenée à l'hôpital trois jours après que la maladie se fut déclarée. Le début en avait ressemblé à celui d'un rhumatisme aigu, par un malaise général fébrile, suivi de douleurs assez violentes à la nuque et au dos.

Les secousses tétaniques, qui se développaient à la moindre excitation, avaient essentiellement la forme d'un trismus bien caractérisé, et chaque accès durait quelques minutes. Le traitement consista dans le repos absolu et dans l'application de lavements composés d'une émulsion de camphre avec addition d'extrait de belladone. De la sorte, la petite malade prenait chaque jour environ 65 centigrammes de camphre et de 9 à 12 centigrammes d'extrait de belladone.

Vers le soir du troisième jour se montrèrent de légers symptômes d'intoxication par la belladone. Tandis que les accès cessaient de se montrer, les légères récidives qui eurent lieu cessèrent chaque fois que l'on répéta l'emploi de la belladone. La petite malade quitta l'établissement guérie, eut encore quelques mois de santé à la maison, mais mourut ensuite d'une méningite tuberculeuse aiguë.

(*Rev. méd. chir.*, 15 juillet.)

ÉTUDE CLINIQUE

Sur le sarcocèle tuberculeux (1).

Par M. le Dr CASTIER.

1° Il existe une forme de sarcocèle tuberculeux indolent, à marche lente, sans ces poussées inflammatoires aiguës si caractéristiques dans les cas ordinaires sans réaction générale. Elle paraît se développer surtout à partir de l'âge mûr.

2° Elle offre les plus grandes analogies avec l'orchite chronique; l'erreur est facile et on conçoit qu'elle ait pu être commise quelquefois en Angleterre, où on rencontre si souvent l'engorgement chronique du testicule, dont les chirurgiens français citent seulement deux ou trois cas.

3° La castration, dans les cas de sarcocèle tuberculeux, même avec fistules, nous semble devoir être pratiquée très-rarement. Elle a de trop graves inconvénients, et son utilité est souvent très-contestable.

(1) In-8° de 47 pages, prix 1 fr. 50 c. Paris, 1866, Adrien Delahaye.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 19 septembre 1866. — Présidence de M. FOLLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical*;

Le *Bulletin général de thérapeutique*;

Une note imprimée *sur l'ovariotomie*, par M. Antonio-Maria Barbosa. Lisbonne, 1866.

Derniers mots sur la non-contagion de la peste, par M. Clot-Bey, membre correspondant.

Pathologie et thérapeutique chirurgicale générales, par le docteur Théodore Bilroth, membre correspondant, à Berlin.

M. Demarquay offre, au nom des auteurs, deux thèses pour le doctorat en médecine : *Traitement des kystes du foie*, par M. Ch. Edmond-Marius Paul; *Anatomie pathologique des rétrécissements de la trachée*, par M. Jules Cyr.

Une observation manuscrite de kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; ovariotomie, par M. Dubarry, de Condom. (Commissaires : MM. Boinet, Demarquay, Labbé.)

Tumeur du testicule (suite de la discussion).

M. CHASSAIGNAC. La discussion qui s'est élevée dans la Société de chirurgie, au sujet des tumeurs testiculaires et de l'amputation du testicule, a prouvé que des divergences assez notables existent dans l'esprit des chirurgiens touchant la gravité de cette opération; les uns l'ayant déclarée bénigne ou presque bénigne, les autres ayant cité de nombreux cas d'accidents graves, et même mortels survenus à la suite.

Une appréciation sérieuse du degré de gravité de cette opération ne peut être abandonnée ni au caprice ni à la versatilité individuelle; elle ne peut sortir que d'une analyse attentive des accidents considérés en eux-mêmes. C'est cette analyse que je vous demande la permission de faire passer rapidement sous vos yeux.

Parmi les dangers auxquels expose l'amputation du testicule, on doit mettre en première ligne l'hémorrhagie; les accidents nerveux graves; le phlegmon par diffusion commençant à la région du scrotum ou sur le trajet du cordon, pour se répandre soit vers le flanc, soit vers la fosse iliaque.

L'hémorrhagie. Elle peut provenir de deux sources : des vaisseaux du cordon, et dans ce cas, elle est *funiculaire*; ou de ceux du scrotum et alors elle est *scrotale*.

L'hémorrhagie funiculaire a été, de la part des chirurgiens, l'objet d'une attention particulière sinon exclusive; il n'en est pas de même de l'hémorrhagie scrotale qui, avant les faits que j'ai publiés, avait passé presque inaperçue.

Ces artères des tissus dartoïques ne se comportent point comme les artères ordinaires. Leur blessure a une gravité toute spéciale. Elles la doivent en partie aux alternatives qu'elles subissent par suite des changements d'état du tissu dartoïde lui-même : à certains moments elles sont flexueuses et comme ratatinées, à d'autres moments elles sont rectilignes et comme épanouies. De plus elles sont éminemment disposées à produire l'accident du thrombus. Comparez ce que serait, dans toute autre plaie, la blessure d'une artère aussi peu volumineuse que l'est la spermatique, et vous verrez qu'on y ferait à peine attention; que la moindre ligature en ferait justice sur-le-champ.

Les sources de l'hémorrhagie causée par la section du cordon avec l'instrument tranchant, peuvent se trouver dans l'artère *spermatique* ou *testiculaire*; dans l'artère *déférentielle*, branche née près du vestige ligamenteux de l'artère ombilicale; dans l'artère *crémastérique* née de l'épigastrique au moment où cette dernière passe au côté interne de l'anneau inguinal profond.

Enfin l'hémorrhagie peut dépendre des plexus veineux du cordon. Quels sont les moyens que la chirurgie oppose à ces hémorrhagies? C'est la ligature, soit du cordon en masse, soit de chacun des vaisseaux sanguins en particulier.

La ligature en masse a de nombreux inconvénients : elle a les inconvénients communs aux ligatures médiates, c'est-à-dire qu'elle agit non-seulement sur les vaisseaux eux-mêmes, mais encore sur d'autres organes qu'il est inutile et même dangereux de soumettre à l'action si douloureuse de la ligature. En outre, de même que toutes les ligatures médiates, si exactement appliquées qu'elles soient, elle peut se trouver relativement trop lâche après le premier affaissement des tissus qu'elle embrasse, et donner lieu à des hémorrhagies non-seulement primitives et consécutives, mais même à des hémorrhagies immédiates, car M. Verneuil vous a rapporté un fait dans lequel, ayant serré de toutes ses forces une ligature appliquée sur le cordon, il vit au moment de la section de ce dernier, s'élancer un jet artériel immédiat.

On reproche encore à la ligature en masse du cordon, de déterminer, par la douleur qu'elle occasionne, des accidents nerveux graves, et, le plus grave de tous, le tétanos. On n'en possède que trop d'exemples, et M. Verneuil a confirmé, par un nouveau fait à lui appartenant, cette vérité d'observation généralement établie. Mais il a de plus rapporté un cas de délire nerveux qui s'est prolongé pendant près d'un septenaire chez un jeune homme opéré par lui par la seule décortication d'un hématocèle.

Enfin, il faut noter à la charge de la ligature en masse la lenteur désespérante avec laquelle elle se détache. Il est difficile en effet d'en hâter la chute par la section de l'anneau qu'elle forme et qui reste profondément enfoui dans les tissus.

Quant à la ligature isolée qui fut proposée pour la première fois par Cheselden, elle n'a pas même le mérite d'affranchir du danger des troubles nerveux puisqu'il est un fait de M. Couronné (d'Anvers), qui prouve que le tétanos est survenu après l'emploi de ce mode de ligature. Mais, de plus, que de difficultés d'exécution, que de tâtonnements qui n'existent point pour la ligature en masse, et quelle préservation incertaine contre l'hémorrhagie; par la raison que si l'artère spermatique est toujours facile à trouver, la déférentielle et la crémastérique subissent très-souvent une fermeture momentanée qui suffit bien pour les dérober à la recherche, mais qui ne les empêche pas de donner plus tard. Et quant à la ligature isolée des veines du cordon, sans pousser trop loin les craintes à cet égard, je repousse formellement l'idée que la ligature isolée des veines dans une plaie qui doit suppurer, ne soit pas une cause imminente de phlébite purulente. Et il n'a dû échapper ni à M. Verneuil, ni à aucun de vous que c'est précisément chez le sujet soumis à la ligature isolée des veines du cordon, qu'est survenu un cas mortel d'abcès métastatiques.

Ce qui entre pour beaucoup dans la gravité des hémorrhagies du cordon, c'est la facilité avec laquelle se produit un thrombus qui

masque l'orifice des vaisseaux, et oblige à des compressions très-fâcheuses dans la région inguinale, ou à des applications de caustiques venant aggraver les chances de suppuration diffuse. Car il ne faut pas perdre de vue que l'hémorrhagie a plusieurs sortes de danger, dont la perte matérielle du sang n'est, dans certains cas, que le moins grave, tandis que celui qui naît des complications hémostatiques, c'est-à-dire de la nature même des moyens employés contre l'hémorrhagie, et enfin, ce que j'appelle le danger moral des hémorrhagies, l'ébranlement imprimé au système nerveux de l'opéré, ont une importance qui n'a dû échapper à aucun de nous.

Il y a donc là un point de pratique grave et difficile, et pour mettre en évidence cette difficulté, il suffit de rappeler le nombre considérable de procédés imaginés par des chirurgiens qui, tous, avaient été témoins de mécomptes graves, soit dans leur propre pratique, soit dans celle de leurs confrères. La connaissance seule de ces procédés et le choix à faire entre eux sont pour le jeune praticien une grande cause d'incertitude et de perplexité, quand il voit les efforts incessants et presque toujours infructueux, de la part de certains hommes qui occupent une grande place dans l'histoire de la chirurgie, tels que Franco, Bertrandi, Ledran, etc., etc.

Voyez en effet combien de procédés différents et souvent même contradictoires, ont été proposés : ligature en masse; ligature isolée; cautère actuel; connaissez-vous quelqu'un qui y ait recours aujourd'hui? emploi des ciseaux comme agents d'affaissement des tissus; froissement préalable des vaisseaux, comme le faisait Ledran; ligature en masse près de l'anneau ainsi que le pratiquait Purmann; ligature au-dessus de l'épididyme (Bertrandi); ligature sur un point intermédiaire (Hœnel); constriction de la ligature aussi fortement que possible et d'emblée (Franco Pearson); constriction graduelle (Gauthier); ligature préalable du cordon avant de le couper, ou bien section du cordon avant l'application d'aucune ligature. Tout a été essayé parce que rien n'a réussi.

Clore les vaisseaux sans les lier répond donc à un besoin réel de la chirurgie, dans l'opération de la castration, et c'est l'écrasement linéaire qui m'a paru le mieux répondre à ce *desideratum*. Seulement, loin d'imiter le procédé des vétérinaires, qui, à cause de la grande résistance du derme, mettent à découvert le cordon avant d'appliquer la chaîne, il ne faut faire aucune incision avec le bistouri, autrement on pratique une espèce d'opération mixte pouvant donner lieu à des hémorrhagies qu'on ne saurait dès lors imputer à l'action de la chaîne.

Quant à la classe d'hémorrhagies parfois très-graves qui sont dues à la blessure des vaisseaux du dartos, j'ai publié sur ce sujet des observations nouvelles (pages 309 et 311 de mon *Traité de l'écrasement linéaire*).

La section de la peau par le bistouri et la dissection faite pour séparer la tumeur testiculaire de ses enveloppes, expose à un inconvénient beaucoup plus grave qu'on ne le croirait *à priori* et dont tous ceux qui ont fait l'opération du sarcocèle ont dû être témoins; nous voulons parler de la tendance à l'infiltration purulente au milieu des diverses couches dont se compose le scrotum. Cette infiltration, une fois qu'elle s'est emparée du tissu lâche et celluleux qui forme le dartos, soit vers le cordon et de là dans la région inguinale pour remonter jusque dans le flanc ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, soit en contre-bas dans le cul-de-sac qui reste à la partie inférieure du scrotum, et qui, dans toute opération de castration bien faite, doit être incisé jusqu'à son extrême limite. Et voyez jusqu'où a été portée à cet égard la préoccupation de quelques chirurgiens, puisqu'ils n'ont pas craint, pour prévenir la stagnation du pus, de faire l'incision cruciale et de la placer en arrière et au-dessous du scrotum.

Si l'état des tissus restait ce qu'il est au moment de l'opération, l'infiltration scrotale n'aurait pas lieu quand l'incision ne pèche pas par insuffisance de longueur; mais aussitôt que l'inflammation traumatique s'empare du scrotum, les parois de ce sac membraneux s'épaississent, se raidissent et tendent à se refermer sur la solution de continuité qui vient d'être faite. Aussi donne-t-on le conseil de reséquer les lambeaux quand ils sont trop larges, pour éviter leur enroulement, qui rendrait la guérison lente et difficile. Les chirurgiens expérimentés ont bien recours, en pareil cas, à l'emploi de mèches destinées, d'une part, à faciliter l'écoulement au dehors des produits purulents, et, d'autre part, à maintenir entrebâillée l'extrémité inférieure du cul-de-sac scrotal; mais ces mèches sont souvent impuissantes à prévenir la rétention du pus. Or, qui dit rétention de pus dans les plaies d'opération, dit érysipèle, fusées, infection purulente, dont MM. Demarquay et Verneuil ont cité des exemples dans le cours de cette discussion.

Il y a évidemment ici possibilité, nous dirons même fréquence d'un échec grave après l'emploi du bistouri, ce que je n'ai point observé à la suite de l'écrasement qui a pour effet de condenser les tissus au lieu de les étaler, comme le fait la dissection qui ouvre, à plaie béante, les vaisseaux parfois volumineux des parois scrotales, notamment ceux de la cloison, et je ne m'étonne pas qu'on ait eu des cas d'hémorrhagie grave dans ces opérations de décortication, que j'ai qualifiées il y a longtemps d'inexécutables et de dangereuses, ce que l'événement a surabondamment prouvé.

Il est un accident (le champignon) qui a beaucoup occupé quelques chirurgiens, et qui, dans la pratique vétérinaire, joue un grand rôle à la suite de la castration; nous voulons parler de ce boursouflement fongueux qui succède à l'opération ordinaire et se développe sur le tronçon même du cordon, de manière à nécessiter une opération secondaire. La plaie à laquelle donne lieu l'écrasement est toujours à l'abri de cette complication.

Permettez-moi, messieurs, après les considérations que je viens de vous soumettre, de vous demander si c'est de cette manière qu'il convient d'entendre le progrès en chirurgie. Je vois la liste des accidents opératoires qui s'allonge démesurément. Il n'y manque aucun des accidents anciennement connus, et toute une classe d'accidents nouveaux vient s'y ajouter. Des opérations presque aussitôt abandonnées que proposées, mais qui ne sont abandonnées qu'après de regrettables expériences. N'est-il pas temps de rappeler, non pas le trop solennel *caveant consules*, mais le modeste avertissement de l'églogue : *claudite rivos pueri, sat prata biberunt*. Deux morts sur sept opérés de sarcocèle; la proportion mérite d'être notée. C'est, si l'on accepte les statistiques de MM. Spencer Wells et Baker Brown, une mortalité plus forte que celle de l'ovariotomie. Le testicule devenant plus dangereux à enlever que l'ovaire, il y a là de quoi réfléchir.

M. DEMARQUAY. Je comprends très-bien qu'on ait appliqué l'écrasement linéaire à la section du cordon testiculaire. Je n'ai point eu recours à ce procédé, mais il me semble que toutes les fois qu'on l'emploiera, il sera sage de comprendre la peau dans l'anse de l'écraseur. Il y a certainement des cas où l'écrasement ne peut être appliqué, c'est quand la tumeur est grosse et qu'elle remonte dans le canal inguinal; je n'oserais pas, pour ma part, sectionner le cordon avec la chaîne, car, si dans ce cas une hémorrhagie survenait, il serait presque impossible de l'arrêter.

La ligature partielle des vaisseaux du cordon est une opération facile lorsqu'on procède régulièrement. Je conçois qu'on fasse la ligature en masse, si l'on peut placer le fil loin de l'orifice externe du canal inguinal; la tuméfaction qui résulte de cette ligature pourrait être suivie de phénomènes d'étranglement si l'opération se rapprochait du canal.

M. TILLAUX. On a successivement parlé de la récidive du cancer après la castration, et des difficultés qui environnent le diagnostic des tumeurs du testicule. A cette occasion, je mentionnerai sommairement deux faits. Le premier est relatif à un homme de trente-quatre ans, porteur d'une tumeur du testicule. L'engorgement avait le volume du poing, on y rencontrait des bosselures fluctuantes; le développement s'était fait dans l'espace de quatre mois. M. Nélaton diagnostiqua un encéphaloïde, et l'opération fut pratiquée; c'était en 1861. J'ai revu le malade hier, sa santé est parfaite, il n'y a pas trace de récidive.

Le second malade est un vieillard, qui a passé quatre-vingts ans; il a été opéré par Roux, en 1815; il est toujours guéri. Le diagnostic porté par Boyer lui-même, fut inscrit hydro-sarcocèle. Quoique Boyer fît déjà la distinction entre les diverses tumeurs du testicule et qu'il réservât le nom de sarcocèle pour les cancers, la persistance de la guérison me fait supposer que l'opération a été pratiquée pour une tumeur syphilitique.

M. DEMARQUAY. Il n'y a pas encore bien longtemps que les chirurgiens extirpaient les tumeurs syphilitiques du testicule; on n'évite cette faute que depuis qu'on apporte plus de rigueur dans l'établissement du diagnostic, et cela grâce à l'enseignement de MM. Ricord et Velpeau.

Le microscope peut induire en erreur sur la nature des tumeurs du testicule. Sous le rapport de la récidive, il y a parfois dissidence entre l'examen anatomique et le résultat clinique. Je puis citer deux faits de guérison de cancers du testicule, qui remontent à 1849; j'ai également vu des cancers du sein guérir après plusieurs opérations successives. La présence de l'élément cancéreux dans une tumeur, n'entraîne pas fatalement la récidive du mal.

M. CHASSAIGNAC. Je puis rassurer M. Demarquay; l'hémorrhagie n'est point à redouter lorsqu'on fait la section du cordon avec la chaîne de l'écraseur. L'expérience est aujourd'hui bien faite, et la clinique a confirmé ce que démontraient déjà les nombreuses castrations faites par les vétérinaires. Aussi haut que remontent les tumeurs dans le canal inguinal, il faut, toutes les fois que cela est possible, avoir recours à l'écrasement.

Quant à la question de la récidive du cancer, j'ai déjà signalé des faits de guérison persistante, ce que j'ai cru devoir attribuer à l'isolement absolu de certains cancers du testicule. Pour ce qui est des cancers en général, il n'y a que les accidents immédiats qui puissent éloigner l'idée d'une opération. L'extirpation d'un cancer, quand l'opération n'est pas grave en elle-même, est un moyen de prolonger la vie de beaucoup de malades. L'écrasement linéaire simplifie tellement les opérations, qu'il y a, dans l'emploi de cette méthode, de très-légitimes raisons pour opérer les tumeurs cancéreuses.

M. FOLLIN. A l'appui de ce que vient de dire M. Chassaignac, je citerai le fait suivant : j'ai opéré, il y a plusieurs années (1856), un jeune homme atteint d'un cancer du testicule. La récidive n'a pas tardé à se manifester dans la cicatrice. J'ai appelé en consultation M. Richet. L'extirpation a été résolue. Depuis, la guérison se maintient, et cependant le microscope nous a démontré la nature cancéreuse des deux tumeurs enlevées.

M. BLOT. La destruction du cancer me paraît un moyen de prolonger l'existence des malades. J'ai détruit par le fer rouge un cancer du col utérin, et grâce à cette opération, la malade, qui était épuisée, a pu se rétablir, marier sa fille et arranger toutes ses affaires. L'opération lui a certainement procuré quinze à dix-huit mois. Il y a dans la vie, un grand nombre de circonstances dans lesquelles on rend de grands services en éloignant le moment de la mort; il ne faut jamais hésiter quand l'opération en elle-même n'offre pas trop de gravité.

M. DEMARQUAY. On a parlé de la curabilité du cancer, voici des faits. J'ai vu Blandin opérer une dame pour un cancer du sein, en 1840; elle est morte récemment. La sœur de cette malade avait un cancroïde de la face; la mère était morte d'un cancer de l'utérus. Il y a dix ans, j'ai opéré avec M. Monod, une femme affectée de cancer du sein; il y a eu trois récidives sur place. Trois ou quatre ans après la dernière opération, la malade jouissait d'une santé excellente.

J'ai encore guéri une dame d'un cancer du col utérin.

D'une manière générale, nous abandonnons nos opérés trop vite; il serait nécessaire de leur faire prendre pendant longtemps de petites quantités d'iodure de potassium, en alternant avec les préparations arsenicales.

M. GUERSANT. Un mot sur le cancer du testicule chez l'enfant. J'en ai vu deux ou trois chez Dupuytren. Pendant mon séjour à l'hôpital des enfants, j'en ai opéré sept. J'ai toujours observé une récidive prompte, après quelques mois, deux ans au plus. Malgré cela, je reste partisan de la castration; peut-être faudrait-il préparer les jeunes sujets au moyen d'un traitement ioduré, comme le faisait Dupuytren; c'est ainsi que je procède, surtout dans les engorgements de nature douteuse.

Pour la castration, je préfère l'incision en arrière, et je fais la ligature partielle des vaisseaux. Chez un malade, l'opération ainsi faite fut néanmoins suivie de convulsions.

M. LARREY. Je n'ai pu suivre la discussion; aussi craindrais-je, en insistant, de répéter ce qui a été certainement bien dit par nos collègues; je désire insister seulement sur ce qui est relatif à l'engorgement du testicule chez les soldats. Dans l'armée, les engorgements du testicule paraissent souvent consécutifs à des influences mécaniques; c'est une remarque que j'ai faite, je la soumets à la Société, quoiqu'on n'attache pas en général d'importance au traumatisme, dans la production des cancers. La dégénérescence tuberculeuse est loin d'être rare dans l'armée; le diagnostic, entre cette dernière affection et le cancer, offre souvent de grandes difficultés. Les premiers faits qui m'ont frappé avaient été recueillis par mon père, à l'hôpital du Gros-Caillou; les pièces ont été présentées à la Société anatomique : il s'agissait de malades qui avaient subi la castration pour des tumeurs tuberculeuses ramollies. A cette occasion j'ai reçu de Delpech une lettre très-flatteuse; l'illustre chirurgien signalait les difficultés du diagnostic, et m'engageait à ne point enlever les testicules tuberculeux. Depuis, cette pratique est devenue presque générale.

J'ai toujours donné la préférence à la ligature partielle des artères du cordon spermatique. L'écrasement linéaire peut offrir quelques avantages, mais seulement dans les cas où la tumeur est éloignée de l'anneau inguinal. Quand le cancer envahit le cordon, il faut préférer à l'écrasement la dissection attentive, afin d'enlever tout le mal. Quant à la récidive qui accompagne la castration, j'ai déjà eu occasion de dire, dans une discussion précédente, qu'il me semblait que parmi les cancers externes, celui du testicule était le plus susceptible de moins récidiver. Ceci s'applique surtout à ces tumeurs dures que Dupuytren désignait sous le nom de squirrhe du testicule. Quand l'influence mécanique a réellement présidé à la production du cancer, on est peut-être encore autorisé à craindre moins la récidive.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibreuse du rectum.

— M. DEMARQUAY présente un polype du rectum, volumineux, ayant 9 centimètres de hauteur et 5 de largeur. Ce polype a été enlevé à l'aide de l'écrasement linéaire; on se servit de cet instrument pour disséquer en quelque sorte le polype; la chaîne du ligateur était portée dans l'épaisseur des parties saines voisines, à l'aide de l'aiguille courbe. Grâce à cette manière de faire, le malade qui était exsangue ne perdit que très-peu de sang et supporta très-bien l'opération. Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-sept ans; il a toujours été bien portant jusqu'au mois de mai 1865, époque à laquelle il fut pris d'une hémorrhagie rectale; depuis ce moment jusqu'à présent sa santé alla s'affaiblissant, il éprouvait constamment un malaise rectal; il rendait sans cesse des mucosités fétides et sanguinolentes; de plus, de temps en temps quand il faisait des efforts pour aller à la garde-robe, la tumeur rectale sortait plus ou moins complétement. Il entra à la maison de santé pour se faire guérir d'une prétendue dyssenterie. Une exploration de la cavité rectale faisait découvrir une tumeur volumineuse assez molle, élastique, ne s'écrasant point sous la pression du doigt; de plus, cette tumeur était insérée par une large base à la paroi postérieure de l'intestin rectum. On pouvait circonscrire la tumeur avec le doigt, excepté en haut; après quelques hésitations dans le diagnostic, M. Demarquay se décida à enlever cette masse fibreuse, malgré la faiblesse du malade. Actuellement le malade est en voie de guérison.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, Dr DOLBEAU.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. BERGERON,

AU NOM DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, SUR LA TOMBE DE M. MÉLIER.

Nous reproduisons textuellement le discours suivant, prononcé par M. Bergeron, au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de M. Mélier, et lu en séance mardi dernier, 25 septembre. On y trouvera, avec l'appréciation juste des qualités et du caractère de M. Mélier, une notice scientifique sur les travaux qui lui avaient mérité la haute position qu'il occupait, et l'autorité dont il jouissait au sein de la savante compagnie et dans l'esprit du corps médical tout entier.

Messieurs,

Appelé à l'honneur inattendu de représenter ici l'Académie de médecine et de rendre, en son nom, un dernier hommage au savant qu'une mort soudaine vient de lui enlever, je ne puis, je l'avoue, me défendre d'un sentiment de crainte, parce qu'il me semble que je ne saurai pas louer, comme il méritait de l'être, le collègue avec lequel disparaît une des figures médicales de ce temps qu'entouraient le plus justement la considération et l'estime de tous. Je me rassure un peu cependant par l'espoir que quelque chose de l'esprit de cet homme, qui fut la bienveillance même, plane encore autour de nous, et par la certitude que nul autre, je le sens, n'eût apporté au bord de cette tombe un hommage plus profondément respectueux. Aussi bien, ce n'est pas à moi qu'il appartient de tracer le tableau complet de cette existence si dignement remplie; d'autres, admis dans une intimité qu'il ne m'a pas été donné de connaître, diront ce que fut dans la vie privée l'homme dont la parfaite affabilité, masquée à peine au premier moment par un abord un peu froid ou au moins réservé, était si bien appréciée de tous ses confrères; d'autres aussi, qui ont eu l'honneur de siéger près de M. Mélier au Comité consultatif d'hygiène et d'être associés à ses travaux, diront bientôt sans doute et diront plus pertinemment que je ne pourrais le faire, ce qu'a été dans son ensemble l'œuvre considérable de l'Inspecteur général des services sanitaires de l'Empire; pour moi, qui parle au nom de l'Académie, je rappellerai seulement les titres qui en ont ouvert les portes à M. Mélier, et ceux qui, après lui avoir valu l'honneur de la présider, lui avaient conquis à tout jamais dans cette assemblée une si grande et légitime autorité.

Reçu docteur en 1823, M. Mélier se fit d'abord connaître et remarquer de ses confrères par des publications nombreuses sur des sujets de médecine et de chirurgie, publications qui déjà portaient toutes l'empreinte des qualités auxquelles l'auteur a dû plus tard le succès de travaux plus importants, je veux dire la netteté de son esprit, la sûreté de son jugement, la correction souvent élégante de la forme, et surtout les deux qualités qui ont, au reste, inspiré tous les actes de sa vie, la simplicité et l'honnêteté.

Mais au milieu de ces travaux, il donnait déjà la meilleure part du temps que lui laissait la pratique de son art à des études vers lesquelles l'entraînaient invinciblement les plus remarquables aptitudes, et dans lesquelles il devait bientôt faire preuve du plus incontestable talent. Et, en effet, en 1827 il ouvrit à l'Athénée royal de Paris un cours de *médecine politique* ou *publique*, — tel est le titre sous lequel il réunissait l'hygiène publique et la médecine légale, — on vit

bien qu'il en avait de longue date préparé les éléments. On n'improvise pas, en effet, des travaux tels que ceux qui servaient de base aux leçons de M. Mêlier, et dont il suffira de rappeler les principaux pour faire comprendre et leur importance et la portée de l'enseignement auquel le nouveau professeur tentait d'initier les classes éclairées. Dans un premier travail intitulé : *De l'influence de l'instruction sur la santé publique*, M. Mêlier était entré de plain-pied dans la voie si largement ouverte par Villermé ; mais c'est surtout dans son beau mémoire *sur les subsistances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et la mortalité* que se révélèrent nettement ses aptitudes spéciales, et qu'il se montra le digne émule du maître. Aussi, lorsqu'en 1843 l'Académie admit M. Mêlier dans son sein, elle savait déjà quels services la science de l'hygiène était en droit d'attendre du nouvel élu, et ce fut sans étonnement, mais avec un juste sentiment de satisfaction, que, deux ans plus tard, elle entendit la lecture du *Rapport sur la santé des ouvriers employés dans les manufactures de tabac*. Ce rapport, que personne de vous n'a oublié sans doute, fit sensation dans le monde médical, et justifia une fois de plus le choix de l'Académie ; et cependant il ne donnait pas encore la mesure du talent de l'auteur. Mais une occasion se présenta bientôt pour M. Mêlier de montrer dans tout leur développement ses éminentes qualités ; il s'agissait, cette fois, de l'industrie des marais salants, industrie de première nécessité qui intéresse les arts et l'économie agricole à l'égal de l'hygiène et de l'économie domestique, et qui joue dans les revenus de l'État un rôle de la plus haute importance, il s'agissait enfin du sort de populations nombreuses ; le problème à résoudre était donc difficile, complexe, car il touchait à des intérêts opposés et presque tous également respectables. Mais aucun de ses éléments ne devait échapper à l'investigation patiente de M. Mêlier, et dans le rapport où il a consigné les résultats de son enquête, on ne sait ce qu'on doit louer le plus de la précision avec laquelle s'y trouvent suivis et analysés tous les détails de l'industrie des sauniers, ainsi que des conditions d'hygiène qu'elle crée parfois autour d'eux, de la clarté, de la méthode qui président à l'exposé des faits, ou de la sagesse des déductions destinées à fixer les décisions administratives.

Dès la première page de ce rapport, M. Mêlier avait dit excellemment : « Placée entre de grands intérêts qu'elle a le devoir de protéger et la santé publique qu'il faut garantir avant tout, l'autorité, dont la difficile mission est de concilier autant que possible le bien individuel avec le bien général, les intérêts particuliers avec ceux de l'État et la prospérité de la population, l'autorité en appelle à la science. C'est à la science, en effet, c'est à la médecine que reviennent de droit les questions de cette nature. Partout où la santé des hommes est en cause, il faut que la médecine intervienne, et l'on ne saurait espérer de bonnes solutions sans son concours. Si cette vérité fut parfois méconnue, elle tend aujourd'hui à prévaloir, et elle est destinée à grandir et à se développer à mesure que l'on se fera une plus juste idée du caractère de la médecine et des services que cette science bien comprise, largement entendue, peut rendre à la société et au gouvernement. » Or, le rapport était lui-même une démonstration éclatante de la justesse de cette proposition ; il établissait si hautement la compétence et l'incontestable supériorité de M. Mêlier dans l'étude de toutes les questions d'hygiène publique, que notre collègue se trouvait désigné d'avance pour le poste éminent auquel il fut appelé quelques années plus tard sans que sa modestie peut-être eût osé y prétendre, et dont nul assurément n'eût pu remplir avec plus de tact, de mesure et d'autorité les difficiles et délicates fonctions.

Mais ni cette magnifique situation, ni la notoriété européenne qu'elle lui eut bientôt acquis, ni les distinctions honorifiques qui de toutes parts lui étaient arrivées comme la juste récompense de travaux dont la France n'était pas seule à profiter, ne purent troubler le calme de son âme et la simplicité de sa vie ; tant d'honneurs, loin de ralentir son zèle, semblèrent, au contraire, lui donner plus d'ardeur. Homme de travail, et par-dessus tout homme du devoir, M. Mêlier se montra toujours prêt pour toutes les missions, quelque périlleuses qu'elles fussent, et lorsque, il y a trois ans à peine, on put craindre que nos côtes n'eussent perdu pour la fièvre jaune leur ancienne immunité, on le vit partir pour Saint-Nazaire avec cette sérénité qui ne l'abandonnait jamais, et qui fut plus d'une fois la marque irrécusable de son admirable courage ; puis, lorsqu'il revint au milieu de vous, messieurs, ce fut pour vous lire, sur l'objet de sa mission, le travail le plus complet et le plus achevé qu'il eût encore produit. Je suis sûr, en effet, de n'être contredit par personne, si j'avance que jamais étude d'hygiène publique n'atteignit à ce degré de perfection : sagacité dans l'analyse des faits, dans la recherche si importante de leur ordre de succession, logique et mesure dans leur interprétation, entente admirable des dispositions à prendre d'urgence, sagesse incomparable des prescriptions sanitaires pour l'avenir ; tout jusqu'au charme et la lucidité d'un style qui fait lire avec un intérêt croissant et une sorte d'avidité ce lamentable récit, tout est réuni dans cette œuvre, véritable modèle qu'on ne dépassera pas, et à laquelle était réservé l'insigne honneur de résoudre par l'affirmative, au moins à l'égard de la fièvre jaune, la question tant controversée de la transmissibilité des typhus, et de préparer ainsi les esprits à entrer enfin dans la voie des grandes mesures de prophylaxie.

Toutefois, et quelle que fût aux yeux de l'Académie avant ce dernier rapport, la valeur scientifique des travaux de M. Mêlier, je me persuade qu'en lui décernant les honneurs de la présidence, moins de dix ans après son admission, cette compagnie voulut rendre hommage au caractère de l'homme lui-même au moins autant qu'au mérite du savant ; c'est, en effet, par la noblesse, la droiture, non moins que par l'aménité de son caractère, que notre vénéré collègue avait acquis tant de droits à la respectueuse déférence du corps médical tout entier, aussi bien qu'à celle de l'Académie. Portant au plus haut degré le respect de soi-même, il avait au même degré le respect de la dignité d'autrui ; de là peut-être cette admirable modération dont il a donné tant de preuves, qui a dû faire le charme de ses relations privées, mais à laquelle il est permis certainement de rapporter une part du succès de son administration. J'ajoute, parce que cela est encore à son honneur, que, si M. Mêlier avait le sentiment de la dignité personnelle, il n'eut pas moins celui de la dignité de sa profession : pénétré de la grandeur du rôle, que, en dehors de ses services les plus immédiats, la médecine doit jouer dans l'amélioration du sort des peuples, il prisait haut son titre de docteur ; c'était pour lui, à vrai dire, un titre de noblesse, et on peut être assuré que, à aucun moment de sa vie, il n'oublia que noblesse oblige. Tout, au reste, dans sa personne était en parfaite harmonie, et on peut dire que, chez lui, l'homme extérieur reflétait en partie l'homme intérieur : sa démarche grave, sa tenue toujours correcte, sa parole mesurée, tout révélait en lui les habitudes sérieuses d'une vie où tout était réglé, mais réglé, vous le savez, par l'amour du travail et le culte du devoir.

Parvenu, par son mérite seul, à l'une des plus hautes positions qu'un médecin puisse ambitionner ; comblé d'honneurs, jouissant pleinement de la respectueuse considération de ses pairs, ce bien qu'il estimait, à juste titre, à plus haut prix que la fortune et les dignités, M. Mêlier songeait, enfin, à se préparer, près d'un ami qui est aussi l'honneur de notre corps, une modeste retraite pour les jours de repos, lorsque tout à coup, et pendant qu'il remplissait une nouvelle mission, la mort est venue le surprendre sans le troubler, et terrasser avant le temps cette constitution vigoureuse qui semblait lui promettre encore de longues années dont la science aurait eu certainement la meilleure part.

Il faut déplorer, messieurs, cette fin prématurée qui arrache à une famille respectable son chef vénéré, qui prive l'Académie d'un des membres qui l'ont le plus honorée par la dignité de leur caractère non moins que par leur savoir, qui enlève à la science et à l'humanité un des hommes qui leur ont été le plus sincèrement dévoués ; mais ne faut-il pas reconnaître qu'une telle mort termine bien une telle vie ? car, qui de nous n'ambitionnerait d'être à son tour, au moment de l'éternelle séparation, salué de ce dernier hommage que je rends aujourd'hui, en votre nom, à la mémoire de M. Mêlier en disant qu'il est mort comme il a vécu, maître de lui, esclave de son devoir !

Si nous sommes bien informés, le successeur de M. Mêlier dans les importantes fonctions d'inspecteur général des services sanitaires de France serait désigné. Le choix du ministre s'est spontanément porté, dit-on, sur l'un des membres les plus distingués et les plus méritants du corps des médecins sanitaires, M. le docteur Fauvel, actuellement à Constantinople. Nul n'était plus digne de la confiance de l'administration, et ce choix réunira, nous n'en doutons pas, l'adhésion unanime du corps médical.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bailly, Barrailler, Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, Devilliers, Alfr. Fournier, T. Gallard, H. Gintrac, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hérard, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Lunier, Marcé, A. Nélaton, Panas, Péan, V. A. Racle, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau, Valette, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. Se composera d'environ 15 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils. — Les tomes I à V sont en vente. Les principaux articles du tome V sont : Bile, par Jaccoud ; Biliaires (voies), par Luton ; Bismuth, Bonnes (eaux), Bronches, par Henri Gintrac ; Blennorrhagie et Bubon, par Alfred Fournier ; Blépharite, Blépharoptose, Blépharospasme, par Gosselin ; Blessures (médecine légale), par A. Tardieu ; Boissons, par L. Hébert ; Bouche, par Ch. Fernet ; Bougies, par Desormeaux ; Bourses séreuses, par Kœberlé ; Bouton d'Alep, Bouton de Biskra, par Barallier ; Bras, par Desormeaux et Anger ; Bronzée (maladie), par Jaccoud ; Brûlures, par Laugier ; Bulles, par Hardy ; les eaux minérales par L. Desnos.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 115. — MARDI 2 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 2 OCTOBRE 1866. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN.

Observation d'un gros polype muqueux naso-pharyngien, solitaire, implanté sur la partie postérieure et externe de la fosse nasale droite et opéré par arrachement.

(Observation recueillie par M. Georges FÉLIZET.)

Cléophas Th..., garçon de salle, âgé de vingt-deux ans, né à Plessy-Gadblé (Aube), se présente à la consultation de M. Gosselin, le 7 septembre 1866, pour une masse polypeuse qui occupe les parties supérieure et moyenne du pharynx, et repousse fortement en avant le voile du palais.

Il est admis à l'hôpital et couché au n° 27 de la salle Saint-Louis.

C'est un jeune homme de petite taille, peu musclé, blond, pâle, et d'une apparence lymphatique. Il ne fume jamais et n'a jamais eu de syphilis. Il se rappelle avoir eu dans son enfance des coryzas répétés, qui duraient trois ou quatre jours, et qui se terminaient parfois par un léger épistaxis.

Au mois de novembre 1864, il accepta une place de garçon dans un des hôtels de Blidah, et gagna dans la traversée un enchifrènement qui dura plusieurs semaines. Il eut depuis de fréquents rhumes de cerveau. Dans les intervalles sa gorge était constamment sèche et la nuit il commença à ronfler avec bruit.

Deux mois après son arrivée à Blidah, janvier 1865, il fut réveillé une nuit par une envie de tousser violente. Pendant ses efforts il sentit une petite grosseur, du volume d'une noisette, glisser derrière le voile du palais et se poser sur la base de la langue en provoquant des nausées. Ses doigts la saisirent, mais ne purent l'attirer dehors. Un verre d'eau la fit disparaître. Le malade ne croit pas l'avoir avalée, il sentit, selon son expression, qu'elle était remontée. A partir de cette époque la fosse nasale droite resta bouchée, les ronflements nocturnes redoublèrent, la voix devint nasonnante et on put observer un reniflement continuel.

Quand le malade quitta l'Algérie en avril 1865 pour aller à Lisieux, tous ces symptômes s'étaient aggravés. La déglutition commença à être gênée; les aliments épicés, les liqueurs, le cidre, provoquaient un accès de toux. Du reste, il ne pouvait manger que lentement et à petites bouchées. Les grosses bouchées ne passaient qu'avec un effort en plusieurs temps.

Il put remarquer alors que son voile du palais était plus porté en avant que par le passé. Quand il toussait, il apercevait la petite grosseur d'autrefois qui, plus volumineuse, dépassait d'un centimètre environ le bord libre du voile à droite, et venait chatouiller la base de la langue. Elle était alors rosée et luisante, et semblait flotter dans le larynx. Elle augmenta rapidement de volume, la déglutition devint plus embarrassée. La grosseur serrée entre la paroi postérieure du pharynx, et la face supérieure du voile du palais, lui donnait la sensation d'un gros corps étranger arrêté dans la gorge. Le malade la saisissait sans la circonscrire, et provoquait, en essayant de l'arracher, une douleur qui s'irradiait jusqu'à l'orbite droite, et occasionnait du larmoiement.

Il devint à cette époque légèrement sourd à droite.

Au mois de juin 1866 il revint à Paris : le timbre de sa voix était constamment voilé, il s'étranglait facilement en mangeant, il était réveillé la nuit par une soif intense, par des nausées ou des accès de toux.

Dans un accès de ce genre, survenu pendant la nuit du 1er septembre, la tumeur vivement chassée en avant fut prise entre la base de la langue et le bord libre du voile du palais. Le malade la saisit avec les doigts et la tira fortement. Il ne parvint pas à l'arracher et rendit par la bouche un demi-verre de sang environ. Le polype rentra avec un verre d'eau.

Six jours après le malade entrait à l'hôpital. Voici dans quel état on le trouve le lendemain de son admission :

Quand il ouvre la bouche on constate que le voile du palais, repoussé en avant dans sa totalité, constitue à droite un plan vertical. Au-dessous du bord libre, et jusque derrière la base de la langue, on voit une grosse masse blanche, rosée, arrondie et luisante, dont l'œil n'aperçoit pas les limites inférieures, et qui descend verticalement quand le malade tire la langue. En introduisant le doigt dans la bouche M. Gosselin constate que la tumeur est parfaitement libre en bas et sur les côtés et que, suspendue dans les régions moyenne et inférieure du pharynx, elle s'arrête à droite tout près de l'orifice supérieur du larynx.

Reportant immédiatement son doigt au-dessus du voile du palais, il reconnaît que la région supérieure ou sus-palatine du pharynx est remplie par un prolongement de la même tumeur. Il observe alors de la façon la plus nette que le polype, outre son lobe volumineux de la portion sus-palatine du pharynx, possède deux autres lobes qui pénètrent l'un dans la fosse nasale droite, l'autre dans la fosse gauche. L'étranglement qui les sépare repose sur le bord postérieur du vomer. Il n'y adhère pas, car le doigt peut déplacer chacun de ces lobes et pénétrer successivement, en les refoulant, dans les orifices postérieurs des cavités nasales. Il s'agissait maintenant de déterminer la nature de la tumeur, et de reconnaître quels étaient l'étendue, la consistance et le siége de son implantation.

M. Gosselin, pour ne point fatiguer le malade, remit l'exploration au lendemain.

Le 8 septembre, en effet, après s'être assuré de nouveau que le lobe inférieur du polype est mobile, et peut même être ramené avec le doigt au-dessus de la base de la langue, non loin des arcades dentaires, et que les lobes naseaux proéminaient assez peu dans les orifices des fosses nasales pour se laisser déplacer par le doigt, M. Gosselin rechercha le siége de l'implantation.

L'âge du malade, la consistance assez ferme de la tumeur, l'apparence nacrée qu'elle présentait, sa situation naso-pharyngienne lui avaient fait supposer tout d'abord qu'il s'agissait d'un polype fibreux du genre de ceux dont l'histoire a été si bien faite par M. Nélaton. Ce fut dans cette pensée qu'il porta le doigt aussi haut que possible dans la région supérieure du pharynx, explorant attentivement la surface basilaire de l'occipital, et le corps du sphénoïde. Aucun prolongement ne s'étendait de ce côté. Mais en touchant le lobe droit M. Gosselin crut sentir un pédicule peu volumineux qui s'implantait dans la fosse nasale droite au voisinage de l'orifice postérieur de cette cavité.

Ce point, nettement déterminé, constituait dès lors un motif suffisant pour éloigner l'idée d'un polype naso-pharyngien fibreux ordinaire, car ceux de cette espèce s'implantent presque toujours, comme on le sait, à la base du crâne et non sur les parois de la fosse nasale. S'agissait-il donc d'un polype fibreux insolite, implanté par un pédicule étroit dans la fosse nasale, ou d'un polype insolite, en partie fibreux et en partie muqueux, d'un polype fibro-muqueux en un mot. M. Gosselin réserva cette partie du diagnostic pour la dernière séance d'exploration qui devait être en même temps celle du traitement chirurgical.

Le 10 septembre, le malade est amené à l'amphithéâtre. Tout est préparé pour pratiquer soit une opération simple, soit une opération composée, suivant les résultats de la nouvelle exploration que va faire le chirurgien déjà renseigné sur plusieurs points importants.

Un gros fils de soie est préalablement passé à travers le lobe pharyngo-buccal, afin d'empêcher la chute de la tumeur sur le larynx.

Le doigt, conduit le long du pédicule, fait reconnaître mieux que jamais trois choses importantes ; à savoir :

1° Que ce pédicule pénètre dans la fosse nasale droite sur la paroi externe de laquelle il s'insère au voisinage de l'extrémité postérieure du cornet inférieur.

2° Qu'il est mince et ne dépasse pas le calibre d'une sonde uréthrale du numéro 20.

3° Qu'il est peu consistant. M. Gosselin, en effet, en le grattant avec l'ongle, sent qu'il se déchire. Il croit un moment que cette manœuvre va suffire, mais le malade ne peut supporter assez longtemps le séjour du doigt dans l'arrière-gorge, pour que la déchirure puisse être menée à bonne fin.

Certain dès lors que le pédicule est assez mou pour céder à des tractions modérées et qu'il est trop mince pour donner lieu à une hémorrhagie inquiétante, M. Gosselin renonce à toute opération préliminaire. Il introduit une pince à polype dans la fosse nasale droite, et la guide au moyen de l'index de la main gauche placé au-dessus du voile du palais. Le pédicule est saisi d'emblée entre les mors de la pince aussi près que possible de son insertion. Quelques tractions, combinées avec de légers mouvements de rotation, le détachent, et la tumeur, beaucoup trop volumineuse pour pouvoir sortir par le nez, est attirée au dehors par la bouche, au moyen du fil de soie. Reportant alors le doigt indicateur de la main droite sur la paroi externe des fosses nasales, M. Gosselin reconnaît que le point d'implantation est complétement dégagé et ne présente plus aucune trace de la tumeur.

Le polype, examiné après l'opération, constitue une tumeur unique, pourvue d'un pédicule (A), long de 1 centimètre environ, et qui atteint à peine le volume du petit doigt ou le calibre d'une sonde n° 20, ainsi que la deuxième exploration l'avait fait reconnaître nettement à M. Gosselin. La tumeur a été esquissée immédiatement après l'ablation, par M. Cotard, interne à la Pitié, dont on connaît les intéressantes expériences publiées l'an dernier en collaboration avec M. Prévost. On distingue trois portions ou trois lobes (B, C, D) de volume inégal. Le lobe droit (B), lobe externe, a la forme et les dimensions d'une petite poire d'Angleterre, suspendue dans le pharynx au-dessus et en arrière du voile du palais, refoulé en avant ; le lobe moyen (D), gros comme une petite chataigne, occupait l'orifice postérieur de la cavité nasale droite, sans y adhérer ; le lobe gauche (C), plus allongé transversalement, passait à cheval sur le bord postérieur de la cloison et s'avançait dans la fosse nasale du côté gauche. Sur la face postérieure du lobe gauche, on trouve quelques plaques ecchymotiques, bien représentées sur la figure.

A la coupe, les trois lobes présentent l'aspect gélatineux, tremblotant, grisâtre, dépourvu de vaisseaux sanguins, que nous connaissons aux polypes muqueux. L'œil ne découvre nulle part aucun amas de tissu fibreux, et ne trouve de tissu conjonctif que sous forme de mailles minces, entre lesquelles est déposée la matière gélatiniforme caractéristique des polypes muqueux.

L'examen microscopique, fait avec le plus grand soin, par M. Ter-

FEUILLETON.

L'HOTEL-DIEU [1].

Le 6 mai 1720, le conseil d'État rendit un arrêt confirmatif de tous les priviléges de l'Hôtel-Dieu. Cette pièce est très-curieuse par les détails qu'elle contient; elle offre un abrégé historique de tous les droits, franchises, priviléges accordés à l'Hôtel-Dieu.

Sous Louis XV l'administration de l'Hôtel-Dieu reçoit la terrible atteinte d'une de ces révolutions matérielles qui changent tout à coup la face des établissements publics. Deux fois l'incendie vient jeter le désordre dans ses finances et bouleverser ses plans d'amélioration. Le premier incendie éclate le 3 mai 1737. Le feu prit dans un grenier à chiffons et se communiqua rapidement aux greniers de dépôt plein de toiles, d'étoffes et d'objets de literie. Il dura, avec la plus grande violence sept à huit heures. Les prompts secours des religieux mendiants, des gardes françaises et des gardes suisses empêchèrent seuls que l'hôpital ne fût consumé. Le dévouement envers les malades fut si héroïque que pas un seul ne succomba. Plusieurs salles furent brûlées, et l'hôpital entier se trouva hors de service ; il n'y avait pourtant pas moins de 2,500 malades à loger, à secourir. Des lits se dressèrent pour eux dans la nef de Notre-Dame et dans la grande salle de l'archevêché. Le lendemain de l'incendie, les pansements, le service médical tous les soins n'éprouvèrent pas deux heures de retard. L'archevêque de Paris, pourvut aux bouillons des malades et à la subsistance des gens de service et des travailleurs. Un mandement du prélat, un arrêt du parlement firent appel à la charité des habitants de Paris; les quêtes furent si abondantes, qu'au commencement de l'année suivante, il ne restait d'un si grand désastre aucun vestige.

A partir de cette époque la question de reconstruire l'Hôtel-Dieu sur un autre point germa dans beaucoup d'esprits, et des projets vinrent de tous côtés.

Mais, avant que les plans de réforme n'eussent amené aucun changement notable, un nouvel incendie, plus terrible encore que le premier, vînt atteindre l'hôpital. Une étendue de près de 1,900 mètres de bâtiments fut consumée. Cette fois on fut moins heureux et le nombre des victimes s'éleva à douze tués et trente blessés. La perte fut évaluée à 2,000,000 de livres (1773).

Les projets de déplacement furent repris avec plus de vivacité que jamais. Le roi, par des lettres patentes, transféra l'Hôtel-Dieu, partie à l'hôpital Saint-Louis, partie à la Maison de santé, et promit 50,000 livres par an pour les bâtiments à ajouter à ces deux hôpitaux. La suppression de l'Hôtel-Dieu était décidée, lorsque parut un mémoire de la sœur prieuse avec une enquête au roi le suppliant de ne pas permettre la translation. Elle allègue que les bâtiments à élever coûteront près de 2,500,000 livres et que ceux de l'Hôtel-Dieu sont aussi vastes, aussi commodes et aussi bien distribués que le réclame sa situation. Le parlement supprima le mémoire (1775).

Le nouveau règne ajourna la réforme au lieu de l'avancer. Le roi et Necker étudièrent le projet d'un nouvel Hôtel-Dieu ; mais on était au temps des réformes générales ; la commission de réforme de l'Hôtel-Dieu fit place à une commission d'amélioration des hôpitaux. Cependant l'opinion des sœurs prévalait ; les bâtiments protestaient contre l'arrêt du parlement et s'élevaient sur le sol incendié ! Le 22 avril 1781, des lettres patentes maintinrent l'Hôtel-Dieu où Saint-Landry l'avait fondé, mais en prescrivant diverses réformes utiles.

Cependant, malgré l'ordonnance royale, les idées de suppression de l'Hôtel-Dieu et de la création d'un nouvel hôpital trouvèrent encore des défenseurs. En 1785, l'architecte Poyet envoya à l'Académie un mémoire pour lequel il demanda un rapport. La commission fut composée ainsi qu'il suit : Daubenton, Tenon, Lavoisier, Laplace, Bailly, d'Arcet, de Lafosse et Coulomb. Les commissaires rejetèrent le projet d'un seul hôpital tel que l'avait conçu Poyet, mais furent d'avis de la création de quatre hôpitaux aux extrémités de la ville ; l'Hôtel-Dieu, considérablement réduit, devait rester un dépôt de malades.

La convention reprit ce projet ; elle classa par catégories les différentes maladies, et donna à chacun des asiles sa spécialité de maux à soulager. Par un décret du 25 brumaire (15 novembre 1793), elle réunit à l'Hôtel-Dieu le palais archiépiscopal. Le décret porte que chaque malade devra être seul dans un lit, et que les lits seront séparés l'un de l'autre par la distance de trois pieds.

En 1801, l'Hôtel-Dieu, comme les autres hôpitaux de Paris, fut soumis au principe de la centralisation. Une administration centrale, placée assez haut pour pouvoir embrasser l'ensemble des services charitables, en a rendu plus efficaces les ressources disséminées, en les réunissant. La révolution de 1848 apporta une modification à cet état de choses. Le conseil général fut remplacé par un conseil de surveillance, et un directeur général administrant les hôpitaux et

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 septembre 1866.

rier, interne du service, et M. Legros, dont l'habileté est bien connue, donne les résultats suivants :

Une coupe pratiquée sur le lobe inférieur ou pharyngien, laisse voir des stries de fibres lamineuses et des corps fusiformes au milieu d'une masse de substance amorphe, dans laquelle on observe un grand nombre de leucocytes. La surface de ce lobe est revêtue par une enveloppe d'épithélium pavimenteux, analogues à ceux de la cavité buccale.

La structure des lobes supérieurs ou nasaux est indentique ; toutefois la substance fibreuse s'est d'autant plus développée qu'on se rapproche du pédicule du polype ; la substance amorphe y manque presque complétement. Sur quelques points isolés, M. Legros a observé des cellules prismatiques, munies de quelques cils vibratils analogues à ceux de la cavité nasale.

Il s'agissait donc, dans ce cas insolite, d'un gros polype muqueux, pharyngien et nasal, de forme multilobée, dont le diagnostic et les indications thérapeutiques n'ont été établies qu'après trois séances d'exploration, et dont le traitement, la position du pédicule une fois déterminée nettement, a été plus simple que ne l'avait pensé au premier abord le chirurgien.

Il reste une dernière question :

Le malade est guéri et a quitté l'hôpital le surlendemain, mais n'y aurait-il pas lieu de craindre une récidive ? M. Gosselin ne le croit pas, car sa propre expérience et celles de Gerdy et de Michon lui ont appris que les polypes muqueux des fosses nasales, quand ils sont solitaires, guérissent radicalement et sans récidive après l'arrachement. L'examen direct et minutieux des fosses nasales et la parfaite perméabilité du nez depuis l'opération, démontrent qu'il ne reste aucune tumeur polypeuse dans les fosses nasales de l'opéré.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE

Pratiquées à Strasbourg, à l'établissement de la Toussaint,

Par M. le Dr E. Koeberlé.

Obs. XV. — *Ovariotomie le 13 février 1865. Guérison.*

Mme K..., de Saint-Dié (Vosges), âgée de quarante-cinq ans, était affectée d'une tumeur de l'ovaire depuis dix ans. La tumeur s'était accrue d'un manière progressive ; elle a été ponctionnée à deux reprises : la première fois, au mois d'avril ; la deuxième, au mois de septembre 1864. La dernière ponction a fourni 7 litres de liquide brunâtre. La circonférence du ventre était de $1^m,16$. La tumeur paraissait formée par trois loges principales ; elle n'était pas adhérente aux parois abdominales. Son extirpation a été pratiquée le 13 février 1865, en présence de MM. Willemin, Hecht et Rumbach. Une incision de 16 centimètres permit d'extraire la tumeur qui dépendait de l'ovaire droit et qui pesait avec le liquide qu'elle contenait, 18 kilogrammes. Il existait des adhérences profondes à la concavité du sacrum, aux vaisseaux iliaques du côté droit, à l'appendice vermiculaire, au mésentère et à l'épiploon.

Il fallut placer plusieurs ligatures profondes qui restèrent plongées à 6 centimètres dans la cavité péritonéale. Une anse de fil de fer fut disposée sur l'adhérence principale à l'aide d'un serre-nœud, et la tumeur fut excisée. L'ovaire gauche était sain. La plaie abdominale fut maintenue largement ouverte à son angle inférieur, à l'aide d'un gros tube de verre qui plongeait jusque dans la profondeur du bassin, pour assurer une issue libre aux liquides. Dès le deuxième jour, l'état de la malade put être considéré comme très-satisfaisant, et le troisième jour, elle était en bonne voie de guérison. Les ligatures sont tombées du quatorzième au trentième jour. Il est resté pendant deux mois et demi une plaie fistuleuse qui depuis est complétement cicatrisée. La santé est parfaite. La menstruation s'est rétablie d'une manière très-régulière. Mme K... a été débarrassée en même temps des douleurs qu'elle éprouvait depuis longtemps dans la cuisse du côté droit (sur le trajet du nerf obturateur), par suite des tractions qu'exerçait la tumeur sur les parties adhérentes dans le bassin. Le kyste est très-remarquable par une énorme dilatation de la trompe qui renfermait un liquide spécial.

Remarques. — Cette opération, en raison des difficultés qu'elle a présentées dans son exécution, a été d'une très-grande gravité. Elle a duré une heure et demie. J'y ai fait usage pour la première fois de tubes de verre, au lieu de tubes de caoutchouc que j'employais auparavant. J'attache une très-grande importance à l'évacuation complète de la sérosité sanguinolente qui s'amasse pendant les premiers jours dans le bassin, et qui forme ordinairement le foyer d'une péritonite ou d'une collection purulente consécutive. Les liquides s'écoulent directement par les tubes ou sont extraits par aspiration.

Lorsqu'une tumeur est adhérente sur une grande surface, il y a toujours une hémorrhagie plus ou moins considérable. Il importe de limiter la perte de sang autant que possible, surtout lorsque les malades sont déjà affaiblies. Dans ce but, il faut opérer la division des vaisseaux, qui donneraient lieu à une hémorrhagie notable, entre deux ligatures, et agir avec la plus grande célérité.

Les adhérences à la paroi abdominale et à l'épiploon ne présentent en général aucune gravité, au point de vue du pronostic, surtout si l'on peut attirer les parties liées entre les lèvres de l'incision ou au voisinage du pédicule. Les adhérences profondes sont au contraire très-graves, et donnent presque toujours lieu à des complications ou à des accidents redoutables. Dans les derniers temps, je me suis bien trouvé de la division des adhérences avec le cautère actuel que M. J. Clay a introduit dans la pratique, et que M. B. Brown a depuis appliqué, également avec succès, à la division et à l'hémostase du pédicule de la tumeur.

Dans les cas d'adhérences profondes, de pédicule court, je ne crains pas de laisser les ligatures, les serre-nœuds plonger dans la cavité abdominale au milieu des anses intestinales, etc., pourvu que l'on ménage, à l'aide de tubes, une issue libre à la sérosité qui résulte de la péritonite très-limitée des parties avec lesquelles les instruments doivent être maintenus dans un rapport constant.

Il était survenu des crampes utérines assez prononcées après l'opération ; elles se calmèrent au bout de six heures, à la suite de l'administration de 7 centigrammes d'acétate de morphine. Ces crampes sont analogues à celles que l'on éprouve ordinairement pendant l'époque menstruelle. Elles dépendent probablement de la constriction de la trompe. Il est rare qu'elles soient violentes ; elles ne s'observent pas dans tous les cas, et elles se calment toujours peu à peu. Dans un cas où ces crampes utérines ont été très-violentes, j'ai eu recours à la chloroformisation intermittente, à chaque accès. Les crampes ont de suite diminué d'intensité, et ont ensuite disparu rapidement. Les douleurs, à la suite de l'opération, sont le plus souvent très-supportables ; elles sont quelquefois insignifiantes ; elles durent rarement au delà de six à douze heures. Lorsque ces douleurs sont un peu vives, on peut administrer de la morphine ; mais il faut s'en abstenir autant que possible ; je n'y ai plus recours que dans des cas exceptionnels.

L'opérée a eu le troisième jour un écoulement sanguinolent par le canal génital. Cette hémorrhagie s'observe chez la plupart des opérées ; elle provient de la matrice, et elle peut être considérée comme une simple épistaxis de la muqueuse utérine. On la remarque aussi lorsqu'on a enlevé les deux ovaires ; elle n'est pas en rapport, par conséquent, avec l'ovulation ; elle paraît provenir d'une congestion utérine provoquée peut-être par la ligature de l'ovaire.

Obs. XVI. — *Ovariotomie pratiquée le 21 février 1865. Mort.*

Mme P..., d'Autrecourt (Ardennes), âgée de cinquante ans, a vu son ventre se développer insensiblement depuis une dizaine d'années. Elle a été ponctionnée une fois, dix mois avant l'ovariotomie, et l'on a évacué 14 litres de liquide. Le ventre était redevenu énorme. Les parois abdominales étaient excessivement infiltrées de sérosité. Œdème des extrémités inférieures. Le kyste était multiloculaire, formé d'un grand nombre de loges, dont plusieurs offraient une grande dimension. L'incision abdominale fut prolongée dans une étendue de 32 centimètres. La tumeur était adhérente à toute l'étendue de la paroi abdominale qui ruisselait de sérosité. Les adhérences, de formation récente, purent être détachées à l'aide de la main ; elles n'exigèrent aucune ligature. La tumeur dépendait de l'ovaire droit ; elle pesait 39 kilogrammes et demi. La loge principale contenait 20 litres de liquide brunâtre, épais, très-visqueux. Sept autres loges, contenant environ 10 litres de liquide d'une couleur variable, furent encore ponctionnées successivement.

Le pédicule, d'une largeur de 16 centimètres, très-épais, œdémateux, fut lié par deux ligatures en fil de fer ; comme il était très-court et que la paroi abdominale était très-épaissie (7 centimètres) par la sérosité infiltrée, il ne put être attiré que dans l'angle inférieur de la plaie. Un tube en verre plongeait dans la cavité péritonéale, un autre tube fut placé dans l'épaisseur de la paroi abdominale où il assurait l'écoulement de la sérosité infiltrée. La réunion fut opérée par huit points de suture profonde, et douze points de suture entortillée. L'opérée alla bien le premier jour ; mais le deuxième, le pouls s'accéléra et faiblit ; il survint de la tympanite, les urines diminuèrent. La malade n'accusait aucune douleur abdominale, mais elle éprouvait de l'oppression. Comme il existait des symptômes d'épanchement de sérosité péritonéale, j'introduisis une sonde dans le bassin, par l'angle inférieur de la plaie, et je donnai issue à 800 grammes de liquide séreux, rougeâtre, inodore. Un lavement purgatif produisit une évacuation alvine. Je prescrivis du vin chaud, de la térébenthine, etc., à l'intérieur. Il y eut une nouvelle évacuation alvine, mais la faiblesse et la dyspnée augmentèrent bientôt ; il survint du coma, et l'opérée succomba cinquante heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva au côté gauche de l'abdomen, un épanchement d'environ 3 litres de sérosité. Il n'y avait aucune rougeur intestinale.

Remarques. — L'œdème considérable des parois abdominales était une circonstance défavorable pour l'ovariotomie ; mais elle ne me semblait pas devoir la contre-indiquer d'une manière absolue. La malade était tombée dans un état très-grave à la suite de la ponction que l'on avait pratiquée, et je craignais de la soumettre de rechef à des accidents encore plus graves peut-être par une nouvelle ponction, qui aurait eu l'avantage de permettre à l'œdème de se dissiper. L'épanchement séreux que l'on trouva à l'autopsie paraît être provenu en majeure partie des parois abdominales par transsudation de l'énorme surface, de 40 centimètres de diamètre au moins, qui avait été le siége des adhérences du kyste ; car, pour décoller ces adhérences jusqu'au foie et au diaphragme, j'avais été obligé d'introduire l'avant-bras jusqu'au coude, alors que la majeure partie du liquide contenu dans la tumeur avait déjà été vidée. La sérosité exsudée des parois abdominales s'est opposée à la formation des adhérences intestinales autour du pédicule, et l'opérée a succombé à une septicémie. Quoique les tubes aient laissé constamment écouler une grande quantité de liquide, la sérosité s'était néanmoins accumulée dans les parties latérales du ventre, parce qu'il était impossible, en rai-

---

hospices sous l'autorité du Préfet de la Seine. Ce régime dure encore actuellement.

Nous avons encore, pour terminer cette étude, à donner quelques détails sur les règlements intérieurs qui ont régi successivement l'Hôtel-Dieu.

Nous avons vu le nom de frères et de sœurs, employé dans les lettres des rois pour désigner les personnes qui se consacraient au service des pauvres. Plusieurs historiens, trompés par cette dénomination, ont écrit que, dans les premiers temps, l'Hôtel-Dieu était administré par des religieux et religieuses de Saint-Augustin, sans penser que cet ordre n'y fut introduit que longtemps après. Il ne faut considérer cette institut que comme une simple communauté et non comme un ordre religieux. Il ne peut d'ailleurs rester aucun doute si l'on consulte l'article suivant : « Aucun frère ne pourra être reçu avec sa femme. Les frères auront la même tonsure que les Templiers, et les sœurs auront les cheveux coupés comme les religieuses. » Comment ces conditions aussi clairement énoncées ont-elles pu induire en erreur ?

Le règlement dont nous extrayons l'artice précédent, est le premier que l'on retrouve concernant l'Hôtel-Dieu. On l'attribue à Étienne, doyen du chapitre de Paris, vers 1217. Jusqu'à cette époque l'hôpital avait été gouverné par deux chanoines proviseurs choisis par le chapitre. Cet usage est conservé par le premier article du règlement. Le deuxième article prescrit qu'un des frères de l'Hôtel-Dieu, prêtre s'il s'en trouve un capable, sera établi maître, et qu'il aura soin de l'hôpital tant qu'il plaira au chapître, auquel il jurera obéissance et fidélité. Le nombre des frères et sœurs est fixé au plus à 30 frères lais, 4 prêtres et 4 clercs, et à 25 sœurs. Cependant les frères peuvent s'adjoindre des servants en sous-ordre s'il en est besoin. Un des frères a soin du temporel sous les yeux du maître. Il rend compte aux deux proviseurs et au maître. Un autre tient registre des aumônes et des revenus ; il encaisse les dépôts et les place dans un lieu dont le maître et lui ont seuls la clef. Les proviseurs et le maître choisissent parmi les sœurs celle qu'ils jugent la plus capable de commander aux autres sœurs et servantes. Elle reçoit le titre de maîtresse. Le malade, après avoir été reçu, sera porté dans son lit et traité comme le MAITRE DE LA MAISON. On lui donnera tous les jours à manger avant que les frères soient servis. Si la maladie est contagieuse et si grave qu'il faille le mettre à part, on en prendra encore plus de soins que des autres ; on ne le laissera jamais sans garde, et de peur de rechute, après sa guérison on le nourrira encore sept jours à la maison. Telles sont les principales clauses de ce règlement.

L'Hôtel-Dieu prospéra trois siècles sous l'empire de cette règle. Vers le XVIe siècle, la discipline faiblissait, et les malades s'en ressentaient ; on s'occupa d'une réforme, tant au spirituel qu'au temporel. Des représentations avaient été faites au parlement de Paris, sous le rapport de la salubrité. Le parlement, en 1505, nomma une commission prise dans son sein pour travailler à la réforme de l'Hôtel-Dieu. De nouveaux articles furent introduits dans le règlement. L'autorité religieuse, dans la personne du cardinal d'Amboise, légat du pape, agit de son côté. Le chapitre nomma deux nouveaux proviseurs qui essayèrent de demi-mesures, mais dont le parlement ne se tint pas pour satisfait. Il s'adjoignit alors le pouvoir municipal qu'il mit en face des chanoines, et on délibéra de nouveau. Les proviseurs furent les premiers à reconnaître que les connaissances des choses séculières, la gestion des biens, le régime alimentaire, sont en dehors de leurs habitudes, et que, la civilisation ayant marché, les laïques sont devenus de meilleurs surveillants, plus aptes qu'eux-mêmes à gérer les intérêts matériels. Leur opinion est donc que le soin du temporel de l'Hôtel-Dieu doit être confié à des bourgeois et à des marchands qui seront nommés par le prévôt des marchands et les échevins.

Huit marchands furent en effet nommés, et leur choix confirmé par arrêt du parlement (mai 1505). Il est enjoint par l'arrêt aux bourgeois, commis au temporel de l'Hôtel-Dieu, d'établir un receveur et des procureurs pour toucher les revenus. Ils seront astreints à rendre compte tous les ans de leurs recette aux huit bourgeois, et en présence d'un président, de deux conseillers du parlement et d'un chanoine député par le chapitre de la Cathédrale. Dans cet arrêt, au lieu de frère et de sœurs, nous trouvons la dénomination de religieux et de religieuses. Ce sont, en effet, de véritables ordres religieux qui desservent alors l'Hôtel-Dieu.

Cet arrêt de 1505 atteste le peu d'ordre qui régnait dans l'hôpital avant la réforme. Il statue, par une de ses dispositions, que le frère Jean Lefèvre rendra ses comptes, qui sont à rendre depuis quinze ou vingt ans. Le chapitre de Paris versera entre les mains de la nouvelle administration tous les fonds perçus jusqu'en mai 1505, et lui donnera décharge des deniers dont il a été fait emploi ; le même chapitre remettra également les pièces et les archives en sa possession. Le chapitre se plaignit que l'on avait surpris son autorité et se refusa à l'exécution de l'arrêt. Le conflit dura trois ans, et ce ne fut qu'en 1508 que les chanoines se rendirent.

Le temporel se trouva, au bout de peu de temps, remis dans le meilleur ordre possible ; les bourgeois s'occupèrent alors du soin de

son du poids des parois abdominales, de donner à l'opérée une position suffisamment relevée. D'ailleurs, l'opération très-laborieuse, avait duré deux heures et demie, et la longue durée de l'opération, par elle-même, dispose à la septicémie. De ce cas résulte cet enseignement, que, dans des circonstances analogues, il vaut mieux pratiquer une ponction préalable, quelque grave qu'elle puisse paraître, afin de permettre aux tissus infiltrés de se dégorger, avant de procéder à l'extirpation de la tumeur. Si l'opération avait eu lieu en dehors de la complication d'œdème, surtout si elle avait pu être faite six mois plus tôt, elle aurait été probablement suivie d'un bon résultat.

Dès le début de la septicémie, j'ai prescrit à la malade des sulfites alcalins en potion et en lavement. Cette médication, préconisée par M. Polli, n'a jamais produit aucun effet avantageux dans 4 cas où je l'ai employée.

Obs. XVII. — *Ovariotomie pratiquée le 19 avril 1865. — Guérison.*

Mme D..., de Frolois (Meurthe), âgée de trente-cinq ans, amaigrie, mais d'une bonne santé, du reste, était affectée depuis deux ans et demi d'un kyste uniloculaire hémorrhagique de l'ovaire droit. Il n'existait pas d'adhérence. La tumeur put être extraite au moyen d'une incision de 8 centimètres. L'ovaire gauche avait subi une petite augmentation de volume. Deux follicules de Graaf étaient développés d'une manière anomale; les deux ovisacs furent extraits à l'aide d'une pince. Le poids de la tumeur ovarique avec son contenu, était de 8 kilogrammes 1/2. La plaie fut réunie à l'aide de deux points de suture profonde et trois points de suture superficielle. Le pédicule fut fixé au dehors, à l'aide de mon constricteur. MM. Willemin, Bach, Rumbach, Carel, etc., assistaient à l'opération. Les suites de l'ovariotomie furent en quelque sorte insignifiantes, sans aucun incident notable, et l'opérée a été complétement guérie le vingt-cinquième jour. La menstruation s'est rétablie régulièrement. La santé est parfaite.

Remarques. — Cette opérée n'a point été traitée par des applications de vessies de glace sur le ventre, ainsi que j'avais coutume de le faire pendant les deux ou trois premiers jours. Depuis, je n'en ai plus fait usage dans les opérations subséquentes.

Lorsqu'il n'y a pas d'adhérence et que le pédicule est long, l'ovariotomie présente une grande simplicité. On peut être à peu près assuré d'un heureux résultat. De telles opérations sont suivies de guérison 95 fois sur 100, lorsqu'elles sont pratiquées convenablement.

MOUVEMENTS DE LA RESPIRATION.

Recherches faites à l'aide de l'expérimentation électro-physiologique et de l'observation clinique,

Par M. le Dr Duchenne (de Boulogne).

(Résumé d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

En 1853, j'ai communiqué à l'Académie impériale de médecine un mémoire intitulé : *Recherches électro-physiologiques et cliniques sur le diaphragme.* J'espérais alors le faire suivre, dans un temps prochain, de recherches analogues sur les autres muscles qui président à la respiration, et dont la partie expérimentale était très-avancée. Mais plus de douze années devaient s'écouler avant que j'eusse recueilli, en nombre suffisant, des faits cliniques qui pussent servir à contrôler mes expériences et à résoudre les questions physiologiques qui en étaient le but.

Je viens exposer aujourd'hui les recherches qui ont trait aux fonctions des muscles intercostaux, des muscles inspirateurs auxiliaires et des muscles expirateurs.

Mais il importe de rappeler avant tout le résumé de mon travail sur les fonctions du diaphragme, afin que le lecteur puisse saisir l'ensemble de toutes mes recherches électro-physiologiques et cliniques sur le mécanisme de la respiration.

A. — Diaphragme.

I. La divergence d'opinions qui règne parmi les auteurs sur l'action propre du diaphragme, a rendu nécessaires les recherches électro-physiologiques que j'ai faites sur les fonctions de ce muscle.

II. Il ressort de toutes mes expériences faites sur l'homme et sur les animaux vivants ou morts, que la contraction du diaphragme provoquée par l'électrisation du nerf phrénique, communiquant ou non avec l'arbre nerveux, produit l'élévation des côtes diaphragmatiques et leur mouvement en dehors, lorsque les parois abdominales sont intactes. On voit aussi, dans ces expériences, le diamètre antéro-postérieur de la base du thorax s'agrandir, mais d'une manière à peine sensible. Dans certains cas, le mouvement excentrique des côtes inférieures est communiqué aux côtes supérieures.

L'observation clinique a confirmé les faits démontrés par ces expériences électro-physiologiques sur l'action propre du diaphragme.

III. Si l'animal a été éventré et que ses viscères abdominaux aient été abaissés, la contraction isolée du diaphragme attire les côtes diaphragmatiques dans une direction opposée, c'est-à-dire en dedans.

IV. Bien que le diaphragme, dès qu'il a perdu ses rapports de contiguïté avec les viscères abdominaux, devienne expirateur, quant aux mouvements qu'il imprime aux côtes inférieures, il n'en agrandit pas moins encore, en s'abaissant, le diamètre vertical de la poitrine.

L'abaissement du centre phrénique est alors assez limité, et, au maximum de contraction, le diaphragme prend la forme d'un cône tronqué, mais il ne devient pas convexe en bas, comme le croyait Haller.

V. Le mouvement concentrique de la partie inférieure de la poitrine, que l'on observe pendant la contraction du diaphragme, après l'ouverture de l'abdomen et l'abaissement des viscères, prouve, contrairement à l'opinion de MM. Beau et Maissiat, que le péricarde n'offre pas au diaphragme un point d'appui qui lui permette de produire l'expansion des côtes auxquelles il s'insère.

Les mouvements en sens contraire de la base de la poitrine, suivant que les viscères abdominaux sont ou non abaissés, au moment de la contraction du diaphragme, démontrent, ainsi que l'avait pressenti Magendie, que l'expansion des côtes inférieures par la contraction physiologique du diaphragme, est due au point d'appui que ce muscle prend alors sur les viscères abdominaux.

VI. Ce point d'appui ne pourrait favoriser le mouvement d'expansion des côtes diaphragmatiques, que l'on observe pendant sa contraction, s'il ne se faisait pas sur la surface large et convexe de ces viscères. Cette proposition ressort d'une expérience dans laquelle on ne parvient pas à provoquer le mouvement excentrique des côtes inférieures, lorsque la main étant appliquée sur le centre phrénique d'un cheval mort, on s'oppose à l'abaissement de ce muscle, pendant qu'on le fait contracter par la faradisation des nerfs phréniques.

VII. La connaissance de la paralysie et de la contracture du diaphragme est ressortie de mes expériences électro-physiologiques.

B. — Intercostaux.

VIII. Les expériences électro-physiologiques que j'ai faites chez l'homme, dans des circonstances qui m'ont permis soit de faradiser les intercostaux externes sur tous les points de leur surface, et les intercostaux internes dans l'espace intercartilagineux, soit de localiser l'excitation électrique dans un nerf intercostal, démontrent que tous ces muscles sont inspirateurs : 1° en élevant individuellement chaque côte inférieure sur la côte supérieure qui reste fixe ; 2° en imprimant un mouvement excentrique à cette côte inférieure à l'aide de la rotation qu'ils lui font exécuter sur ses extrémités.

IX. L'action inspiratrice des intercostaux, mise en lumière chez l'homme vivant, par l'expérimentation électro-physiologique, a été confirmée : 1° par des faits cliniques dans lesquels les muscles inspirateurs auxiliaires étant atrophiés, ainsi que le diaphragme, la respiration costale avait lieu cependant largement, et dans lesquels, avec les doigts appliqués dans les espaces intercostaux, on sentait les muscles intercostaux se gonfler, se durcir pendant chaque inspiration; 2° par des faits cliniques dans lesquels, consécutivement à l'atrophie des intercostaux, la respiration costo-supérieure est abolie, et la capacité thoracique diminue; ce qui est la contre-épreuve des faits précédents.

X. L'expérimentation électro-physiologique, confirmant l'opinion de Winslow et, après lui, de Haller et d'autres physiologistes, démontre que les intercostaux élèvent la côte inférieure, parce que le point fixe est à la côte supérieure; d'autre part, l'observation clinique prouve que ces muscles ne peuvent pas abaisser les côtes supérieures, pendant la respiration costo-supérieure naturelle, parce qu'alors elles sont fortement élevées par le sterno-cléido-mastoïdien et les scalènes.

XI. De ce que les intercostaux se trouvent dans un état d'élongation, pendant l'inspiration, ce n'est pas une raison pour qu'ils ne puissent concourir aux mouvements inspiratoires, comme l'a prétendu Hamberger; car j'ai démontré que certains muscles, lorsqu'ils sont appelés à fonctionner volontairement, sont placés dans un état d'élongation par la contraction synergique d'autres muscles, afin que leur force soit augmentée. C'est ce que l'observation clinique a démontré pour les fléchisseurs des doigts qui perdent leur puissance, dès que les radiaux et le cubital postérieur paralysés ne peuvent plus maintenir la main étendue, au moment où ils se contractent; de même l'élongation des intercostaux internes, pendant l'inspiration, peut augmenter la puissance de ces muscles qui concourent à la produire.

XII. La direction oblique des intercostaux indique qu'ils sont destinés à l'inspiration, car c'est seulement pendant ce temps de la respiration qu'ils deviennent perpendiculaires aux leviers (les côtes) qu'ils mettent en mouvement. S'ils se contractaient pendant l'expiration, ils deviendraient encore plus obliques à ces leviers; ce qui serait contraire à la règle générale; à savoir : que les muscles deviennent ou tendent à devenir, en se contractant, perpendiculaires aux leviers qu'ils meuvent, de telle sorte que leur puissance augmente en raison de leur degré de contracture.

XIII. La direction oblique, en sens inverse des intercostaux internes et externes, indique que ces muscles sont destinés à se contracter synergiquement, car s'ils agissaient isolément pour produire, les premiers, l'expiration, les seconds, l'inspiration, il en résulterait nécessairement, pendant chacun de ces mouvements, un mouvement oblique des côtes les unes sur les autres. Ce qui paraît du reste ressortir de l'observation clinique.

La contraction simultanée de tous ces muscles neutralise cette action oblique qui, en raison de cette combinaison, est convertie en une action perpendiculaire aux côtes à mettre en mouvement.

XIV. Contrairement aux déductions tirées des vivisections de Galien qui rendait le porc aphone, en pratiquant la ligature de tous ses intercostaux, l'observation clinique démontre que les muscles intercostaux n'exercent pas une grande influence sur la phonation sans effort.

XV. L'utilité des intercostaux n'est pas comparable à celle du diaphragme, car leur paralysie ne compromet pas la vie comme celle de ce muscle. Cependant, lorsque celui-ci vient à faire défaut, les intercostaux sont les seuls qui puissent le suppléer provisoirement, de manière que l'hématose continue à se faire et que le sujet puisse vivre, s'il ne survient pas d'affection bronchique ou thoracique.

C'est pour cette raison que les intercostaux doivent être aussi considérés comme des muscles inspirateurs essentiels venant, toutefois, après le diaphragme.

---

rétablir la police intérieure. Par arrêt du parlement (1535), le chapitre dut donner commission à deux de ses chanoines de travailler à cette réforme avec l'abbé de Saint-Victor et le prieur de Saint-Lazare. On envoya à l'Hôtel-Dieu huit bons religieux choisis dans diverses maisons pour soutenir le bon ordre, qu'on y rétablit alors. Cette sorte d'évolution vers le gouvernement laïque que nous venons de voir s'opérer sous l'action du parlement, va s'opérer en sens contraire et de plus en plus, pendant le XVIe siècle. Le chapitre de Notre-Dame ne regagne qu'une partie de son autorité perdue; le pouvoir monastique le remplace, et c'est lui qui tiendra le bâton de commandement pendant la fin du XVIe siècle et pendant la moitié du XVIIe.

Au commencement du XVIIe siècle, l'hôpital subit une nouvelle réforme par les soins de la mère Geneviève Bouquet. Elle créa un noviciat régulier, et introduisit l'usage de prendre un nom en religion. Elle réforma l'apothicairerie, et fit donner aux malades des rideaux et des tours de lit. Enfin beaucoup d'articles du règlement étaient à refondre; elle insista tant et si bien qu'elle obtint la réforme du règlement entier. Ce fut celui qui, à de légères modifications près, dura jusqu'en 1789.

Vers 1665 la constitution générale de l'Hôtel-Dieu change. Nous trouvons à cette époque vingt administrateurs qui se divisent en grand bureau, bureau et petit bureau. Le grand bureau s'assemble tous les trois mois à l'archevêché. Il se compose de six membres présidés par l'archevêque, et administre tous les hospices de Paris. C'est de là qu'est né le conseil général de 1801. On les appelait au XVIIIe siècle gouverneurs de l'Hôtel-Dieu, et après 1789, administrateurs du temporel de l'Hôtel-Dieu.

Le bureau se composait de quatorze membres et s'assemblait deux fois par semaine. Il s'occupait des affaires intérieures et avait sous ses ordres un inspecteur, un sous-inspecteur, un certain nombre de commis, un économe, un sous-économe, un greffier (secrétaire), un architecte et un huissier.

Le petit bureau se composait des membres du bureau réduit pendant les vacances du parlement.

Ici est la barrière qui sépare le passé du présent. En comparant les diverses constitutions de l'Hôtel-Dieu, nous voyons qu'au fond, rien n'existe qui n'ait eu sa racine dans le passé. A toutes les époques nous trouvons un conseil supérieur et des administrateurs pratiques, quelque nom qu'ils portent. Le conseil d'État et la Cour des comptes remplacent les pouvoirs non définis du parlement ; enfin la surveillance incessante du pouvoir central se substitue au gouvernement saccadé des lettres patentes, des déclarations et des édits.

Pour donner une idée de la population comparée de cet hôpital, nous extrayons divers chiffres d'un état de situation générale présenté à Louis XV après l'incendie de 1773. De 1763 à 1773, en dix ans, l'Hôtel-Dieu a reçu 263,287 malades, soit par année 26,328 malades. Il y avait alors 1,219 lits; savoir : 733 grands et 486 petits; en moyenne 2,500 places par suite de l'usage de réunir dans un même lit plusieurs malades. Chaque place était donc occupée, par année, par 10 malades. Aujourd'hui l'Hôtel-Dieu ne dispose que de 828 lits, et reçoit par an 12,000 malades environ, un tiers de plus que les lits ou places du siècle précédent; les malades guérissent donc plus vite. L'Hôtel-Dieu est devenu la métropole de la science, et la meilleure académie pratique de l'art de guérir qui soit au monde.

L'Hôtel-Dieu, à travers sa longue existence, a traversé bien des vicissitudes. Disons que bien souvent les défectuosités qu'on lui a reprochées, tenaient, les unes, à l'universelle hospitalité qu'il exerçait, les autres à des mœurs qui ne sont plus les nôtres. L'usage, par exemple, de coucher plusieurs personnes dans le même lit devait exister à l'hôpital, lorsqu'il avait lieu partout. En réalité, l'Hôtel-Dieu, dont on a dit tant de mal, a cet avantage considérable que ses constructions sont établies sur les deux rives du fleuve; et, si la plupart des salles contiennent un grand nombre de lits, il n'est pas de maison hospitalière qui soit mieux ventilée.

Le nouvel hôpital sera encore plus heureusement placé, car il n'aura plus l'humidité inséparable de l'ancienne situation. Ses bâtiments vont couvrir un vaste emplacement, et rien ne sera ménagé pour en faire l'hôpital modèle de Paris. A aucune époque l'Hôtel-Dieu n'aura subi une aussi complète transformation. Le nom de Napoléon III viendra ainsi se mettre en tête de la liste des illustres bienfaiteurs de cet hôpital.

Fernand Pigeonneau,

(De l'Assistance publique.)

Des milieux réfringents de l'œil (anatomie et physiologie), par le docteur Polaillon, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. In-8°, avec figures. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, P. Asselin.

De la métrite chronique, par le professeur F.-W. de Scanzoni. Traduit de l'allemand, par le docteur Sieffermann, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, lauréat de la faculté de médecine. Un volume in-8° de 300 pages. Prix : 7 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

C. — Muscles inspirateurs auxiliaires.

XVI. Les scalènes, les sterno-cléido-mastoïdiens, les portions claviculaires des trapèzes, les petits pectoraux, les sous-claviers concourent à l'inspiration costo-supérieure ; on peut le constater par la vue et par le toucher.

XVII. Suivant leur importance physiologique, ces muscles sont subordonnés aux intercostaux dont ils sont seulement les auxiliaires, car l'observation clinique démontre que malgré leur absence, l'inspiration costo-supérieure peut être exécutée par ces derniers, sans trouble appréciable.

XVIII. On ne saurait contester toutefois leur utilité et leur puissance dans l'inspiration costale, lorsque l'on voit, par exemple, l'un d'eux (le sterno-cléido-mastoïdien) capable d'entretenir, par son action isolée, l'inspiration costo-supérieure avec assez de force, pour que l'hématose ait lieu, bien que d'une manière incomplète.

Ces muscles sont surtout utiles, dans la respiration costo-supérieure, pour rendre plus fixes et même pour élever les attaches supérieures des muscles intercostaux ; mais le sterno-cléido-mastoïdien n'intervient que dans les efforts de la respiration.

XIX. Le sterno-cléido-mastoïdien ne peut agir comme auxiliaire de l'inspiration costo-supérieure, que si la tête est maintenue solidement dans l'extension. Les muscles qui produisent cette extension de la tête, et surtout le splénius, doivent donc être rangés parmi les auxiliaires de l'inspiration, pendant l'inspiration costo-supérieure normale et avec effort.

XX. D'autres muscles concourent, mais d'une manière tout à fait secondaire, à l'inspiration costo-supérieure, lorsqu'elle se fait avec effort ; ce sont les grands dentelés, les rhomboïdes, etc.

D. — Muscles expirateurs.

XXI. Les muscles de l'abdomen dépriment, par leur contraction simultanée, la paroi abdominale en la tendant en tous sens à la manière d'une peau de tambour ; en même temps ils abaissent les côtes inférieures et resserrent la base du thorax.

XXII. La faradisation même individuelle des muscles de l'abdomen montre combien est grande leur puissance expiratrice, car, pendant ces expériences, l'inspiration et la phonation sont extrêmement gênées. Les contractures partielles ou en masse des muscles de l'abdomen confirment les faits qui ressortent de ces expériences.

XXIII. L'observation clinique démontre que les muscles abdominaux se contractent seulement lorsque l'expiration exige de grands efforts, et que leur concours est nécessaire pour le chant, le cri, etc. La force élastique du poumon et la contractilité musculaire bronchique suffisent à l'expiration ordinaire.

CORRESPONDANCE.

A propos de la démission de M. le Dr Després.

A M. le Dr Diday, rédacteur en chef de la Gazette médicale de Lyon.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans un feuilleton que vous avez publié le 16 septembre, nous lisons cette phrase :

« Le premier (fait) fut la retraite de M. Després des fonctions de rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux.* Retraite offerte? retraite imposée?... Les intimes seuls pourraient le dire. Tout changement de ministère s'entoure d'un nuage; et, pour ma part, je ne suis pas dans le secret de la diplomatie. »

Tout en regrettant d'imposer à nos lecteurs un débat tout personnel, nous ne croyons pas devoir laisser passer sans réponse l'insinuation contenue dans l'alinéa que nous venons de reproduire.

Nous ne nous sommes, en aucune façon, « entouré d'un nuage. » Veuillez vous référer aux diverses notes que nous avons publiées et vous verrez :

1° Dans une lettre adressée à M. Seux (*Gazette des hôpitaux*, 1866, page 398), les motifs que M. le docteur Després donne à sa démission.

Une note placée au bas de cette lettre indique que « cette démission a été acceptée.—Voir le Premier-Paris.» Dans ce Premier-Paris, nous annonçions ce fait accompli, à savoir : que M. le docteur Després ne faisait plus partie de la rédaction de la *Gazette des hôpitaux,* et nous indiquions les raisons qui nous avaient fait accepter cette démission.

2° Dans le numéro suivant (page 399), nous précisions — pour éviter toute espèce de malentendu — les circonstances dans lesquelles la démission de M. Després nous avait été présentée « alors qu'il nous mettait en demeure de ne pas publier la note dont nous avons fait précéder l'article de M. le docteur Revil lout. »

Il nous semblait que par ces déclarations, nous avions exposé avec la plus grande netteté l'état de la question.

Tout le monde a compris que la démission de M. Després, présentée *conditionnellement* et sous forme *d'ultimatum,* à propos d'une note *non encore publiée*, ne nous a pas empêché de passer outre. Ainsi cette démission a été par nous non point *imposée*, mais bien et dûment *acceptée,* par ce fait seul que nous refusions d'accorder la suppression demandée.

Il nous semble que l'incident est parfaitement vidé.

Un dernier mot cependant sur le *papier timbré*. Vous employez une phrase à double entente : « à en juger par le papier timbré qui sert à leur correspondance.....» Croyez, monsieur et très-honoré confrère, que ces habitudes ne sont pas les nôtres et que nous laissons à M. le Dr Després la collaboration des huissiers. Ce dernier a donc *seul* employé ce mode de correspondance quand il nous a mis en demeure d'insérer la lettre suivante :

« Monsieur,

« Je laisse à vos lecteurs le soin d'apprécier la manière dont vous voulez justifier les procédés qui m'ont décidé à me retirer de la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux.*

« Mais je veux qu'il soit bien connu que je me suis retiré exclusivement à cause des réflexions que vous avez placées en tête d'un article sur la contagion du choléra, et à cause de l'impression de la lettre de notre honoré confrère M. le docteur Seux, sans que j'eusse pris connaissance de cette correspondance.

« Je tiens surtout à ce qu'il n'y ait point de malentendu. Vous avez écrit : *M. Després ne fait plus partie de la réduction*. Cette formule, employée pour ceux à qui l'on donne leur démission, ne saurait, monsieur, s'appliquer à moi.

« Recevez, etc.

« Dr Armand Després. »

Jugez vous-même, maintenant, si après toutes les déclarations rappelées ci-dessus, la lettre de M. Després contenait quelques faits nouveaux propres à éclairer la religion de nos lecteurs et si nous n'avions pas eu raison de la considérer comme inutile.

Il ne nous reste plus, Monsieur, qu'à vous remercier, si le doute était permis, de nous avoir mis à même de présenter, d'une manière peut-être plus claire encore, des faits sur lesquels il nous était pénible d'insister.

Dr Le Sourd.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 17 septembre 1866, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Paris, membre de la commission de rédaction de la nouvelle édition du Codex, a été nommé officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur. (Chevalier depuis 1845.)

— Un concours pour deux places de médecin et deux places de chirurgien-adjoint près les hospices civils de Toulouse, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 11 décembre prochain.

Les candidats, pourvus du diplôme de docteur ou médecin, pourront s'inscrire au secrétariat de l'Hôtel-Dieu de Toulouse jusqu'au 7 décembre.

Du rôle de l'inflammation dans le ramollissement du cerveau, par le docteur Yvan Poumeau. Un vol. grand in-8°, avec planches coloriées et noires. Prix : 4 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Étude sur la gastrite phlegmoneuse, par le docteur Auvray. In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, P.Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 116. — JEUDI 4 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 4 OCTOBRE 1866. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Trois lectures ont rempli cette séance. M. F. Voisin, l'un des membres associés nationaux de l'Académie, a lu la deuxième partie d'un mémoire sur les facultés intellectuelles de l'homme. On connaît le vaste plan d'après lequel M. F. Voisin s'est proposé de résumer l'ensemble de tous ses travaux en une grande trilogie, comprenant : l'homme animal, l'homme moral, l'homme intellectuel. Les deux premières parties de cette trilogie ont été publiées, l'une en 1839, la seconde en 1862. Le mémoire dont M. F. Voisin a donné lecture dans la séance du 28 août dernier et dans la séance d'hier, est destiné à servir d'introduction à la troisième partie, qui sera probablement publiée sous peu. Quand cette publication aura été faite, ce sera le moment de reprendre et d'apprécier dans son ensemble cette œuvre considérable.

Nous avions annoncé mardi dernier que M. Dubois (d'Amiens) se proposait de servir, au banquet de ses collègues, un entremets de sa façon. A sa prière, M. J. Béclard a lu hier, pour lui, un premier fragment de ses recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr. Cette lecture sera continuée dans les séances suivantes. Nous commencerons la publication de ces intéressantes études historiques dans le numéro prochain.

La dernière partie de la séance a été occupée par une lecture de M. le docteur Gillebert d'Hercourt, sur la présence du sel marin dans l'atmosphère maritime. L'atmosphère maritime contient-elle du chlorure de sodium? en contient-elle toujours, ou seulement par exception et dans quelques conditions déterminées? — Telles sont les questions que notre confrère s'est proposé d'examiner dans ce travail. On sait qu'elles ont été très diversement résolues dans ces dernières années par nos auteurs de climatologie, les uns affirmant, les autres niant la présence du sel dans l'atmosphère maritime et celle des côtes, d'autres ne lui accordant qu'une importance tout à fait secondaire, ou même nulle au point de vue de l'influence hygiénique et thérapeutique de cette atmosphère. M. Gillebert d'Hercourt a institué un ensemble d'expériences, qui l'ont conduit non-seulement à affirmer la présence des matières salines dans l'atmosphère maritime et celle des côtes, mais encore à établir que sa présence se manifeste à de plus grandes hauteurs et à de plus grandes distances qu'on n'avait paru le présumer jusqu'à présent. Nous reviendrons prochainement sur cette question, qui mérite un examen sérieux. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Du privilége du médecin, en concurrence avec celui du propriétaire.

Nous n'aimons pas à être en retard avec nos honorables correspondants de province; mais nous venons de faire un voyage de quelques semaines, et c'est pourquoi nous n'avons pu répondre plus tôt à des lettres qui nous ont été remises seulement à notre retour.

A propos de notre dernier article de jurisprudence médicale, on nous demande : « dans quel ordre s'exerce le privilége du médecin pour payement de ses honoraires, lorsqu'il se trouve en concurrence avec celui du propriétaire pour les loyers qui lui sont dus. »

Cette question ne manque pas d'intérêt; car il n'est pas rare que le mobilier du débiteur soit le seul gage de ses créanciers en cas de mort ou de faillite. Souvent alors, le prix de location des appartements ou boutiques s'élève à un taux suffisant pour absorber tout ce que pourra produire la vente de ce mobilier; et le médecin n'aura rien à recevoir si le propriétaire doit passer avant lui.

Chacune de ces deux créances est bien munie d'un privilége; mais ces deux priviléges sont de natures distinctes.

Celui du médecin est général, s'étendant non-seulement sur tous les biens meubles, mais, à leur défaut, sur les immeubles; celui du propriétaire est spécial, et lorsqu'il s'agit d'une maison, il ne porte que sur les meubles qui garnissent les appartements dont les loyers sont à payer.

Il s'agit donc ici de savoir lequel doit avoir la préférence d'un privilége spécial sur certains meubles, comme est celui du propriétaire, ou d'un privilége général, comme est celui du médecin.

La loi qui, lorsqu'il s'agit du prix d'un immeuble, donne formellement la préférence aux priviléges généraux sur les priviléges spéciaux (C. civ., art. 2105), ne s'est nullement expliquée sur la question qui nous occupe; elle n'a pas réglé l'ordre des priviléges, d'espèces différentes en ce qui touche le mobilier.

Aussi les opinions se sont-elles partagées.

Autrefois la jurisprudence, raisonnant par analogie, tendait à faire passer dans tous les cas les priviléges généraux avant les autres. On aurait payé le médecin avant de payer le propriétaire.

Des arrêts des cours de Limoges (15 juillet 1813), Rouen (12 mai 1823), Poitiers (30 juillet 1830), Rouen (30 janvier (1851), Bordeaux (12 avril 1853), ont été rendus dans ce sens.

Nous allons reproduire en partie les motifs du dernier arrêt pour connaître les arguments qui servent de base à ce système.

COUR IMP. DE BORDEAUX (12 avril 1853).

« Attendu que la loi elle-même a dû s'occuper de la classification des priviléges; que le droit de préférence qui en résulte résisterait à une détermination arbitraire de la part du juge; — attendu qu'après avoir déclaré que les priviléges étaient ou généraux ou particuliers sur certains meubles, la loi a formé cinq catégories de créances auxquelles elle a attaché le privilége général, que le privilége général implique, dans l'intention comme d'après le texte littéral du législateur, l'ordre matériel qu'il a établi, un droit de préférence sur le privilége particulier; — attendu que ce dernier privilége qui n'existe que relativement à certains meubles, ne peut nuire à l'application du privilége frappant sur la généralité des meubles, absolu, indépendant et placé dans un ordre supérieur de priorité, précisément à raison de l'extrême faveur des créances auxquelles il a été attribué; que telles sont les créances dont l'art. 2101 Cod. Nap. contient la nomenclature; qu'en colloquant ces créances avant celles spécifiées dans l'art. 2102 on exécute l'art. 2036, qui veut qu'entre créanciers privilégiés la préférence se règle par les différentes qualités des priviléges; que le privilége général est lui-même gradué, s'exerce dans un ordre successif, invariable pour les créances de cinq natures distinctes et différentes; que le caractère marqué de prédominance qu'a le privilége général sur le privilége particulier se trouve dans l'art. 2105; puisque, d'après cet article, les priviléges généraux s'exerçant, à défaut du mobilier, sur les immeubles, priment les priviléges particuliers; qu'il y a même motif de priorité, alors que c'est sur les meubles que s'exercent les priviléges. »

La cour suprême n'a pas adopté cette jurisprudence qui, comme on le voit, nous était toute favorable. Nous n'avons point à faire ressortir ici les différences qui séparent en principe les deux arrêts de la cour de cassation, car, au point de vue pratique, en ce qui nous touche, leurs conséquences sont les mêmes. L'un et l'autre conduisent à faire passer le privilége du propriétaire avant celui du médecin.

Voici, dans leurs points essentiels, les motifs de ces deux arrêts :

COUR DE CASSATION (chambre des requêtes), 20 mars 1849.

« Attendu qu'il est de principe que les priviléges spéciaux l'emportent sur les priviléges généraux, par suite de la règle *generi per speciem derogatur*...

« Que d'ailleurs, cette décision se justifie encore par les art. 661 et 662 (Code proc. civ.), qui consacrent formellement la préférence du payement des loyers et fermages sur les frais de justice, qui cependant sont les premières créances qui ont des priviléges généraux... »

COUR DE CASSATION (chambre civile), 19 janvier 1864.

(*Arrêt après délibération en chambre du conseil.*)

« Attendu qu'aucune disposition du code ne règle la préférence à établir, lorsqu'ils entrent en concurrence sur les mêmes meubles, entre les priviléges généraux de l'art. 2101 et les priviléges spéciaux de l'art. 2102; que l'art. 2105 fixe seulement l'ordre à suivre dans le cas où ces priviléges sont en concours sur les immeubles; que, dans le silence de la loi, cette préférence doit, aux termes de l'art. 2095, se déterminer par les différentes qualités de ces priviléges;

« Attendu que le privilége du propriétaire, pour loyers échus, est fondé sur le même principe que le droit de gage; que ce créancier est, en effet, considéré comme nanti du mobilier garnissant les lieux par lui loués, et qu'il peut en cas de déplacement, revendiquer ce mobilier; que le gage confère à celui qui en est saisi, le droit d'être payé de préférence aux autres créanciers; que d'ailleurs, cette préférence attribuée au privilége du propriétaire pour le payement de ses loyers, est encore confirmée par les art. 661 et 662 cod. proc... »

Ainsi la cour de Cassation donne toujours la préférence au privilége du propriétaire, soit qu'elle laisse, ou ne laisse pas aux juges l'appréciation « des différentes qualités des priviléges généraux ou spéciaux. »

On peut dire en effet, que les mêmes motifs d'utilité publique auxquels sont dus les priviléges des médecins, pharmaciens, etc.; ont fait établir le privilége des propriétaires pour leurs loyers.

On n'a pas voulu que le malheureux qui va mourir ou faire faillite, soit mis à la porte de chez lui, dès qu'on le suppose insolvable; comme on n'avait pas voulu qu'il cessât de recevoir des aliments, des soins, des remèdes.

Le mobilier du locataire est le gage du propriétaire, afin que celui-ci soit en sécurité pour attendre le payement des termes échus; et si le prix du mobilier pouvait être absorbé par d'autres créances, le but humanitaire de la loi ne serait pas rempli.

Les Cours de Paris (27 novembre 1814, 25 février 1832), de Rouen (17 juin 1826), de Caen (8 mars 1838), de Douai (21 janvier 1860), les tribunaux de Montreuil (13 octobre 1860), de Châtillon-sur-Seine (20 mai 1863), ont aussi rendu des décisions favorables au propriétaire; et maintenant la jurisprudence paraît être fixée dans ce sens, car depuis treize ans il n'a point paru d'arrêt ou de jugement contraire. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

M. DE LACAUSSADE.

Abcès du larynx. — Œdème de la glotte consécutif, chez un malade convalescent de fièvre typhoïde.

(Observation communiquée par M. BAUDRIMONT, interne du service, à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux.)

Le nommé B..., âgé de dix-neuf ans, est entré le 9 novembre 1865 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. de Lacaussade. Il était alors au douzième jour d'une fièvre typhoïde, qui avait inspiré les plus vives appréhensions. Cependant, le malade se remit peu à peu, et entra en pleine convalescence vers le 10 du mois de décembre. Il ne se plaignait alors que d'un peu de faiblesse, et n'accusait aucune douleur du côté des voies respiratoires ou digestives. Le 19 décembre, il se plaignit du mal de gorge et de gêne pour respirer. En regardant attentivement le fond de la cavité buccale, on n'apercevait aucune espèce de rougeur ni rien qui pût révéler une inflammation quelconque. Au contraire, la luette, les piliers du voile du palais, ainsi que la base de la langue, étaient peut-être un peu pâles. Comme le malade n'accusait pas beaucoup de douleur, on lui donna seulement un gargarisme émollient.

Le mal alla graduellement en augmentant jusqu'au 22, et ce jour, à la visite, il présentait des symptômes assez graves, pour que l'on diagnostiquât une laryngite. L'examen démontra qu'elle était accompagnée d'un peu d'angine ayant pour siége apparent le voile du palais et la luette, un peu œdématiés. Le malade était alors assis sur son lit, appuyé sur une pile d'oreiller, la tête renversée en arrière; il paraissait très-oppressé. L'air produisait un sifflement très-marqué en passant entre les replis aryténo-épiglottiques, surtout pendant l'inspiration. Il avalait sa soupe et même du pain sans aucune douleur. A la visite de trois heures du même jour, il était encore plus oppressé. Le chef interne, M. Lanelongue, lui déchira avec l'ongle la luette, qui était fortement infiltrée, et prescrivit de l'ipécacuanha.

Le lendemain, 23, le malade avait beaucoup vomi et se trouvait soulagé. Cependant, l'oppression était toujours considérable.

A trois heures, comme l'oppression semblait un peu augmentée, comme le pouls donnait 125 pulsations par minute, on recommanda aux sœurs de prévenir le chef interne à la moindre exacerbation, pour que l'on pût recourir à la trachéotomie. Cette recommandation fut sans doute mal suivie, ou l'imminence du danger passa inaperçue malgré la surveillance, en raison de l'intermittence des accès de suffocation. Le malade mourut le 26, à six heures du matin.

La veille, à sa visite, M. de Lacaussade ayant vu un peu de pus dans les crachats, nous dit qu'en outre de l'œdème de la glotte il devait probablement exister un abcès du larynx.

Autopsie. — L'œsophage ne présente aucune altération. Le larynx fait voir supérieurement un œdème considérable, non-seulement des arythéno-épiglottiques, mais encore de toutes les parties avoisinantes, ainsi que de la luette. En fendant le larynx suivant une ligne médiane

postérieure, on tombe sur un abcès de la capacité d'une petite noix, situé dans les tissus sous-muqueux qui entourent le cartilage cricoïde. Le cartilage qui a macéré dans le pus de cet abcès ne paraît ni carié ni nécrosé, mais seulement dépoli, dépouillé de son périchondre, comme les os sont dépouillés de leur périoste lorsqu'ils se sont trouvés longtemps en contact avec le pus d'un abcès par congestion.

On ne trouve ni sur la périphérie cutanée, ni dans les viscères, aucune trace ancienne ou récente de syphilis. Tous les organes abdominaux, tous les organes thoraciques paraissent sains; seulement, le poumon gauche présente de nombreuses et de très-fortes adhérences dues à une pleurésie ancienne; il est fortement engoué. Le poumon droit présente quelques très-rares tubercules disséminés au sommet.

Réflexions par M. de Lacaussade. — Je me suis demandé si le mal avait débuté par le cartilage ou par les tissus environnants. J'incline vers cette dernière opinion; en voici les motifs: la laryngite a débuté après un refroidissement; la maladie n'a duré que sept jours. Il s'est produit un abcès phlegmoneux: le pus avait le caractère de celui qui prend naissance dans le tissu cellulaire enflammé; ce n'était pas le pus sanieux de la carie. L'abcès s'ouvrait dans le larynx par un orifice étroit au-dessous de l'articulation crico-thyroïdienne. C'était donc un phlegmon très-aigu du tissu cellulaire sous-muqueux qui avait rapidement suppuré, et le cartilage cricoïde baignait dans le pus, sans trace encore de carie ni de nécrose, mais dépouillé de son périchondre.

C'est la première fois que je vois un convalescent de fièvre typhoïde succomber ainsi. De pareils cas sont rares. Je vais vous communiquer le résultat de mes recherches à ce sujet: M. Trousseau, dans toute sa pratique, n'en a rencontré que deux; Sestier, qui a fait une étude particulière des affections laryngiennes au point de vue de la trachéotomie, sur 274 cas, n'en a trouvé que 10 ayant nécessité cette opération par suite d'abcès laryngiens survenus pendant la fièvre typhoïde; M. Charcot n'a colligé que 19 cas analogues. D'ailleurs, cette affection avait été signalée par Louis dans son *Traité de la gastro-entérite*, comme l'une des conséquences possibles de la fièvre typhoïde; il en cite 2 cas sur 50 observations de fièvre typhoïde suivie de mort. Chomel l'a rencontrée 3 fois sur 20 autopsies de fièvre typhoïde. Enfin Monneret et Fleury décrivent cette complication de la fièvre typhoïde, mais ils la considèrent comme beaucoup moins importante, en raison de sa rareté, que la pneumonie, l'hémorrhagie intestinale, les eschares au sacrum.

Les *symptômes* sont toujours les mêmes: légère douleur au larynx, augmentée par la pression; épiglotte gonflée, rouge; puis dyspnée, qui s'accroît jusqu'à la mort par asphyxie. Ce qui est très-remarquable dans cette dyspnée, c'est qu'elle se montre avec des exacerbations, qu'on prendrait presque pour des accès intermittents. Elle peut ainsi amener la mort inopinément, tandis qu'on éloigne l'idée d'un danger immédiat. C'est ce qui est arrivé pour le sujet dont vous venez d'entendre l'observation, bien qu'il fût très-attentivement surveillé. La mort, dans un accès de suffocation, nous a surpris lorsque nous n'avions pas encore considéré la ressource extrême de la trachéotomie comme urgente.

La *marche* de cette affection est ordinairement lente, contrairement à ce que nous avons observé chez notre sujet.

Le *pronostic* en est d'une extrême gravité; cela s'explique aisément, puisqu'elle survient dans la convalescence d'une maladie qui a atteint profondément la vitalité. Dans presque tous les cas dont j'ai eu connaissance, les accidents laryngés ont succédé à la fièvre typhoïde adynamique, qui prédispose, comme chacun sait, à de profondes altérations organiques. De là le nom de *laryngo-typhus* adopté par les Allemands. Mais, pour mon compte, je suis persuadé que toutes les maladies ataxiques et adynamiques, comme les scarlatines, les rougeoles graves, les grandes suppurations, pourraient bien amener la fatale complication qui nous occupe.

Quant au *traitement*, les gargarismes détersifs et astringents, les topiques cathérétiques et substitutifs, les révulsifs cutanés, tout reste inutile et de nul effet; la trachéotomie seule peut empêcher la mort, et encore les deux malades de M. Trousseau qui ont guéri n'ont jamais été débarrassés de la canule; aussitôt qu'on essayait de la retirer, l'asphyxie devenait imminente.

La trachéotomie elle-même est loin d'offrir une ressource sûre; 5 opérations rapportées par M. Sestier n'ont donné aucun succès.

M. Charcot ne cite que 5 succès sur 19 opérations.

Sur 3 faits rapportés par M. Trousseau, appartenant 1 à M. Genouville, 2 à M. Second-Ferréol, la trachéotomie, employée deux fois, n'a pas empêché la mort.

Bien que la cause soit toujours l'affaiblissement profond, suite d'une fièvre grave, les *altérations pathologiques* observées dans le larynx ne sont pas toujours les mêmes. Tantôt c'est une inflammation aiguë gangréneuse des tissus et des cartilages; tantôt c'est une ulcération profonde avec carie, sans abcès; enfin d'autres fois, comme dans le cas présent, un abcès se produit autour des cartilages, qui, nageant dans le pus, se nécrosent; il peut encore arriver que les tissus s'infiltrent de pus et que les membranes soient le siége d'érosions plus ou moins étendues.

On conçoit que l'adynamie résultant de la fièvre typhoïde se traduise par des symptômes variés. Mais ce qui est constant et caractéristique, c'est l'œdème de la glotte et des replis aryténoïdiens, conséquence des altérations dont je viens de parler, et qui, opposant un obstacle matériel au passage de l'air, détermine rapidement la mort par asphyxie.

IMPERFORATION DE L'HYMEN.

Opération. — Guérison.

Par M. le Dr Bouyer (de Saintes.)

Mademoiselle T..., de Meursac, arrondissement de Saintes, est âgée de vingt-deux ans, et malgré les apparences d'une bonne santé, elle n'a jamais été réglée.

Entre quinze et seize ans elle fut prise, pour la première fois, de douleurs dans le bas-ventre; mais leur disparition assez rapide n'attira pas l'éveil des parents. Quelque temps après, ces douleurs reparurent pour cesser encore. Enfin leur réapparition prit une régularité qui inquiéta les parents et leur fit consulter un médecin. La maladie ayant été attribuée à une difficulté de menstruation, on soumit cette jeune fille à une médication tonique et ferrugineuse, à laquelle on joignit des grands bains, quand les douleurs apparaissaient.

Cet état de choses continua plusieurs années, et ce ne fut que vers la fin de décembre 1863, que les douleurs devinrent continues. Dans le courant de janvier 1864, une tumeur apparut à l'orifice du vagin, et dès lors les souffrances furent si constantes, que la malade ne put goûter un seul instant de repos jusqu'au jour où elle me fut amenée par son père, le 4 mars 1864, pour obvier, me dit-il, à une descente de matrice.

Voici ce que je constatai:

Quand on écarte les cuisses, on voit que le vagin est remplacé par une tumeur qui bombe à l'extérieur; elle a la grosseur d'un œuf de poule et a complétement fait disparaître les petites lèvres.

Si on essaye de pratiquer le toucher on entre la pulpe du doigt et même avec effort le doigt tout entier dans un orifice situé immédiatement sous la symphyse des pubis. Le doigt, excessivement serré à sa base, est libre dans cette cavité, où il ne rencontre ni col utérin ni rien qui le représente; avec ce doigt on perçoit en haut la vessie, dans laquelle une sonde avait été introduite; en bas, on sent la continuation de la tumeur vaginale dure et rénitente, et qu'on ne peut limiter à sa partie supérieure.

Par le toucher rectal, même perception de la tumeur qui comprime l'intestin. Le palper abdominal limite très-bien à l'ombilic la saillie arrondie de la même tumeur.

Je songeai immédiatement, en réunissant les symptômes physiques aux signes rationnels cités plus haut, à une rétention ancienne de sang menstruel. Une seule chose m'inquiétait, c'était l'orifice persistant par lequel j'avais pu pénétrer dans la cavité vaginale. Cet orifice où le doigt était si resserré, mais qui se laissait franchir, ne pouvait être qu'une ouverture naturelle de l'hymen. Et si elle ne donnait pas passage au sang accumulé, c'est que la paroi antérieure du vagin avait dû autrefois être réunie par une cause quelconque à la partie inférieure de l'hymen.

Je diagnostiquai alors: inflammation ancienne du vagin, ayant autrefois donné lieu à des adhérences entre la paroi antérieure de ce conduit et la partie inférieure de l'hymen, et par suite imperforation du vagin et rétention du sang menstruel.

Je proposai alors une opération qui fut pratiquée le jour même avec l'aide de MM. les docteurs Bouyer père et Bargignac.

La malade étant placée sur le bord d'un lit comme pour une application de forceps, je procède à l'opération avec le bistouri, en ayant soin de disséquer couche par couche la tumeur qui faisait saillie au vagin. L'épaisseur de la paroi était celle d'une pièce de dix centimes environ. Aussitôt l'ouverture faite il s'écoule immédiatement trois kilogrammes environ d'un liquide épais couleur chocolat foncé.

Je touche alors par mon ouverture artificielle, et je trouve le vagin très-développé, les culs-de-sac existant très-nets; le col utérin dilaté comme une pièce de cinq francs; mais, contrairement à l'acte physiologique de la parturition, le col n'est pas effacé; au contraire, il existe et même il a cette consistance fibreuse, normale chez la femme qui n'a point eu de grossesse. Injection d'eau tiède.

Un quart d'heure après, le col est revenu en grande partie sur lui-même, toutes les douleurs de ventre ont cessé comme par enchantement.

Je termine alors l'opération de la façon suivante: j'excise les parties latérales de l'hymen; puis, introduisant un doigt dans la première ouverture décrite, celle qui se trouvait sous le pubis, et un autre doigt dans l'ouverture nouvellement faite, je puis aisément me convaincre de la justesse de mon diagnostic. Ces deux doigts sont en effet séparés par une membrane analogue à celle que j'ai dû ouvrir, et n'offrant nullement l'apparence de tissu inodulaire; je l'excise comme la précédente avec des ciseaux courbes.

Pansement avec des mèches de charpie cératée. Repos au lit.

La perte continue légère et sans odeur, pendant deux jours.

Le quatrième jour, la malade est levée et désire regagner son pays. J'autorise le transport en voiture, mais à la condition expresse que la malade, arrivée chez elle, reprendra le lit et gardera la chambre pendant une semaine.

Dès le lendemain de son arrivée chez elle, ne tenant aucun compte de mes conseils, et se trouvant guérie, elle fait des visites, marche beaucoup, et traverse à diverses reprises un pré couvert de rosée.

Vingt-quatre heures après cette imprudence, elle est prise de nausées avec frissons; ses règles apparaissent accompagnées de douleurs abdominales très-intenses. Son médecin ordinaire, appelé au plus vite, reconnaît des symptômes de métro-péritonite, et emploie les moyens préconisés en pareil cas: purgatifs, repos, onctions mercurielles belladonées, cataplasmes, et sangsues. Quatre jours plus tard je la vois; les accidents principaux paraissent conjurés, et en effet la convalescence ne tarde pas à s'établir pour être suivie cette fois d'une guérison durable.

Six mois après j'avais de ses nouvelles; elle était réglée très-bien et sans douleurs, et depuis elle s'est mariée.

Cette observation me paraît intéressante à plus d'un titre. D'abord la façon dont le doigt entrait dans la partie antérieure du vagin avant l'opération. Cela pouvait donner des inquiétudes sur le diagnostic. Cette ouverture, située sous la symphyse pubienne, est, je le reconnais, la critique même du titre de mon observation, puisque cette ouverture ne pouvait exister que dans l'hymen; toutefois, j'ai cru devoir conserver ce titre parce que l'ensemble des symptômes observés s'accorde parfaitement avec la description classique de l'imperforation de l'hymen.

Ainsi, ce n'était pas un rétrécissement du vagin, ce n'était pas non plus une bride cicatricielle qui en obstruait l'entrée, c'était bien l'hymen, mais seulement cette membrane s'était trouvée modifiée dans ses rapports normaux.

Un autre point qui mérite de fixer l'attention, c'est l'inflammation ultérieure survenue par suite de l'imprudence de la jeune malade. Cela prouve que tout n'est pas terminé alors que la guérison pourrait paraître garantie, et que les malades doivent, pendant plusieurs jours, encore être soumises à un régime sévère.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la dyspepsie par défaut de mastication.

Dans le numéro d'avril du *Journal de pharmacie et de chimie*, M. Mialhe a publié une note sur l'importance différente de la mastication, suivant qu'il s'agit de viande ou d'aliments féculents.

La mastication, en broyant les substances albuminoïdes, ne fait que rendre leur déglutition plus facile; il n'y a point là d'action dissolvante exercée par la salive; aussi, point n'est besoin de prolonger la mastication lorsque l'alimentation est surtout composée de viande.

Quant aux substances amyloïdes, leur digestion est d'autant plus prompte et plus complète qu'elles ont été mieux mâchées, mieux ensalivées, et par conséquent une bonne mastication est indispensable à la digestion des aliments amylacés.

De là résulte, pour les personnes qui, en raison du mauvais état de leur bouche, ne peuvent mâcher que difficilement, ou bien sont obligées de prendre rapidement leur repas, la nécessité de se nourrir principalement de viande s'ils veulent éviter la dyspepsie qu'amène généralement la digestion pénible des aliments imparfaitement mâchés.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 octobre 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° un rapport de M. le docteur Dumoulin sur le service médical des eaux minérales de Salins (Jura) pour 1864. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Azam, de Bordeaux, accompagnant l'envoi du 1er fascicule des *Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux*, récemment fondée à Bordeaux;

2° Une lettre de M. le docteur Billod, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), qui sollicite le titre de membre correspondant;

3° Deux communications relatives au choléra, l'une de M. le docteur Danvin, de Saint-Pol, l'autre d'un médecin de Berlin. (Commission du choléra)

4° Une note de M. Guillot, fabricant d'appareils orthopédiques, contenant la description de deux appareils de son invention, destinés à combattre certaines formes de pied-bot.

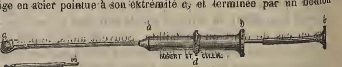
Ces appareils, dit M. Guillot, se distinguent de ceux déjà connus par les particularités suivantes:

Premier appareil n'ayant qu'une seule tige postérieure; elle est munie de trois articulations et d'un pivot mobile qui permet l'application aux deux membres, quelle que soit l'espèce de déviation du pied. La vis placée à la partie interne de la tige postérieure ramène en dedans le pied renversé en dehors. La première vis postérieure ramène le pied à angle droit, et combat la tendance du pied équin à l'extension. La deuxième vis postérieure ramène en dehors le pied renversé en dedans. Son articulation se trouve au centre du talon. La semelle s'articule au niveau des trois cunéiformes; elle sert à combattre le renversement de l'avant-pied sur la région calcanéo-astragalienne.

Deuxième appareil. La tige est placée à la partie externe de la jambe, elle possède deux articulations pour le renversement du pied-varus et la flexion du pied équin. La semelle a, dans sa partie moyenne, deux articulations permettant d'agir sur l'avant-pied: l'une donne un mouvement de rotation sur un axe vertical, l'autre un mouvement de circumduction ou de rotation sur un axe antéro-postérieur. Cet appareil, complété par une guêtre, peut servir pour combattre le pied-bot varus-équin aussi bien que le pied-bot valgus-équin.

5° MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un nouvel instrument destiné à extraire les grains de plomb dans les tissus.

Cet instrument se compose: 1° d'un tube *ab*, muni d'une virole *d* à sa partie moyenne; 2° d'un second tube *ac*, d'un calibre bien inférieur à celui du premier, qu'il continue et complète, et sur lequel il s'adapte au moyen d'un pas de vis. Ce second tube se termine en *c* par une cuiller. Une petite échancrure faite sur la virole *d*, indique toujours à l'opérateur la position de la cavité de la cuiller; 3° d'une tige en acier pointue à son extrémité *c*, et terminée par un bouton



à son extrémité *e*. Cette tige parcourt le canal fermé par les deux tubes. Dans le tube *ab* se trouve un ressort à boudin qui maintient la pointe de l'instrument cachée dans l'intérieur du tube, et en avant du bouton un renforcement de la tige ne permet pas à celle-ci de fournir une course supérieure au diamètre de la cuiller *c*. Pour se servir de cet instrument on l'introduit comme un stylet jusque sur le

grain de plomb, que l'on veut extraire, on fait alors subir une légère pression aux tissus situés au-dessous du corps étranger qui vient de lui-même se placer dans la petite cuiller que l'opérateur a pu mettre dans la position convenable au moyen de l'échancrure notée ci-dessus. On saisit alors le tube *ab* entre le médius et l'indicateur droit au-dessus de la virole *d*, qui leur prête un point d'appui.

Le pouce appuie sur le bouton *e*, et la tige dirigée dans l'axe du grain de plomb, saisit celui-ci entre la pointe et le bec de la cuiller. Le grain de plomb solidement fixé par les deux extrémités de son axe est alors extrait avec la plus grande facilité. La mobilité du tube *ac*, permet d'avoir des cuillers de diverses grandeurs pour les différents numéros de plomb, et l'on pourrait, avec cet instrument, extraire depuis le plomb n° 10, jusqu'à la balle du plus gros calibre. En modifiant la longueur de la tige *ac*, on pourrait se servir du même instrument pour extraire les corps étrangers de l'urèthre, ceux du conduit auditif externe, et des corps étrangers de diverse nature entretenant des fistules au sein de l'organisme.

Nous avons fait, pour M. le docteur Foucher, un instrument sur ce principe, destiné à extraire les cataractes dures.

6° M. Mathieu adresse à l'Académie la lettre suivante, en réponse à la réclamation adressée par M. Blin, dans la dernière séance :

« Le 31 octobre 1865, j'eus l'honneur de présenter à l'Académie un nouveau système d'attelles assemblées; voilà bientôt un an que je vis dans la persuasion d'une priorité que jusqu'alors personne n'était venu me contester. Une lettre adressée à l'Académie par M. Blin est venue brusquement troubler cette quiétude. D'abord, je n'ai fait d'emprunt à personne. M. Bonnet, de Lyon, employait des attelles métalliques rigides pour appareils amidonnés dans le traitement de la coxalgie ; il y a donc bien loin de ce système à celui que je préconise dans ma présentation du 31 octobre 1865. En effet le but que j'ai voulu atteindre est celui de pouvoir porter un secours immédiat aux blessés sur le champ de bataille, dans les accidents de chemin de fer, en un mot dans les cas où le blessé ne pouvant être opéré sur place, ni pansé d'une façon définitive, a besoin d'être transporté à une distance plus ou moins longue et afin d'éviter une aggravation de son mal et un surcroît de souffrances.

« Ces attelles assemblées en toile métallique flexible, constituent donc une heureuse innovation dont je garde la priorité. »

— **M. BROCA** offre en hommage, au nom de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux, le 1er fascicule de ses *Mémoires et Bulletins*. M. Broca signale dans ce fascicule un mémoire lu par M. Brochard, dans la séance du 2 février 1866, et intitulé : *Considérations sur la mortalité des nourrissons en France*, et il fait remarquer, à cette occasion, que les premiers travaux de M. Brochard sur ce sujet remontant à 1856, il ne peut rester aucun doute sur la question de priorité agitée dans la dernière séance par MM. Blot et Depaul entre M. Brochard et M. Monot.

— **M. LARREY** présente à l'Académie, au nom de M. Cop, une notice biographique sur Camille Montagne.

— **M. BLACHE** dépose sur le bureau une petite brochure de M. le docteur Henri Maliszewski, ancien médecin en chef d'hôpital militaire en Russie, intitulée : *Essai sur les miasmes et le choléra asiatique*.

LECTURES.

— **M. F. VOISIN** donne lecture de la deuxième partie d'un mémoire sur les facultés intellectuelles de l'homme, dont la première partie a été lue dans la séance du 28 août dernier.

— **M. J. BÉCLARD** lit, pour **M. DUBOIS** (d'Amiens), la première partie d'un travail intitulé : *Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr*. (Nous publierons ces recherches textuellement.)

Présence du sel marin dans l'atmosphère maritime. — **M. GILLEBERT D'HERCOURT** donne lecture d'un mémoire sur la présence du sel marin dans l'atmosphère maritime.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il existe sur les bords de la mer une zone atmosphérique qui est constamment imprégnée de particules salines;

2° Les distances auxquelles j'ai pu constater dans l'air du littoral la présence de ces particules, m'autorisent à assigner comme dimensions à cette zone, à Monaco, au moins 4 à 500 mètres d'étendue horizontale, et 70 mètres au moins d'élévation à partir du bord de la mer;

3° Toutes choses égales d'ailleurs, la proportion des particules salines paraît d'autant plus grande que leur recherche a été effectuée dans un point de l'atmosphère plus rapproché de la mer.

Cette proposition est encore sujette à varier, suivant d'autres circonstances ; ainsi, elle augmente ou diminue selon le degré d'agitation ou de calme de la mer, et selon la direction et l'intensité plus ou moins grande des vents; mais elle ne paraît pas être influencée directement par la pression barométrique, la température ambiante et l'état hygrométrique de l'air.

La raison de ces différences nous est donnée par la cause première du mélange en question. Celle-ci, en effet, est étrangère au phénomène général de l'évaporation. J'ai constaté par l'expérience, que l'eau de la mer qui s'évapore sans agitation, comme celle qui est contenue dans un vase à évaporation, gagne en densité en raison de ce qu'elle a perdu en volume; elle retient donc les matières fixes.

4° La cause dont il s'agit résulte d'un fait de pulvérisation de l'eau, qui se produit au sommet de la vague. Il n'est pas nécessaire, pour cela, que la mer soit très-agitée et que le vent soit impétueux. J'ai trouvé du sel marin dans l'air, après plusieurs jours de calme continu;

5° Le transport des molécules salines peut se faire par les vents, à des distances telles qu'on ait pu souvent constater des traces très-appréciables de sel marin dans les eaux de pluie recueillies loin des côtes. J'en ai constaté dans des espaces séparés de la mer par une longue suite de bâtiments; mais l'expérience m'a démontré que les particules salines ne pénètrent pas dans des appartements clos et non habités;

6° Cette poussière hydro-minérale ne doit pas être confondue avec cette autre poussière plus grossière connue sous le nom d'embrun, et constituée par les gouttelettes d'eau que les vents ont enlevées à la surface liquide et qu'ils entraînent soit du côté de la terre, soit sur le pont des navires, où elles se déposent et se transforment par la dessiccation en une poudre blanchâtre ayant une saveur salée.

D'où vient que mes conclusions sont si différentes de celles de M. le docteur Carrière? Agissant sur de petites quantités ou à l'aide de surfaces trop minimes (100 litres d'air au plus ou une mèche de coton de quelques centimètres), M. Carrière n'a pu recueillir de sel marin que lorsque celui-ci était en quelque sorte surabondant; et lorsqu'il n'en recueillait pas ou lorsque le précipité était si faible que, comme il le dit lui-même, il n'y avait rien de suffisamment accusé dans le résultat, il se bornait à conclure que le chlorure de sodium n'existait pas dans l'atmosphère maritime (suivent des citations).

Cette manière d'envisager la question, continue l'auteur, en restreignant les recherches de M. Carrière, en a faussé les résultats. Notre honorable confrère ne se serait pas borné à ce qu'il a fait, s'il eût considéré d'une part que l'homme introduisant par chaque inspiration un demi-litre d'air dans ses poumons, et faisant 18 inspirations par minute, met en circulation dans sa poitrine 540 litres d'air par heure, soit, pour vingt-quatre heures, 12,960 litres ; et que la quantité sur laquelle M. Carrière opérait (100 litres), ne constitue pas le cinquième de la masse d'air qui traverse nos poumons dans l'espace d'une heure.

Il résulte de ce qui précède, que tant qu'on séjournera dans la zone atmosphérique dont je viens de fixer les dimensions, pour Monaco par exemple, on respirera nécessairement de l'air salé. Mais que la quantité de particules salines inspirées sera en raison directe du degré de voisinage de la mer. Enfin que l'état plus ou moins rocailleux ou plus ou moins sablonneux de la plage, n'exerce pas une influence marquée sur la formation de la zone atmosphérique salée. En dehors de celle-ci, on a peu de chances de respirer de l'air salé. (Commissaires : MM. Robinet et Boudet.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 20 juillet. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° La *Revue d'hydrologie médicale de Strasbourg*, nos du 30 juin et 15 juillet;

2° Le Compte rendu annuel de l'Association médicale de la Sarthe;

3° Un mémoire de M. Kuhn, membre correspondant, ayant pour titre : *Parallèle entre les différentes espèces d'ostéomalacies*. Hommage de l'auteur. (Remercîments, dépôt aux archives.)

4° Le dernier numéro du *Journal de médecine mentale*. Hommage de M. Delasiauve. (Remercîments, dépôt aux archives.)

RAPPORTS.

L'ordre du jour appelle le rapport de M. Lagneau, sur le mémoire adressé à la Société par M. le docteur Marmisse.

— **M. BRIQUET** fait observer, à ce sujet, que ce mémoire conteste une question de diagnostic dont les éléments font défaut à la Société, et une question de déontologie qui ne la concerne pas. M. Briquet demande donc le passage à l'ordre du jour, lequel est prononcé.

— L'ordre du jour appelle le rapport de M. Collineau, sur les travaux adressés à la Société par M. le docteur Pravaz (de Lyon), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Conformément au règlement de la Société, l'ouverture du scrutin sur la candidature de M. Pravaz est remise à la prochaine séance.

Discussion sur le choléra.

— **M. DEVILLE** demande la parole et signale l'apparition à Paris depuis quelques jours, de cas nombreux de choléra. L'affection s'est caractérisée par la brusquerie de son invasion, par la rapidité de sa marche, et par la léthalité presque constante de son issue.

— **M. CHARRIER** communique, sur l'état des décès pour le 19 juillet, les chiffres suivants :

Décès en ville	115
— dans les hôpitaux civils	37
— dans les hôpitaux militaires . . .	35

Le nombre des malades atteints de choléra, admis et traités dans les divers établissements hospitaliers, a été à peu près le même.

Dans deux cas observés par M. Charrier, l'affection n'a trahi aucun caractère de contagiosité.

La diarrhée, dite prémonitoire, a eu quatorze jours de durée dans le premier cas, quatre jours dans le second.

En 1849, ajoute M. Charrier, il entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piedagnel, 80 cholériques environ par jour. Presque constamment, les symptômes cholériformes avaient été précédés par de la diarrhée. Jamais on n'a rencontré, dans la marche de l'affection, la rapidité foudroyante. Jamais la santé des sujets affectés n'était parfaite avant l'invasion des accidents confirmés.

— **M. GÉRY** père a constaté ces jours derniers deux décès de cholériques. Dans les deux cas la diarrhée, dite prémonitoire, avait manqué. Dans le premier, relatif à un jeune homme de dix-huit ans, la mort est survenue au bout de quinze heures. Dans le second cas, le malade, âgé de quarante et un ans, a succombé treize heures après l'apparition des symptômes initiaux.

Le caractère de l'épidémie qui sévit actuellement sur la population parisienne, consiste dans la brusquerie avec laquelle la maladie débute.

— **M. GUSTAVE LAGNEAU** a donné ses soins à un jeune homme, qui, bien qu'atteint de diarrhée, s'était livré, en vue d'un examen, à un travail excessif. Le jour de l'examen, il éprouva des malaises assez profonds pour être dans l'impossibilité de le soutenir. Puis vinrent, avec une rapidité extrême, les vomissements et la diarrhée. Au bout de cinq heures, le malade succombait.

Chez deux autres sujets présentement en traitement, l'affection a revêtu un aspect tout aussi peu équivoque, mais son *processus* semble devoir être moins rapide.

— **M. DEVILLE** n'a pas observé, dans l'évolution du choléra, la marche foudroyante. Presque toujours, au contraire, des malaises, des troubles gastro-intestinaux se sont manifestés préalablement. Dans les derniers jours, à sa connaissance, trois ouvriers incommodés par la chaleur, ayant cédé au besoin d'ingérer une grande quantité d'eau très-froide, ont été atteints presque en même temps et ont succombé dans un court délai.

— **M. BRIERRE DE BOISMONT**, à l'appui de la réalité de la marche foudroyante signalée par divers auteurs dans l'évolution du choléra, rappelle qu'en Pologne, en 1831, un hulan fut pris sous ses yeux de symptômes d'une violence telle, que, dès leur début tout à fait inopiné, ils ne permettaient aucun espoir, et que le malade, sidéré en quelque sorte dès les premiers moments, succomba sept heures plus tard, sans qu'aucun des soins qui lui furent prodigués parût exercer sur la progression des accidents l'influence la plus légère.

— **M. SIMONOT** rapporte à ce propos avoir donné ses soins à un homme qu'il avait rencontré à huit heures du matin en parfait état de santé, et qui deux heures plus tard offrait les signes du choléra le plus nettement tranché. Ici les troubles pathologiques par la gravité de leur caractère, non moins que par l'instantanéité de leur début, paraissent stigmatiser, comme chez le malade observé par M. Brierre de Boismont, la forme foudroyante de la maladie.

— **M. GROS** fait remarquer que les cas foudroyants se présentent particulièrement dans la période d'augment de l'épidémie. C'est ainsi qu'à l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines, M. Gros a été en demeure de constater, coup sur coup, inopinément, sans troubles précurseurs, l'invasion du choléra chez trois vieillards qui moururent en quelques heures. Cinq autres sujets traités, dans le même établissement, ne tardèrent pas à être atteints d'accidents analogues. La durée de l'évolution du choléra pour les huit malades fut remarquablement prompte, ne dépassa pas six à douze heures, et se termina par la mort.

Une telle rapidité dans le processus de la maladie peut à bon droit constituer la forme foudroyante signalée par divers auteurs.

— **M. DELASIAUVE** ne considère pas comme très-rare cette marche foudroyante du choléra.

En 1849, à Bicêtre, l'épidémie, on s'en souvient, a sévi cruellement surtout sur les employés de l'établissement. Pour plusieurs d'entre eux la mort survint avec une rapidité extrême. Un brigadier entre autres succomba deux heures après l'apparition des symptômes initiaux du choléra.

— **M. PERRIN.** Par son apparition simultanée dans les différents quartiers de Paris, l'épidémie actuelle décèle, dans le génie de l'affection, une influence étrangère à la contagion. Ce fait est important à noter. Il autorise à réagir contre une tendance qu'actuellement peut-être on porte à l'excès ; celle d'attribuer à la contagiosité une valeur primordiale dans le mode de propagation du choléra.

Quant à la marche, à proprement parler foudroyante que revêtent les phénomènes, c'est là un fait dont la réalité et même la fréquence ne sauraient être contestées.

M. SIMONOT. Cette année, avant même que la permanence de l'influence épidémique que nous subissons se soit trahie par aucune recrudescence dans ses manifestations formelles, beaucoup de personnes accusaient une sensibilité, une pesanteur intestinale accompagnée de selles diarrhéiques. C'est ainsi que chaque épidémie est précédée d'un cortége de troubles prémonitoires dans l'état sanitaire de la population sur laquelle elle doit sévir ; et que cette période prodromique de symptômes mieux confirmés, tout en pouvant manquer chez les malades envisagés individuellement, se décèle si l'on considère les collectivités.

M. DEVILLE. Pendant la campagne de Crimée, on se souvient de l'épidémie formidable qui décima les régiments campés près de la Dobrutscha. Quelque temps avant l'invasion du choléra, on y avait observé une très-grande quantité de fièvres intermittentes.

— **M. BRIERRE DE BOISMONT** fait remarquer que pendant le cours des épidémies que nous avons traversées, beaucoup de personnes ont été incommodées chaque jour à la même heure de nausées et de malaises généraux mal définis.

M. CHARRIER. On a constaté aussi des symptômes de suette, douleurs épigastriques, sueurs profuses, développement d'un enduit saburral, etc., survenant périodiquement, et qui feraient penser à quelques corrélations de nature entre la fièvre algide et le choléra.

— **M. SIMONOT** a été en demeure d'observer la fièvre algide sur les lieux de son développement habituel ; il ne croit pas qu'il soit possible d'établir de rapports entre le choléra et cette affection.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

M. Fonssagrives, ancien médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur et professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, a bien voulu se mettre à la disposition de M. le Ministre de l'instruction publique pour des conférences sur l'hygiène, qui seraient faites par lui, soit dans certaines villes, soit dans les lycées et les écoles normales primaires. M. le Ministre lui a répondu la lettre suivante :

« Paris, 19 septembre 1866.

« Monsieur,

« L'enseignement de l'hygiène, inauguré cet hiver dans 32 conférences libres, a pris officiellement place dans le plan d'études de l'enseignement secondaire spécial, et je viens de le constituer en cours régulier dans les écoles normales primaires, par arrêté du 2 juillet.

« Mais, pour que les désirs de l'administration supérieure reçoivent leur pleine exécution, il faut des professeurs et des livres.

« Vous me faites remarquer que nous n'avons pas sur cette matière un manuel élémentaire d'une doctrine sûre, d'une rédaction claire et précise. C'est là, en effet, le besoin le plus urgent, et je serais heureux qu'il vous convînt, monsieur, de rédiger ce livre si nécessaire. Il le faudrait court et à bon marché, pour qu'il pût se répandre partout, et cependant il ne devrait pas ne présenter qu'une série de formules abstraites, parce qu'il serait à souhaiter que tout directeur de cours d'adultes fût tenté de le lire à ses élèves en totalité ou en partie, afin de leur apprendre à pourvoir eux-mêmes, dans mille cas, à leur sécurité, à ménager sagement leurs forces, à garder pur leur corps comme l'âme, enfin à combattre les effets produits sur la santé par ces grandes agglomérations d'hommes qui sont une conséquence de notre nouvelle organisation économique et sociale.

« Nous donnons beaucoup à l'esprit, il faut songer aussi au corps et nous préoccuper d'arrêter cette dégénérescence de la race qui se remarque en trop d'endroits. Sous l'influence d'une sage hygiène, les forces et la taille s'élèvent; la beauté, résultat du développement et de l'harmonie des formes, apparaît; les facultés intellectuelles et morales s'accroissent, et l'amélioration de l'homme et de la race s'accomplit. Par là, l'hygiène privée importe à l'hygiène publique et à la prospérité générale du pays; car, par la vulgarisation des notions élémentaires de votre science, les hôpitaux seront moins encombrés et les ateliers mieux remplis; sans compter que les peuples sains sont aussi les peuples vaillants et forts.

« Faites donc ce livre, Monsieur; il en fera naître d'autres, et tous aideront à former les professeurs qui nous manquent. Je ne saurais qu'applaudir à ce dessein.

« Des conférences dans les villes seront excellentes, et, à cet égard, je suis prêt, Monsieur, à vous donner toutes les autorisations qu'il vous plaira de me demander. Je vous ferai seulement remarquer que, si quelques conférences brillantes peuvent être utiles pour attirer l'attention publique sur cet enseignement, c'est dans les écoles normales primaires qu'il faut agir pour trouver un moyen rapide et sûr de propager au sein des populations ces préceptes d'hygiène qui sont le plus clair résultat des conquêtes de la médecine.

« J'écris à MM. les recteurs de Montpellier, d'Aix et de Toulouse de vous ouvrir les portes des écoles normales de leur ressort, quand il vous conviendra de vous y rendre, et d'accueillir les propositions que vous pourriez avoir à leur faire, de concert avec les proviseurs de lycée.

« Mais il est un point où votre action et votre enseignement auraient un effet considérable et prompt : c'est l'École supérieure de Cluny. Vous auriez là un auditoire nombreux et d'élite, qui répandrait rapidement vos leçons dans tous nos départements. Cette école sera bientôt l'enfant gâté des hommes éminents qui déjà me demandent à en surveiller l'instruction, à en suivre, à en stimuler les progrès, pour faire d'elle notre grande école des sciences physiques et naturelles appliquées.

« Recevez, etc.

« *Le ministre de l'instruction publique,*

« V. Duruy. »

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 10 janvier 1867, pour trois emplois de répétiteurs à l'école du service de santé militaire de Strasbourg.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiqués, savoir :

1° Anatomie;

2° Clinique et pathologie médicale;

3° Histoire naturelle médicale et botanique.

Anatomie.

1° Composition sur un sujet d'anatomie générale;

2° Préparations anatomiques;

3° Interrogations.

Clinique et pathologie médicales.

1° Composition de pathologie générale;

2° Épreuve clinique;

3° Interrogations.

Histoire naturelle médicale et botanique.

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

2° Détermination de plantes et de substances employées en médecine;

3° Interrogations.

Dans chacune de ces trois spécialités, la première épreuve sera éliminatoire.

La composition du jury d'examen et le mode d'exécution des épreuves continueront d'être régis par le programme en date du 26 juillet 1860 inséré au journal militaire. (1860. — 2e semestre, pages 51 et 52.)

Pourront être admis à prendre part au concours, pour l'un ou l'autre des deux emplois relatifs à l'anatomie et à la clinique et pathologie médicales, les médecins aides-majors des deux classes et les médecins-majors de 2e classe.

Pour l'emploi de répétiteur d'histoire naturelle médicale et de botanique, les pharmaciens aides-majors des deux classes et les pharmaciens-majors de 2e classe seront admis aux épreuves concurremment avec les médecins des mêmes grades.

Les officiers de santé qui désireraient concourir seront tenus d'adresser au ministre de la guerre une demande régulière *appuyée d'un avis motivé de leurs chefs directs.*

Cette demande, qui indiquera expressément la spécialité pour laquelle le candidat se présente, devra être parvenue au ministre (bureau des hôpitaux et des invalides) avant le 1er décembre prochain, terme de rigueur, par l'intermédiaire des généraux commandant les divisions militaires ou des intendants divisionnaires, suivant que l'officier de santé est attaché à un corps de troupe ou à un établissement hospitalier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le choléra doit-il ou non reparaître l'année prochaine? Le journal anglais *The Lancet* exprime la crainte que l'influence épidémique soit loin d'être usée.

En effet, bien que lentement et sans présenter généralement une intensité considérable, le choléra semble toujours s'étendre sur une surface de plus en plus grande.

Depuis l'extrême Orient où il sévit, en Perse, autour du lac Urumigah, dans la ville du même nom et dans le Diarkebir, jusqu'aux États-Unis d'Amérique où on le signale, en même temps dans les États du Nord et du Sud, il est un peu presque partout : en Russie, en Pologne, en Norvège, en Hollande, en Belgique, en Prusse, en Bohême, en Saxe, en Gallicie, en Italie, en Angleterre.

Dans ce dernier pays, à Londres, le chiffre des morts est tombé à 537 morts du choléra et 370 morts de diarrhée pour les trois premières semaines du mois de septembre; mais l'épidémie se fait sentir maintenant dans les districts d'abord épargnés, en même temps qu'elle envahit les provinces et les villes du nord.

Reste à savoir si le choléra n'est pas plus près de sa fin lorsqu'il s'étale pour ainsi dire, sans faire nulle part de grands ravages, que lorsqu'il se concentre avec violence sur quelques points déterminés.

Nous signalons à nos lecteurs cette question, qui s'étudiera d'elle-même.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel de ville, le vendredi 5 octobre à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° rapport de M. J. Worms sur la candidature de M. Peruzzi, au titre de membre correspondant;

2° Étude inédite sur l'attitude de la colonne vertébro-crânienne, lecture par M. Duchenne (de Boulogne).

— M. le professeur Schiff (de Florence) fera, vendredi 5 octobre à midi, une série d'expériences physiologiques sur les phénomènes oculo-pupillaires, à la clinique du docteur Wecker, 18, rue Visconti (ancienne rue des Marais-Saint-Germain).

— M. le maire de Daubeuf-la-Campagne (Eure), nous prie d'annoncer que sa commune, située dans le canton de Neubourg, est privée de médecin depuis un an.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le neuvième demi-volume (le 1er du tome cinquième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : Angine diphthérique, par MM. Roger et Peter; Angine de poitrine, par M. Parrot; Angioleucite, par M. Velpeau; Angle céphalique, par M. Bertillon; Animal, par M. Hollard; Ankylose, par M. Ollier; Antagonisme, par M. Laveran; Anthracosis, par M. Dechambre; Anthrax, par M. Trélat; Anthropologie, par M. Broca; Antidote, par M. Gubler; Antilles, par M. Dutrouleau; Antimoine, par MM. Orfila, Gobley et Delioux de Savignac; divers articles de botanique, par M. Baillon; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Contribution à l'étude de la mélanose généralisée, par le docteur Peulevé. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, P. Asselin.

Choléra morbus, son siége, sa nature et son traitement, par M. C. Shrimpton, d. m. p. Une brochure de 85 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Notes cliniques sur la chirurgie utérine, dans ses rapports avec le traitement de la stérilité, par J. Marion Sims. Traduites de l'anglais par le docteur Lhéritier, médecin consultant de l'Empereur, inspecteur des eaux de Plombières. Un volume in-8° de 500 pages, renfermant 140 figures gravées. Prix : 9 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 117. — SAMEDI 6 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 6 OCTOBRE 1866. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus, suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la contagion ou non contagion du choléra.

Nous continuons à enregistrer les faits et les opinions, les faits surtout, qui peuvent servir à l'enquête qui s'instruit de toutes parts sur la question de la contagion ou de la non contagion du choléra.

FAITS DE TRANSMISSION PROBABLE DU CHOLÉRA, RECUEILLIS A L'HÔPITAL DES ENFANTS.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Roger a communiqué à ses collègues les quatre observations suivantes, dont les détails ont été recueillis par M. Magnan, interne de son service à l'hôpital des Enfants.

OBS. I. — Un petit garçon, V... (Louis), âgé de sept ans et demi, qui a perdu une sœur du choléra il y a quinze jours, et dont la mère est entrée à Necker trois jours auparavant pour un choléra auquel elle a succombé le 5 septembre, convalescent lui-même de rougeole, est apporté à l'hôpital des Enfants le 14 août dernier; il a été pris la veille, dans l'après-midi, d'un peu de diarrhée sans caractères particuliers, et, le soir, de deux ou trois vomissements. Au moment de son entrée, les accidents gastro-entériques ont cessé; le pouls est assez fréquent et plein, la peau chaude, la langue humide; la voix et les forces sont conservées. L'enfant n'étant point regardé (et assez justement) comme cholérique, est admis par l'interne de garde dans ma salle Saint-Louis (on prescrit un lavement amidonné avec 5 gouttes de laudanum, du diascordium et du sous-nitrate de bismuth).

La nuit se passe bien, sans vomissements ni diarrhée; mais le lendemain matin, 15 août, les vomissements recommencent; ils se répètent toutes les fois que le malade, très-altéré, essaye d'avaler quelques cuillerées de liquide, et deviennent incessants; ils sont composés des boissons ingérées, sans mélange de bile. Vers le soir survient une diarrhée séreuse avec matières blanchâtres, et trois selles sont rendues dans la nuit.

Le 16 au matin, la diarrhée continue; les forces sont abattues, les yeux excavés, la face pâle, les extrémités refroidies (sans crampes). L'enfant est alors envoyé à la salle des cholériques.

Il y mourut quatre jours après, le 20 août, et, à l'autopsie, on constata de la psorentérie.

OBS. II. — A côté de ce premier malade (alors qu'il était à la salle Saint-Louis le 14 et le 15 août) couchait un petit convalescent ou plutôt un enfant guéri, G... (François), âgé de sept ans, entré à l'hôpital le 1er août, pour une très-légère diarrhée, et qui n'avait qu'un peu d'adénite sous-maxillaire avec quelques pustules d'impétigo du cuir chevelu; sa sortie avait été signée dès le 9 août.

Le 15, après une nuit parfaitement calme, sans excès de nourriture, sans que rien de particulier se fût passé la veille, il se lève à cinq heures et demie du matin pour aller aux latrines, et il en revient en vomissant plusieurs fois dans la salle. Ces vomissements continuent, et trois selles aqueuses, *blanchâtres*, floconneuses, surviennent jusqu'à huit heures du matin; au moment de la visite, la face de l'enfant est pâle, les yeux sont excavés, le front et les tempes couverts de sueur froide, les extrémités réfrigérées; le pouls très-petit, sans accélération. La voix est faible, l'intelligence intacte; pas de crampes; à chaque instant se produisent des efforts de vomissements accompagnés quelquefois du rejet de quelques matières bilieuses. Le malade est envoyé à la salle des cholériques; les accidents augmentent rapidement et la mort survient à trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire que le choléra prend ce pauvre petit enfant (voisin de droite du premier cholérique) soudainement, sans avertissement aucun, et, foudroyant, le tue en moins de dix heures.

A l'autopsie, on trouve une psorentérie, plus marquée dans l'intestin grêle, qui est rempli de matières blanchâtres analogues à celles des gardes-robes. Les poumons et les reins sont congestionnés.

OBS. III. — Le voisin de gauche du premier cholérique était un garçon de treize ans, amaigri et affaibli par une fièvre typhoïde qui durait depuis deux ou trois semaines. Depuis son entrée à l'hôpital, le 6 août, les accidents typhiques, très-graves au début, s'étaient légèrement amendés, la diarrhée persistant toutefois, ainsi que du subdélirium le soir; la langue était moins sèche et la fièvre moins intense. En somme, il se trouvait, le 14 août, dans les conditions habituelles d'un typhique à la troisième période (dont la guérison est probable), très-débilité et présentant encore quelques troubles intestinaux.

Le 15 août, vers trois heures de l'après-midi, et conséquemment après vingt-quatre heures d'un mauvais voisinage, il est pris de vomissements verdâtres et de diarrhée blanche, riziforme; les extrémités se refroidissent, la face déjà très-amaigrie s'étire, les yeux s'excavent, et, à six heures du soir, il se trouve dans un état complet de prostration, avec la face livide, les extrémités glacées, le pouls petit et fréquent; des vomissements surviennent dès qu'on essaye de lui faire avaler quelques cuillerées de liquide; d'ailleurs, il n'a point de crampes. Ces accidents continuent jusqu'au moment de la mort, qui survient dans la nuit après un choléra de douze heures de durée.

A l'autopsie, on trouve, à la fin de l'intestin grêle, dans une étendue de 30 à 40 centimètres, des plaques de Peyer légèrement saillantes, avec un piqueté noirâtre analogue à celui d'une barbe fraîchement rasée. Dans le voisinage de la valvule de Bauhin, on constate deux ulcérations en voie de cicatrisation; l'une, grande plaque dont elle occupe environ le tiers, est assez régulièrement arrondie, limitée par un rebord saillant, un peu grisâtre; en dedans, la surface est déprimée, rugueuse et d'une teinte rosée; l'autre cicatrice plus petite, siége sur une plaque moins étendue, et présenté à peu près les mêmes caractères. La valvule de Bauhin est épaissie, boursouflée, sans ulcération appréciable à la surface. Dans le gros intestin, les follicules isolés sont un peu saillants et présentent tous, au centre, un point noirâtre comme les follicules clos des plaques de Peyer. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, denses et rosés; dans la partie du mésentère qui enveloppe la dernière portion de l'iléon, l'un d'eux est volumineux, grisâtre et entouré d'une couche d'une matière jaunâtre, molle (pus concret). Le foie, les reins, n'offrent rien de particulier. Les poumons sont grisâtres, sans altération. Le cœur est mou; le péricarde renferme 100 grammes environ de sérosité.

OBS. IV. — Enfin, en face de ces trois cholériques, au n° 20 de cette même salle Saint-Louis, était couché un garçon de dix ans, D... (Alphonse), entré le 11 août pour des accidents gastro-entériques fébriles (diarrhée, vomissements, pouls à 124); la langue était très-saburrale, et la douleur de ventre si vive que je me demandai s'il n'y avait point une péritonite. Je prescrivis un bain tiède, un vomitif avec l'ipécacuanha, puis les narcotiques à l'extérieur et à l'intérieur.

L'amendement fut vite obtenu, et, le 15 au matin, les accidents avaient presque entièrement cessé. La journée se passa encore bien; mais, vers cinq heures, l'enfant eut une selle diarrhéique, et, de minuit à huit heures du matin, on compta six garde-robes blanchâtres, avec vomissements répétés: la réfrigération, l'altération de la face, la prostration augmentant, le petit malade fut transporté à la salle des cholériques.

Il eut un choléra très-grave, suivi, après quelques jours seulement, d'une réaction qui fut également dangereuse. La convalescence se compliqua de troubles digestifs; mais finalement, la guérison eut lieu, et, le 10 de ce mois, j'envoyai à la convalescence à la campagne ce petit malade que j'avais retrouvé en prenant le service des cholériques le 1er septembre.

— Dans les réflexions dont M. H. Roger a fait suivre la relation de ces quatre faits, pour en tirer, dit-il, les conséquences rationnelles qui en découlent, il rappelle d'abord que dans la présente épidémie, de même que dans celle de 1865, les cas de choléra développé à l'intérieur ont été excessivement rares à l'hôpital des Enfants. Pour sa part, cette année, il n'en avait pas constaté un seul exemple dans son service, avant la triple explosion qui a suivi le premier des cas que nous venons de rapporter. Et il ajoute que depuis cette catastrophe, on n'en a pas observé non plus un seul cas.

« Or que voyons-nous, dit M. Roger? Dans la salle Saint-Louis, la plus éloignée de la salle affectée aux cholériques, du reste peu nombreux, et où je n'avais pas observé depuis le commencement de l'épidémie un seul enfant cholérique, où les diarrhées n'étaient pas plus fréquentes qu'elles ne le sont habituellement, un petit garçon est admis, qui semblait atteint d'une gastro-entérite simple; il y séjourne trente-six à quarante heures, le choléra se démasquant de plus en plus et se caractérisant tout à fait après vingt-quatre heures; quatre jours plus tard, l'enfant succombe à ce choléra insidieux, en-

---

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr,

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

Vous savez, messieurs, que l'ancienne Société royale de médecine n'a eu qu'un secrétaire perpétuel, le célèbre Vicq-d'Azyr; on pourrait en dire autant de l'Académie royale de chirurgie; elle n'a eu véritablement qu'un secrétaire, le savant et laborieux Louis: Morand a été tellement au-dessous de ses fonctions qu'il n'est pas à compter, et quant à Quesnay, il n'a été qu'un moment secrétaire et par complaisance; c'est donc uniquement de Vicq-d'Azyr et de Louis que je vais aujourd'hui avoir l'honneur de vous entretenir et encore seulement des dernières années de leur vie.

Il y aurait peut-être plus d'attrait et de charme dans le récit de leurs premières années, de cet âge heureux qui ne connaît encore aucun des mécomptes, aucune des amertumes de la vie. Ne sommes-nous pas nous-mêmes tout émus et attendris lorsqu'à travers la trame d'une vie si souvent tourmentée et assombrie, nous retrouvons quelque souvenir de notre première jeunesse; et cependant, à bien considérer les choses, on pourrait se demander avec plus de raison en quoi et comment le récit des premières années d'un homme devenu célèbre peut ajouter à sa gloire ou même nous le faire mieux connaître. Tout n'est-il pas dû au hasard au début de la vie: naissance obscure ou illustre, fortune ou pauvreté, soins assidus ou abandon, tout ne vient-il pas du dehors? A l'autre bout de la vie, au contraire, tout vient de nous, le fardeau des choses humaines est tout entier sur nos épaules; l'esprit conscient de sa liberté arrange lui-même sa vie, et c'est alors que nous voyons le fond même de l'humanité; ainsi, et pour entrer dans notre sujet, de quel intérêt serait-il ici pour nous de répéter, après tant d'autres, que Vicq-d'Azyr, né à Valognes, alla suivre ses cours de philosophie à Caen, et qu'il se distingua dans les exercices de l'argumentation; que Louis, né à Metz, de parents nobles, entra chez les Jésuites, et qu'il y étudia à fond la logique? que pourrions-nous trouver en cela de personnel? en quoi ceci pourrait-il nous faire distinguer Louis de Vicq-d'Azyr et tous les deux du reste des hommes? Que si au contraire nous nous reportons à leurs dernières années, nous les trouvons en face du plus grand événement des temps modernes, de la révolution française, et alors il nous tardera de savoir comment ils se sont comportés dans ces temps orageux; si aux jours du péril et dans leurs rapports avec les hommes successivement portés au pouvoir, ils ont été eux-mêmes, comme hommes de science, utiles ou non à la chose publique; si enfin leurs derniers jours ont été marqués par des actes dignes de leur caractère, de leur profession et de leur célébrité.

Nous prenons donc pour point de départ la convocation des états généraux; Louis était alors âgé de soixante-six ans, Vicq-d'Azyr n'en avait que quarante et un. Louis représentait une société de plus ancienne création; l'Académie royale de chirurgie avait été instituée en 1731, la Société royale de médecine datait de 1776. Nos deux savants avaient acquis une célébrité méritée, mais à des titres bien différents, que je vais rappeler ici en peu de mots.

Et d'abord Louis et Vicq-d'Azyr ne diffèrent pas seulement par leur genre de talent et par la diversité de leurs connaissances, mais aussi et surtout par leur caractère; Louis, peu soucieux je ne dirai pas de la gloire, mais de l'opinion du moment, n'avait en vue que les progrès de la science et le perfectionnement de son art. De là une remarquable uniformité dans ses travaux et même dans son genre de vie; interprète de sa compagnie pendant près d'un demi-siècle, vous le trouverez toujours et partout exclusivement occupé de son art; rien ne reflète dans ses éloges les événements du dehors. Comparez l'éloge de J. L. Petit, prononcé en 1750, et celui de Pipelet, prononcé en 1792, vous n'y trouverez aucun indice des changements qui s'étaient opérés dans la société; c'est tout au plus si Louis s'arrête un moment sur les modifications que venaient de subir nos lois en ce qui concernait la pratique de la chirurgie, telle que la suppression de la vénalité des charges et la transmission des offices; Vicq-d'Azyr, au contraire, va suivre en quelque sorte pas à pas le courant des nouvelles idées; avant tout il veut plaire et charmer, on le voit toujours et partout se rallier à l'opinion dominante, c'est à peine si ses éloges comprennent une période de quinze années, et dans chacun d'eux on peut reconnaître l'époque à laquelle il a été composé; l'introduction aux mémoires de la Société devait naturellement rendre hommage à Louis XV et vanter son gouvernement; mais bientôt les chefs du parti philosophique vont devenir les dispensateurs de toute renommée; Vicq-d'Azyr se rattachera tout aussitôt à leurs doctrines; ses éloges seront remplis d'allusion à d'Alembert, à Diderot et à Raynal; Jean-Jacques Rousseau sera particulièrement exalté.

Presqu'en même temps, l'Amérique du Nord se soulève contre l'Angleterre et combat pour son indépendance; tout autre que Vicq-

gendré probablement par le choléra de sa sœur et en même temps que celui de sa mère.

« Voilà donc un cas de choléra, transmis évidemment dans la famille, et qui va se transmettre à l'hôpital, plus évidemment encore, de ce premier sujet contaminé à trois autres, couchés à ses côtés.

« En effet, le voisin de droite était un petit garçon âgé de sept ans comme lui, entré à Saint-Louis pour une affection très-légère et dont j'avais signé la pancarte; ce pauvre enfant, après quinze ou seize heures d'un funeste voisinage, est pris d'accidents cholériques, et il est emporté en dix heures!

« Le voisin de gauche, garçon de treize ans, encore atteint de diarrhée, suite de fièvre typhoïde, et déjà fort débilité, est pris presque simultanément; le choléra se développe chez lui après vingt-quatre heures de contact immédiat, et le tue en douze heures : deuxième victime. Enfin, il y en a un troisième, qu'on peut dire encore de voisinage : un garçon de dix ans, couché dans la salle, en face de ces cholériques, est atteint de choléra vingt-quatre heures environ après l'entrée du premier malade, et ce choléra fut très-grave; l'enfant guérit cependant.

« Il me semble, ajoute M. Roger, que le simple exposé des faits précédents parle assez haut en faveur de leur relation, de leur filiation, et conséquemment de la transmissibilité du choléra pour que je sois dispensé de longs raisonnements, etc.»

Sans vouloir entrer pour le moment dans la discussion et sans préjuger ce que nous aurons à dire plus tard sur le fond même de la question, nous ferons remarquer cependant que les faits présentés par M. Roger comme des exemples de transmission évidente du choléra, nous avons cru devoir les qualifier de cas de transmission probable seulement. Et cela, nous ne craignons pas de le dire, dans l'intérêt même, en quelque sorte, de la thèse à l'appui de laquelle ils ont été invoqués et afin de les mettre d'avance à l'abri de l'objection que ne manqueront pas de leur opposer les anticontagionistes absolus, qu'ils se sont produits en temps d'épidémie, au sein d'un foyer épidémique et par conséquent sous l'influence de la cause épidémique commune. Mais ces faits, que nous ne regardons que comme des exemples de transmission probable, à cause de la difficulté d'en dégager la signification réelle en présence de l'élément épidémique général qui les domine, acquerraient à nos yeux la valeur de l'évidence s'ils s'étaient passés en dehors d'un foyer épidémique. Or les exemples de ce genre ne manquent pas, comme nous aurons l'occasion de le faire remarquer plus tard, et c'est en les rapprochant des faits que nous venons de rapporter, qu'on peut donner à ces derniers toute leur valeur réelle.

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP,

Par M. le Dr FAGET (de la Nouvelle-Orléans).

Il en est de la trachéotomie dans le croup, comme de l'opération de la hernie étranglée : généralement on y a recours trop tard. De là une des causes du trop petit nombre de succès qu'on y obtient d'ordinaire.

A la vérité, il ne faut pas non plus se laisser entraîner à conseiller des opérations sanglantes, toujours émouvantes et délicates, sans une nécessité incontestable, à supposer qu'elles soient à peu près innocentes par elles-mêmes. Le charlatanisme aurait trop beau jeu, s'il était permis de se décider, si facilement, à la trachéotomie surtout. Un peu d'audace suffirait souvent pour s'assurer des succès, très-brillants aux yeux du public toujours facile à tromper, mais répréhensibles au tribunal de la conscience. Une fois, je crois avoir vu pratiquer la trachéotomie à un enfant qui n'avait qu'une laryngite striduleuse; le succès, comme on le devine, fut très-prompt. Un peu trop d'ardeur avait entraîné à l'opération un jeune confrère, qui du reste n'a jamais eu même l'idée qu'il n'avait pas eu affaire à n vrai croup; il n'a donc moralement pas été coupable.

En résumé, on peut dire que l'opportunité de la trachéotomie, dans le croup, est une affaire d'expérience, de tact, d'honnêteté et même de dévouement.

Car il faut convenir aussi que le médecin trop souvent recule devant l'opération, parce que les chances de succès lui en paraissent trop faibles. Sous prétexte de n'en pas compromettre la popularité, on ne s'aperçoit pas que c'est au fond à sa propre réputation qu'on sacrifie. C'est un tort grave. Il est du devoir d'opérer, pour peu qu'il reste des lueurs d'espoir; quelques succès, dans des cas en apparence désespérés, en sont la preuve.

Une autre raison, et la plus ordinaire, avouons-le franchement, qui fait qu'on n'opère pas aussi souvent qu'il le faudrait, c'est que, pour le plus grand nombre, la trachéotomie est une opération toute hérissée de difficultés et de menaces tragiques. Pour peu qu'on y ait assisté des confrères peu chirurgiens, on est bien forcé de convenir qu'elle a bien, en effet, telle qu'on la pratique habituellement, ses difficultés et ses moments pleins d'anxiété.

On commence, ce qui est trop facile, par perdre du temps à disséquer couche par couche, avec l'aide de la sonde cannelée, les différents tissus plus ou moins épaissis qu'il faut traverser pour arriver à la trachée; la moindre petite hémorrhagie, même veineuse, arrête l'opérateur; il lie des veines, presque toujours sans nécessité; puis, à mesure qu'il approche du tube aérifère, ses hésitations augmentent; la glande thyroïde est quelquefois un terrible obstacle à aborder; pendant ce temps l'asphyxie fait des progrès d'autant plus rapides que la position du patient pour l'opération n'est guère favorable à la respiration; enfin on se décide à piquer la trachée un peu au hasard; car, le plus souvent on ne fait que la piquer; ou, si on l'incise, c'est timidement et d'une manière insuffisante. A peine la trachée est-elle ouverte que l'air s'y précipite, entraînant avec lui le sang de la surface de la plaie, et ramenant, à chaque expiration, des mucosités et des fausses membranes qui viennent boucher la petite ouverture trachéale, sans pouvoir la traverser... On devine le désordre qui s'ensuit... J'ai vu plusieurs fois, dans ces conjonctures difficiles, un des aides dans la nécessité de prendre le bistouri des mains de l'opérateur plus que troublé, pour achever enfin une opération qui allait se terminer par la mort. Je n'exagère rien; je raconte.

On pourra dire que de pareilles choses n'arrivent pas ordinairement. C'est possible; mais enfin elles arrivent! Et c'est précisément pour qu'elles ne se reproduisent plus, que j'ai cherché, et que je crois avoir réussi à mettre la trachéotomie à la portée de tous les praticiens, au moyen d'un petit procédé que je n'ai vu décrit, enseigné, ni publié nulle part. On a souvent exprimé le vœu que cette opération devînt, pour tous, aussi abordable que la saignée. Pour moi, avec le mode opératoire que je viens proposer à mes confrères, j'en suis arrivé à aimer mieux avoir à pratiquer une trachéotomie qu'une saignée du bras. Je suis certain de ne jamais manquer une trachéotomie. Qui peut en dire autant d'une saignée?

Mais avant de décrire le procédé, il convient de discuter l'opportunité de l'opération, aux diverses périodes du croup, et suivant les différents degrés de simplicité ou de complication qu'il peut présenter.

Le but principal de l'opération est évidemment de rendre, en quantité suffisante, de l'air à un être qui en manque, et non-seulement de lui rendre de l'air, mais aussi de favoriser la sortie de certains produits, devenus corps étrangers, qui embarrassent le conduit trachéal, et auxquels il faut ouvrir au dehors une issue plus facile que celle d'un larynx obstrué. S'opposer à temps aux progrès de l'asphyxie, permettre à la respiration de redevenir suffisante, et ainsi offrir à l'art et à la nature des chances de lutter encore contre l'état général, voilà le rôle de la trachéotomie dans le croup; et c'est tout; mais assurément c'est beaucoup.

Ces quelques mots suffisent pour rappeler combien il importe de ne pas attendre trop tard, et combien il y a d'intérêt à ouvrir à l'air une large entrée, et aux fausses membranes une sortie facile.

Il y a des cas de croup où l'asphyxie seule est cause du danger; l'affection semble alors toute locale; la fausse membrane n'y joue que le rôle d'un corps étranger. Pourvu qu'on opère à temps, le succès dans de pareilles conditions est assuré. La première fois que j'ai réussi avec la trachéotomie, ce fut dans un cas de ce genre, et qui a présenté plusieurs anomalies.

Le sujet de l'observation était un enfant de quatre ans, le petit Victorin C... Chez lui, le mal s'annonça avec une grande violence, parce que, contre la règle, il débuta dans le larynx même. Comme dans le faux croup, l'enfant avait été subitement pris la nuit par une toux rauque, une respiration sifflante, etc... Dans le pharynx on ne découvrait rien; pas trace de fausses membranes; les ganglions du cou n'étaient point engorgés. Aussi ma première impression fut qu'il s'agissait d'une simple laryngite striduleuse. Cependant, dès la matinée, l'asphyxie fit de tels progrès, qu'il fallut songer sérieusement à l'opération. A ce moment-là seulement, on put apercevoir quelques plaques blanches, légères, sur les amygdales, marchant de bas en haut, du larynx vers le pharynx. C'était donc une vraie diphthérite ayant débuté dans le larynx.

J'avais attendu beaucoup. C'est à peine, à la fin, si j'eus le temps de réunir autour de moi les confrères dont j'avais besoin. Vers le milieu du jour, les docteurs Daret, Daquin et Borde purent enfin se rendre à mon appel. Il était grand temps d'agir : la cyanose de la face et des extrémités, les sueurs froides, l'état du pouls, tout annonçait une mort imminente, quand je pus enfin pratiquer l'opération qui fut d'ailleurs très-simple. Au moment où j'incisai largement la trachée, une fausse membrane s'en échappa et fut lancée au loin; recueillie et déroulée, elle présenta plusieurs centimètres de longueur; mais elle était mince et par conséquent de formation récente. Aux pansements qui suivirent, on put tirer de la plaie encore plusieurs petits lambeaux diphthéritiques, mais de plus en plus minces, et bientôt on eut la certitude qu'il ne s'en reproduisait plus dans la trachée. Au contraire, dans le pharynx, la sécrétion diphthéritique continua plusieurs jours, très-abondante. Nous n'y touchâmes pas.

La guérison fut rapide et sans laisser de trace, à part la petite cicatrice inévitable au-devant du cou.

Mais chez d'autres malades, l'empoisonnement général est évident : les ganglions du cou sont engorgés, il y a de l'albumine dans les urines, il se présente des phénomènes de paralysie du côté du voile du palais, des yeux et même des membres, des inférieurs surtout, etc. Dans ces cas-là, beaucoup de praticiens sont d'avis qu'il ne faut pas opérer; ils déclarent l'opération inutile. Il est incontestable qu'on voit alors très-souvent la mort arriver, sans même qu'il y ait jamais eu de gêne sérieuse de la respiration. Mais d'autres fois, la difficulté de la respiration est très-grande, et, si elle ne peut plus être regardée comme la cause principale de la mort, elle y contribue pour une large part; de telle sorte que même alors l'opération est indiquée, ne fût-ce que pour rendre la respiration plus large, plus complète, et par conséquent mettre le malade dans de meilleures conditions de résistance.

On ne réfléchit pas assez généralement combien il est important que la quantité d'air nécessaire à l'hématose ne soit pas diminuée, dans des circonstances surtout où il s'agit de lutter contre un empoisonnement général avec oppression profonde des forces radicales. Il est alors évidemment aussi utile de fournir de l'air aux poumons en quantité suffisante, que d'introduire dans l'estomac des fortifiants et des toniques aux qualités analeptiques. A la vérité, on rencontre des enfants chez lesquels, après avoir rendu la respiration large et facile, on échoue devant des impossibilités d'alimentation; ils refusent toute nourriture; sans parler de ceux chez lesquels presque tous les liquides avalés ressortent par la plaie et par les fausses nasales. Chez le dernier enfant que j'ai opéré l'année dernière, lequel asphyxiait au moment de l'opération (nous avions attendu le jour avec grande anxiété), la respiration se rétablit parfaitement, et resta normale jusqu'au moment de la mort; mais il y eut impossibilité d'alimentation;

---

d'Azyr eût été assez embarrassé de rattacher ce grand événement aux actes de la Société royale de médecine; mais Vicq-d'Azyr trouve un ambassadeur, M. de Vergennes, parmi les associés de la compagnie; il fait son éloge et peut ainsi consacrer des pages entières aux épisodes de cette guerre; l'éloge de Louis XVI pourra bien s'y trouver, mais moins brillant que celui de la liberté.

Ainsi, messieurs, nous voyons Vicq-d'Azyr se conformer de tout point à l'opinion générale, il en est l'écho et dès lors il est accueilli avec une constante faveur; comment le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie aurait-il pu lutter dans le monde avec l'orateur de la Société royale; les compositions de Louis étaient sages et sévères; elles étaient sobres d'ornements et elles étaient vraies, ce que bien des gens ne pouvaient lui pardonner, aussi, la destinée des éloges dues à la plume de Louis a-t-elle été bien différente de celle qui attendait les éloges de Vicq-d'Azyr; j'y reviendrai plus tard, nous n'en sommes encore qu'au début de la révolution. Vicq-d'Azyr et Louis avaient accueilli comme autant de bienfaits les principes proclamés en 1789, mais ils les considéraient à des points de vue très-différents; Louis songeait plutôt aux autres qu'à lui-même; il applaudissait surtout à la suppression des priviléges et des abus, à l'avénement des classes moyennes, à l'établissement d'une bonne et sage administration; Vicq-d'Azyr se laissait aller à de nouvelles et brillantes illusions; intimement lié avec Condorcet, dont il partageait alors les idées, il n'en restait pas moins homme de cour et de société choisie; ses titres, ses places et sa grande fortune le maintenaient dans une haute position. La Société royale de médecine se félicitait de voir son secrétaire perpétuel, tout libéral qu'il était, rester si bien en cour.

La reine, qui ne voyait encore rien de bien menaçant dans les nouvelles idées, appelait Vicq-d'Azyr *son philosophe;* il est vrai que Vicq-d'Azyr n'en montrait pas moins un dévouement sans bornes pour cette infortunée princesse.

Lemontey prétend que la convocation des États généraux aurait ouvert une lice brillante au talent oratoire de Vicq-d'Azyr, et à ses connaissances universelles, s'il n'avait été retenu par une entreprise glorieuse qui l'absorbait alors tout entier, et par sa qualité de médecin de la reine. Certainement on ne peut refuser un véritable talent oratoire à Vicq-d'Azyr, mais si l'on se reporte à ces temps orageux, on est tenté de se demander si véritablement Vicq-d'Azyr aurait pu se promettre quelque succès dans cette nouvelle carrière; on peut même se demander s'il aurait pu se faire écouter. Ce talent oratoire n'était pas de ceux en effet qui préparent des triomphes dans de grandes assemblées politiques où il ne s'agit plus d'enseigner, de discuter, de professer; il faut entraîner les masses, agiter et calmer tour à tour des flots tumultueux, et pour les remuer, pour les persuader, c'est aux passions bien plus qu'à l'esprit qu'on doit s'adresser. Ajoutez qu'il s'agit presque toujours de questions brûlantes, que c'est une nation tout entière qu'il faut intéresser; or, je le demande, qu'aurait pu faire là l'élégant, le correct, le discret Vicq-d'Azyr avec ses périodes académiques, symétriquement cadencées, avec ses traits spirituels, ses réticences calculées, ses apostrophes pathétiques? Il faut d'ailleurs le reconnaître, les académiciens n'ont pas toujours brillé dans les assemblées législatives; presque toutes ont compté dans leurs rangs des académiciens, qu'on s'était habitué à regarder comme des maîtres de la parole, combien en est-il qui aient réussi? Voyez l'Assemblée constituante : il y avait là Bailly, dont le talent élevé, dit Nodier, n'avait rien de populaire et qui n'obtint dans son trop court passage aux affaires que la popularité de la vertu. On y trouvait aussi Target, académicien enté sur un avocat, et qui, avec cette double qualité, ne se fit pas même distinguer au second rang, et Condorcet, dont l'obscure métaphysique aurait certainement diminué la réputation s'il ne s'était dérobé à tous les souvenirs antérieurs par l'intérêt qui s'attache à sa mort.

Je ne veux rien dire de ce que nous avons vu de nos jours, car nous aussi, nous avions des orateurs de tribune académique que nous nous plaisions à regarder comme des maîtres dans l'art de bien dire, qui jouissaient d'une grande popularité dans nos écoles; on sait quel rôle ils ont joué, lorsque, de la tribune académique, ils ont passé dans la tribune politique.

Mais revenons à Vicq-d'Azyr et à cette glorieuse entreprise, qui, suivant Lemontey, l'absorbait alors entièrement.

Aux états généraux avait succédé l'Assemblée nationale constituante, et celle-ci allait donner à la France une constitution; or, toutes les fois que la France a été en mesure de se donner une constitution, les médecins, à l'invitation du gouvernement, se sont empressés de jeter les bases d'une nouvelle organisation pour l'enseignement et la pratique de leur art. C'est ce que la Société royale de médecine avait voulu faire dès les premiers jours de la révolution, et Vicq-d'Azyr avait été naturellement chargé de cet important travail. La Société avait pour son secrétaire une grande déférence, et personne n'aurait pu lui disputer cet honneur. Ce travail devait avoir pour titre : *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France.* Après avoir été soumis à la Société et approuvé par elle, il fut présenté à l'Assemblée nationale et imprimé en tête du volume des Mémoires pour l'année 1789.

la mort arriva, après une semaine de lutte, par inanition. J'ai toujours eu regret de n'avoir pas eu recours pour cet enfant, après la trachéotomie, à l'alimentation forcée, à l'aide de la sonde œsophagienne. Chez lui, tous les signes de l'empoisonnement général s'étaient montrés.

A l'appui des propositions diverses que je viens d'énoncer, qu'il me soit permis de citer quelques faits encore, et d'abord les deux suivants, très-instructifs, qui se sont présentés dans la même famille et la même semaine.

Deux frères, l'un de dix et l'autre de sept ans, avaient été pris en même temps, et de la façon la plus grave tous deux, avec les signes les plus évidents d'un empoisonnement diphthéritique général.

L'aîné présenta un engorgement énorme des ganglions et du tissu cellulaire du cou, la paralysie du voile du palais, du strabisme, de l'albumine abondamment dans les urines, etc.; mais jamais la respiration ne fût sérieusement entravée chez lui, bien que la sécrétion diphthéritique fut très-considérable dans la gorge. Aussi n'y eut-il jamais lieu de songer pour lui à la trachéotomie. Des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, des insufflations avec le tannin, et le nettoyage fréquent du pharynx avec un rude pinceau de charpie taillé en brosse, et quelquefois roulé à sec dans le tannin, constituèrent les moyens locaux. Le quinquina, le vin, l'eau-de-vie, les bouillons, furent la base du traitement général. Il a guéri, mais lentement, présentant pendant des mois les signes d'une paraplégie incomplète.

Le plus jeune frère fut moins heureux ; il lui fallut subir la trachéotomie. Les signes de l'empoisonnement étaient chez lui les mêmes que chez son frère : albumine dans les urines, paralysie du voile du palais, strabisme, etc. Mais de plus, les ganglions du cou s'abcédèrent, l'engorgement celluleux fut porté au point que le gonflement causé par lui s'étendit jusqu'au devant du sternum, et enfin la difficulté du passage de l'air au travers du larynx devint telle, qu'il fallut ouvrir la trachée, sous peine de voir l'enfant succomber à l'asphyxie. Contre tout espoir, cet enfant a guéri et est aujourd'hui un beau garçon de treize ans, ne conservant, comme trace de son affreuse diphthérie, que sa petite cicatrice du cou. Sa voix est parfaitement pure et nette. Comme chez son frère, l'empoisonnement avait été porté au point qu'il resta paraplégique, pendant plusieurs mois de convalescence.

Ce n'est que très-lentement que les forces revinrent chez ces deux enfants, tous deux à Paris aujourd'hui, chez leur père, M. R..., boulevard de Clichy, 87. J'avais eu pour aides dans l'opération, M. Borde, ancien interne de l'hôpital des Enfants, et MM. Daquin et Saint-Rome, tous trois de la Faculté de Paris.

Enfin le troisième et dernier cas de trachéotomie que je citerai, suivi aussi de guérison, est instructif surtout à cause des fautes commises, et à cause du résultat très-imparfait qu'on a obtenu. Du reste, j'ai tort de parler de trachéotomie ; ce fut dans cette circonstance une laryngo-trachéotomie que je pratiquai, comme malgré moi.

Voici quelques détails. La petite opérée, alors âgée de six à sept ans, aujourd'hui jeune fille de quinze à seize ans, mademoiselle G..., avait pour médecin le praticien le plus justement estimé de la Nouvelle-Orléans, le docteur Lambert. Notre savant confrère était systématiquement hostile à la trachéotomie dans le croup ; il l'est peut-être davantage maintenant. Dans ce cas particulier, il hésita longtemps ; enfin, les progrès de l'asphyxie étant de plus en plus alarmants, il se décida à venir me prier de faire l'opération. Le cas était si urgent qu'il fallait agir sur l'heure, au milieu de la nuit. Avec le docteur Lambert, les docteurs Thierry et Blache, avaient bien voulu nous prêter leur concours. Très-incomplétement éclairé, privé de mes aides habituels, pressé par les menaces d'une mort imminente, je résolus de me tenir dans la région où la voie aérienne est le plus près de la peau, et j'incisai très-haut, au niveau du larynx même. Puis, ayant coupé la trachée sur la ligne médiane, de haut en bas, comme à l'ordinaire, au-dessous du cricoïde, mon incision se trouva insuffisante ; alors, au lieu de la prolonger en bas, par prudence, et comme empêché par les mouvements de la petite opérée, très-difficile à contenir, je crus devoir plutôt couper le cricoïde ; en sorte que c'est bien une laryngo-trachéotomie que j'ai pratiquée dans cette occasion.

La malade a parfaitement guéri, mais a conservé une altération profonde et désagréable de la voix, sans doute irrémédiable maintenant.

Est-ce seulement à la laryngo-trachéotomie qu'il faut attribuer ce résultat si peu satisfaisant ? Je ne le pense pas ; et je crois de mon devoir de faire connaître quelques-unes des circonstances qui suivirent et qui me paraissent y avoir contribué. La petite opérée, très-gâtée par sa mère, était d'une indocilité incroyable. Le docteur Lambert qui avait repris tous ses droits sur sa jeune cliente, l'opération une fois faite, eut le tort, à mes yeux, d'un peu de faiblesse. S'étant laissé dominer par les appréhensions de la petite malade que soutenaient les adulations de sa mère, il laissa la canule en place, sans y toucher (et elle était grosse), un grand nombre de jours ; je puis dire une quinzaine. Or, cette canule tenait à distance les bouts écartés du cricoïde incisé. Quand, trop tard, on l'ôta enfin, il n'y eut plus moyen d'obtenir un rapprochement suffisant des bouts du cricoïde, et ainsi les cordes vocales sont restées dans des conditions incompatibles avec l'exercice normal de leurs fonctions.

Mode opératoire. — Comme l'opération de la hernie étranglée, la trachéotomie a été entourée par les anatomistes de probabilités de dangers plus théoriques que réelles. Par exemple, les chances d'hémorrhagie n'ont-elles pas été exagérées ? Ce qui est certain c'est que, dans l'immense majorité des cas, on achève l'opération sans avoir à poser une seule ligature. En se tenant exactement sur la ligne médiane, et en ne descendant pas trop dans le creux sus-sternal, on est à l'abri de dangers sérieux. En avançant avec prudence dans sa dissection, on peut d'ailleurs toujours parer aux accidents qui résulteraient de quelques anomalies artérielles. Qui a jamais été arrêté par la thyroïdienne moyenne ? Quant à l'hémorrhagie veineuse, le meilleur, le plus court moyen de la faire cesser, c'est de se hâter d'ouvrir largement la trachée. Tout ceci est maintenant d'expérience vulgaire.

Cependant quelques difficultés sérieuses, pour ceux au moins qui n'ont pas l'habitude des opérations, se présentent dans l'exécution de la trachéotomie ; elles tiennent, d'une part, à la mobilité du tube trachéal au devant de la colonne vertébrale, et d'autre part, à l'absence d'un point de repère fixe, toujours le même pour l'opérateur. Ces difficultés, je les ai éprouvées comme tous dans mes premières opérations ; elles n'existent plus pour moi, depuis que j'ai choisi comme point de repère la saillie en avant du cricoïde, et que je me suis servi de ce cartilage pour appliquer et fixer le tube aérifère à la colonne vertébrale, pendant que je l'incise, et jusqu'à ce que j'aie introduit dans la trachée la pince dilatatrice, sinon la canule définitive elle-même.

Voici donc comment je procède :

La tête étant renversée en arrière au delà d'un oreiller cylindrique et dur, placé sous le cou, de manière à en faire saillir la face antérieure, j'incise avec un petit bistouri droit, bien acéré, depuis le larynx jusqu'au creux sus-sternal exclusivement. Le point de départ de l'incision en haut doit être au-dessus du cricoïde, mais pas trop au-dessus, de peur qu'après l'opération, le bord supérieur de la plaque de la canule ne vienne entrer dans la plaie. Avant de renverser l'enfant sur l'oreiller, il peut être bon de marquer le sommet de l'angle formé par la rencontre de la face antérieure du cou et de la face inférieure de la région mentonnière pour ne pas dépasser en haut cet angle.

Ordinairement dans la diphthérie, parce que le tissu cellulo-adipeux sous-cutané est pathologiquement épaissi, on ne parvient à bien sentir le cricoïde avec la pulpe du doigt qu'après avoir traversé toute cette couche cellulo-adipeuse plus ou moins infiltrée ; mais alors on le sent infailliblement.

Le cricoïde bien reconnu du doigt, je dissèque rapidement au-dessous de lui, sans m'écarter de la ligne médiane, et sans que rien m'arrête. Il est seulement important qu'à chaque coup de bistouri, l'aide passe rapidement et légèrement l'éponge, afin de toujours voir ce qu'on va couper. Si la thyroïdienne moyenne se présentait par hasard, l'œil et l'index gauche en avertiraient bien.

La trachée suffisamment mise à découvert, j'introduis de bas en haut, dans l'angle supérieur de la plaie, le pouce et l'index de la main gauche réunis, et je saisis entre eux le cricoïde, je l'applique et le fixe en l'appuyant sur la colonne vertébrale, et alors, mais alors seulement, je plonge la pointe de mon bistouri dans la trachée entre mon index et mon pouce réunis sur le cricoïde, de façon à ce que le dos de l'instrument glisse tangentiellement sous le bord inférieur du cricoïde, puis j'incise en descendant droit sur la ligne médiane cinq ou six cerceaux de la trachée, sans désemparer. Cela fait, je remplace dans ma main droite le bistouri par la pince dilatatrice tenue fermée, et entre mon pouce et mon index de la main gauche qui n'ont pas lâché le cricoïde, j'introduis à coup sûr et profondément en la renversant, dans la plaie de la trachée, la pince dilatatrice toujours fermée ; je fais alors asseoir l'opéré et enfin j'ouvre ma pince.

Tout cela se fait en moins de rien et avec la plus grande sûreté, parce que la trachée, qui a été largement incisée, est toujours restée fixe, immobile, entre les deux doigts de la main gauche qui tiennent le cricoïde.

J'ai quelquefois introduit immédiatement la canule définitive, au lieu de la pince dilatatrice. Mais généralement il vaut mieux introduire, pour quelques moments, la pince dilatatrice, parce qu'elle ouvre une plus large issue à tout ce qui ne demande qu'à être chassé de la trachée ; et c'est merveille de voir comme les lambeaux de fausse membrane, les caillots de sang, le mucus, sont lancés au loin dès les premiers instants, et comme le calme de la respiration se rétablit ensuite rapidement.

On a pu remarquer que je donne une assez grande étendue à mon incision première ; il en résulte de très-grandes facilités pendant l'opération, et après l'opération deux ou trois serre-fines en font disparaître aisément et rapidement les petits inconvénients. Après les trachéotomies que j'ai faites, il n'y avait plus, au bout de trente-six à quarante-huit heures, qu'une ouverture arrondie enserrant exactement la canule, et l'on pouvait retirer les serre-fines.

Réflexions générales. — Il est d'autant plus important de faire de la trachéotomie une petite opération à la portée de tous, qu'elle est très-souvent une de ces opérations d'urgence qu'on ne peut pas remettre, qu'il faut faire sur place et sur l'heure. Et ce n'est pas seulement dans le croup évidemment qu'elle est ainsi souvent nécessaire, et nécessaire sans délai, mais dans bien d'autres affections : l'œdème de la glotte, les autres obstructions du larynx, cancers, polypes, etc., et surtout les corps étrangers dans la trachée, haricot, noyau de pruneau, etc., etc. Dans cet article, je n'ai eu en vue que la trachéotomie dans le croup.

Maintenant, si à ce sujet je recueille les souvenirs de mes vingt années de pratique à la Nouvelle-Orléans, voici ce que je puis ajouter :

Au travers de plusieurs épidémies assez fortes, je n'ai fait qu'une quinzaine de trachéotomies ; peut-être aurais-je dû en faire une trentaine, au moins avec les idées que je me suis formées aujourd'hui. Mais d'abord, pour m'y décider plus facilement et plus souvent, il aurait fallu, dès mes débuts, que l'opération fût pour moi aussi aisée qu'elle l'est devenue plus tard ; il aurait fallu ensuite que je n'eusse pas été retenu plusieurs fois par l'opposition de confrères plus autorisés, appelés en consultation.

Sur une quinzaine d'opérations, j'ai eu trois réussites. N'est-il pas probable que sur une quinzaine d'opérations de plus, j'en aurais eu quelques autres ?

Les trois succès que j'ai obtenus, comme on a pu en juger, l'ont été dans des conditions presque désespérées ; je dois ajouter, il est vrai, que plusieurs des douze autres sujets opérés et morts, étaient au contraire dans des conditions beaucoup moins mauvaises, selon les apparences, que les trois qui ont été sauvés.

Quelle conséquence tirer de là ? Qu'il n'y a, pour ainsi dire, pas de cas où il faille refuser l'opération, parce qu'il n'y a pas

---

Vicq-d'Azyr avait en même temps rédigé *une adresse* conçue dans l'esprit libéral de l'époque ; il y était dit que la Société s'est empressée d'obéir au décret du 30 août, mais que si elle s'était bornée au travail qui lui était demandé dans ce décret, on aurait pu lui reprocher de ne s'être occupée que d'elle-même ; un sujet plus vaste a donc fixé son attention, disait-il ; elle a vu que depuis des siècles l'art de guérir manque de cette unité, sans laquelle il ne peut faire le bien dont il est capable ; que l'enseignement de la médecine est vicieux ou même nul ; que dans la distribution des études, les élèves sont astreints à des formalités inutiles, et gênés par des entraves qui n'ont aucune utilité; que les parties les plus essentielles de l'enseignement sont absolument oubliées; que les hôpitaux ne sont nulle part organisés de manière à rendre l'instruction plus facile et à la faire servir aux progrès de l'art, et qu'enfin l'exercice de l'art de guérir est soumis à des priviléges qui répugnent à l'esprit de la constitution française.

Il serait trop long d'exposer ici toutes les dispositions du projet élaboré par Vicq-d'Azyr; c'est un travail considérable qui ne comprend pas moins de 200 pages in-4°; on y demande avec instance, et au nom d'un grand corps, la suppression de tous les abus; on y demande que l'art soit ramené à son unité primitive, que la chirurgie marche l'égale de la médecine : ce projet était à la hauteur des circonstances. Il y a plus, Vicq-d'Azyr ne se contente pas d'indiquer toutes les réformes qui étaient à faire, personnellement il devance son siècle; c'est lui, en effet, qui, le premier, a émis l'idée d'établir en France un grand *Institut national* : le mot lui-même lui appartient. Voici comment il s'exprime dans le préambule de son projet de constitution, parlant toujours au nom de la Société de médecine, qui n'avait fait que l'approuver : « On propose, dit-il, d'établir dans la capitale de l'Empire français, un grand institut encyclopédique, au sein duquel, sous une seule et même direction, et comme en un foyer de lumière, seraient réunis tous les corps académiques occupés de l'avancement et des progrès des sciences, des lettres et des arts : un peu plus loin, dans un chapitre spécial, Vicq-d'Azyr montre quelle place pourraient y occuper la médecine, la chirurgie et l'art vétérinaire.

« Est-il besoin, s'écrie-t-il en terminant, de le dire aux représentants de la nation, que ce sont là des dépenses de première nécessité, puisqu'on les consacre aux sciences et aux lettres, dont les progrès sont essentiellement liés au repos et à la prospérité publique. Car, ajoute Vicq-d'Azyr, ce ne sera qu'en s'éclairant que le peuple deviendra véritablement digne de la liberté. »

A ce langage, on reconnaît l'ancien ami de Turgot, de Malesherbes et de Condorcet ; l'idée était grande et féconde, l'Assemblée constituante aurait pu la comprendre, mais à l'Assemblée constituante avait succédé l'Assemblée législative, qui avait bien autre chose à faire, puis était venue la Convention qui, pour simplifier les choses, avait supprimé toutes les sociétés savantes en août 1793.

Mais en l'an III, un gouvernement mieux inspiré réalisa les idées de Vicq-d'Azyr, cet institut national que Vicq-d'Azyr avait proposé fut établi, et il est aujourd'hui une des gloires de la France.

Vous le remarquerez, messieurs, la Société royale de médecine ne stipulait rien de particulier pour elle, elle n'avait en vue dans tous ses projets que l'intérêt général, l'esprit de corporation n'existait plus dans ce grand corps ; Vicq-d'Azyr, il est vrai, avait pris l'initiative de toutes ces démarches, mais la Société le suivait avec empressement, elle applaudissait à toutes ses idées.

Pourquoi faut-il qu'à cette même époque l'Académie de chirurgie, illustrée par ses beaux travaux, nous donne un spectacle tout différent ? Nous allons la voir, dans ses derniers jours, élever les prétentions les plus ridicules, se livrer à toutes sortes de personnalités, persécuter son secrétaire perpétuel et rendre l'Assemblée nationale juge de ses misérables débats. D'où vient cette différence entre les deux sociétés ? d'où vient que Louis, loin de trouver, comme Vicq-d'Azyr, des collègues animés de bons sentiments à son égard, n'a guère rencontré que des envieux, des détracteurs de son talent et de sa gloire ? peut-être faudrait-il en chercher la cause dans l'organisation même des deux corps. L'Académie de chirurgie ne se composait que de praticiens d'un mérite à peu près égal, livrés au même genre d'études, aussi compétents les uns que les autres dans leur spécialité, ne se réunissant qu'en assez petit nombre; quelquefois douze à quinze membres, toujours disposés à contester, à critiquer et finalement à s'amoindrir. Or, pour être bien écouté, pour être impartialement apprécié, il faut parler devant un nombreux auditoire, appartenant à toutes les branches de l'art ; dans ces conditions il n'y a pas de coteries possibles, c'est la justice, c'est le bon sens qui domine dans les masses, et le mérite finit toujours par être reconnu. Telle n'était pas la situation de Louis, il parlait à des chirurgiens toujours prévenus et passionnés ; il avait devant lui des ennemis acharnés, Valentin, David, Peyrilhe lui-même, l'historien de la chirurgie, et sa vie s'est usée dans ces contestations de chaque jour. Aussi, loin de rallier les esprits quand vinrent les temps d'épreuve, nous allons le voir s'épuiser en efforts impuissants.

de circonstance peut-être où le médecin puisse être plus incertain de son pronostic qu'en face d'un croup, alors qu'il délibère sur l'opportunité de l'opération. C'est donc ici le cas ou jamais de répéter le vieil adage : *Melius anceps quam nullum.*

Traitement de la cholérine et du choléra.

Parmi les nombreuses préparations qui réunissent plus ou moins complétement les principaux éléments médicamenteux qui s'adressent aux divers symptômes du choléra, une des plus heureuses est la suivante :

Opium	1 gramme.
Campbre.	2 —
Poivre noir.	4 —

F. s. a. 50 pilules.
O. s. a. 6 pilules dans les 24 heures.

Cette formule, qui n'a pas encore été publiée, que nous sachions, du moins, donne des résultats très-heureux et très-rapides dans la cholérine, et paraît agir plus promptement et plus sûrement que les autres préparations opiacées.

Dans le choléra, les résultats sont encore très-satisfaisants, dans la première période de cette maladie, bien entendu ; il faut alors compléter le traitement par des bains et des frictions stimulantes pour rappeler la chaleur, et par de la glace pour combattre les vomissements.

Ces pilules ont été expérimentées, durant cette épidémie, sur les nombreux malades qui fréquentent la maison de secours de la rue Oudinot (bureau de bienfaisance du 7e arrondissement), par MM. les docteurs Fodéré, Mène et Dujardin-Beaumetz, et ont produit, entre leurs mains, d'excellents effets, tant contre la cholérine que contre le choléra. Il est donc utile de faire connaître cette formule et d'appeler sur elle l'expérimentation.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 25 septembre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— M. le docteur Ribell (de Barcelone), adresse une observation d'*Exostoses générales par nutrition anomale.* (Commissaire unique, M. Broca.)

— M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, adresse deux observations qui seront analysées.

— Le docteur Lizé (du Mans), membre correspondant, nous adresse une observation de *Rétrécissement du bassin nécessitant la céphalotripsie;* impossibilité d'extraire le fœtus, etc. (Sera analysée.)

— Notre collègue, M. Le Fort, demande un congé d'un mois.

— M. Delore (de Lyon) adresse deux exemplaires de la thèse de M. le docteur Léon Béraud : *De la tumeur et de la fistule lacrymales au point de vue du traitement.* (Prix Duval.)

— M. Broca offre à la Société le premier volume des *Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux.*

— M. le Président présente, de la part de M. Pamard (d'Avignon), des photographies représentant une exostose des fosses nasales. (Commissaire, M. Dolbeau.)

ECTROMÉLIE.

M. TILLAUX fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Henri Dumont.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous rendre compte d'une note accompagnée d'un moule en plâtre présenté à la Société de chirurgie par M. le professeur Velpeau, au nom de M. le docteur Dumont (de la Havane). Il s'agit d'une monstruosité affectant les deux membres thoraciques. Le sujet est un enfant de douze ans, actuellement à la Havane. Le membre thoracique gauche manque complétement; à sa place, existe une petite sphère molle, contractile du volume d'une cerise. Du côté droit, voici ce que l'on observe : le bras a sa longueur et son volume normaux; l'avant-bras est extrêmement court, il mesure 7 à 8 centimètres seulement; le carpe est inappréciable sous les téguments; le métacarpe au contraire est démesurément long; le membre est terminé par trois doigts dont un situé sur le prolongement radial, très-petit, presque rudimentaire, paraît représenter le pouce; les deux autres, sont suffisamment développés. L'articulation scapulo-humérale jouit de ses mouvements normaux. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, et ne présente ainsi que les doigts, qu'un mouvement de flexion fort limité. Le pouce ne possède aucun mouvement d'opposition.

Le côté gauche du thorax est plus développé que le côté droit; M. Dumont pense avec raison, je crois, que cela est dû au défaut de traction du membre supérieur absent, sur le scapulum d'une part, et à l'élévation de cet os par le trapèze d'autre part, d'où soulèvement des côtes, et par conséquent agrandissement du thorax de ce côté.

C'est à cela que se borne la communication de M. Dumont. J'ai dû, messieurs, chercher à classer la monstruosité que nous a signalée notre confrère.

Elle appartient à la classe désignée par Is. Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom d'*ectroméliens* de εκτρωω, je fais avorter, et μελος, membre. Il y a là évidemment un avortement des membres supérieurs, complet pour le côté gauche, incomplet pour le côté droit. Ce n'est pas un phocomèle, puisque cette monstruosité est caractérisée par l'avortement de tout le membre, sauf l'extrémité qui va s'attacher à sa racine. Ce n'est pas un hémimèle, monstruosité inverse dans laquelle les extrémités n'existent plus, les autres segments du membre persistant plus ou moins. Je ne saurais ranger ce cas que dans le troisième genre admis par Geoffroy Saint-Hilaire, le genre ectromèle. Pour moi, cet enfant est un ectromélien ectromèle; l'ectromélie est complète, type à gauche, elle est incomplète à droite.

Ce cas me paraît intéressant à plusieurs points de vue :

Le premier, c'est qu'il présente un exemple d'ectromélie complète, unithoracique, et que chez l'homme, il est plus fréquent de voir l'ectromélie bithoracique, la nature observant ordinairement la loi de symétrie jusque dans la production des monstruosités.

Le second, c'est que les auteurs signalent comme constante, la présence dans le petit moignon représentant le membre qui fait défaut, d'un débris plus ou moins considérable du membre; or il ne semble pas que la petite sphère rétractile que j'ai signalée en contienne.

Quant au côté droit, je ferai remarquer la longueur excessive du métacarpe. M. Dumont dit, dans sa note, que la conformation extérieure du membre rappelle une aile d'oiseau; j'ajouterai que la conformation intérieure s'en rapproche également : métacarpe très-long, présence de trois doigts, dont celui du milieu est le plus développé. Pouce rudimentaire privé des mouvements d'opposition.

Je vous propose, messieurs, d'adresser à M. le docteur Dumont une lettre de remercîments pour son intéressante communication, et de déposer aux archives la note ainsi que le moule en plâtre qui l'accompagne.

M. VERNEUIL. A l'occasion du rapport qui vient d'être fait, je crois devoir présenter le moule d'une difformité que j'ai observée à Lourcine; c'est un cas d'ectromélie recueilli chez un adulte.

M. TRÉLAT. Je ferai remarquer qu'on ne peut rien affirmer touchant la réalité de la malformation qui fait l'objet du rapport de M. Tillaux. Un moule ne peut suffire à justifier les hypothèses de notre collègue. Il n'y a que trois doigts pour cette main incomplète, à mon sens, ce sont un petit doigt, un médius et un index rudimentaire; il n'y a pas de pouce.

M. TILLAUX. Les hypothèses que j'ai formulées dans mon rapport sont justifiées par les détails que renferme l'observation de M. Dumont.

— **M. BROCA** trouve que le fait actuel est rare, et, à ce sujet, une discussion s'engage entre MM. Verneuil, Trélat et le rapporteur, pour savoir quelle place doit occuper la monstruosité en question parmi les arrêts de développement qui portent sur les membres.

La discussion sera reprise.

— **M. LARREY** fait la proposition, appuyée par M. Houel, qu'il soit fait un dessin de la pièce de M. Dumont.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

MORT DE M. ROSTAN.

Une des plus grandes illustrations de la médecine contemporaine, M. le docteur Rostan, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, vient de succomber à l'âge de soixante-dix-sept ans aux suites du diabète.

En attendant que nous rendions l'hommage dû à sa grande figure médicale, qu'on nous permette de citer un de ces traits qui peignent l'homme privé.

M. Rostan avait l'affection la plus grande pour les étudiants. A peine sut-il qu'il était frappé à mort, qu'il n'eut plus de tranquillité avant d'avoir quitté sa maison de la rue Marbœuf pour venir dans notre quartier des Écoles. « Il ne voulait pas, répétait-il souvent, que ses chers élèves fussent contraints d'aller si loin pour l'accompagner à sa dernière demeure.»

Les obsèques auront lieu samedi 6 octobre, à l'église Saint-Germain-des-Prés, à onze heures très-précises.

Le Directeur, Dr H. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1866.

Dans notre numéro du 9 juin dernier nous avons annoncé qu'un congrès médical international se tiendrait à Paris, l'année prochaine. Nous plaçons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs les statuts et programme de ce congrès, en leur rappelant que les communications et les adhésions doivent être adressées à M. le docteur Jaccoud, secrétaire général, 4, rue Drouot, et que les souscriptions sont reçues par M. le docteur Vidal, secrétaire-trésorier, 112, rue Neuve-des-Mathurins.

Congrès médical international de Paris.

STATUTS ET PROGRAMME.

Art. 1er. — Un congrès médical international sera ouvert à Paris, le 16 août 1867, sous les auspices de S. Exc. le ministre de l'instruction publique.

Art. 2. — Le congrès, exclusivement scientifique, aura une durée de deux semaines.

Art. 3. — Le congrès se composera de membres fondateurs nationaux et de membres adhérents étrangers.

Seront membres fondateurs les médecins français qui en feront la demande au comité d'organisation ; le prix de la souscription a été fixé à 20 francs.

Seront membres adhérents les médecins étrangers qui enverront leur adhésion à M. le secrétaire général (M. le docteur Jaccoud, 4, rue Drouot, à Paris). Ils seront exonérés de toute contribution pécuniaire.

Art. 4. — Les membres du congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Art. 5. — Les travaux du congrès se composeront :

a). De communications sur les questions proposées par le comité;

b). De communications sur des sujets étrangers au programme.

Art. 6. — Le comité a arrêté le programme suivant :

I. — Anatomie et physiologie pathologiques du tubercule. — De la tuberculisation dans les différents pays et de son influence sur la mortalité générale.

II. — Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales.

III. — Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces, pour restreindre la propagation des maladies vénériennes?

IV. — De l'influence de l'alimentation usitée dans les différents pays sur la production de certaines maladies.

V. — De l'influence des climats, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées.

VI. — De l'acclimatation des races d'Europe dans les pays chauds.

VII. — Des entozoaires et des entophytes qui peuvent se développer chez l'homme (1).

Art 7. — Les membres fondateurs ou adhérents qui désireront faire une communication sur une des questions du programme ou sur un autre sujet, sont priés d'adresser leur travail à M. le secrétaire général, trois semaines au moins (26 juillet) avant l'ouverture du congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 8. — Les séances du congrès auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Elles se feront alternativement le jour et le soir. Les séances du jour dureront de deux à six heures; les séances du soir auront lieu de huit à dix heures.

Art. 9. — Chaque question n'occupera qu'une séance, et l'ordre du jour sera ainsi réglé : 1° lecture sur les questions du programme; 2° discussions; 3° si le temps le permet, communication des travaux laissés à l'initiative individuelle. Les séances du soir leur seront exclusivement consacrées.

Art. 10. — Un maximum de vingt minutes sera accordé pour chaque lecture.

Art. 11. — A la première séance, le congrès nommera son bureau qui se composera d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général, de secrétaires de séances.

Art. 12. — Le congrès terminé, le comité d'organisation reprendra ses fonctions pour procéder à la publication des actes du congrès.

Art. 13. — Tous les mémoires lus au congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général. Ils sont la propriété du congrès.

Art. 14. — Les élèves en médecine recevront des cartes d'entrée, mais ils ne pourront être admis à prendre la parole.

Pour le comité : *le président*, BOUILLAUD.
Le secrétaire général, JACCOUD.

(1) Voyez plus loin le commentaire afférent à chacun de ces sujets. Il renferme des indications dont la connaissance est indispensable pour l'étude de ces diverses questions.

Dans le but de limiter et de préciser les questions de son programme, le comité a consigné dans les commentaires suivants l'indication des points sur lesquels il désire que les études soient spécialement dirigées.

QUESTION PREMIÈRE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DU TUBERCULE. — DE LA TUBERCULISATION DANS LES DIFFÉRENTS PAYS ET DE SON INFLUENCE SUR LA MORTALITÉ GÉNÉRALE.

Il y a peu d'années encore, il semblait que l'histoire anatomo-pathologique de l'altération que l'on est convenu de désigner sous le nom de tubercule, était complétement terminée : le mode de développement, le siége anatomique et les conséquences de cette altération paraissaient bien établis.

Des assertions émises plus récemment, et qui sont loin d'être conformes aux données généralement acceptées, ont soulevé des doutes, et ont fait naître des hésitations relativement à l'anatomie et à la physiologie pathologiques du tubercule.

Il serait utile de savoir si les divergences assez tranchées qui existent à cet égard entre les observateurs peuvent tenir à quelques différences émanant des circonstances au milieu desquelles l'altération se développe, ou si elles ne résultent que d'une différente interprétation de faits identiques.

Il y aurait donc à rechercher :

S'il existe réellement une production spéciale ou même *spécifique*, qui puisse être considérée comme caractéristique du tubercule.

Quel est exactement le mode de formation de cette altération pathologique.

Enfin, si elle a un siége anatomique exclusif, déterminé et identique dans tous les organes.

Dans ces recherches, il est à désirer que les démonstrations anatomiques et histologiques tiennent plus de place que les interprétations et les appréciations théoriques, et que les impressions personnelles ou les déductions spéculatives ne soient pas substituées à l'expérimentation et à l'observation rigoureuses.

On devra préciser, autant que possible, la valeur exacte et le rôle de certaines altérations qui, pour plusieurs observateurs, sont de nature tuberculeuse, tandis que pour d'autres elles procèdent d'un mouvement véritablement phlegmasique.

Comme on le voit, il s'agit surtout ici de la forme d'altération désignée par certains auteurs sous le nom de pneumonie caséeuse.

Est-il réellement possible d'inoculer le tubercule à la manière des maladies virulentes? Cette question, soulevée dans ces derniers temps, demande encore une solution à laquelle les travaux que sollicite le congrès pourront concourir.

Quant à la seconde partie de la question, on devra surtout tâcher de préciser les conditions étiologiques qui, dans les différents pays, sont considérées comme ayant une influence active et prépondérante.

L'influence de l'âge, du sexe, du climat; celle des races diverses, des habitudes sociales, des boissons, des aliments, des industries spéciales aux lieux où l'observation sera faite, enfin l'action exercée par des maladies antérieures ou coïncidentes, seront donc autant de points particuliers qui devront appeler l'attention.

En étudiant ces diverses questions à l'aide des matériaux d'observation directe dont chacun pourra disposer personnellement, on avancera certainement beaucoup plus la science qu'en accumulant à propos de ces divers sujets les citations et les hypothèses.

Les formes symptomatiques les plus habituelles dans telle ou telle localité sont très-importantes à bien spécifier, comme aussi les complications les plus fréquentes, et l'influence qu'elles peuvent exercer sur la tuberculisation, soit en activant, soit en ralentissant sa marche.

Il est également désirable que l'on puisse étudier dans les divers pays l'influence que la tuberculisation peut exercer sur le développement, la forme symptomatique, la marche et plus spécialement la terminaison des autres maladies.

Ce sera déjà un moyen de connaître « l'influence de la tuberculisation sur la mortalité générale dans les différents pays, » question dont l'importance n'est pas douteuse, quand on considère les ravages que cette affection exerce partout sur les populations.

Il est très-important, et l'on ne saurait trop insister sur ce point, que les documents mis en œuvre pour étudier ces diverses questions soient aussi exacts que possible. On devra donc soumettre tous les renseignements, même, et peut-être surtout les statistiques administratives, à un contrôle rigoureux, avant de les accepter à titre de matériaux d'une valeur positive.

QUESTION II.

DES ACCIDENTS GÉNÉRAUX QUI ENTRAÎNENT LA MORT APRÈS LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

Malgré les progrès incessants de la thérapeutique chirurgicale, la perfection croissante du manuel opératoire, la richesse de l'appareil instrumental, l'attention minutieuse apportée au régime et à l'hygiène des opérés, la mort suit trop souvent encore les opérations sanglantes. Cette terminaison fatale reconnaît un grand nombre de causes qu'il faut tout d'abord séparer en catégories.

Tantôt il en faut accuser une faute ou un accident dont le praticien est plus ou moins responsable.

Tantôt il faut attribuer la mort non plus à l'acte opératoire, mais à la maladie qui l'a nécessité, aux complications qu'elle a fait naître autour d'elle, ou aux causes générales qui l'ont engendrée.

Ces causes de mort d'une appréciation facile, la commission les rappelle, mais n'hésite pas à les éliminer du cadre de la question proposée. L'attention des observateurs devra se fixer de préférence sur une troisième catégorie d'accidents, dont l'étiologie est beaucoup moins connue.

Une opération a été exécutée d'une manière irréprochable, elle n'a intéressé aucun organe essentiel à la vie, les procédés réparateurs naturels convenablement dirigés, maintenus dans de justes limites et débarrassés de toute entrave, doivent réaliser sans peine une guérison qui semble assurée. Cependant on voit surgir des accidents qu'on ne peut rapporter ni à l'étendue, ni à la nature du traumatisme, ni à la négligence d'un précepte quelconque.

Ces complications formidables sont, pour ne citer que les plus communes : le phlegmon diffus, la gangrène, l'érysipèle, l'angioleucite, la phlébite, la pyohémie, le tétanos, etc.

Ces accidents, qui sont de tous les temps et de tous les pays, ont été depuis longtemps soigneusement étudiés. On lutte même contre eux souvent avec plus de courage que de succès, mais les causes qui président à leur développement sont encore entourées d'obscurité. Il semblerait même qu'ils ne se montrent pas toujours, et partout, sous les mêmes aspects, et avec la même fréquence. Ainsi le tétanos, qui dans les pays chauds complique souvent les traumatismes les plus insignifiants, est proportionnellement fort rare sous nos latitudes tempérées. Ainsi encore, à l'infection purulente avec phlébite et abcès métastatiques, si bien décrite par nos auteurs classiques, paraissent de nos jours, et dans nos grands hôpitaux, avoir succédé, comme cause de mortalité, les érysipèles graves et certaines formes latentes de pyohémie.

Ainsi, enfin, quelques grandes opérations : l'ovariotomie, les résections, les amputations, donnent des résultats si différents dans notre pays et dans les contrées d'outre-Manche, qu'on a pu se demander sérieusement si nos races et celles qui peuplent l'Angleterre n'offriraient pas au traumatisme une tolérance tout à fait inégale. Opinion singulière qu'appuient, au moins en apparence, les résultats consignés dans les annales de la chirurgie militaire, après les campagnes de France et de Crimée.

Ces données, encore hypothétiques, c'est-à-dire plutôt entrevues que démontrées, la commission les pose comme problèmes dignes de recevoir une solution.

La nosographie des affections précédemment énumérées étant suffisamment avancée, il serait superflu d'entrer dans de longs détails descriptifs. L'enquête devrait donc porter essentiellement sur les points suivants :

1° La mortalité après les opérations chirurgicales est-elle égale dans tous les pays, ou varie-t-elle suivant la race et les climats?

2° Les affections générales qui la déterminent se montrent-elles partout avec la même fréquence relative, et sous les mêmes formes pathologiques?

3° Au cas où des différences notables seraient constatées, la part faite à la race et au climat, quel rôle conviendrait-il d'assigner au régime, aux modes de pansement et de traitement, à l'hygiène générale? etc.

Les réponses à ces questions difficiles et importantes devront être basées, autant que possible, non sur des impressions ou des souvenirs, mais bien sur des documents statistiques suffisamment explicites, et recueillis avec toute la rigueur de la science contemporaine.

QUESTION III.

EST-IL POSSIBLE DE PROPOSER AUX DIVERS GOUVERNEMENTS QUELQUES MESURES EFFICACES POUR RESTREINDRE LA PROPAGATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES?

Les droits de la liberté individuelle imposent à la discussion de cette question des limites naturelles qu'elle ne peut pas franchir. La solution du problème ne sera donc pas cherchée dans une pénalité nouvelle, applicable aux individus qui vivent sous la loi civile commune. Mais, dans un autre ordre d'idées, l'examen des points suivants donnera vraisemblablement lieu à des conclusions fructueuses.

L'influence respective des diverses espèces de prostitution sur la propagation des maladies vénériennes n'est qu'imparfaitement connue. Or, c'est là une sorte de question préalable dont l'importance n'est pas douteuse. Si, en effet, des documents positifs de provenances diverses démontraient qu'il existe à cet égard des différences considérables entre la prostitution tolérée ou réglementée, et la prostitution clandestine, ces renseignements précis pourraient être le point de départ de mesures administratives nouvelles qui, légitimées à l'avance par l'observation scientifique, seraient déjà par elles-mêmes un véritable progrès.

Quels que soient au surplus les résultats de cette enquête, un fait est, dès aujourd'hui bien certain, c'est que la surveillance de la prostitution est insuffisante au point de vue de la santé publique. Un contrôle plus efficace est donc nécessaire, et il y a lieu d'examiner les meilleurs moyens de l'obtenir.

Il ne sera pas moins opportun de rechercher si quelques mesures spéciales peuvent être appliquées aux soldats et aux marins, car en tous pays, ces grandes agglomérations d'hommes constituent des foyers de contagion, dont la puissance exceptionnelle est depuis longtemps connue.

Telles sont les principales questions que soulève cet important problème d'hygiène publique. Si quelques conclusions rigoureuses sont formulées sur l'un ou sur l'autre de ces points, les délibérations du congrès pourront servir de bases à des propositions motivées soumises à l'examen des gouvernements.

QUESTION IV.

DE L'INFLUENCE DE L'ALIMENTATION USITÉE DANS LES DIFFÉRENTS PAYS SUR LA PRODUCTION DE CERTAINES MALADIES.

Le rôle de l'alimentation dans la production des maladies n'est pas contesté. Mais, en raison même de l'intérêt qu'il présente et des nombreuses questions qu'il soulève, ce sujet est trop vaste pour être traité fructueusement dans son ensemble; aussi la commission a-t-elle jugé utile de le circonscrire entre des limites plus étroites. Dans ce but, et s'attachant de préférence aux données les moins connues, elle a éliminé du programme l'étude des boissons et de l'alimentation insuffisante, dont l'action morbigène est clairement élucidée; les recherches seront donc bornées à l'alimentation exclusive et à l'alimentation nuisible.

Dans le premier ordre de faits, on étudiera les maladies accidentelles, endémiques ou épidémiques qui peuvent résulter, soit de l'alimentation exclusive, végétale ou animale, soit de l'usage habituel et prépondérant de certaines substances, et l'on s'efforcera de saisir les raisons physiologiques des phénomènes morbides qui sont ainsi déterminés. A cette même classe de faits appartiennent aussi les accidents que produisent divers modes de préparation, la fumure, par exemple, la salaison et le boucanage. Corollaires des premiers, les faits de ce genre ne devront pas être négligés.

Sous le chef : alimentation nuisible, la commission n'entend pas comprendre les substances vénéneuses qui peuvent être accidentellement employées comme aliments; on laissera donc absolument de côté les empoisonnements produits par les champignons, par les baies de belladone, par exemple, ou par certains poissons constamment toxiques. On limitera l'examen aux altérations spontanées des substances végétales et animales; on élucidera, s'il se peut, la nature de ces altérations, on recherchera les conditions de temps et de lieux qui les favorisent, et l'on décrira, en s'appuyant sur des faits positifs, les maladies que l'aliment ainsi altéré peut amener chez l'homme. On s'efforcera, en outre, de déterminer l'action pathogénique respective de l'alimentation exclusive et de l'alimentation nuisible sur certaines maladies, la pellagre, par exemple, dont l'étiologie n'est pas encore parfaitement fixée.

Ainsi entendu, le programme embrasse les éléments les plus obscurs du problème; aussi, bien que limité, il présente une utilité réelle et pour la science et pour la pratique.

QUESTION V.

DE L'INFLUENCE DES CLIMATS, DES RACES ET DES DIVERSES CONDITIONS DE LA VIE SUR LA MENSTRUATION.

L'âge de la première menstruation et l'époque de la ménopause varient suivant les *climats*, les *races* et le *genre de vie*. Le but de la question proposée est surtout de déterminer la part de ces trois ordres d'influences, à l'aide d'observations recueillies dans des conditions diverses, et ramenées cependant à des termes comparables.

Les documents qui existent jusqu'ici dans la science ne sont peut-être pas assez nombreux et assez variés pour permettre de résoudre dès maintenant cette question compliquée; mais la solution pourra ressortir du rapprochement des mémoires présentés au congrès par les médecins des divers pays.

Sans prétendre limiter en rien le cadre de leurs recherches, la commission croit devoir leur signaler les principaux éléments du problème.

Pour apprécier l'influence du genre de vie, il faut comparer entre elles plusieurs séries de femmes appartenant à la même race, et résidant dans le même pays, mais vivant dans des conditions différentes. Ces séries peuvent aisément se réduire à trois : les femmes de la classe aisée, les ouvrières et les femmes pauvres des villes, et les paysannes. Les faits connus jusqu'ici tendent à établir que l'âge moyen de la première menstruation présente dans ces trois groupes (qu'on pourrait au besoin multiplier) des différences assez notables.

La condition de comparer entre elles des femmes de même race se réalise assez rarement, dans toute sa rigueur, dans les pays habités par les races d'Europe. La plupart des populations européennes de l'ancien et du nouveau monde sont issues du mélange de plusieurs races, plus ou moins étroitement fusionnées, mélange qui se manifeste par la variation de certains caractères extérieurs, tels que la couleur des yeux et des cheveux. Il serait donc fort intéressant de noter ces caractères anthropologiques dans les observations, afin de pouvoir établir dans chaque groupe des groupes secondaires, composés d'éléments aussi comparables que possible.

L'influence des climats sur les phénomènes de la menstruation ressortira de l'étude de femmes de la même race, vivant sous des climats différents et dans des conditions sociales à peu près équivalentes.

Enfin, les observateurs fixés dans des pays habités par des races bien distinctes pourront, en établissant des groupes basés à la fois sur les conditions précédemment indiquées, et sur les conditions anthropologiques, et sans négliger l'étude importante des femmes de sang mêlé, résoudre le problème de l'influence de la race sur la menstruation.

Il est bien entendu que l'étude des anomalies de la menstruation, considérées dans leurs rapports avec les influences sus-mentionnées, rentrent directement dans le sujet proposé (1).

(1) Les travaux entrepris dans le but de répondre à la question ne peuvent reposer que sur des observations particulières, et ne peuvent d'ailleurs acquérir toute leur importance que par le rapprochement qu'on établira entre les recherches des divers auteurs; il est à désirer que ces recherches, qui seront faites dans des conditions très-différentes, soient exécutées suivant un plan uniforme; nous invitons donc les auteurs à annexer à leurs mémoires un tableau d'observations individuelles, qu'ils pourront aisément disposer dans le cadre suivant :

Sujets observés.	Age.	Condition sociale, profession.	Age de la 1re menstruation.	Menstruation régulière ou irrégulière.	Intervalles des menstruations.	Durée de l'écoulement.	Mariée ou non.	Nombre d'enfants et de fausses couches.	Age de la ménopause.

On pourra y joindre d'autres renseignements relatifs à la taille, à la couleur des yeux et des cheveux, à la constitution, etc. Il est bien entendu que chaque bulletin devra être accompagné de renseignements sur le lieu de l'observation (longitude, latitude, altitude, température, etc.)

QUESTION VI.

DE L'ACCLIMATATION DES RACES D'EUROPE DANS LES PAYS CHAUDS.

Les faits relatifs à l'acclimatement de l'individu ne sont pas compris dans la question proposée. Les hommes d'Europe ne peuvent s'établir dans les pays chauds sans s'exposer à certaines maladies qui accroissent plus ou moins leurs chances de mortalité; toutefois, quelque grands que soient les dangers qu'ils encourent, un certain nombre d'individus peuvent y échapper, soit à la faveur d'une flexibilité particulière d'organisation, soit à la faveur d'un genre de vie capable de neutraliser l'influence nuisible du climat.

On évitera de confondre ces faits individuels avec ceux qui se rapportent à l'acclimatement d'une race. Un certain nombre, et même un grand nombre d'individus acclimatés, ne suffirait pas pour prouver l'acclimatement de la race à laquelle ils appartiennent, car il peut se faire que leurs descendants n'échappent pas aussi bien qu'eux à l'action du climat, et que leur postérité soit appelée à s'éteindre, comme il n'en existe que trop d'exemples, au bout de quelques générations.

Une race n'est acclimatée dans un pays que lorsqu'elle peut s'y maintenir indéfiniment *par elle-même*, sans se croiser avec les races indigènes, et sans recevoir de la mère-patrie des renforts plus ou moins fréquents. Le procédé qui consiste à démontrer l'acclimatement d'une race dans une colonie, en se basant purement et simplement sur l'augmentation du chiffre de la population, est donc tout à fait défectueux. L'arrivée de nouveaux immigrants peut masquer entièrement les effets meurtriers du climat, et réaliser un accroissement numérique là où la colonie, abandonnée à elle-même, serait menacée d'une extinction prochaine. La comparaison de la natalité avec la mortalité, qui est cependant le véritable procédé à suivre, n'échappe même pas à cette cause d'erreur, attendu que la plupart des immigrants, ayant déjà traversé l'âge de l'enfance, qui est la période la plus dangereuse de la vie, ne figurent en général sur les relevés de population qu'à partir du moment où ils sont en état de procréer. De là résulte la nécessité de séparer le groupe des immigrants de celui des colons nés dans le pays.

Pour qu'une race soit complétement acclimatée, il ne suffit pas qu'elle se maintienne par son propre sang; il faut encore qu'elle puisse subsister par son propre travail, en cultivant le sol, et non en le faisant cultiver par des individus d'une autre race. L'acclimatement subordonné à l'assujettissement d'une caste indigène ou exotique, réduite en domesticité ou en esclavage, ne peut être que temporaire, comme les conditions politiques dont il dépend.

Le principal but de la question présentée au Congrès est d'obtenir des documents relatifs à l'acclimatement complet des races d'Europe dans les pays chauds. Toutefois, il ne sera pas sans intérêt d'étudier les conditions à la faveur desquelles les races, bien que n'étant pas complétement acclimatées, peuvent du moins se maintenir par le travail d'autrui dans des régions chaudes, où elles ne pourraient, sans périr, se livrer à la culture du sol.

Sans méconnaître l'utilité des travaux d'ensemble qui pourront être présentés au Congrès sur la question proposée, la commission croit devoir demander surtout des mémoires spéciaux sur l'acclimatement de tel ou tel peuple d'Europe dans l'une des régions chaudes du globe. Elle émet le vœu que chacun de ces mémoires soit accompagné de renseignements aussi complets que possible sur la géographie médicale, la météorologie et la climatologie de ces régions.

QUESTION VII.

DES ENTOZOAIRES ET DES ENTOPHYTES QUI PEUVENT SE DÉVELOPPER CHEZ L'HOMME.

La commission, en proposant comme sujet d'étude l'histoire des productions parasitaires animales et végétales, a été guidée dans son choix par l'importance des recherches entreprises de notre temps.

Les travaux sur le parasitisme sont si nombreux et répondent à des directions scientifiques tellement diverses que la première préoccupation de la commission a dû être et a été de limiter son programme. Il lui a paru nécessaire d'exclure les notions définitivement acquises et déjà sanctionnées par une longue expérience, pour laisser de plus libres développements aux problèmes encore indécis, et qui seuls appellent des débats fructueux. C'est en se conformant à cette pensée qu'elle s'est appliquée à restreindre le cadre de la discussion.

Les espèces parasitaires qu'on désigne sous le nom d'épiphytes ou d'épizoaires, et qui ont pour habitat exclusif l'enveloppe cutanée ou les membranes muqueuses qui confinent à la peau, ont été l'objet d'investigations multipliées; leur histoire est déjà trop près d'être complète pour se prêter à une exposition nécessairement abrégée.

Les parasites animaux qui se développent dans le cours de quelques maladies, intervenant tout au plus à titre de complication, et reconnaissant pour antécédents obligés l'existence préalable d'une lésion locale ou générale, n'ont pas paru davantage devoir figurer dans le programme.

Même en se bornant à l'étude des espèces qui, importées dans l'économie, deviennent des causes de maladies et donnent lieu à des altérations où à des symptômes particuliers (spécifiques), il importe de réserver la première place à l'histoire naturelle. La pathologie occupe provisoirement le second rang, parce qu'elle ne saurait être scientifiquement constituée que du jour où l'on aura des notions positives sur la genèse, l'anatomie et la physiologie des parasites.

Les considérations relatives à l'hygiène publique, aux mesures de police médicale, sont à exclure pour les mêmes raisons.

Les espèces animales qui ont paru devoir fixer surtout l'attention sont celles qui, sujettes à des transformations profondes, ont des formes extérieures, des habitats et des modes de vivre qui varient avec les périodes de leur évolution; celles surtout qui subissent de telles métamorphoses, qu'on n'est arrivé qu'à la longue à saisir ou à entrevoir la continuité de l'individu sous la diversité de ses aspects. C'est dans cet ordre d'idées qu'ont été accomplies les découvertes les plus méritantes de notre temps.

Si, au lieu de s'arrêter aux maladies dites parasitaires, on prend pour point de départ l'étude du parasite lui-même, il est évident qu'on ne saurait se renfermer dans la pathologie humaine. Dans le cours de leur migration et suivant leur mode d'existence, les parasites de l'homme habitent ou peuvent habiter des espèces animales diverses et y accuser leur présence par des symptômes qui répondent à chaque stade de leur évolution.

Se renfermer dans l'histoire des parasites chez l'homme, ce serait non-seulement rompre la série, mais se priver des moyens d'investigation que fournissent les animaux.

La question du parasitisme ne peut être résolue que par des recherches expérimentales instituées dans des conditions que ne comporte pas la médecine humaine.

La commission insiste expressément sur la nécessité d'appuyer les opinions émises par des expériences positives. Ce serait trop peu que d'exposer les faits dont les observateurs ont été les témoins, et qui, pour la plupart, sont consignés dans les nombreuses monographies publiées sur la matière. Il importe de mettre sous les yeux des membres du Congrès les pièces préparées, des épreuves photographiques, des sujets vivants, de répéter autant que possible les expérimentations, de manière à fournir à la fois des preuves et des éléments de contrôle. La seule condition pour que les séances du Congrès ne fassent pas double emploi avec les traités dogmatiques, c'est de mettre, sous les yeux de tous, les faits et les moyens de démonstration.

Les mêmes principes s'appliquent à l'histoire des parasites végétaux ou des entophytes, mais ici les données du problème sont plus complexes. La plupart des espèces végétales, même en éliminant celles qui se fixent sur la peau, ne sont que des productions secondaires développées sur des tissus déjà altérés. Elles n'expliquent ni la genèse, ni même le processus des phénomènes morbides, et ne peuvent, par conséquent, servir à caractériser une maladie.

L'importance pathologique des entophytes reste bien au-dessous de celle des entozoaires. Néanmoins, comme toutes les espèces sont loin d'être rigoureusement définies, il est à désirer qu'on insiste sur la classification, en appuyant les descriptions par des spécimens et des pièces microscopiques.

Une exhibition des types contribuerait plus que les meilleures descriptions à vulgariser des connaissances encore peu répandues.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. DELASIAUVE.

Épilepsie symptomatique d'un ramollissement cérébral. — Hémiplégie gauche. — Dégénération secondaire du pédoncule cérébral droit, de la protubérance, de la pyramide antérieure droite et du cordon latéral gauche de la moelle.

(Observation recueillie par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux.)

F... Marie-Angélique est entrée à la Salpêtrière le 7 décembre 1844, à l'âge de trente-quatre ans. De neuf enfants qu'a eus la mère de notre malade, huit sont morts, en bas âge, de convulsions. Seule, elle en aurait été exempte. On ne connaît dans la famille ni épileptique, ni paralytique.

Marie F... a été réglée facilement et régulièrement à quinze ans. Mariée à vingt et un ans, elle devint bientôt enceinte. Au sixième mois de sa grossesse, elle eut, deux jours et deux nuits consécutifs, des vomissements incessants. Elle aurait également éprouvé, si l'on en croit les renseignements du registre du service, une attaque convulsive. Celle-ci amena une paralysie du côté gauche qui motiva le séjour au lit pendant six mois. Immédiatement après apparurent les accès épileptiques.

Trois autres grossesses furent toutes mauvaises; les accès augmentant de fréquence et d'intensité à mesure qu'approchait le terme. L'accouchement, d'ailleurs, se fit sans accident. Trois des enfants moururent de convulsions; le seul qui survit, une fille de vingt-six ans, n'en a pas souffert.

Pendant les dix premières années, à part les recrudescences dans les grossesses, elle n'avait que deux ou trois chûtes par mois, tantôt très-fortes, tantôt de faible intensité (grand et petit mal). Les premières se déclaraient soudainement. Point de cri initial, point de sang dans l'écume; elle se blessait fréquemment en tombant. Plus tard (1859) les accès se rapprochèrent. On nota, en outre, des vertiges, des étourdissements, parfois de l'agitation maniaque. A cette époque les membres du côté gauche étaient atrophiés et contracturés, la parole difficile. Chaque retour de la menstruation, régulière d'ailleurs, coïncidait avec un accroissement du nombre des accès.

Janvier 1861. Fracture de l'épitrochlée à gauche.

Janvier 1862. D'après les notes dues à l'obligeance de notre collègue, M. Duguet, l'état était le suivant :

« Hémiplégie très-prononcée à gauche; la jambe se lève d'un bloc, pouvant à peine subir une demi-flexion. Les orteils considérés isolément, le pied pris dans son ensemble ne peuvent se fléchir. Celui-ci tombe en dedans. En un mot, il y a de la roideur de toutes les jointures.

« Le membre supérieur correspondant présente les mêmes phénomènes : la flexion de l'avant-bras sur le bras est difficile, la face dorsale de la main est relevée; les doigts, fléchis dans la paume de la main, sont recouverts par le pouce. Les membres sont arrondis, les muscles ne se dessinent plus, bien qu'ils n'aient pas éprouvé de dégénérescence et qu'ils soient même dans un état de contracture permanente. Rien de remarquable à la face.

« La sensibilité au toucher, au pincement, à la piqûre, est intacte à gauche. La vue, l'ouïe, l'odorat, etc., sont également conservés. La sensibilité musculaire est partout normale. La température du côté paralysé est notablement inférieure à celle du côté opposé. La mémoire est nulle, l'intelligence en partie abolie. »

Janvier 1866. Affaiblissement de plus en plus marqué des fonctions physiques et des facultés intellectuelles. Même état des membres du côté gauche. Contracture des doigts. Dans la marche la malade traîne la jambe, le pied porte sur le bord externe. Paralysie du rectum et de la vessie.

Le 26 mars. Après avoir eu hier soir des vomissements, elle a été prise d'un accès épileptiforme. Ce matin, elle est dans un coma profond; la face est pâle, cyanosée, presque froide; la salive s'écoule de la bouche, la respiration est stertoreuse. La contracture est plus considérable que d'habitude. Elle meurt à deux heures du soir.

Autopsie le 28 mars, quarante-quatre heures après la mort. Rigidité cadavérique très-prononcée, égale des deux côtés. Les doigts de la main gauche sont fortement fléchis. La pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Les membres inférieurs ont la même longueur, mais le gauche, de même que le bras correspondant, est notablement émacié. Sa circonférence, prise au niveau du mollet, est de 26 centimètres, tandis qu'à droite elle est de 27 centimètres 5 millimètres. La cuisse (tiers supérieur) mesure 46 centimètres, à gauche, 52 centimètres 5 millimètres, à droite.

Des inégalités semblables existent au bras. On trouve : 1° pour la circonférence de l'avant-bras, un peu au-dessous de l'articulation du coude, 21 centimètres, à gauche, 22 centimètres, à droite; 2° pour celle du bras, à son tiers supérieur, 24 et 26 centimètres.

Les deux poumons sont congestionnés ; le gauche pèse 500 grammes, le droit, 660. Légères adhérences des plèvres à gauche au niveau du lobe supérieur. Le péricarde est sain. Cœur volumineux (350 grammes). Une couche de graisse recouvre presque complétement sa surface externe. Les parois du ventricule gauche sont épaissies ; sa capacité est normale. Il renferme un caillot récent, en partie noir et jaunâtre, remontant un peu dans l'aorte, dont les valvules n'offrent qu'une légère infiltration graisseuse. Valvule mitrale saine. Le ventricule droit est rempli par un caillot semblable au précédent, et se prolongeant dans l'artère pulmonaire jusqu'aux divisions de second ordre.

L'estomac et l'intestin sont normaux. Des adhérences fibreuses le long du colon lombaire gauche indiquent une ancienne péritonite. Rate petite, diffluente. Congestion du foie (1445 grammes). La vésicule biliaire, revenue sur elle-même, est distendue par un calcul trilobé, uni assez intimement à la face interne. Le canal cholédoque, tout au voisinage de son ouverture dans le duodénum, contient deux calculs jaunes de la grosseur d'une petite noisette. Rien dans le pancréas (105 grammes), ni dans les reins (150 grammes à gauche, 145 à droite).

On remarque un épaississement considérable des os du crâne, qui mesurent 9 millimètres sur les régions latérales, 10 à 11 sur l'occipital. La dure-mère incisée, on voit sur l'hémisphère droit un soulèvement kystique de la pie-mère et de l'arachnoïde viscérale. Il est dû à un liquide clair, transparent, comme le liquide céphalo-rachidien. Les sinus latéraux, pétreux supérieurs et inférieurs sont gorgés de sang fluide à gauche, coagulé à droite.

La pie-mère s'enlève assez difficilement sur l'hémisphère gauche où elle est fortement congestionnée, sans être épaissie. Les artères de la base (tronc basilaire, cérébrales postérieure, moyenne, etc.), envahies par de nombreuses plaques athéromateuses, ne contiennent d'ailleurs aucun caillot.

Le pseudo-kyste de la pie-mère comble un vide énorme laissé dans l'hémisphère droit par un ramollissement ancien qui a détruit, à la partie moyenne dans une longueur égale aux deux tiers de celle de l'hémisphère, les circonvolutions comprises entre la face convexe du cerveau et la paroi externe du ventricule latéral. Au niveau de la scissure de Sylvius, la destruction a respecté quelques circonvolutions formant une sorte de promontoire entouré de tous côtés par la substance blanche mise à nu. L'ergot de Morand est libre, le corps strié et la couche optique sont entièrement détruits.

Du reste, la différence de poids entre les deux hémisphères (250 grammes) indique suffisamment l'étendue de la lésion. Les circonvolutions restantes, antérieures et postérieures, ne sont pas atrophiées.

La pie-mère qui recouvre ce vaste foyer, est épaissie et unie à la substance du ramollissement par des tractus abondants, qui font adhérer la membrane vasculaire à la paroi du ventricule latéral. Presque partout blanchâtre et opaque, elle est, en certains points, brunâtre.

La face inférieure du pédoncule cérébral droit présente une teinte jaunâtre, demi-transparente. Cette coloration pénètre à une certaine profondeur. Ce phénomène n'ayant été remarqué que plus tard, on n'a pu comparer ce pédoncule avec l'autre, ni pour l'aspect ni pour la consistance. Quant au volume, il paraissait le même.

Cette altération si remarquable du pédoncule se poursuit dans l'épaisseur de la protubérance annulaire, au-dessous des fibres transversales superficielles. Elle forme une bandelette d'apparence gélatineuse qui la relie à une autre tout à fait semblable, siégeant sur la pyramide antérieure droite.

Beaucoup moins volumineuse que la gauche, cette pyramide a une couleur grise, franchement gélatineuse. La lésion, profonde d'un millimètre, en intéresse toute la longueur et toute la largeur.

En fendant le bulbe dans le sens longitudinal, on voit que l'altération de la pyramide se dirige en arrière, pour, au niveau de l'entrecroisement, passer du côté opposé, c'est-à-dire à gauche, où on peut y constater les mêmes caractères.

Au-dessous de l'entre-croisement, une coupe de la moelle montre une différence notable entre les deux cordons latéraux, au détriment du gauche. Les autres cordons ont un égal volume. Les cordons latéraux et antérieurs, de chaque côté, ressemblent, quant à la coloration, à ceux qui leur correspondent du côté opposé.

Examen microscopique fait le même jour par M. Ch. Bouchard. Le tissu cellulaire qui existe à la base du ramollissement, en partie amorphe, offre des granulations parsemées de myélocytes et de noyaux embryoplastiques abondants; on y trouve des capillaires peu ou pas athéromateux, mais dont les noyaux sont multipliés. On découvre encore des granulations d'hématoïdine, quelques granulations graisseuses libres, des corps amyloïdes assez nombreux; il n'y a pas trace de corps granuleux.

Dans certains points, on observe du tissu conjonctif fibrillaire, et, interposées aux fibres des masses sphériques, fortement réfringentes, d'apparence calcaire.

La portion du tissu cellulaire qui est brunâtre, doit sa coloration au plus grand nombre de granulations graisseuses et d'hématoïdine qu'elle renferme.

La couche jaune, brunâtre, signalée sur le pédoncule cérébral droit, est constituée par une matière amorphe, transparente, finement granuleuse, où l'on voit des myélocytes et des noyaux embryoplastiques. Il y a, en outre, des granulations moléculaires graisseuses libres, en petite quantité. Les quelques tubes nerveux qu'on aperçoit, sont sains ou légèrement variqueux; enfin, on constate l'existence d'un nombre limité de corps amyloïdes.

Sur la pyramide antérieure droite, les lésions histologiques sont les mêmes que celles que nous venons de noter sur le pédoncule. Les corps granuleux font également défaut.

Au-dessous de l'entre-croisement des pyramides, une parcelle de tissu prise sur la partie externe du cordon latéral gauche de la moelle a fait voir, au milieu de tubes nerveux sains, un nombre assez considérable de myélocytes, sans interposition de matière amorphe.

L'examen (septembre 1866) d'une coupe prise sur le milieu de la moelle cervicale, après durcissement dans l'acide chromique, a donné les résultats suivants : dans la partie postérieure du cordon latéral droit, on trouve une raréfaction des tubes nerveux, raréfaction qui se traduit par une tache claire, piquetée de noir et tranchant, par suite, avec la teinte sombre, uniforme des parties saines des cordons blancs (1).

Réflexions. — I. Survenue après une hémiplégie, l'épilepsie sembla être la manifestation extérieure d'une désorganisation cérébrale (ramollissement). Dans ces cas, les convulsions portent en général plus spécialement sur les membres paralysés. Aucun renseignement ne prouve que les accès, ici, aient en rien différé de ceux de l'épilepsie dite idiopathique.

II. Les parois du crâne étaient considérablement épaissies, non comme souvent on l'observe, au niveau des foyers de ramollissement, mais sur l'ensemble de la boîte osseuse.

III. Autre particularité également signalée par les auteurs : une sérosité abondante, enfermée dans un soulèvement kystique de la pie-mère, paraissait avoir pour but de combler le vide résultant de la déperdition de substance nerveuse.

IV. Nulle différence de longueur n'existait entre les deux moitiés du cerveau. Les portions persistantes de l'hémisphère droit n'avaient pas subi d'atrophie apparente, bien qu'il pesât 240 grammes de moins que l'hémisphère gauche. Cela a presque toujours lieu quand l'altération s'est formée d'une manière lente et progressive.

Quant à l'opinion de M. Baume, qui cherche à expliquer l'intensité, la fréquence des accès, par une inégalité de poids interhémisphérique, les exemples comme le précédent ne pourraient entrer en ligne de compte. Il faut, ce que M. Baume n'a pas fait, distinguer les spasmes purement nerveux de l'épilepsie idiopathique des convulsions épileptiformes, symptomatiques d'une lésion organique, ramollissement, etc.

V. Dans ses phases, la lésion a présenté l'ensemble des caractères assignés par M. Durand-Fardel à la troisième période du ramollissement chronique. On verrait alors, — et notre malade en est un exemple, — une atrophie complète de la partie altérée : à la surface de l'encéphale, de véritables ulcérations de la substance corticale, et dans la profondeur, la « déperdition proprement dite d'un corps strié, d'une couche optique ou de toute une portion, quelquefois de la presque totalité d'un hémisphère. » (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement*, p. 84).

VI. Une portion du foyer offrait une teinte plus foncée, d'un brun jaunâtre, due, ainsi que l'a fait entre autres remarquer M. Proust, aux cristaux d'hématoïdine mêlés à la graisse. Cette coloration s'observerait fréquemment dans les ramollissements anciens, et surtout, comme ici, dans les corps striés et leur voisinage.

VII. Mais le fait capital, dévoilé par l'examen microscopique, c'est la dégénération qui a frappé secondairement le pédoncule cérébral, la protubérance, etc. En pareil cas, dit M. Ch. Bouchard, « l'inspection directe permet souvent de saisir certaines particularités qui peuvent mettre sur la voie de l'altération. Ainsi, dans les dégénérations descendantes, suite d'affection ancienne de l'encéphale, il n'est pas rare de trouver le pédoncule du côté malade plus petit que l'autre; on remarque alors, après avoir arraché ses enveloppes, que sa couleur est modifiée. Il présente, à sa face inférieure, une traînée d'un gris jaunâtre, dirigée dans le sens de ses fibres, plus ou moins large, située tantôt à la partie interne, tantôt à la partie externe, suivant le siége qu'occupe dans l'hémisphère l'altération primitive. Il n'est pas rare non plus que la protubérance présente, du même côté, un aplatissement plus ou moins notable. Le bulbe, dépouillé de ses enveloppes, montre aussi une différence tranchée entre les deux pyramides antérieures : celle du côté malade est comme le pédoncule, petite et jaunâtre. Cette atrophie rend alors l'olive du même côté plus saillante, et pourrait faire croire à une maladie de cet organe. » (*Des dégénérations secondaires de la moelle épinière*, p. 19.)

Dans le cas actuel, la lésion pouvait être suivie à l'œil nu. Les pédoncules avaient le même volume, mais la différence entre les deux pyramides antérieures existait et venait confirmer l'opinion de M. Bouchard.

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique.

CATARACTE TRAUMATIQUE, AVEC SYNÉCHIE POSTÉRIEURE;

Abaissement,

Par le Dr Bouyer (de Saintes).

M. S..., de la Croix-de-Pic, arrondissement de Cognac (Charente), vingt-sept ans, tempérament sanguin.

Il y a un an environ, ce jeune homme surveillant une explosion de mine dans une exploitation de pierres, fut victime d'un accident qui fit éclater prématurément la poudre. Il fut littéralement criblé de projectiles; il perdit les deux derniers doigts de la main gauche et eut tout le visage tatoué et brûlé par la poudre.

Admis d'urgence à l'hôpital de Cognac, il dut subir l'amputation des deux métacarpiens blessés à la main gauche. Il fut ensuite retenu très-longuement dans cet établissement, pour guérir les diverses lésions occasionnées par son accident.

De ces lésions, celles des yeux doivent seules nous occuper. L'œil gauche criblé a promptement disparu sous l'influence d'une fonte purulente; quant à l'œil droit, moins compromis, il a néanmoins été très-profondément atteint par une kérato-conjonctivite, compliquée d'iritis et de cataracte.

Ce malheureux, une fois guéri de ses diverses lésions, M. le docteur Tercénier, de Cognac, me l'adresse à Saintes, à la fin de juin 1863, pour que je juge de l'opportunité qu'il y aurait à faire quelque chose pour sa cataracte.

Voici l'état de S... à cette époque :

La figure est tatouée par points irréguliers, comme les marques de la variole, mais ayant conservé la couleur du tatouage de la poudre; elle est criblée.

Les paupières gauches sont fermées sur l'orbite vide.

L'œil droit est très-sensible à la lumière, mais ne perçoit pas les objets. La cornée offre plusieurs grains de poudre enchassés dans ses lames; la sclérotique en a aussi beaucoup. Le cristallin, observé directement et par l'éclairage oblique, est opaque et présente un noyau central entouré d'un nuage gris perle, qui semble indiquer une cataracte molle avec quelques points indurés; l'iris est contractile dans ses trois quarts supéro-internes, mais il est retenu en bas et en dehors par une synéchie postérieure qui peut avoir de 2 à 3 millimètres. Les phosphènes sont normaux.

Deux moyens d'opération se présentaient à l'esprit : ou bien l'extraction linéaire en introduisant une curette par la plaie cornéenne et faisant basculer le cristallin par un mouvement sec qui pût rompre l'adhérence : c'est une opération que j'ai vu pratiquer à M. Desmarres, pour un cas analogue; ou simplement l'abaissement.

Je me décidai pour ce second moyen, parce que la cornée, modifiée dans sa vitalité par les corps étrangers qu'elle recélait, pouvait plus facilement s'enflammer et donner lieu à une suppuration qui aurait fait échouer l'opération, et de plus, j'avais, pour m'entraîner à l'abaissement, les chances de résorption si grandes à cet âge.

Je me servis d'une aiguille lancéolaire large comme deux fois et demie celle de Dupuytren et très-tranchante. J'opérai S... le 1er juillet 1863, avec l'aide des docteurs Bargignac et Bouyer père.

Voici les détails du manuel opératoire que j'ai dû modifier de la façon suivante : le malade, assis sur une chaise dans la position classique, je fis ma ponction 2 millimètres au-dessus du diamètre transverse de la sclérotique au lieu de la faire au-dessous; je contournai la lentille par sa partie supérieure; puis, une fois l'aiguille ramenée dans le champ pupillaire, je commençai par rompre et lacérer avec son tranchant la bride fibreuse qui retenait l'iris; puis je sectionnai la paroi antérieure de la capsule et l'opération fut ensuite terminée par le procédé classique. Quelques flocons tombèrent dans la chambre antérieure, mais la résorption devra en faire justice.

Séance tenante, le malade a déclaré voir la fenêtre qui était devant lui.

Je fais ensuite à ce malade une abondante saignée; je lui plaçai, par excès de précautions, un vésicatoire à la nuque, et il fut maintenu plusieurs jours à une diète sévère.

Le 7 juillet, il distinguait très-bien des pièces de monnaie variées, des clefs et autres menus objets. Dans les jours suivants, quelques maux de tête cédèrent à des laxatifs, et vers le milieu du mois, quand il quitta Saintes, il y voyait d'une façon très-satisfaisante.

Sept mois après, le jeune S..., qui depuis longtemps avait recommencé à travailler, vint me voir, et, avec les lunettes à cataracte, il distinguait les objets les plus ténus et avait recouvré une vue aussi satisfaisante que possible.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Tannin dans la conjonctivite.

Dans la période aiguë de la conjonctivite, M. Sheaton préfère aux astringents minéraux, comme les sels d'argent, de zinc, de plomb, de cuivre, et autres, le collyre au tannin, dans la proportion de 4 à 8 grammes pour 30 grammes d'eau distillée. Quelques gouttes instillées dans l'œil amènent un larmoiement considérable, mais sans la douleur et le picotement parfois insupportable des sels minéraux, et en répétant l'usage aussi souvent que l'intensité du mal le réclame, on voit bientôt survenir la contraction des capillaires engorgés.

Lorsque la période aiguë est passée, le tannin, comme simple astringent, ne saurait détrôner les sels minéraux.

(*Rev. de thér. méd. chir.* août 1866.)

M. ROSTAN.

Les obsèques de M. le professeur Rostan ont eu lieu, comme nous l'avons annoncé, samedi à onze heures, en l'église Saint-Germain des Prés.

Une foule considérable de médecins avait tenu à honneur de rendre les derniers devoirs à l'homme éminent qui vient de s'éteindre. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine; Bouchardat, président de l'Académie de médecine ; Davaine, ancien directeur de l'Assistance publique; et Baltard architecte de la ville, ami du défunt.

Parmi les personnes qui conduisaient le deuil, on remarquait M. le docteur d'Astros, accouru de Marseille pour rendre les derniers devoirs à son oncle.

Une députation de la Faculté et de l'Académie de médecine était venue se joindre au cortége.

Quatre discours ont été prononcés sur la tombe de M. Rostan.

M. Monneret, au nom de la Faculté a dépeint le savant. — M. Bouchardat, très-ému et d'une voix vibrante, nous a rappelé — au nom de l'Académie — l'homme privé que chacun regrette.

M. Lucien Boyer, dont nous reproduisons plus loin l'allo-

cution est venu rendre un dernier hommage à M. Rostan, au nom du Var, pays natal du célèbre professeur. Enfin, M. Vigla, a pris la parole au nom de la Société médicale des hôpitaux dont M. Rostan avait été l'un des fondateurs.

Nous regrettons de ne pouvoir publier aujourd'hui le discours de M. Bouchardat.

Discours de M. le docteur Lucien Boyer,

Membre du Conseil général du Var.

Messieurs,

Vous avez entendu les interprètes éloquents des corps illustres dont faisait partie celui dont nous déplorons la perte. Ce ne serait pas à moi de parler ici au nom de ses élèves dont je ne suis qu'un des plus obscurs, quoique un de ceux qui ont été le plus comblés de ses bontés, mais c'est à moi qu'incombe le devoir et qu'appartient le droit de lui adresser les derniers adieux de son pays natal, d'exprimer ici les regrets de la province dont il est une des gloires et qui a toujours eu une si grande part dans son affection.

M. Rostan est né à Saint-Maximin (département du Var); sa famille était de Tourves, ville voisine où vit encore entouré du respect général un frère plus âgé que lui. Dès sa plus tendre jeunesse il reçut du vénérable abbé d'Astros, depuis prince de l'Église(1), les premiers enseignements dont le fruit s'est retrouvé conservé à ses dernières heures, car quoi qu'on en ait pu dire ou penser, le fondateur de l'organicisme médical n'a jamais été matérialiste, et toujours il a su maintenir une ligne de démarcation tranchée entre le domaine de la science et celui de la religion.

Amené à Paris de bonne heure par un père dont la sollicitude tendre et éclairée avait su discerner ses heureuses dispositions, il y fit de fortes études qui préparèrent pour l'avenir le penseur méthodique et profond, le professeur et écrivain brillant et correct qui a tenu une si grande place dans l'enseignement.

Depuis lors, il ne fit plus en Provence que de courtes apparitions; retenu dans le grand centre des progrès de la science, dans l'arène de la discussion des doctrines médicales, par les exigences du service hospitalier qu'il avait embrassé avec ardeur, ce qui faillit lui coûter la vie lorsque les désastres de la patrie firent de la Salpêtrière un foyer de typhus; par celles de l'enseignement clinique auquel il s'était voué, par celle d'une pratique étendue qui était venue spontanément le trouver, il ne put revoir son pays qu'à de longs intervalles et toujours pour peu de temps; mais chacun de ces rapides voyages fut une nouvelle occasion de s'y faire aimer de plus en plus, accessible à tous, bienveillant toujours, ne refusant jamais ses précieux conseils ni ses services généreux et discrets; j'ai dit discrets, car de sa vie toute au grand jour il n'a jamais caché qu'une chose, le bien qu'il faisait.... je ne puis en dire davantage, ce serait contrevenir à sa volonté.

Lorsqu'une grande position dignement acquise et noblement occupée les lui eût rendus plus faciles, lorsque les douces joies de la famille, ayant remplacé les ardeurs dévorantes de la lutte, lui eurent fait sentir plus vivement tout le charme de ces retours au berceau de ses premières années, sa santé déjà gravement compromise ne les lui permit pas.

Mais éloigné de la Provence, il l'a toujours eue présente à l'esprit; toujours il s'est plu à reporter sa pensée vers les plus anciens souvenirs de son enfance, sur les beautés du pays natal, sur les grands et utiles travaux qui doivent en accroître la prospérité, sur les caractères particuliers du génie méridional dont il était un si parfait représentant, et sur les progrès intellectuels et moraux qui doivent le féconder mais non l'éteindre.

C'est sur ces sujets qu'il ramenait toujours nos entretiens intimes, depuis que la cruelle maladie qui devait nous le ravir, l'avait arraché à la pratique active de la médecine.

La Provence qu'il a tant aimée n'oubliera pas sa mémoire et la considérera toujours comme un fils dont elle a le droit d'être fière, comme une de ses gloires les plus pures et les plus dignes de douloureux regrets.

Maître chéri et vénéré, compatriote illustre, reposez en paix.

(1) Cardinal, archevêque de Toulouse.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE,

RÉCOMPENSE A DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE POUR LEUR CONDUITE PENDANT LE CHOLÉRA.

Par arrêté ministériel en date du 28 septembre 1866 :

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à dater du 1er octobre prochain, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra :

1° Services rendus à Amiens :

M. Tostain, étudiant de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

2° Services rendus dans différentes communes du département du Pas-de-Calais :

M. Debuschère, étudiant de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Il est vraiment regrettable que les journaux, même les plus graves, mettent parfois tant de légèreté à accueillir et à publier les faits divers les moins véridiques.

On lisait dans le *Moniteur* de vendredi dernier : « Deux albinos « jumeaux viennent de naître à l'Hôtel-Dieu. La nouvelle s'en est bien-« tôt répandue dans les salles, et aussitôt les élèves quittant le service « ont eu hâte d'accourir pour voir les deux enfants. »

Suivaient d'assez longues réflexions qui se terminaient par ces mots : « Les deux albinos que l'Hôtel-Dieu a vus naître, seront au contraire « environnés de tous les soins possibles. » Or, vérification faite, il s'est trouvé que l'Hôtel-Dieu n'a pas vu naître deux ni même un seul albinos.

Il est vrai qu'une jeune albinos y est venue accoucher pour la seconde fois; mais l'enfant qu'elle y a mis au monde, était, comme le premier du reste, constitué de la manière la plus normale, et ne présentait pas la moindre trace d'albinisme.

Jusqu'ici le *canard* en question paraît bien innocent; et nous ne nous serions pas arrêté à le signaler, s'il n'avait eu les conséquences que voici :

La jenne mère encore souffrante, devait aller passer quelques jours à l'asile du Vésinet. Mais sur la foi du *Moniteur* le *Petit journal* a fait paraître, en guise de premier Paris une chronique de quatre colonnes portant ce titre en grosses lettres : « les albinos de l'Hôtel-Dieu. »

Il paraît que le *Petit journal* est beaucoup lu dans les hôpitaux et les hospices. La pauvre albinos l'a donc vu; et craignant de devenir l'objet d'une curiosité croissante de la part des autres malades, elle a voulu retourner directement chez elle, malgré son état de faiblesse. Ainsi elle s'est trouvée, par le fait d'un journal, privée de ces soins attentifs qui eussent hâté sa convalescence à l'*asile du Vésinet*.

— La ville d'Armentières vient d'envoyer à M. le directeur de l'École de médecine de Lille six médailles d'or et 1,800 francs pour être offerts aux étudiants qui se sont dévoués au soulagement des cholériques de cette ville.

— Le *Montpellier médical* nous annonce la mort d'un de ses collaborateurs, M. le Dr Triadou, ancien interne très-distingué de l'hôpital Saint-Éloi, et qui avait figuré avec honneur au dernier concours de la Faculté de Montpellier, pour l'agrégation en chirurgie.

— M. le Dr Sève, médecin des épidémies, et membre du conseil d'hygiène publique des Basses-Alpes, vient de succomber, à peine âgé de quarante-sept ans.

— M. le docteur Fort reprendra ses cours particuliers d'anatomie et de pathologie, le lundi 15 octobre, à midi, à l'École pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bailly, Barrailler, Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, Devilliers, Alfr. Fournier, T. Gallard, H. Gintrac, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hérard, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Lunier, Marcé, A. Nélaton, Panas, Péan, V. A. Racle, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau, Valette, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. Se composera d'environ 15 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils. — Les tomes I à V sont en vente. Les principaux articles du tome V sont : Bile, par Jaccoud ; Biliaires (voies), par Luton ; Bismuth, Bonnes (eaux), Bronches, par Henri Gintrac ; Blennorrhagie et Bubon, par Alfred Fournier ; Blépharite, Blépharoptose, Blépharospasme, par Gosselin ; Blessures (médecine légale), par A. Tardieu ; Boissons, par L. Hébert ; Bouche, par Ch. Fernet ; Bougies, par Desormeaux ; Bourses séreuses, par Kœberlé ; Bouton d'Alep, Bouton de Biskra, par Barallier ; Bras, par Desormeaux et Anger ; Bronzée (maladie), par Jaccoud ; Brûlures, par Laugier ; Bulles, par Hardy ; les eaux minérales par L. Desnos.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

En attendant que la question des nourrices prenne sa place à l'ordre du jour de l'Académie, le procès s'instruit de toutes parts. L'Académie a reçu hier le complément annoncé par M. le docteur Monot, et elle a entendu une lecture de M. Odier, faite en son nom et au nom de M. Blache fils, sur les causes de la mortalité des nouveau-nés et les moyens d'y remédier. Nous avons reçu de notre côté une lettre sur le même sujet, de M. le docteur Faure. On trouvera dans le compte-rendu de la séance l'énoncé de la proposition que font MM. Odier et Blache de soumettre à l'avenir les nouveau-nés et les nourrissons à la formalité du pesage, comme moyen de vérification et de contrôle. Quant à la lettre de M. Faure, son étendue ne nous permettant pas de la publier aujourd'hui, nous en renvoyons l'insertion à un prochain numéro.

La séance a été occupée en grande partie par la suite de la lecture des recherches de M. Dubois (d'Amiens), sur Louis et Vicq-d'Azyr. Nous reprendrons samedi prochain la publication de ces intéressantes recherches. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Symptomatologie de la goutte viscérale.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Ainsi que je vous l'avais annoncé à la fin de notre dernière conférence, l'étude de la goutte viscérale va maintenant nous occuper. Il ne me paraît pas nécessaire, au point où nous en sommes arrivés, de justifier à vos yeux l'importance de ce sujet, qui se recommande à votre attention sous un double point de vue ; car, sous le rapport de la pathologie générale, la question si obscure et si controversée des métastases et des rétrocessions se rattache de la manière la plus intime à cette étude ; et pour ce qui touche à la pathologie spéciale, l'histoire de ces manifestations viscérales nous permet de saisir à la fois les ressemblances si profondes qui rapprochent la goutte du rhumatisme, et les différences qui l'en séparent.

Mais avant de descendre sur le terrain de la clinique pour aborder la description des faits particuliers, il nous paraît indispensable de préciser autant que possible le sens de cette expression, *goutte viscérale*.

Il ne faut point appliquer indistinctement ce terme à toutes les maladies dont le goutteux peut se trouver atteint ; ces affections, — dont les unes sont purement accidentelles, tandis que les autres n'ont, avec la goutte, qu'une parenté assez éloignée, — sont modifiées, il est vrai, par la nature du terrain sur lequel elles se développent ; mais on ne saurait les ranger au nombre des conséquences directes de cette maladie.

Nous réserverons donc le nom de *goutte viscérale* aux phénomènes morbides qui peuvent se développer dans nos organes intérieurs, sous l'influence immédiate de la diathèse goutteuse ; et dans cette série pathologique, nous distinguerons deux groupes parfaitement naturels : le premier comprend les troubles fonctionnels qui relèvent de cet état général ; le second embrasse les lésions organiques qui peuvent se développer sous son influence.

C'est surtout au premier de ces deux groupes que s'appliquent les expressions de goutte larvée, mal placée, rétrocédée, qu'on rencontre à chaque pas dans les auteurs ; et pour conserver à cette famille morbide un caractère homogène, on ne doit y faire rentrer que les affections viscérales qui, sous tous les rapports essentiels, sont analogues aux lésions articulaires de la goutte, et jouent le même rôle dans le drame pathologique, si l'on fait abstraction du siége qu'elles occupent.

Permettez-moi, pour mieux vous faire saisir ma pensée, de citer ici quelques exemples. Un individu, depuis longtemps dyspeptique, éprouve subitement un accès de goutte ; le voilà guéri de sa dyspepsie ; mais, les accidents articulaires une fois calmés, l'estomac redevient malade comme autrefois. Voilà, messieurs, un cas incontestable de goutte viscérale, dans lequel l'estomac semble remplacer les articulations au point de vue morbide, et se trouve, en quelque sorte, appelé à souffrir à leur place. On sait de même, qu'un malade affecté de convulsions épileptiformes, peut devenir goutteux, et que la guérison des accidents nerveux peut quelquefois s'ensuivre ; et la réciproque est également vraie. Du reste, c'est surtout chez les vieillards que se rencontrent de pareilles métamorphoses ; Garrod en a rassemblé plusieurs observations.

Dans les cas de ce genre, l'affection viscérale paraît consister en un trouble purement dynamique ; tout au plus existe-t-il une modification superficielle des tissus. On comprend, d'ailleurs, que la gravité de ces manifestations est subordonnée au siége qu'elles occupent.

Mais on voit presque toujours manquer ici ces dépôts cristallisés d'urate de soude, qui, dans les cartilages et les tissus fibreux, viennent inscrire en quelque sorte l'histoire des accès antérieurs. Au reste, les éléments anatomiques peuvent être imprégnés d'urate de soude sans offrir de dépôts cristallins. Ces affections offrent un caractère essentiellement mobile : elles paraissent et disparaissent subitement ; elles peuvent coexister avec les accidents articulaires, les précéder ou les suivre : mais, dans la majorité des cas, on les voit alterner avec eux. Dans le cas où l'affection viscérale est antérieure à la goutte articulaire et constitue pendant un temps plus ou moins long la seule manifestation de la diathèse, on lui donne le nom de *goutte larvée ;* lorsqu'au contraire elle succède aux accidents du côté des jointures, elle reçoit celui de *goutte remontée* ou rétrocédée, pourvu toutefois que la métastase ait été provoquée par l'intervention manifeste d'une cause extérieure, le froid, par exemple. On dit enfin que *la goutte est remontée d'elle-même* lorsque le déplacement des symptômes s'est effectué *spontanément*.

C'est ici que se présente l'un des problèmes les plus difficiles à résoudre, dans l'étude que nous avons entreprise. Les accidents de la goutte viscérale peuvent-ils exister chez des sujets dont les jointures n'ont jamais été et ne seront jamais malades ? En d'autres termes, la goutte larvée peut-elle exister indépendamment de la goutte articulaire ? La chose est au moins vraisemblable ; mais de combien de difficultés la démonstration n'est-elle pas entourée !

Remarquons toutefois que ces phénomènes peuvent exister chez un sujet issu de parents goutteux, et dès lors manifestement prédisposé à la goutte. C'est là une première présomption en faveur de l'hypothèse que nous nous efforçons de défendre. En second lieu, l'affection viscérale se présente souvent sous l'une des formes qu'elle revêt habituellement lorsqu'elle coexiste avec la goutte articulaire. En troisième lieu, il est des cas où l'affection des jointures se montre à l'état rudimentaire, et se manifeste par des élancements douloureux (*twinges*). Enfin, la diathèse urique, caractérisée par l'ensemble des phénomènes que nous avons précédemment décrits, peut venir donner à ces manifestations viscérales de la goutte, un cachet d'authenticité qui ne pourra guère être révoqué en doute, lorsqu'on aura constaté la *présence de l'acide urique dans le sang*.

Il nous reste maintenant le second groupe, celui des lésions organiques, qui succèdent presque toujours à la longue aux affections de la première espèce, et occupent le même siége. Au reste, nous sommes loin d'admettre une distinction absolue entre ces deux ordres de phénomènes, et nous croyons volontiers que les troubles fonctionnels ne sont que le premier degré de ces modifications de texture, qui donnent naissance à des troubles permanents.

Nous nous sommes efforcés, messieurs, de réduire à des notions très-simples la nomenclature si compliquée des affections goutteuses ; et pour imprimer ces notions dans votre esprit avec une clarté plus grande encore, nous les résumerons dans le tableau suivant :

Goutte viscérale. .	Fonctionnelle. .	Larvée (précède.)
		Remontée (suit.)
	Anatomique, avec lésions permanentes.	

I. — Nous allons maintenant étudier successivement les deux formes de goutte viscérale, que nous avons reconnues dans chacun des organes, dans chacun des appareils qui peuvent en devenir le siége.

Nous commencerons par le tube digestif, car c'est sur ce point que les affections de ce genre se développent de préférence ; et l'on a pu dire avec raison, que « *la goutte est à l'estomac ce que le rhumatisme est au cœur.* »

A. Nous ne dirons qu'un seul mot sur une affection assez rare de l'œsophage, signalée par Stoll et Garrod : il s'agit de la constriction spasmodique de ce conduit, qui s'oppose au passage du bol alimentaire. Un accès de goutte amène la résolution de cet état.

B. Occupons-nous maintenant de la goutte gastrique, sujet que nous avons effleuré déjà, en vous parlant de la dyspepsie habituelle aux sujets goutteux, ainsi que des accidents nerveux qui l'accompagnent.

La goutte *larvée* de l'estomac précède les accès et peut même se développer avant toute affection articulaire : chez un grand nombre de sujets, aussitôt que les jointures sont prises, les troubles gastriques éprouvent un amendement notable.

Chez un malade dont nous avons nous-même recueilli l'observation, il existait des troubles digestifs avant le premier accès de goutte ; le diagnostic fut fondé sur la présence d'une concrétion tophacée de l'oreille externe, et la marche ultérieure des accidents vint confirmer complétement notre manière de voir.

Dans un autre cas, il y avait eu autrefois *un seul accès* de goutte articulaire. Une dyspepsie intense s'était déclarée plus tard ; et après avoir vainement invoqué les secours de la science régulière, le malade crut devoir s'adresser à l'homœopathie. Un succès inespéré vint couronner ce mode de traitement, et l'on s'applaudissait déjà d'avoir eu recours à la médecine nouvelle, lorsque tout à coup il survint un accès de goutte au pied, qui donna l'explication de cette guérison miraculeuse ; il s'agissait ici d'une manifestation viscérale de la diathèse.

La goutte *rétrocédée* ou *remontée à l'estomac*, diffère de la goutte larvée, par sa gravité ; c'est ici qu'on a souvent l'occasion d'observer ces symptômes graves, qui aboutissent quelquefois à la mort.

La goutte, à ce que l'on prétend, peut remonter d'elle-même ; c'est la métastase spontanée de Guilbert. Mais le plus souvent ce déplacement a été provoqué par l'intervention d'une cause directe. Le cours régulier de la maladie a été interrompu par une émotion vive, par une indigestion, ou par un traitement intempestif ; impatient de souffrir, le malade a commis l'imprudence de plonger le membre dans l'eau glacée (Lynch, Parry), ou de s'administer un remède spécial, le colchique, par exemple (Trousseau, Potton de Lyon). On voit alors céder, comme par enchantement, la douleur et la tuméfaction des jointures ; déjà le malade se félicite du traitement qu'il s'est appliqué, lorsque tout à coup on voit éclater les phénomènes redoutables de la goutte remontée à l'estomac.

Il y a lieu de distinguer ici, avec Budd et Scudamore, deux formes symptomatiques. Dans le premier cas, le mal s'annonce sous la forme *cardialgique* ou *spasmodique ;* il existe alors une douleur vive avec sentiment de crampes à la région épigastrique, et cette sensation pénible est calmée par la pression ; il se produit en même temps une distension marquée de l'estomac, avec des vomissements souvent incoercibles, et un état général plus ou moins grave : on voit alors survenir de l'algidité, des sueurs froides ; le pouls est petit, fréquent, irrégulier ; il y a une tendance à la syncope. En pareil cas, surtout depuis Cullen, on fait usage de stimulants, et les alcooliques sont tolérés à haute dose.

Dans le second cas, la maladie prend une forme inflammatoire. Il existe une vive douleur épigastrique, surtout à la pression ; des vomissements répétés, quelquefois noirâtres ou sanguinolents ; un appareil fébrile plus ou moins intense, et, à la suite de tous ces phénomènes, un état de prostration générale. Mais ici les stimulants ne sont plus tolérés, et l'on vante les émissions sanguines.

Dans les cas où la santé doit se rétablir, tout cet appareil symptomatique disparaît subitement, soit sous l'influence de la médication, soit d'une façon spontanée, et la fluxion goutteuse revient au gros orteil. On croit assez généralement à l'influence des applications stimulantes sur la jointure primitivement affectée, pour y rappeler la goutte, qui semble s'être déplacée ; mais c'est à peine s'il existe dans les auteurs quelques faits bien authentiques pour corroborer l'utilité de ce traitement.

Mais la science possède huit à dix observations dans lesquelles ces accidents se sont terminés par la mort. On a rencontré à l'autopsie un épaississement du tissu cellulaire sous-cutané ; la muqueuse de l'estomac est œdémateuse, et la cavité de l'organe renferme quelquefois un liquide noir. L'ensemble de ces lésions semble indiquer une altération déjà ancienne, malgré la soudaineté de l'irruption de la maladie.

Au reste, ces cas si terribles sont heureusement fort rares ; Scudamore n'en cite que deux ou trois, Garrod et Brinton n'en ont jamais rencontré un seul. Tout récemment Budd et Dittrich en ont publié deux exemples.

Mais à un plus faible degré, la goutte remontée à l'estomac est une affection assez commune ; elle se rencontre surtout dans le cas d'asthénie, de cachexie goutteuse, et chez les individus qui ont abusé des spécifiques, des applications de sangsues et du froid.

On peut cependant se demander si l'existence de cette maladie n'a pas été trop légèrement admise chez un certain nombre de sujets. Il est facile, en effet, de commettre ici des erreurs de diagnostic ; et les coliques hépatiques ou néphrétiques, les troubles digestifs de l'albuminurie, peut-être même l'empoisonnement par de certains remèdes (le colchique en particulier) ont pu simuler, plus d'une fois, la goutte stomacale. Une simple indigestion, survenant brusquement chez un goutteux, pourrait à la rigueur être confondue avec un accès de goutte remontée, en raison de la gravité que prennent quelquefois les symptômes, par suite des prédispositions spéciales que la diathèse urique a fondées. Aussi Watson fait-il observer que souvent il faudrait dire « *du lard dans l'estomac* » au lieu de « *la goutte à l'estomac* » (*pork in the stomach, instead of gout in the stomach.*) On a poussé le scepticisme jusqu'à nier presque complétement la goutte stomacale, et Brinton, après avoir longuement discuté ce point, finit par conclure qu'il peut, à la rigueur, exister un peu d'irritabilité gastrique chez les goutteux, mais qu'il faut attribuer à de simples coïncidences tout ce qui dépasse ce point.

Nous professons, à cet égard, une opinion contraire ; et après avoir fait une large part aux erreurs de diagnostic, nous croyons que les diverses affections qu'on peut invoquer à cet égard, sont loin de rendre compte de tous les faits. Nous avons vu plus haut que l'expérimentation physiologique réussit à produire, chez les animaux, des phénomènes analogues à ceux de la diathèse urique ; et nous savons qu'en pareil cas, le suc gastrique et les follicules de l'estomac sont chargés d'urate de soude. Sans prétendre invoquer des conditions identiques pour rendre compte des phénomènes de la goutte stomacale, nous croyons que des lésions superficielles peuvent fort bien se produire dans l'appareil digestif, sous l'influence de la rétrocession ; et cette manière de voir est parfaitement confirmée par les résultats des autopsies pratiquées chez des goutteux qui ont longtemps souffert de ces organes. Dans les cas de ce genre, Todd a souvent rencontré une distension énorme, une sorte de tympanite gastrique, et Brinton lui-même vient confirmer ces résultats par des observations personnelles ; ce serait là cet état de paralysie et d'affaiblissement de l'estomac que Scudamore avait depuis longtemps signalé dans les cas chroniques de cette maladie.

Il est d'ailleurs probable qu'il se produit à la longue des lésions permanentes chez les sujets atteints de ces manifestations en apparence purement fonctionnelles ; et les cas funestes dont nous venons de parler sembleraient en fournir la preuve.

C. Aux deux formes de goutte stomacale que nous venons de décrire, correspondent deux formes de dyspepsie intestinale ; la première se caractérise par des coliques spasmodiques ; la seconde est une véritable entérite. Ces phénomènes peuvent exister isolément, ou se joindre aux troubles divers dont l'estomac peut devenir le siége.

II. — « *Le foie est rarement sain dans la goutte,* » a dit Scudamore ; et l'observation journalière vient démontrer la justesse de cette opinion.

Il existe indubitablement des affections du foie, qui sont liées à la dyspepsie goutteuse, et des tuméfactions passagères de cet organe, qui précèdent les accès, ainsi que l'ont vu Scudamore, M. Galtier-Boissière et M. Martin-Magron.

Mais nous ne savons pas encore, d'une façon positive, s'il existe des affections permanentes du foie qui résultent de la diathèse goutteuse. Scudamore pensait qu'à la longue l'appareil spléno-hépatique subissait l'influence de la goutte, et devenait le siége d'affections permanentes. On sait du reste que d'après les travaux physiologiques modernes, le foie et la rate sont probablement les organes où se forme l'acide urique.

Mais les caractères anatomiques de cette affection viscérale, s'il elle existe, ne nous sont pas encore connus ; et les lésions hépatiques qu'on rencontre chez les goutteux, se rattachent presque toujours à l'alcoolisme.

Cependant il existe, dans la diathèse urique et dans la goutte, une gravelle biliaire (Prout, Budd, Wunderlich) : et l'on peut rencontrer parfois dans la vésicule du fiel, des calculs d'acide urique, ainsi que l'ont vu Stöckhardt, Faber et Frerichs. Peut-être les malades qui ont fourni ces concrétions étaient-ils des goutteux.

III. — L'influence de la goutte sur les affections du cœur ne saurait être contestée : mais il ne s'agit plus ici, comme dans le rhumatisme, d'endocardite, de péricardite ni d'affections valvulaires. Ces lésions, lorsqu'elles se rencontrent chez les goutteux, paraissent reconnaître pour causes l'alcoolisme ou la maladie de Bright.

Mais ce qui domine ici la situation, c'est la dégénération graisseuse du tissu musculaire du cœur ; Stokes, Quain, Gairdner, Garrod, se réunissent pour l'affirmer.

A l'origine, cette affection n'existe qu'à un faible degré, et l'on ne constate que des troubles fonctionnels : des palpitations, de la dyspnée, de la faiblesse et de l'irrégularité du pouls (Hervez de Chégoin). La rétrocession goutteuse est ici peu fréquente (Scudamore, Garrod) ; cependant il en existe quelques exemples, et l'on a même vu des malades mourir par le cœur. Mais alors les lésions que nous allons étudier s'étaient déjà développées.

Au second degré, la dégénérescence graisseuse du cœur existe. Les symptômes de cette lésion demeurent toujours les mêmes, quelle qu'en soit l'origine (Stokes, Garrod). Ils simulent des troubles fonctionnels : en effet, les signes physiques sont peu caractérisés, et l'on arrive au diagnostic surtout par voie d'élimination.

L'impulsion du cœur est faible, presque nulle ; le premier bruit est faible, et quelquefois il existe un souffle occasionné par la dégénérescence graisseuse des muscles tenseurs des valvules. La matité précordiale est souvent augmentée ; le pouls est mou, dépressible, intermittent, quelquefois d'une grande lenteur, surtout pendant l'accès (20 ou 30 pulsations) ; enfin, on a signalé la présence de l'*arcus senilis* (Canton), chez les sujets atteints de cette altération du tissu musculaire du cœur.

Les symptômes rationnels sont, eux aussi, bien faits pour tromper l'observateur. Les accès se développent par paroxysmes ; il y a des palpitations violentes, de la dyspnée, une tendance syncopale ; on voit se manifester des accidents cérébraux qui prennent la forme d'une apoplexie, bien qu'il n'y ait point d'hémorrhagie intra-crânienne (Law, Stokes) ; des douleurs vives se manifestent à la région précordiale, et s'irradient le long du bras, simulant ainsi l'angine de poitrine, qui elle-même est souvent considérée comme une affection d'origine goutteuse.

Enfin la mort subite est ici très-fréquente : ainsi sur 83 cas de dégénérescence graisseuse réunis par Quain, la mort eut lieu d'une manière inopinée 54 fois, à savoir : 28 fois par rupture du cœur, et 26 fois par syncope. Plusieurs de ces observations ont été recueillies chez des goutteux.

Il est donc évident que bon nombre des faits, dans lesquels la mort est attribuée à *la goutte remontée au cœur,* ne sont que des cas de dégénération graisseuse de cet organe. Quain et Gairdner ont vu la mort se produire dans ces circonstances, sans rupture ; la mort avec rupture a été observée par Cheyne et Latham. La terminaison fatale est souvent survenue pendant l'accès de goutte, qui semble agir ici en déterminant la crise cardiaque.

Ajoutons enfin que l'état athéromateux des artères, qui souvent coïncide avec ces lésions du cœur, peut donner lieu à des hémorrhagies cérébrales ; on observe alors de vraies et non de fausses apoplexies.

IV. — Il s'est opéré un changement dans nos idées, au sujet des connexions que présentent les arthropathies multiples avec les affections du système nerveux ; autrefois la plupart des accidents de ce genre étaient attribués à la goutte ; aujourd'hui le rhumatisme, en raison des travaux modernes, a conquis la priorité. Toutefois la goutte a encore sa part ; mais il est intéressant de remarquer que les deux maladies marchent parallèlement sous ce rapport, et que toutes les formes du rhumatisme cérébral se retrouvent dans la goutte.

Ainsi la céphalée rhumatismale, indiquée par Van Swieten, et plus récemment étudiée par M. Gubler, a son pendant dans les migraines goutteuses, depuis longtemps connues, et qui dans ces derniers temps, ont été soigneusement décrites par Lynch, Garrod, MM. Trousseau et Demarquay.

Le délire aigu, ou forme méningitique du rhumatisme cérébral, se retrouve, d'après Scudamore, chez les goutteux.

L'apoplexie rhumatismale, ou forme apoplectique du rhumatisme cérébral, indiquée par Stoll et fort bien étudiée par M. Vigla, se retrouve, sous forme de stupeur, dans la goutte, d'après Lynch et M. le professeur Trousseau.

Les convulsions qui se manifestent dans le cours du rhumatisme encéphalique peuvent aussi se retrouver dans la goutte ; seulement, dans le rhumatisme, elles affectent surtout la forme choréique ; dans la goutte, ce sont plutôt des convulsions épileptiformes, ainsi que l'ont observé Van Swieten, Todd et Garrod.

On sait enfin qu'il existe une folie rhumatismale, étudiée par Burrows, Griesinger et M. Mesnet ; il en serait de même pour la goutte, d'après Garrod ; mais dans cette dernière maladie la folie est excessivement rare, du moins en France ; M. Baillarger n'en a jamais rencontré aucun exemple.

Remarquons ici, pour signaler une différence, que l'*aphémie* qui n'existe pas dans le rhumatisme (si nous faisons abstraction des affections du cœur et des embolies consécutives) se rencontre, au contraire, dans la goutte. Il faut ajouter que les troubles encéphaliques ont en général moins de gravité dans la goutte que dans le rhumatisme, que leur alternance avec les phénomènes articulaires est plus marquée ; que la rétrocession est plus évidente ; enfin que s'il existe assez souvent une goutte cérébrale larvée, il en est bien rarement ainsi dans le rhumatisme.

Il ne faudra point confondre ces accidents cérébraux de la goutte avec le *delirium tremens,* survenant au moment d'un accès (Marcet), ni avec le délire des affections aiguës intercurrentes ; ni enfin avec les symptômes qui peuvent développer, du côté des centres nerveux, la dyspepsie, les affections du cœur et l'urémie, bien plus fréquente dans la goutte que dans le rhumatisme. Sous ce rapport, une observation prolongée, une étude attentive du malade pendant un long espace de temps, sont les seuls moyens d'éviter toute erreur.

V. — L'influence de la goutte sur les maladies de la moelle épinière est une question encore litigieuse. Todd et Garrod indiquent l'apparition de symptômes légers, d'une sorte de *parésie,* alternant avec les accès ; mais il ne faudrait pas confondre avec une lésion de la moelle épinière, cette faiblesse musculaire qui succède aux attaques intenses de goutte articulaire, et qui peut presque simuler une véritable paraplégie.

Il est vrai que Graves a rapporté un fait, dans lequel l'autopsie ayant eu lieu, on trouva un *racornissement* de la moelle ; mais cet exemple nous paraît peu satisfaisant. Il ne faut point oublier d'ailleurs, que s'il existe des affections médullaires liées à la goutte ou au rhumatisme, ce qui n'est pas encore démontré, il est indubitable que des affections articulaires très-prononcées peuvent se développer à la suite des lésions, même traumatiques, de la moelle épinière. (Mitchell.)

Dans la prochaine conférence, nous continuerons cette étude, et après l'avoir terminée, nous nous occuperons des maladies qui présentent un certain degré de parenté avec la goutte.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR DEUX OBSERVATIONS

De céphalotomie,

Par M. le Dr Alf. Liegard (de Caen.)

La *Gazette des hôpitaux* du 25 septembre 1866 rapporte deux observations de céphalotomie exécutées par le forceps-scie, sur deux enfants vivants : l'une, par le Dr Wasseige (de Liége) ; l'autre, par le professeur de Billy (de Milan)... Dans la première observation, le diamètre sacro-pubien portait 75 millimètres ; dans la deuxième, 86. Or, ces mesures entraînaient-elles nécessairement et absolument, la deuxième surtout, la terrible alternative, ou de tuer l'enfant, ou de pratiquer l'opération césarienne ? Nous ne le pensons pas... Les observations dans lesquelles l'accouchement s'est opéré soit naturellement, soit par la version ou le forceps, lorsque ce diamètre n'était que de 70 centimètres, sont nombreuses dans la science ; et puis, n'avait-on pas encore la ressource précieuse de la symphysiotomie...

Nous ne voulons pas ici ranimer les disputes, qui furent si vives et si opiniâtres dans le siècle dernier, entre les césariens et les symphysiens ; mais nous croyons devoir rappeler que les plus grands adversaires de la symphysiotomie, Baudelocque lui-même, accordaient qu'au-dessus de 70 millimètres du diamètre sacro-pubien, cette opération pouvait, à la fois, éviter à la mère l'opération césarienne, et sauver la vie de l'enfant. Des faits nombreux, les expériences des docteurs Giraud et Ansiaux, celles de Gardien et ses savantes dissertations sur ce sujet, ont parfaitement démontré que, par ce moyen, surtout chez les femmes jeunes encore, on pouvait augmenter ce diamètre, sans le plus léger inconvénient, de 15 à 20 millimètres : or, dans la deuxième observation (jeune femme de dix-neuf ans), 20 millimètres, ajoutés à 86, auraient donné 106 millimètres, dimension plus que suffisante pour une version ou une application facile de forceps !... Il n'y avait donc pas lieu, comme l'a fait M. le docteur Eug. Verrier, de prodiguer la louange aux deux auteurs de ces observations ; et de dire, en parlant de la deuxième : « opération aussi sagement conduite que brillamment exécutée... » Voilà pour le côté matériel, des considérations qui, nous l'espérons, feraient réfléchir les praticiens, avant d'entreprendre la céphalotomie en pareille circonstance.

Quant aux développements de l'ordre moral que nous susciteraient ces deux observations et surtout les réflexions qui les accompagnent, ils nécessiteraient plus de temps et d'espace que ne peuvent nous en accorder les colonnes de ce journal. Nous les y avons d'ailleurs insérés en partie déjà en 1855 (24 février), et plusieurs chirurgiens fort distingués y ont pareillement, dans cette même année, publié sur le même sujet, des mémoires d'un mérite incontestable... Qu'il nous soit permis de faire remarquer seulement que M. le docteur Verrier s'arroge ici, sur l'enfant, un droit de vie et de mort que les articles rappelés ci-dessus, et plusieurs ouvrages très-recommandables, lui contestent absolument... Et, pour donner ce droit suprême et terrible, il ne suffit pas, comme cela s'est pratiqué en Belgique (première observation), de recevoir de la femme en travail, l'assurance qu'elle se refuse à toute opération qui puisse compromettre ses jours : il y a même là un jugement prononcé par la mère, contre son enfant, qui répugne à la conscience et à la nature ; il nous paraît, au contraire, que le chirurgien devrait alors se constituer le défenseur de cet enfant parfaitement innocent et incapable de plaider lui-même sa propre cause... Mais ici, M. Verrier ne voit qu'une chose, ne se préoccupe que d'un seul résultat : les grands avantages du forceps-scie, avec lequel on tue et on extrait l'enfant, sans qu'on lui aperçoive un souffle de vie ; ce qui n'a pas lieu toujours quand on emploie la céphalotribe... Aussi, déplore-t-il l'effet très-compromettant de cet instrument dans ces cas... « J'ai vu, dit-il, plusieurs fois l'accoucheur être obligé de détruire le bulbe rachidien, après la céphalotripsie, l'enfant venant avec une tête dont la voûte a été brisée et donnant encore quelques signes de vie ; j'en sais un qui vécut une heure et demie de la sorte, spectacle horrible s'il en fut, aux yeux de la famille, et bien fait pour discréditer le céphalotribe et malheureusement celui qui l'applique. Cet inconvénient est arrivé à presque tous les accoucheurs qui s'occupent d'embryotomie » (triste occupation vraiment)... « Mais, ajoute notre auteur, on comprend que les praticiens auxquels pareille chose survient, ne s'empressent pas de la publier ; ils achèvent, en silence, de détruire le reste de vie qui peut encore animer le fœtus... » (*Durus est hic sermo...*)

Eh bien moi, monsieur, je vous dis et je suis ici l'interprète de nos estimables confrères, je vous dis qu'il ne nous suffit pas, pour nous rassurer et tranquilliser notre conscience, que l'en-

fant que nous avons immolé dans le sein de sa mère, ne donne plus aucun signe de vie quand il en est extrait; cet enfant, dont nous entendions battre le cœur il n'y a qu'un instant (« on entendait les battements du cœur du fœtus, à droite, au-dessous de l'ombilic de la mère... et ses contractions étaient fortes et fréquentes » deuxième observation); et dont nous avons, foulant aux pieds toute considération religieuse, détruit, comme vous le dites, le nœud vital; cet enfant tout en fragments, tout déchiré et inanimé qu'il soit maintenant, vous crie encore, avec toute la force et la justice de la vérité : j'avais le droit de vivre, et toi tu n'avais pas, et personne ne pouvait te donner le droit de me faire mourir. *Non occides!*...

Dans un travail lu dernièrement à l'Académie de médecine, M. Verrier traite la question de l'embryotomie non plus seulement au point de vue particulier des deux observations rapportées dans la *Gazette des hôpitaux*, mais au point de vue général; et il conclut à la supériorité du forceps-scie sur le céphalotribe, et à la nécessité de l'employer de préférence dans tous les cas de rétrécissement extrême; de ce que, par le premier de ces instruments, 70,6 femmes sont épargnées; tandis que par le deuxième, 52,7 seulement sont sauvées... Eh bien, en acceptant ces chiffres comme parfaitement exacts, et en les comparant avec les résultats obtenus par l'opération césarienne (voir les travaux ci-dessus rappelés et insérés dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1855), nous trouvons que cette opération, en même temps qu'elle extrait vivants presque tous les enfants, a sauvé un nombre de mères tout aussi grand que le forceps-scie, et si nous considérons les perfectionnements et les succès remarquables de l'ovariotomie, perfectionnements et succès qui nous indiquent, par une grande analogie, les succès et les perfectionnements possibles de l'opération césarienne; si nous faisons entrer en ligne de compte les immenses avantages que lui apporteraient maintenant l'emploi du chloroforme, nous serons conduits à conclure que, dans tous les cas, le céphalotribe et le forceps-scie devront disparaître de l'arsenal chirurgical, et que le mot embryotomie devra désormais être rayé de notre dictionnaire, par l'humanité, la morale et la religion.

Cette grande et importante question, que je n'ai pu ici qu'indiquer sommairement, je la propose à la science et à la conscience des éminents praticiens qui, déjà il y a dix ans, m'étaient venus en aide dans la lutte que j'avais entreprise contre les embryotomistes de ce temps-là : et si, contre mon espérance, personne ne répond à mon appel, dans quelques mois je réclamerai encore de la bienveillance et de l'impartialité du directeur de ce journal, l'insertion d'un travail dans lequel, je l'espère, je démontrerai invinciblement la nécessité de renoncer absolument et pour toujours, à la barbare et condamnable pratique de l'embryotomie.

DES CONDITIONS QUI PRÉSIDENT AU DÉVELOPPEMENT

De la vaccine dite primitive.

Note de M. A. Chauveau, présentée à l'Académie des sciences (Séance du 1er octobre 1866), par M. Rayer.

I. Dans une première communication (*Comptes rendus*, 1866, t. LXII, p. 1118), à propos de l'étiologie des maladies virulentes considérées d'une manière générale, j'ai posé la question de savoir s'il est vrai que la vaccine primitive de Jenner, le horsepox naturel, le grease pustuleux, se développe, chez le cheval, d'une manière spontanée, c'est-à-dire sous l'influence de causes autres que la contagion.

J'ai examiné alors la principale preuve avancée à l'appui de la démonstration de ce développement spontané, la spécialité des caractères du horsepox naturel, caractères qui sont, en effet, bien différents de ceux du horsepox résultant de la contagion par contact immédiat, et j'ai enlevé à cette preuve toute son importance en démontrant qu'on peut, à l'aide d'un mode particulier d'inoculation, faire naître à volonté le horsepox avec tous les caractères qu'il présente quand il se développe naturellement.

II. D'après l'idée instigatrice de mes expériences sur ce sujet, toutes les conditions permettant à la contagion de s'opérer sans que le virus agisse directement sur les téguments extérieurs, devaient produire l'éruption vaccinale avec les caractères types du horsepox naturel. Mais, à l'époque de mes premiers essais, je n'avais réussi à faire naître cette éruption qu'à l'aide des injections de vaccin dans le système lymphatique. Aussi avais-je provisoirement attribué un certain rôle à l'intervention de ce système dans l'évolution de la vaccine primitive.

Aujourd'hui le succès de mes nouvelles expériences m'a permis de revenir entièrement à ma théorie initiale. Ces expériences, complétant la démonstration de cette théorie, m'ont fourni la base du nouveau travail que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie.

III. Dans ce travail, la vaccine du cheval est considérée comme une affection une, toujours identique avec elle-même, mais pouvant se diviser en deux variétés : le horsepox naturel ou spontané, et le horsepox artificiel ou inoculé.

IV. Le horsepox naturel ou spontané, c'est-à-dire celui qui se développe tout seul, sans l'intervention de l'art, sans inoculation directe ou accidentelle, se manifeste sur la peau des solipèdes (les seuls animaux dont il soit question dans cette étude) par une éruption pustuleuse dite générale, quoiqu'elle se montre souvent presque exclusivement dans certaines régions d'élection peu étendues, comme la région naso-labiale et la région des jalons, la première plus communément.

V. Le horsepox artificiel ou inoculé est le résultat de la transmission, par inoculation expérimentale ou accidentelle, du virus fourni primitivement par les animaux atteints de vaccine naturelle. Il se présente sous deux formes : 1° la forme locale; 2° la forme générale.

VI. La forme locale du horsepox artificiel ou inoculé provient de la germination du vaccin à la surface ou dans les couches superficielles du derme, et de la germination sur place de ce virus, germination qui, en général, débute presque immédiatement sans incubation réelle. C'est la forme commune connue de tout le monde. Elle consiste, comme on le sait, dans une éruption de pustules qui apparaissent exclusivement sur la région inoculée, et qui néanmoins exercent sur l'ensemble de l'économie une action telle, que, dès le cinquième jour à partir de l'inoculation, il devient impossible de faire prendre de nouveau le vaccin sur un point quelconque de la peau.

VII. La forme générale du horsepox inoculé, inconnue avant mes expériences, présente des caractères tout à fait identiques avec ceux de la vaccine ou borsepox naturel, c'est-à-dire qu'elle se manifeste sous forme d'une éruption pustuleuse plus ou moins généralisée, tantôt disséminée sur presque tous les points du corps, tantôt étendue seulement sur les lieux d'élection du horsepox spontané.

Dans la forme du horsepox artificiel ou inoculé, il ne survient pas d'accident vaccinal sur les points qui ont servi de porte d'entrée au virus. Au lieu de germer sur place, ce virus produit ailleurs ses manifestations, et la poussée éruptive, indice de la multiplication du virus, ne débute qu'après une incubation de huit jours au minimum.

VIII. Pour que le horsepox général se développe, il faut que le virus inoculé pénètre dans l'économie sans passer par la membrane qui constitue le siége anatomique de l'éruption vaccinale, c'est-à-dire par la peau. Cette loi se vérifie dans toutes les conditions possibles. Ainsi, on provoque la forme générale de la vaccine : 1° en injectant directement le vaccin dans les vaisseaux lymphatiques; 2° en pratiquant cette injection à l'intérieur des vaisseaux sanguins; 3° en faisant arriver le virus indirectement au sein de l'appareil circulatoire, par une surface absorbante autre que les téguments extérieurs.

IX. Le développement de la vaccine ou horsepox général est indépendant de la quantité de virus employée pour infecter l'économie, pourvu que cette quantité soit appréciable.

La source à laquelle le germe vaccinal a été puisé est également sans influence sur l'aptitude de ce germe à engendrer le horsepox général. Cette forme de vaccine se manifeste indifféremment avec toutes les espèces de virus, vaccin de cheval, vaccin de vache, vaccin humain, récemment ou anciennement transplanté sur l'espèce humaine.

Le sexe des animaux n'a pas d'action sur le développement de la vaccine générale.

L'âge, au contraire, semble exercer sur ce développement une notable influence, les poulains se montrant plus disposés que les vieux chevaux à contracter le horsepox généralisé.

X. La germination sur place du vaccin, dans le cas d'inoculation cutanée, n'implique pas un défaut d'absorption générale du virus. Malgré son affinité spéciale pour la peau, ce virus ne s'arrête pas au lieu où il a été déposé. Il pénètre dans le torrent circulatoire, comme s'il était pris par une autre surface absorbante. S'il ne produit pas alors, en même temps que l'éruption locale résultant de sa prolifération immédiate, l'éruption générale que détermine la pénétration du vaccin dans le sang quand elle a lieu par d'autres voies, c'est probablement parce que, au moment où cette éruption générale pourrait se développer (huitième jour au plus tôt), la peau, en raison de l'immunité créée dès le cinquième jour par le travail local de la vaccination, n'est plus apte à la pustulation vaccinale.

Si cette explication est la vraie, l'impuissance de l'inoculation cutanée à faire naître la vaccine générale ne saurait être considérée comme absolue. Il pourrait certainement arriver que, certaines circonstances retardant l'évolution de la vaccine locale ou raccourcissant le temps nécessaire à l'explosion de la vaccine générale, une inoculation cutanée pût produire cette dernière.

XI. La comparaison du horsepox naturel dit spontané avec le horsepox général produit de l'expérimentation ne révélant entre eux aucun caractère différentiel, il n'est plus possible, ainsi que l'avaient prouvé déjà mes premières expériences, d'invoquer la prétendue spécialité du mode de manifestation comme preuve de la spontanéité réelle de la vaccine naturelle.

Cette communauté de caractères devient même, sinon une démonstration directe de l'identité d'origine, au moins une probabilité des mieux fondées en faveur de cette identité. Il n'est pas plus difficile d'admettre la naissance du horsepox dit naturel ou spontané sous l'influence de la prolifération d'une particule vaccinale voltigeant dans l'air, introduite dans le système circulatoire par la voie pulmonaire, que la production du horsepox général artificiel par l'introduction expérimentale de cette même particule au sein des vaisseaux.

XII. Dans l'état présent de nos connaissances, il est impossible d'être scientifiquement fixé sur la nature des éléments virulents auxquels est dû actuellement le développement de la vaccine. Sont-ce des êtres réels, protozoaires ou protophytes, ou même de simples organites spéciaux? C'est plus que douteux. Toutes les probabilités se trouvent plutôt du côté de l'idée appliquée par M. Ch. Robin à tous les virus, d'après laquelle l'action virulente s'expliquerait par une sorte de catalyse animale. Mais la signification particulière des faits qui viennent d'être résumés est indépendante de la résolution réservée à cette difficulté. Leurs conséquences générales mêmes restent inattaquables. Aussi, en présence de cette question, la matière virulente peut-elle naître autrement que d'elle-même? on ne saurait se refuser à reconnaître que la réponse affirmative, considérée autrefois comme hors de toute contestation, ne s'appuie plus aujourd'hui sur des preuves scientifiques suffisantes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 octobre 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Lemaire (de Dunkerque), Torillon (de Faulquemont);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1865 dans les départements de Seine-et-Marne et d'Ille-et-Vilaine. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail supplémentaire de M. le docteur Monot (de Montsauche), sur l'industrie des nourrices et la mortalité des petits enfants. (Commissaires : MM. Jacquemier et Blot.)

2° Une lettre de M. le docteur Lefebvre (de Paris), accompagnant l'envoi d'une brochure relative à un appareil vaporifère portatif de son invention;

3° Une note de M. Pâquet, pharmacien à Paris, sur le traitement de la période prodromique du choléra par l'acide chlorhydrique en potion. (Commission du choléra.)

4° M. Kloz, chef de clinique du docteur Alphonse Desmarres, présente à l'Académie un instrument construit par MM. Robert et Collin et destiné à la dilatation des méats lacrymaux; et il accompagne cet envoi de la note suivante :

Quelques maladies des voies lacrymales telles que le larmoiement et l'ectropion qui lui succède inévitablement lorsqu'il dure un temps suffisant, l'inflammation du sac lacrymal, la tumeur lacrymale à ses diverses périodes et la fistule qui en est presque toujours la conséquence, peuvent, d'après l'opinion de M. A. Desmarres, resulter d'un obstacle au passage des larmes à travers les points lacrymaux, soit qu'ils aient éprouvé un rétrécissement considérable, soit qu'il y ait une obstruction du méat par production exagérée d'éléments épithéliaux, comme cela a été observé. Les diverses affections que nous venons de signaler, comme presque toutes celles des voies lacrymales, sont combattues localement par des injections d'eau que l'on pratique avec la seringue d'Anel. Mais outre que ce traitement est d'une durée très-longue, il a encore l'inconvénient de porter principalement sur l'ensemble des conduits lacrymaux, au lieu de s'attaquer à la cause réelle de la maladie, qui se trouve, comme nous l'avons dit, dans l'atrésie des points lacrymaux. Pour parer à cette difficulté, M. A. Desmarres a imaginé l'instrument dont nous allons donner la description, et qui est uniquement un dilatateur du méat lacrymal. L'instrument se compose d'une canule bivalve très-fine, dont les valves sont exactement rapprochées par leurs bords, entre lesquels on peut faire glisser une série de stylets de calibre différents qui, en produisant l'écartement des valves de la canule, déterminent une dilatation du méat lacrymal. L'avantage de cet instrument est de produire une dilatation permanente, car les valves une fois écartées par un stylet, ne peuvent se rapprocher tant que ce dernier est maintenu entre elles.

Dans la figure ci-contre, A représente l'extrémité fine de la canule, celle qui est destinée à produire la dilatation; à l'extrémité opposée se trouvent deux petites capsules D, destinées à tenir solidement l'instrument entre deux doigts lorsqu'on l'a porté dans le point lacrymal que l'on veut dilater; C C C sont des stylets olivaires de grosseur variée, que l'on emploie suivant le degré de dilatation que l'on veut obtenir. La figure B représente les deux valves de la canule, écartées par un stylet.

Lorsqu'on veut se servir du dilatateur, on introduit l'extrémité fine de la canule dans le point lacrymal rétréci, puis on pousse dans sa cavité un des mandrins olivaires C, jusqu'à un arrêt marqué sur la tige. M. A. Desmarres a pu ainsi produire un écartement des branches de la canule, et, par conséquent, une dilatation assez considérable du point lacrymal, sans déterminer chez le malade de douleur appréciable. La légèreté de l'instrument permet de le laisser en place aussi longtemps qu'on le juge nécessaire.

Ce dilatateur a déjà été employé un certain nombre de fois au dispensaire de M. A. Desmarres; il a donné des résultats très-satisfaisants.

5° M. Belin, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse une lettre au sujet du débat survenu entre M. Mathieu et lui, pour la priorité de l'invention des attelles et gouttières métalliques. M. Mathieu revendique la priorité de leur réunion ou assemblage. M. Belin a indiqué des bandes ou des rubans de fil qu'il considérait comme moins coupants. Il déclare abandonner à M. Mathieu toute espèce de réunion au moyen d'une corde, n'ayant pas lui-même parlé de ce lien dans sa présentation.

— **M. VELPEAU** présente, au nom de M. le docteur Raimbert (de Châteaudun), deux brochures : l'une sur l'épidémie cholérique qui a régné dans le bourg de Conie en 1865; l'autre sur la spontanéité des maladies charbonneuses chez l'homme.

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Cabasse, le compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde. (Commission des épidémies.)

— **M. LE PRÉSIDENT** rend compte à l'Académie des obsèques de M. Rostan et de la part qu'elle a prise aux honneurs qui lui ont été rendus. Au nom de ses collègues, M. le président a prononcé le discours suivant dont il donne lecture. (Voir plus bas.)

Cette lecture est accueillie par les applaudissements unanimes de l'Assemblée.

LECTURES.

M. BÉCLARD pour **M. DUBOIS** (d'Amiens), continue la lecture des recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq d'Azyr. (Sera publié.)

Causes de la mortalité des nouveau-nés. — **M. ODIER**, en son nom et au nom de M. Blache fils, donne lecture d'une note *Sur les causes de la mortalité des nouveau-nés et les moyens d'y remédier.*

En cherchant les conditions de la mortalité des enfants en nourrice, les auteurs du mémoire se sont demandé si l'on s'était suffisamment inquiété de l'état de santé de ces petits êtres à leur naissance et dans les jours qui suivent... Il serait injuste d'accuser toujours les nourrices d'être la seule cause de la mortalité des enfants qu'on leur remet si souvent dans un état de santé pitoyable. Grâce à leur position d'internes à la Maternité, aux Enfants assistés et dans le service d'accouchement de l'hôpital Saint-Louis, MM. Odier et Blache ont pu recueillir de nombreuses observations sur cette première période de la vie des enfants. Dans leurs recherches ils se sont servis de la méthode des pesées, que l'un d'eux a vu fonctionner à la Maternité.

Le système des pesées introduit par eux depuis le 1er janvier, leur a fourni déjà un nombre considérable d'observations dont ils ont extrait 286, représentant le nombre des enfants nés à terme dans la salle d'accouchement, du 1er janvier au 31 juin 1866, et sortis vivants de l'hôpital Saint-Louis.

Le poids maximum a été de 3,000 à 3,500.

Sur ces 286 enfants, 115 ont augmenté, 143 ont diminué, 28 sont restés stationnaires.

Les auteurs ont cherché à déterminer les causes qui ont amené des

diminutions de poids. Parmi les causes qui leur ont paru agir le plus souvent au détriment de l'enfant, ils citent l'abus si fréquent de l'eau sucrée, qui, remplaçant le colostrum, retarde l'expulsion du méconium, et l'établissement des fonctions du nouveau-né.

Une autre cause de déperdition réside dans la façon irrégulière dont on dirige la lactation.

Sur les 286 enfants sortis de Saint-Louis, 171 étaient dans des conditions hygiéniques plus ou moins mauvaises, quelques-uns même étaient en si mauvais état qu'ils ont dû succomber. Les auteurs déduisent de ce fait que ce n'est pas toujours aux nourrices, mais souvent aux mères elles-mêmes qu'il faut faire remonter la responsabilité d'un mauvais allaitement ou de l'absence de soins. Suivent de nombreux faits à l'appui.

En résumé, comme moyen de constater et de surveiller l'état de prospérité de l'enfant, MM. Odier et Blache proposent l'introduction des pesées obligatoires.

Voici comment ils entendraient l'organisation de ce système :

1° Lorsqu'un enfant sera confié à une nourrice, il sera pesé et son poids inscrit sur son bulletin ;

2° Lorsque la nourrice arrivera dans sa commune, elle remettra à l'employé de l'autorité son bulletin, qui sera transcrit sur un registre spécial ;

3° Toutes les semaines un médecin inspecteur se rendra auprès de l'autorité et les nourrices devront toutes présenter leur enfant, qui sera pesé et dont le poids sera mentionné de nouveau sur le registre susdit. S'il y a diminution, le médecin s'enquerra de la cause, et jugera si c'est à une maladie, à un défaut de soins ou à un vice d'alimentation qu'on doit l'attribuer. Or l'expérience a prouvé, ajoutent-ils, que c'est dans la majorité des cas au vice d'alimentation qu'il faut attribuer la déperdition des enfants.

Les auteurs terminent leur travail en faisant ressortir les avantages que pourrait offrir encore ce système sous d'autres rapports, notamment comme renseignement utile à consulter pour les chirurgiens avant d'entreprendre une opération jugée utile.

Le travail de MM. Odier et Blache est renvoyé à l'examen de MM. Jacquemain et Blot.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. BOUCHARDAT

SUR LA TOMBE DE M. ROSTAN.

Chaque jour amène un nouveau deuil pour notre Compagnie; la tombe se ferme à peine sur les dépouilles mortelles de Michon, de Baffos, de Bally, de Gibert, de Mélier, qu'elle s'ouvre pour recevoir un maître vénéré, un de nos plus éminents collègues.

Vous venez d'entendre une voix autorisée qui vous a fait connaître les titres scientifiques de M. Rostan; permettez-moi de reporter vos souvenirs sur le théâtre des ardents travaux, du bonheur et de la gloire de l'ami que nous pleurons.

C'est au milieu des calamités publiques que, bien souvent, les hommes d'une grande valeur se révèlent.

La France était envahie. Paris occupé par d'innombrables soldats ennemis, le typhus éclate dans nos hôpitaux; nos hospices sont convertis en ambulances; la Salpêtrière, cet immense asile, est encombrée de malades et de mourants. C'est sur ce champ de bataille du typhus que Rostan commença ses premières armes.

Toujours debout pour secourir les malades, pour se livrer à d'ardentes études, il fait l'admiration de ses maîtres et de ses émules. Après vingt ans, son nom est dans les récits de tous les vieux employés qui l'ont vu à l'œuvre, et que bien souvent il a soignés et sauvés.

Il s'attacha tellement à cette maison par le bien qu'il y avait fait, par les travaux qu'il y avait accomplis, que, médecin d'hôpital, il ne pensa jamais à la quitter. C'est en 1818 qu'il ouvrit son premier cours public.

Ce fut un beau spectacle que de voir toute la jeunesse médicale, avide d'instruction, accourir au lointain hospice pour suivre les leçons du jeune professeur libre.

Mais aussi que de travaux accomplis, que de soins inconnus jusque-là dans l'examen minutieux des malades et dans les autopsies; que d'heureux efforts pour rattacher les symptômes des maladies aux lésions caractéristiques!

Nous voyons de ce jour commencer l'ère de la médecine positive; celle qui, abandonnant les doctrines exclusives et les vaines spéculations, ne s'attache qu'aux faits et à leur légitime interprétation.

C'est en suivant patiemment cette méthode dans son service de la Salpêtrière que Rostan exécuta ses *Recherches sur le ramollissement du cerveau,* monument impérissable, qui portera le nom de son auteur aux générations les plus reculées.

Ses trois volumes de médecine clinique sont les manifestations du même esprit et le complément nécessaire de ses premiers travaux.

A la même époque, M. Rostan publia ses deux volumes d'hygiène. L'influence des modificateurs sur l'homme, l'étude des causes forment la base de cette science. Aucun travail ne pouvait compléter d'une manière plus heureuse les connaissances qui sont nécessaires à un clinicien accompli.

Ce fut en 1833, après un concours où brillèrent les médecins les plus éminents de l'époque, que M. Rostan fut nommé professeur de clinique de la Faculté. Pendant plus de vingt-cinq ans à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu, il consacra toutes ses forces à l'éducation vraiment scientifique des médecins de son temps. Dans ses leçons longuement préparées la forme était aussi distinguée que le fond.

Comme il savait encourager les bons élèves en les dirigeant dans leurs moindres travaux, en les entourant en toute occasion d'une bienveillance vraiment paternelle! Aucun professeur de clinique ne sut mieux que lui réveiller ces étudiants à intelligences engourdies, qui ne fréquentent les salles que pour se distraire.

Faire bien tout ce qu'on entreprend, c'était sa devise. Arrivé le premier à l'hôpital et l'hiver avant l'aube, il en sortait le dernier.

Il répétait souvent : pour atteindre la supériorité dans un art, il faut l'aimer. Suivant en cela les exemples d'Hippocrate, de Galien, de Sydenham, il aima la médecine avec passion et communiqua le feu sacré à beaucoup de ses disciples.

Être chef de clinique dans son service était une position très-recherchée. « Quelle protection, me demandait un compétiteur, sera le mieux écoutée ? » Arriver pendant un an le premier à sa visite, sans manquer un jour, recueillir pendant ce temps les observations avec un soin minutieux. La recette était infaillible : au bout de l'an la place était conquise.

La bienveillance extrême de M. Rostan était appréciée de tous. « Mon plus vif désir, écrivait-il dans son dernier ouvrage, est de n'offenser personne. » Pour ses amis, M. Rostan était d'un dévouement sans bornes; combien d'entre nous n'en ont-ils pas éprouvé les puissants effets! Nature d'élite, il était en tout et toujours l'ami passionné du bon et du beau.

Les dernières années de la vie de M. Rostan furent cruellement éprouvées par une succession de graves maladies.

Quel contraste! lui, si merveilleusement doué, il avait tout dans sa jeunesse : force, éloquence, beauté physique et intellectuelle, résistance absolue à toutes les causes de maux. A la fin de sa carrière, la maladie l'avait brisé. Heureusement qu'il avait pour le soutenir le dévouement sans bornes d'une épouse pour laquelle il avait la plus vive affection, et d'une famille admirable qui lui donna tout le bonheur dont il pouvait jouir ici-bas.

Jusqu'à la fin de sa vie, M. Rostan a toujours été vivement préoccupé de l'avenir de ses travaux; il les a défendus avec autant de chaleur que de conviction dans son livre intitulé : *De l'organicisme.*

« Je n'ai jamais, dit-il, répondu aux critiques que l'on m'a adressées; je les ai lues, examinées, pesées avec la plus grande attention. La plupart (le croira-t-on?) ont été faites par des gens qui ne se sont pas donné la peine de me lire. Ils ont critiqué sur des on dit. »

Cette légèreté, qui n'est, hélas! que trop commune, blessait profondément M. Rostan; mais, rentrant en lui-même, il ajoutait comme consolation suprême :

« La tombe va bientôt se fermer sur moi. Mes principes se défendront seuls. J'ai la conviction d'avoir écrit ce qui est vrai. »

Oui, vénéré maître, tes découvertes capitales ne s'effaceront jamais du grand livre de la science; ton image vivra dans le cœur de tes élèves, de tes amis, jusqu'au jour où nous te reverrons dans un monde meilleur!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société protectrice de l'enfance, en conformité de l'article 1er, § 2 de ses statuts, décernera, dans la séance annuelle du mois de janvier prochain, des prix aux nourrices qui auront le mieux rempli leur tâche.

MM. les médecins sont priés de faire connaître, avant le 30 novembre, à la Société, rue des Saints-Pères, 13, et *par lettre affranchie,* les nourrices dont ils auront été à même d'apprécier le dévouement exceptionnel et qu'ils croiront dignes d'encouragement.

La Société exerce en ce moment une surveillance active sur ses pupilles dans plus de 300 communes à l'aide de médecins-inspecteurs, et elle étend chaque jour son action protectrice sur une plus grande surface du pays.

Chacun est appelé à mettre son enfant sous la tutelle de la Société, dont tous les services sont gratuits.

En même temps qu'elle récompense le dévouement, la Société recherche, pour les déférer à la justice, les méfaits dont certaines nourrices se rendent coupables à l'égard des enfants confiés à leurs soins.

Tels sont les moyens que la Société protectrice de l'enfance met en œuvre à titre de palliatifs, pour atténuer la mortalité excessive qui pèse sur les nourrissons. Un remède plus efficace, vers lequel tendent tous ses efforts, sera la création dans le voisinage des grandes villes, de *colonies maternelles,* où les parents pourront surveiller eux-mêmes l'éducation de leurs enfants.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémies de variole. — Revaccination.

Nous devons à M. le docteur Bucquoy, aide-major au 1er cuirassiers, la communication suivante, où l'on trouvera dans le parallèle de deux épidémies de variole, l'une sévissant sur des sujets vaccinés, l'autre sur des individus vierges de virus-vaccin, un nouveau témoignage irrécusable de l'action modificatrice profonde de la vaccine sur la variole, ainsi qu'un plaidoyer non moins convainquant en faveur de l'utilité des revaccinations. Nous laissons parler notre honorable correspondant.

Me trouvant pour la deuxième fois en présence de la variole régnant d'une manière générale, et frappé par la différence d'action de cette maladie, suivant qu'elle agit sur des individus vaccinés ou sur des sujets vierges de virus-vaccin, j'ai cherché à me rendre compte de la vertu préservatrice de la méthode de Jenner.

Dans la première épidémie (oasis du Myab-Guebli, province de Constantine, cercle de Biskra), la variole agissait en toute liberté sur des gens vierges de virus-vaccin. L'entassement des femmes et des enfants dans des réduits humides et malsains, la constitution chétive des arabes, débilités par les chaleurs d'un été brûlant (1863), joints à l'incurie des indigènes, nous expliquent facilement l'extension du mal et ses ravages.

Entrée dans une oasis, la variole n'en sortait qu'après avoir défiguré tous ceux qui n'étaient pas variolés antérieurement. Il y eut de nombreux cas de mort parmi les adultes et les enfants, notamment à Lichana, Zaalcha et Tolga.

Presque tous les enfants qui échappaient à la mort portaient de profondes stigmates, plusieurs y perdirent un œil et même les deux, et j'ai pu observer de nombreuses cicatrices vicieuses des ailes du nez, des commissures des lèvres et des paupières.

Mon rôle consistait à prêcher la vaccine que je ne pus faire admettre que grâce à l'autorité toute paternelle de M. le colonel Forgemol, commandant supérieur du cercle.

A Biskara, Oumach et Sidi-Okba, la vaccine fut plus facilement admise, car les indigènes avaient pu en apprécier l'action préservatrice par des inoculations faites antérieurement (MM. les docteurs Castaing et Paris).

De cette épidémie, il ne me reste que l'observation suivante :

Vers le milieu de septembre 1863, les serviteurs du caïd Sidi-Brahim vinrent camper à un kilomètre du fort de Biskara. Ces gens venaient de traverser plusieurs oasis où régnait la variole, aussi le mal se déclara-t-il au milieu d'eux. M. le commandant supérieur m'envoya soigner ces malades qui menaçaient la garnison d'une épidémie.

Les Arabes occupaient un campement de dix-neuf tentes contenant 45 enfants entre six mois et douze ans, et pouvant se classer comme il suit :

11 variolés antérieurement.
6 atteints de variole à ma première visite.
28 non variolés ni vaccinés.

Je n'hésitai pas à vacciner, malgré la violence de l'épidémie dans les environs. Je fis cinq vaccinations avec du virus provenant de l'Académie de médecine de Paris, de l'école d'Alger et d'un enfant nouvellement vacciné à Batna.

Aucune pustule ne se forma, et j'eus un échec complet.

Redoutant l'extension de l'épidémie et ne pouvant me procurer du vaccin, je tentai l'inoculation du virus variolique. Cette inoculation eut un plein succès, et sur 28 enfants trois seulement eurent une variole fort discrète, tous les autres présentèrent trois boutons parfaitement nets, commençant par une papule, devenant pustule ombiliquée et se flétrissant vers le neuvième jour.

Ayant repris du vaccin laissé sur une plaque, je fis sur le bras gauche d'un enfant atteint de variole légère, trois piqûres.

Le troisième jour, des papules se formèrent, devinrent ensuite de larges pustules vaccinales qui se flétrirent peu après les pustules varioliques.

Ces boutons servirent à vacciner avec succès plus de 250 enfants.

Sans oser tirer la moindre conclusion de ces faits, je me permettrai seulement de les résumer.

L'inoculation du virus variolique a, dans ce cas, mis 28 enfants à l'abri de la contagion, sans inconvénient pour eux.

Le virus-vaccin et le virus variolique ont existé sur le même sujet sans s'entraver dans leur évolution, et ce même virus-vaccin a eu un plein succès sur d'autres sujets.

Épidémie de Senlis. — Dans cette deuxième rencontre avec la variole, les choses sont changées, car ici la maladie se trouve contrariée par la vaccine. L'intensité de l'éruption est singulièrement modifiée, elle se fait d'une manière discrète, et laisse rarement après elle des traces. Si, au contraire, dans sa marche la variole rencontre un sujet oublié par les vaccinateurs, elle le malmène et fort souvent le tue.

Marche de l'épidémie. — La variole avait déjà régné à Senlis en 1864, surtout à l'hospice et dans le quartier voisin. Au printemps 1865, la contagion reprit son essor. Une femme des environs, atteinte de variole confluente et non vaccinée, vint se faire soigner en ville, et y mourut le huitième jour de l'éruption. A partir de ce jour (juillet), nous pouvons suivre la variole de maison en maison, pour ainsi dire d'homme à homme, jusqu'au 23 septembre (décès d'un nommé T..., non vacciné).

Peu après, dans les premiers jours d'octobre, la variole prit un caractère vraiment épidémique dans le quartier où a eu lieu le décès.

Petit à petit les cas devinrent fréquents dans les rues voisines, et au milieu d'octobre toute la ville fut infestée.

Le nombre des malades s'est élevé à 325. Voici comment ces 325 malades sont répartis : en juillet 1865, 1 malade ; en août, 17 ; en septembre, 28 ; en octobre, 136 ; en novembre, 61 ; en décembre, 31 ; en janvier 1866, 10 ; en février, 9 ; indéterminés, 32.

Le mois d'octobre est donc celui durant lequel l'épidémie a le plus fortement sévi, pour décliner petit à petit, et finir quatre mois après.

L'épidémie a frappé principalement des sujets de dix ans à quarante ans, mais a varié dans ses manifestations suivant les âges. Ainsi, jusqu'à vingt ans, ce sont des varioloïdes très-discrètes, chez les personnes déjà vaccinés bien entendu. A partir de vingt-cinq ans, les accidents deviennent plus sérieux, et de trente-cinq à quarante les varioloïdes graves dominent.

Quant aux varioles (manifestation de la maladie sur des sujets non vaccinés), nous en comptons 25 cas, sur lesquels 9 décès, un peu plus d'un tiers. Sur ces 9 décès 6 ont eu lieu dans la période de vingt-cinq à quarante ans ; c'est dans cette même période que nous comptons le plus de varioloïdes graves et le moins de varioloïdes très-discrètes.

L'on serait donc en droit d'en conclure : que l'action préservatrice d'une première vaccination est de beaucoup diminuée à partir de vingt-cinq ans, mais que cependant elle agit encore assez pour modifier la gravité de la variole.

Ainsi, tandis que sur 25 sujets non vaccinés, nous comptons 9 décès, nous ne pouvons enregistrer qu'une seule mort sur 226 cas de sujets vaccinés antérieurement.

Ce cas même pourrait être éliminé, vu qu'il porte sur un enfant de quatorze ans, chétif de constitution et convalescent de choléra.

Nos varioloïdes très-discrètes ne se manifestent guère que sur des enfants, pour la plupart atteints après leurs parents. Mais nous les voyons revenir après cinquante ans. Ce qui laisserait à penser qu'à cet âge, la variole a moins d'action sur l'homme.

L'incubation paraît avoir été, en moyenne, de douze à quatorze jours. Les prodromes ont duré en moyenne de trois à cinq jours. L'éruption a généralement été confluente chez les sujets non vaccinés, et dans quelques cas de varioloïde grave. Les cicatrices consécutives ont été peu nombreuses; 35 fois seulement elles ont défiguré les malades, un seul a perdu un œil.

Dans quelques cas rares, nous avons constaté un peu avant l'éruption des rougeurs scarlatiniformes siégeant surtout à la face interne des cuisses, mais disparaissant dès que l'éruption se faisait jour.

C'est à la période de dessiccation que l'on doit attribuer les nombreux cas de contagion directe de la fin de novembre et de décembre. Les malades, impatients de reprendre leurs occupations, n'attendaient même pas toujours la chute des croûtes, et allaient répandre le mal en ville.

Ainsi M. X..., limonadier, pris de varioloïde confluente, descend dans son établissement pendant la période de dessiccation, et encore tout couvert de croûtes, le jour d'un grand marché.

Dix à douze jours après, mes confrères furent appelés de tous côtés à la campagne par les cultivateurs habitués du café de notre malade. Des cultivateurs, la variole s'est étendue à leur famille et aux domestiques, et depuis la fin d'octobre jus-

---

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr (1),

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

Nous venons de montrer en quoi et comment la Société de médecine avait voulu s'associer aux vues tout à fait libérales de l'Assemblée nationale constituante, dans quel esprit elle avait rédigé son projet de constitution, comment elle plaçait sur un même pied d'égalité toutes les branches de l'art de guérir ; or, loin de suivre cet exemple, l'Académie de chirurgie va s'associer aux plus mauvaises passions et se livrer aux agitations les plus regrettables.

La Société de médecine n'avait rien demandé pour elle : divisée en plusieurs ordres, elle maintenait ces distinctions tout en s'associant aux autres corps ; elle comptait dans son sein trente associés ordinaires, dont vingt devaient toujours être choisis dans la Faculté de médecine de Paris, ce qui ne révoltait personne. Elle avait douze associés libres, parmi lesquels se trouvaient de grands personnages, un duc de Larochefoucault, un secrétaire d'État, un ancien ministre, etc. ; elle avait en outre soixante associés tant regnicoles qu'étrangers. Ce classement, qui remontait aux premiers temps de la Société, avait été maintenu et il ne serait venu à l'esprit de personne de rendre temporel le secrétariat et de protester contre la présidence du premier médecin du roi ; la Société avait regardé comme une ingratitude d'attaquer ainsi la royauté, tout amoindrie qu'elle était.

L'Académie de chirurgie, au contraire, ne voulait plus être dite *royale*, et ses dignitaires étaient ouvertement menacés.

J'ai raconté, en d'autres temps (1), les scènes tumultueuses qui à cette époque eurent lieu dans son sein ; je demande la permission de les rappeler en peu de mots : on verra quel était alors l'esprit de l'assemblée et la position qui était faite à Louis.

La cause ou plutôt le prétexte de ces troubles était la division de l'Académie de chirurgie en trois ordres ou trois classes. La première classe se composait de quarante membres, désignés sous le nom de *conseillers du comité ;* la seconde comprenait vingt académiciens dits *adjoints au comité ;* la troisième enfin comprenait les maîtres chirurgiens de Paris, ou chirurgiens de Saint-Côme, désignés sous le nom d'*académiciens libres*. Il y avait là une espèce d'hiérarchie qui blessait beaucoup d'esprits parmi les *libres,* plusieurs fois il y avait eu des tentatives de soulèvement. J'ai raconté dans le travail que je viens de citer comment, en 1751, les chirurgiens de Saint-Côme avaient présenté une requête à l'effet d'obtenir : 1° que les places de conseillers fussent déclarées *muables,* c'est l'expression dont ils s'étaient servis, et accessibles à tous ; 2° qu'on supprimât la classe des libres et que tous les maîtres chirurgiens de Paris fussent admis à composer les deux autres classes. Mais le pouvoir royal était alors dans toute sa force ; le ministre fit savoir aux pétitionnaires que Sa Majesté avait vu avec étonnement que non-seulement on formât des demandes aussi contraires aux vues qui l'avaient porté à établir le règlement de l'Académie, mais qu'on osât encore les combattre, et les signataires furent provisoirement exclus de l'Académie.

Mais en 1790, la royauté, tenue en échec par l'Assemblée nationale, n'était plus là pour réprimer ce nouveau soulèvement, et cette fois les opposants, qu'on appelait le parti des *jeunes gens,* ne crurent pas même devoir procéder par voie de requête. Sédillot le jeune, connu sous le nom de *Sédillot second,* et qui était un des plus ardents, donna le signal des premières attaques; après s'être concerté avec Peyrilhe, Beaudelocque, A Dubois et quelques autres, il adressa, le 1er septembre 1790, à ses collègues, une circulaire dont j'ai trouvé un exemplaire dans nos archives; il prévenait ses collègues dans cette circulaire que l'Assemblée nationale devant prochainement s'occuper de réorganiser les sociétés savantes, l'Académie de chirurgie se réunirait le lendemain, à l'effet de prendre des mesures pour préparer un nouveau règlement, et que lui, Sédillot, prononcerait un discours à ce sujet.

Arrêtons-nous ici pour faire remarquer combien l'Académie de chirurgie s'éloignait de la Société de médecine; celle-ci, à l'invitation de l'Assemblée nationale, rédige une constitution, mais cette consti-

(1) Suite. — Voir le numéro du samedi 6 octobre.

(1) Document pour servir à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie, in-4°, Paris, 1856.

qu'en février 1866, l'on put constater une suite non interrompue de cas de variole, de quinzaine en quinzaine, dans les grandes fermes des environs.

En résumé, cette épidémie meurtrière pour les gens non vaccinés n'a rien eu de grave pour les individus déjà vaccinés. Cependant nous ferons observer que les malades ont été en très-grand nombre. 325 sur une population de 8,000 âmes, ayant déjà été éprouvée l'année d'avant, et parmi laquelle 609 revaccinations ont été faites.

Revaccinations. — Sur les 325 personnes frappées de variole à Senlis, nous ne trouvons aucun cas de revaccination, et de même parmi les revaccinés, au nombre de 609, nous ne constatons aucun cas de variole. Nous pouvons donc, malgré le petit nombre de nos observations, conclure de ces chiffres que la revaccination préserve de la variole.

Ceci admis, voyons en quel temps, à quel âge et comment, il convient de pratiquer la revaccination.

Temps. — Voici, en résumé, les résultats d'un relevé des opérations faites au 2e dragons, de 1858 à 1866.

Les opérations faites en août et septembre, sont celles qui semblent donner les meilleurs résultats, soit en prenant la moyenne générale, soit en la prenant année par année. Le mois d'octobre a des résultats tout aussi heureux, si ce n'est pour l'année 1859, où les échecs l'emportent de tant sur les succès, que nous ne saurions expliquer cette disproportion, qu'en invoquant l'emploi d'un mauvais vaccin, (2 succès sur 22 opérations.)

Le génie épidémique semble également être favorable au succès de la revaccination, car 485 revaccinations faites au 2e dragons, de 1857 à 1865, nous donnent 25 pour 100 de succès, moyenne au-dessous de celle des vaccinateurs allemands, qui parlent de un tiers de succès.

En 1865 nous obtenons, sur 226 opérations soit à Versailles, soit à Senlis, et en temps d'épidémie, 34 pour 100 de succès. Ce qui tendrait donc à prouver qu'en temps d'épidémie, la revaccination a plus de chance de succès qu'en temps ordinaire.

Du reste les chiffres obtenus dans le civil prouvent encore davantage ce fait. Ainsi M. Palle, sur 32 opérations, a obtenu 16 succès, 50 pour 100; M. Assolant, 14 succès sur 31 opérations, 45 pour 100; M. Decaisnes, 50 sur 100, 50 pour 100; M. Chalan 97 sur 276, 34 pour 100; M. Bucquoy 80 sur 170, 47 pour 100.

Si M. le docteur Chalan n'a que 34 pour 100 de succès, cela tient à ce qu'il a essayé la revaccination sur des personnes déjà revaccinées quelques années auparavant, et sur des enfants au-dessous de quinze ans.

Aucune de ces opérations n'a donné lieu à la variole, comme on a le tort de le craindre. Plusieurs sujets, revaccinés avec succès, ont fréquenté des varioleux, quelques-uns ont même cohabité avec eux sans être atteints. Ces chiffres et ces faits tendraient donc à prouver que la revaccination, faite à temps peut préserver de la contagion sans inconvénient pour l'opéré.

Age. — Notre relevé de l'épidémie nous fait voir que c'est vers vingt ans que la variole commence à menacer les sujets vaccinés; c'est aussi vers cet âge que le virus-vaccin reprend bien.

Manière d'opérer. — Éviter de se servir de virus pris sur des revaccinés. M'étant servi de ce virus, je n'ai pour ainsi dire eu que des insuccès ou des succès que je classe résultat douteux. (Pustules irrégulières ne s'ombiliquant pas, présentant une vaste aréole inflammatoire et un engorgement des ganglions sous-axillaires.)

M. le docteur Decaisnes fit du reste des expériences comparatives assez concluantes. Il faisait six piqûres sur chaque bras, à droite avec du virus d'un enfant, à gauche avec du virus de revacciné. Dans aucun cas (26), il n'eut de bouton vaccinal franc sur les piqûres du virus de revacciné, tandis que le bras opposé présentait de très-belles pustules vaccinales.

Avoir soin de faire des piqûres assez profondes, et ne pas se contenter de soulever l'épiderme comme on le fait chez les enfants. Pour avoir encore plus de chances de succès, et cela surtout chez les sujets réfractaires à une première opération, l'on fera bien d'inciser la peau avec la lancette, puis d'introduire dans cette petite plaie du virus liquide avec un petit pinceau. L'on obtiendra ainsi des succès certains.

Traitement du choléra. — Sulfate de quinine.

Nous devons à M. le docteur Dagonet, directeur de la maison de santé de Stéphansfeld, la communication de la note suivante :

M. le docteur Barth, médecin cantonal, qui vient de faire ses preuves dans le canton de Boulay (Moselle), affirme, dans un mémoire que j'ai sous les yeux (1), que le traitement qu'il a employé lui a donné les résultats les plus remarquables. Après avoir nagé en plein empirisme et prescrit toutes sortes de médicaments préconisés, l'opium, le camphre, les alcooliques, les frictions sèches, médicamenteuses, les sinapismes, etc., voici la méthode thérapeutique à laquelle il a fini par se rattacher :

1° Dès le début, au premier symptôme de la diarrhée spécifique, il administre la potion purgative suivante, qui se trouve dans le formulaire des hospices de Strasbourg :

Manne sicil.	60	grammes.
Rhubarbe	4	—
Semen coriand.	4	—
Infus. aq. fervid.	120	—

En une fois.

Ce purgatif paraît supérieurement réussir dans les épidémies de cholérine, il modifie avantageusement la sécrétion intestinale toutes les fois qu'il y a intoxication miasmatique.

2° Dès l'apparition des frissons erratiques, des vomissements, etc., qui marquent la deuxième période, le sulfate de quinine est administré en potion, d'abord de la manière suivante :

Sulfate de quinine.	2	grammes.
Dissolvez et ajoutez		
Eau de laurier cerise.	8	—
Eau commune.	130	—

Mêlez. Toutes les heures une cuillerée à bouche.

De bons résultats ont été obtenus chez tous ceux qui n'ont pas rendu le médicament. Dans la première et la deuxième période, le sulfate de quinine enraye les progrès du mal.

Chez les individus affectés de vomissements incoercibles, le médicament doit être administré en lavement. Ses effets sont presque instantanés. Deux grammes par lavement arrêtent, dans l'espace d'un quart d'heure, les vomissements et la diarrhée; en même temps le pouls s'élève, une diaphorèse abondante survient et il s'établit une réaction assez forte pour empêcher, dans la plupart des cas, l'apparition de la période algide. On commence par faire administrer 2 grammes de sulfate de quinine en lavement, puis, malgré le mieux survenu, on doit continuer cette médication pendant deux ou trois jours, en divisant la dose en trois lavements, qu'on administre le matin, l'après-midi et le soir. Ces lavements ont été administrés immédiatement après une selle en cas de diarrhée et renfermaient chacun 4 gouttes de laudanum de Sydenham.

3° Lors de la période algide on doit donner, chaque demi-heure, un lavement renfermant 2 grammes de quinine. Il paraît que l'intestin absorbe encore, quand déjà toute faculté d'absorption est enlevée à l'estomac. Un homme et deux femmes, qui étaient au plus mal et qui ont guéri, ont ainsi absorbé jusqu'à 8 grammes de quinine.

Naturellement les doses ne sont pas invariables, elles peuvent être modifiées suivant l'âge et d'idiosyncrasie des individus.

4° En même temps, on ne doit négliger aucun des moyens indiqués pour réchauffer les malades et provoquer une diaphorèse salutaire. Frictions rapides le long de la colonne vertébrale, avec une flanelle largement imbibée de chloroforme, pour calmer les crampes. Comme adjuvant, infusion de cannelle et de menthe dans du vin chaud sucré. Application de sinapismes sur l'abdomen, le thorax et le dos; entourer le malade de sachets de sable chaud, en un mot, lui communiquer la plus grande masse de chaleur possible pour arriver à une diaphorèse abondante.

5° Prescrire, pendant la période de réaction pendant laquelle la soif est toujours ardente et dans laquelle le pouls marque de 90 à 110 et 120, des boissons froides, de la glace s'il y a moyen, une diète sévère, qui ne doit être levée qu'après la disparition des accidents fébriles.

Pendant la convalescence, sirop de quinquina, un peu de bon vin, régime analeptique, etc.

Dans l'opinion du docteur Barth, le choléra est une sidération du système nerveux; l'attaque cholérique doit être assimilée à un accès de fièvre pernicieuse.

C'est une fièvre palustre à type continu; elle devient pernicieuse à la période algide; celle-ci n'est alors que l'expression d'une série d'accès subintrants. Si l'on obtient une réaction franche, la guérison est rapide, eu égard surtout aux phénomènes morbides observés.

Ce n'est pas la première fois qu'une semblable opinion s'est produite; dans cette théorie, l'effluve importé des bords du Gange, rendu plus subtile par le ferment organique qu'il porte avec lui, exercerait ses effets à une distance plus ou moins éloignée.

Le miasme peut rester confiné dans des portions de maisons, dans des moitiés de rues mal aérées; il agit à la manière des fièvres paludéennes; le malade se remet rapidement de l'attaque qu'il vient de traverser.

Le sulfate de cuivre, que le docteur Burq préconise avec une si ardente conviction, n'est-il pas lui-même un fébrifuge puissant? Seulement son emploi est dangereux, et sous ce rapport, les résultats avantageux qui nous ont été signalés par quelques médecins, ne viendraient-ils pas confirmer encore cette opinion que le choléra et la fièvre palustre sont bien proches parents l'un de l'autre?

Je ne veux pas me lancer plus avant dans des idées théoriques dont les médecins n'ont que faire en ce moment; mon seul but est de leur indiquer une médication qui me paraît recommandable, et qui a été mise en pratique par un confrère instruit et honorable, qui recommande d'agir vite et énergiquement.

— Cette manière de voir et la pratique qui en est déduite, peuvent être justes pour certaines localités où le choléra peut se trouver influencé par la constitution palustre locale et associé jusqu'à un certain point à cet élément morbide. Mais elle n'est pas fondée dans les pays habituellement exempts de fièvres intermittentes et notamment à Paris, où la médication quinique, bien des fois essayée, a à peu près constamment échoué.

(*Note de la rédaction*).

(1) Ce mémoire a été transmis à l'Académie de médecine.

Nous publions ci-dessous une excellente dissertation de M. le docteur Fournier sur le bubon syphilitique, extraite d'un article destiné au nouveau dictionnaire de médecine pratique, et dont nous devons la communication aux éditeurs de ce dictionnaire.

DU BUBON SYPHILITIQUE,

Par M. le Dr Fournier, médecin des hôpitaux de Paris.

La syphilis détermine des adénopathies de deux ordres : 1° les unes *précoces*, immédiates, se produisant à la suite de l'accident originel de la maladie, se développant comme des épiphénomènes locaux à l'occasion du chancre initial, dont elles sont en quelque sorte les satellites; — 2° les autres plus tardives, *ultérieures*, n'apparaissant qu'à une époque plus ou moins éloignée du début de l'infection, se manifestant loin du siége du chancre, au titre d'accidents diathésiques soit essentiels, soit symptomatiques de lésions consécutives.

Nous n'étudierons ici que celles du premier ordre, c'est-à-dire celles qui se produisent à la suite du chancre.

Bubon symptomatique de l'accident initial de la syphilis. — Il diffère essentiellement, comme nous allons le voir, soit de l'adénite simple, soit du bubon chancreux.

---

tution comprend toutes les autres compagnies savantes et surtout celle de chirurgie, elle propose en même temps des réformes dans l'enseignement, elle réorganise les hôpitaux dans l'intérêt de la science, et par l'organe de son secrétaire perpétuel, elle soumet ce plan à l'Assemblée nationale.

A l'Académie de chirurgie, l'initiative est prise par un simple membre, par un opposant, pourquoi? est-ce pour arriver à une organisation générale, est-ce pour demander la réforme des abus? du tout, c'est pour attaquer la classe des conseillers, pour changer le règlement; on ne considère ni l'intérêt de la Société, ni la dignité de la profession, il n'est question ni de l'enseignement de la chirurgie, ni de son exercice, tout se réduit à une question d'intérieur et pour ainsi dire à une question de ménage.

Louis avait reçu la circulaire de Sédillot, qui, de son autorité privée, convoquait ses collègues et cela dans le local même de l'Académie, Louis nous a conservé la minute de sa réponse. Il objectait d'abord, et avec raison, que la réunion provoquée par M. Sédillot était illégale, que si c'était un mémoire que se proposait de lire M. Sédillot en sa qualité de *libre*, il ne pouvait le faire que dans une séance ordinaire; dans tous les cas, ajoutait Louis, si les jeunes gens veulent faire du bruit, c'est au directeur à user de l'art. 36 du règlement; mais à cette époque, toutes les autorités étaient sans force. Sédillot passa outre, et Louis nous a laissé la relation de ce qui s'est passé dans cette première séance.

Le directeur n'avait pu réprimer le tumulte; on était venu pour troubler, dit Louis, et l'on était en force; les opposants, après bien des clameurs, se constituèrent en assemblée primaire et se nommèrent des officiers pour présider leurs assemblées.

Le directeur avait proposé, dans la séance du 16 octobre 1790, un plan de constitution, mais il n'avait pu parvenir à se faire entendre. La séance tout entière, reprend Louis, s'était passée en avis tumultueux et en propos plus ou moins injurieux, puis on s'était mis à parodier de tout point les premières séances de l'Assemblée constituante. L'Académie avait ses trois ordres : ses conseillers, ses adjoints et ses libres : or, comme les libres comprenaient tous les maîtres chirurgiens de Paris, ils se regardaient comme *tiers état chirurgical*, et à l'exemple de Siéyès, ils disaient *qu'ils étaient tout*.

Aussi, dans la séance du 18 septembre, on vit se renouveler ce qui s'était passé à Versailles l'année précédente, à l'assemblée des états généraux. Pendant que les deux premiers ordres, les conseillers et les adjoints étaient réunis dans la salle ordinaire des séances, les libres s'étaient réunis dans une autre pièce; les premiers étaient légalement présidés par le directeur de l'Académie; les seconds, par des officiers de leur choix. Ce n'est pas tout, quatre des opposants délégués par leurs collègues se rendirent dans la salle où étaient réunis les conseillers et les adjoints, et ils déposèrent sur le bureau un écrit revêtu de leurs signatures, dans lequel il était dit textuellement « que « sans examiner pour le moment la question de l'illégalité ou de la « légalité de leur assemblée, ils invitaient messieurs de la compagnie « actuellement assemblés sous le titre de comité, à se joindre à eux « à l'effet de traiter en commun et amiablement des affaires com« munes. »

Cette pièce, qui est encore dans nos archives, porte les signatures de Pelletan, de Baudelocque, de Sédillot, et de Coquart; c'était le tiers état qui appelait les deux autres ordres à faire une constitution en commun, mais à la différence de ce qui s'était passé à l'Assemblée nationale, les deux camps restèrent distincts et chacun fit sa constitution.

Celle des opposants avait un préambule tout à fait de circonstance, il était conçu en ces termes :

« L'académie de chirurgie, attentive aux progrès de la raison chez « les Français, aux leçons de sagesse et de patriotisme qui émanent « de l'Assemblée nationale, est persuadée avec elle que le moyen le plus « propre pour perfectionner les connaissances humaines, pour tirer « la nation de la détresse où elle se trouve, et la porter au degré de « puissance dont elle est susceptible, se réduit à élever le génie par « l'égalité, puissance dont les effets vivifiants sont incalculables, et en « conséquence l'Académie présente à l'assemblée le projet de règle« ment suivant. »

Il serait difficile de trouver quelque chose de plus emphatique et de plus naïvement ridicule que ce factum présenté au nom de l'Académie.

En quoi d'abord et comment ces honnêtes chirurgiens de Saint-Côme pouvaient-ils se dire attentifs aux progrès de la raison chez les Français? Passe encore pour les leçons de sagesse et de patriotisme qui, suivant eux, émanaient de l'Assemblée nationale, c'était une flatterie qui allait à son adresse; mais le plus curieux, était de rendre l'Assemblée nationale solidaire de cette ingénieuse idée, que le moyen

Fréquence. — A de très-rares exceptions près, c'est un symptôme *constant* de l'infection syphilitique primitive.

« Le bubon, dit Ricord, accompagne invariablement, *fatalement,* l'accident initial de la syphilis ; il suit le chancre comme l'ombre suit le corps ; c'est le compagnon fidèle, *obligé,* du chancre infectant... Sans doute il peut offrir des variétés de forme et de degré, sans doute il peut être plus ou moins développé, plus ou moins manifeste aux différentes époques de son existence ; mais il ne fait jamais défaut... *Pas de chancre infectant sans bubon,* voilà ce qu'on peut donner hardiment comme une *loi* pathologique. »

Nous avons vu précédemment que tout au contraire le bubon fait souvent défaut à la suite du chancre simple, qui n'exerce pas sur les ganglions d'action fatale et nécessaire.

Toutefois, il est certains cas qui font exception à la loi formulée par Ricord. Il est très-positivement des chancres syphilitiques qui ne déterminent pas d'engorgement ganglionnaire. Ce sont là des faits très-rares, tout à fait *exceptionnels,* que l'on n'observe certes pas plus d'une fois ou deux sur cent malades, mais dont cependant il importe de tenir un compte sérieux au point de vue séméiologique.

Il serait très-curieux de déterminer les conditions qui, dans les cas de ce genre, empêchent l'action syphilitique de se porter sur les ganglions. Or, sur ce point, nous devons avouer notre ignorance absolue. Tout au plus nous a-t-il été permis de saisir quelques-unes des circonstances dans lesquelles cette immunité ganglionnaire a été observée et qu'il n'est pas sans intérêt de faire connaître.

En premier lieu, Ricord a remarqué et j'ai remarqué après lui d'une façon très-certaine que le chancre infectant *phagédénique* n'exerce parfois aucun retentissement sur les ganglions. Le phagédénisme paraîtrait donc être une des conditions qui empêchent l'action syphilitique de s'irradier sur les ganglions.

En second lieu, « le système ganglionnaire, dit Ricord, est assez habituellement en relation inverse de développement avec le système adipeux. Chez les individus très-gras, les ganglions sont petits ; à la suite du chancre infectant, ils sont souvent peu développés ; parfois même, mais rarement, ils font défaut. » (*Communic. orale.*)

De même encore, d'après notre maître, l'adénopathie peut manquer avec le chancre induré *de récidive,* c'est-à-dire se développant à nouveau sur des sujets autrefois syphilitiques.

Enfin elle paraît avoir fait défaut, en quelques cas très-rares, à la suite du chancre infectant à forme d'érosion superficielle ou de papule exulcérée, ne présentant qu'une induration à peine perceptible ou même presque douteuse.

J'ai voulu me rendre un compte exact et numérique de la fréquence du bubon à la suite de l'accident initial de la syphilis. Or, voici ce que m'a fourni sur ce sujet l'analyse de 265 observations très-soigneusement étudiées à ce point de vue spécial :

Sur 265 cas de chancres indurés, suivis d'accidents non douteux de syphilis constitutionnelle, j'ai constaté :

229 fois l'adénopathie classique que nous allons décrire, très-nettement formulée ;

15 fois des adénopathies médiocrement accusées, non douteuses, mais peu significatives, au point de vue séméiologique ;

5 fois des adénopathies de développement moindre et sans valeur séméiologique véritable ;

9 fois des adénopathies à dégénérescence strumeuse ;

2 fois des bubons suppurés à la suite de phénomènes inflammatoires ou de dégénérescence strumeuse.

Cinq fois seulement sur 265 cas, le bubon fit défaut ou ne put être constaté. — Or, ces 5 cas sont curieux à analyser :

1° Dans l'un, le malade était affecté d'un chancre phagédénique de la verge, horrible, monstrueux ; il ne présentait aucun développement ganglionnaire dans les régions inguinales ;

2° Dans deux autres cas, les malades offraient un embonpoint tel qu'il était fort difficile, pour ne pas dire impossible, d'explorer l'état des ganglions. Peut-être l'adénopathie s'était-elle développée et n'était-elle que masquée par la surabondance du tissu adipeux ; en tout cas elle ne put être constatée ;

3° Le quatrième cas est relatif à un jeune homme qui présentait sur la rainure glando-préputiale un chancre d'étendue moyenne, reposant sur un énorme noyau d'induration cartilagineuse. Je ne pus saisir dans les aines le moindre développement ganglionnaire.

4° Dans le dernier cas, au contraire, le début de l'infection se fit par des érosions herpétiformes, aussi limitées et aussi superficielles que possible, offrant à peine à leur base un très-léger degré de rénitence. Ces érosions, que je pris tout d'abord pour des herpès, ne s'accompagnaient d'aucun engorgement des ganglions ; elles n'en devinrent pas moins l'origine d'une syphilis des mieux caractérisées.

Au total, donc, sur 265 cas j'ai rencontré 260 fois l'adénopathie. Cinq fois elle ne put être constatée, mais *trois fois seulement* elle fit défaut d'une façon certaine.

Cette proportion est assez significative pour n'avoir pas besoin de commentaires. Il est peu de symptômes donnés en pathologie comme constants qui présentent un égal degré de fréquence.

Siége. — Comme tous les bubons, l'adénopathie spécifique du chancre infectant est en relation directe de siége avec l'accident dont elle dérive. Or, ce chancre pouvant, comme nous l'établirons ailleurs, se développer sur n'importe quel point des surfaces tégumentaires ou muqueuses accessibles au contact du virus syphilitique, il suit de là que son bubon doit s'observer sur les régions les plus diverses. C'est en effet ce qui a lieu. Les chancres de la région génitale étant de beaucoup les plus fréquents, c'est à l'aine que l'on rencontre le plus communément le bubon syphilitique ; c'est à l'aine que se produisent également les adénopathies symptomatiques des chancres de l'anus, de l'extrémité antérieure de l'urèthre, du périnée, du col utérin (Ricord, Robert, Bernutz, Legendre, etc.), des fesses, des cuisses, de la portion inférieure de l'abdomen, etc. Mais ce bubon s'observe sur bien d'autres points : assez souvent à la région sous-maxillaire (chancres de la bouche, des lèvres, de la langue, du menton, etc.) ; — plus rarement dans l'aisselle (chancres du sein, chancres des doigts) ; — exceptionnellement sur d'autres ganglions de siége divers : ganglions cervicaux, sus-hyoïdiens, parotidiens, pré-auriculaires, épitrochléens, etc.

Dans un cas de chancre occupant la voûte palatine, j'ai constaté l'existence d'un gros ganglion dans l'épaisseur même de la joue. Dans un autre cas, où l'infection fut très-certainement transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, il existait à la région parotidienne deux ganglions volumineux, situés l'un exactement au-dessous du lobule de l'oreille, et l'autre un peu plus inférieurement sous la branche du maxillaire.

A l'aine, le bubon du chancre infectant peut, comme celui du chancre simple, être *direct* ou *croisé ;* il peut aussi être *unique* ou *double,* c'est-à-dire affecter une seule des régions inguinales ou les deux à la fois.

Mais ce qu'il présente de spécial, c'est sa tendance à se porter à la fois sur les ganglions des deux aines. Très-fréquemment, alors même que le chancre d'origine est unique et ne siége que sur un des côtés de la verge, le bubon est double, *bi-inguinal.*

Cette adénopathie double est parfois égale d'un côté à l'autre ; mais bien plus souvent on rencontre la disposition suivante : du côté correspondant au chancre une pléiade bien formulée, et de l'autre un seul ganglion ou un petit nombre de ganglions d'un développement moins considérable.

Époque d'apparition. — Tandis que le bubon du chancre simple n'a pas de période fixe pour son développement, l'adénopathie syphilitique se manifeste au contraire à la suite du chancre infectant avec une régularité, avec une ponctualité chronologique qui constitue l'un des caractères différentiels. Elle coïncide presque invariablement avec l'époque où se produit l'induration chancreuse ou la suit de très-près. C'est dire qu'elle apparaît dans le cours du *premier* ou du *second septénaire* après le début du chancre ; il est très-rare qu'elle tarde davantage à se manifester (Ricord).

Sur ce point, les données de l'expérimentation sont d'accord avec les résultats de la clinique. A la suite des inoculations de pus syphilitique, c'est en moyenne dans le cours du second septénaire qu'on a vu se développer le bubon.

Symptômes. — Considéré dans ses caractères les plus généraux, le bubon du chancre infectant est simplement constitué par une *tuméfaction ganglionnaire,* présentant une *dureté spéciale* et complétement *dépourvue de phénomènes inflammatoires.*

Étudions en détail ces trois signes qui forment la caractéristique de ce bubon :

I. La *tuméfaction* n'est guère que moyenne. Règle presque générale, le bubon syphilitique présente un développement très-inférieur à celui de l'adénite simple ou du bubon chancreux. Le plus communément, le ganglion affecté n'est que doublé ou tout au plus triplé de volume ; de plus, il n'offre pas d'engorgement périphérique. A l'aine, par exemple, chacune des glandes qui constituent ce qu'on appelle la pléiade ne dépasse guère le volume d'une petite noisette. Il en est de même pour celles qui constituent les pléiades axillaires à la suite des chancres du sein. Les ganglions sous-maxillaires, symptomatiques des chancres buccaux, sont généralement un peu plus volumineux ; cependant ils ne sont pas plus gros qu'une amande ou qu'une moitié de noix.

Il n'est pas rare toutefois que ce bubon présente un développement plus considérable, et cela, soit par l'exagération de volume d'un seul ganglion, soit par l'agglomération de plusieurs glandes en une seule masse, soit encore en raison de complications inflammatoires ou de dégénérescence strumeuse des glandes. Nous aurons à revenir sur ces divers points.

II. La *dureté* de la glande affectée est remarquable ; elle est même spéciale, comme le dit Ricord. Pressé entre les doigts, le ganglion fournit absolument la même sensation que la base du chancre induré ; c'est une dureté *sui generis,* chondroïde, élastique, résistante ; « c'est, pour ainsi dire, l'induration chancreuse transportée dans le ganglion. » (Ricord.)

III. Ce qu'offre de plus caractéristique le bubon du chancre infectant, c'est l'*absence de tout phénomène inflammatoire.*

Ce bubon se produit et se développe, non pas comme une adénite, mais comme un simple engorgement ganglionnaire *froid* et *indolent.* Il naît, évolue et se termine sans le plus léger signe de réaction locale.

Le ganglion se tuméfie et s'indure ; c'est là tout le bubon syphilitique.

De là, quelques conséquences d'un haut intérêt séméiologique :

1° L'*indolence* remarquable de la région où siége l'adénopathie. Le ganglion malade n'éveille aucune douleur spontanée ; il n'est pas senti, il passe souvent inaperçu. Il n'est guère plus douloureux à la pression ; très-communément, il présente même une insensibilité absolue sous le doigt.

2° La *conservation de la teinte normale des téguments* qui ne présentent jamais la rougeur inflammatoire qu'on observe dans l'adénite ou le bubon chancreux.

3° L'*intégrité de forme,* la *mobilité* et l'*indépendance* du ganglion.

Tout en se tuméfiant, le ganglion conserve sa forme anatomique. De plus, il ne s'entoure jamais de cette atmosphère d'empâtement et d'engorgement diffus qui englobe habituellement les glandes enflammées. Il reste libre, mobile, indépendant des parties voisines avec lesquelles il ne contracte pas d'adhérences.

Lorsque le bubon est poly-ganglionnaire, les différentes glandes qui le composent restent de même indépendantes les unes des autres et forment autant de petites tumeurs isolées qui glissent librement sous la peau.

A ces points de vue divers, l'adénopathie syphilitique diffère essentiellement soit de l'adénite simple, soit du bubon chancreux.

IV. Aux signes qui précèdent s'ajoute souvent un caractère moins général, mais non moins intéressant ; c'est la *multiplicité des glandes affectées* par le bubon syphilitique.

A l'aine notamment, comme du reste dans toutes les régions où plusieurs glandes lymphatiques se trouvent réunies, l'action du chancre ne s'exerce pas seulement sur une de ces glandes ; elle s'étend à plusieurs, à trois, à quatre, à six, voire même à dix ou à douze, c'est-à-dire à l'ensemble du groupe ganglionnaire. C'est à cet engorgement multiple que Ricord a donné le nom très-pittoresque de *pléiade.*

La pléiade se compose donc d'une série de ganglions affectés spécifiquement et offrant l'ensemble des caractères que nous venons de décrire. Ces ganglions sont inégalement développés comme volume, mais ils présentent tous comme caractères communs l'indolence et l'induration spécifique. Mobiles et indépendants, ils figurent comme une série de petites noisettes qu'on peut avec le doigt faire rouler sous la peau.

Dans cette pléiade, on trouve presque toujours, remarque curieuse, un ganglion plus saillant et plus développé que les autres. « C'est celui, dit Ricord, auquel viennent aboutir directement les lymphatiques qui émanent de la partie ulcérée ; c'est celui qui deviendrait ou pourrait devenir, dans le cas d'un chancre simple, le siége d'une suppuration spécifique. Je l'appelle le *ganglion anatomique* ou *direct* de la pléiade, supposant qu'il subit directement l'influence du chancre par voie de continuité, tandis que les glandes environnantes ne seraient affectées que par sympathie diathésique. »

Le nombre de glandes qui constituent la pléiade est très-variable suivant les sujets, comme aussi d'un côté à l'autre sur le même individu. Il ne paraît influencé ni par le tempérament du malade, ni par le nombre des chancres, ni par le volume de l'induration. Il est même remarquable, en certains cas, de voir un chancre unique et restreint développer une pléiade aussi riche et aussi volumineuse que pourrait le faire une série de chancres multiples et étendus (M. Robert).

Du reste, ce caractère de multiplicité des glandes n'est pas absolu Parfois, on ne rencontre dans l'aine qu'un seul ganglion. Dans ce cas, le ganglion unique qui constitue le bubon prend généralement un développement assez considérable ; il présente le volume d'une grosse noisette ou même d'une petite noix.

Ce bubon *mono-ganglionnaire* est assez rare à l'aine ; il s'observe d'une façon plus fréquente relativement à la région axillaire.

V. Ajoutons, pour compléter ce tableau, que fréquemment le bubon

---

de tirer la nation de la détresse où elle se trouvait, et de la porter au degré de puissance dont elle était susceptible, se réduisait tout simplement à élever MM. les chirurgiens de Saint-Côme au rang de conseillers du comité ; car, il ne faut pas s'y tromper, c'était bien là ce qu'entendaient les libres, en disant qu'il suffisait d'élever le *génie par l'égalité,* car le génie devait être en eux, et l'égalité ainsi appliquée allait devenir une puissance dont les effets incalculables, etc.

Tout cela n'était que ridicule, mais ceci va devenir odieux. Un considérant dicté par les ennemis de Louis, et approuvé par cette tourbe de l'Académie, fait remarquer, et ceci était encore tout à fait de circonstance, « que le secrétaire perpétuel est fait pour l'Académie « et non l'Académie pour le secrétaire perpétuel, » remarque qui parut très-spirituelle et très-piquante ; il était dit de plus, avec non moins d'à-propos « que l'Académie se renouvelant sans cesse ne « vieillit pas, tandis que le secrétaire perpétuel, en gagnant des années « (triste gain en vérité!) devient moins propre au travail et puis, « ajoute le même considérant, un officier nommé ainsi à vie, finit « toujours, malgré les règlements, par devenir indépendant et par ne « plus agir suivant ses convenances. »

Je le répète, il était facile de reconnaître ici la main des ennemis de Louis, et c'était cet homme éminent qu'ils accusaient ainsi, non-seulement de despotisme, mais encore d'incurie, de négligence et d'incapacité !

Toutefois, par un reste de pudeur, on n'alla point pour le moment jusqu'à demander sa révocation, on voulut bien trouver, car on n'était encore qu'en 1790, qu'il était juste de lui laisser la perpétuité de ses fonctions sa vie durant, et de n'appliquer ces dispositions qu'après son décès. Ce décès hélas! ne devait pas se faire attendre longtemps ; mais l'Académie elle-même ne devait pas non plus tarder à mourir, elle qui se flattait de ne pas même vieillir.

Louis avait gardé le silence en tout ce qui le concernait, mais il s'était opposé aux innovations qui avaient trait à l'organisation fondamentale de la Société ; encore l'avait-il fait avec une extrême modération, se bornant à rappeler les précédents de l'Académie et quelles avaient toujours été les bases de ses règlements : l'une de ses allocutions se terminait ainsi :

« Celui qui depuis quarante-cinq ans est assidu aux exercices de « cette Société, qui depuis quarante ans est au nombre de ses offi- « ciers, et en est devenu le doyen, se croit plus en état que personne « de fournir les notions nécessaires pour améliorer sa constitution. »

On passa outre, bien entendu, et l'adresse des opposants fut soumise à l'Assemblée nationale ; mais celle-ci était entraînée par un bien autre courant d'affaires, elle aurait pu prendre en quelque considération l'adresse rédigée par Vicq-d'Azyr au nom de la Société royale, puisqu'il s'agissait d'intérêts généraux, de rallier tous les corps savants et littéraires en un faisceau commun, mais que lui importait qu'on élevât ou non les chirurgiens de Saint-Côme au rang de conseillers, que l'Académie de chirurgie eût un secrétaire temporel au lieu d'un secrétaire perpétuel ?

Encore quelque temps du reste, et le décret du 8 août 1793 allait mettre fin à tous ces débats en supprimant cette tumultueuse société.

Ceci se passait en 1790 ; les choses restèrent à peu près de même en 1791, mais en 1792 les événements prirent beaucoup plus de gravité.

---

est relié au chancre dont il dérive par de petits cordons durs, suivant l'axe de la verge, facilement perceptibles sous la peau et donnant au doigt à peu près la même sensation que le canal déférent. Ces cordons ne sont autres que des *lymphangites indurées*, servant, pour ainsi dire, de trait d'union entre les ganglions et le chancre.

Nous renvoyons à un autre article de cet ouvrage la description de ces lymphangites chancreuses (*voy.* CHANCRE).

EXEMPLE

remarquable d'un nombre infini de lipômes.

Observation communiquée par M. Ed. DARBEZ, interne des hôpitaux, à la Société de médecine de Poitiers, dans la séance du 13 juin 1866.)

D... Georges, âgé de soixante-huit ans, menuisier, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital général de Poitiers, dans le service de M. le docteur Delaunay, le 27 décembre 1864, atteint d'une néphrite chronique à laquelle il succomba le 22 janvier 1865. Son père et sa mère n'ont jamais rien présenté qui soit digne d'être noté.

Le nombre de lipômes dont il est recouvert avait tellement attiré notre attention pendant sa vie que, une fois mort, j'eus à cœur de satisfaire ma curiosité, c'est-à-dire d'en savoir la quantité exacte. Bien que la tâche me parût longue, je ne reculai pas. Je me mis donc à l'œuvre, alors je pus constater l'existence de 215 lipômes de toutes grosseurs, depuis le volume d'un grain de mil jusqu'à celui d'une tête de fœtus. Sur ce nombre, un était gros comme une tête d'enfant, deux comme le poing, dix comme une noix, vingt-six comme une noisette et les autres comme un grain de mil. Enfin çà et là on remarquait, entremêlées, des tannes en assez grande abondance. La figure seule en était dépourvue. Le reste du corps n'en n'était pas également recouvert; c'est ainsi que la région antérieure de la poitrine nous en présentait un nombre bien plus considérable que les autres parties, venaient ensuite les fesses, le dos, les cuisses, les poignets, etc. Le plus volumineux était placé sous la fesse gauche. Une incision pratiquée sur une dizaine de ces tumeurs, nous prouva bien que nous étions en présence d'une hypertrophie du tissu adipeux.

Au mois de juillet de la même année, un fait aussi curieux dans son genre, du moins quant à la grosseur des lipômes observés, s'est présenté à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, dans le service de M. le docteur Jallet, chez une jeune fille de douze ans. Celle-ci avait trois lipômes; le plus gros, placé entre les deux épaules, pesait 15 kilogrammes 146 grammes, le plus petit, fixé sur l'épaule gauche, avait déjà acquis le volume d'une tête de fœtus à terme; enfin le troisième se trouvait entre les deux. Le premier, occupant toute la région dorsale et un peu la région cervicale, était tellement volumineux, qu'il retombait sur la région lombaire. La peau qui le recouvrait était ulcérée en plusieurs endroits, comme le montre la photographie que j'ai entre les mains.

De semblables faits viennent nous prouver une fois de plus que l'opinion qui veut que le lipôme soit dû à une contusion ou à une pression longtemps continue, est complétement fausse. De plus, cette grande quantité de tumeurs, chez les mêmes personnes, implique certainement l'existence d'une cause générale ou intérieure, d'une véritable diathèse lipomateuse, si je puis m'exprimer de la sorte.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Saponé de narcotiques.

Depuis longtemps les praticiens se plaignent des préparations dans lesquelles l'huile et la graisse entrent comme excipients.

Des expériences nombreuses ont démontré que les huiles et les corps gras n'étaient pas absorbés par la peau. On a donc renoncé à l'emploi de toutes ces préparations.

Mais une lacune restait dans la thérapeutique; lacune qui vient d'être heureusement comblée par un médicament nouveau, le saponé de narcotiques.

On sait, en effet, depuis longtemps, que toutes les préparations du genre saponé sont facilement entièrement absorbées par la peau.

Un honorable pharmacien de Paris, M. Fourquet, a recherché sous quelle forme il pouvait préparer un saponé qui pût rendre des services dans les douleurs rhumatismales. La famille des baumes était déjà bien nombreuse, mais il y avait dans la tentative du pharmacien que nous venons de nommer un côté très-intéressant. Il fallait définitivement renoncer aux corps gras, reconnus inutiles, et trouver un nouveau médicament dont l'application fût une cause sérieuse de guérison.

Cet essai s'est trouvé couronné de succès.

Voici, en quelques mots, l'histoire de ce nouveau baume, qui rend chaque jour de véritables services, et qui méritait d'être signalé à l'attention du praticien.

M. Fourquet se sert des plantes narcotiques du codex, et surtout de celles qui servent de base à la préparation du baume tranquille. Choisissant le moment où les plantes narcotiques ont leur plus grande vigueur, c'st-à-dire lorsque les organes reproducteurs sont en efflorescence, il en fait la récolte. Puis, profitant de la grande solubilité des principes narcotiques des solanées dans l'alcool et dans l'eau, il prépare avec ces plantes une alcoolature concentrée. C'est cette alcoolature, ce sont ces principes narcotiques qui, absorbés par le derme, doivent porter avec eux le soulagement d'abord, et souvent la guérison. La vérité des principes sur lesquels M. Fourquet fonde la préparation de son médicament est trop nette et trop évidente pour laisser un moment de doute à l'esprit du praticien intelligent.

Le mode d'emploi consiste en frictions et en applications, et c'est bien ici qu'il ne faut pas oublier que le contact de ce baume sur les parties dénudées doit être évité avec le plus grand soin.

Il y a deux indications principales dans l'application du baume Fourquet.

1° Le malade peut supporter une friction;

2° Le malade ne peut endurer la moindre friction.

Dans le premier cas, matin et soir, pendant dix minutes, on fait, sur la partie douloureuse, une friction, soit avec la main, soit avec un morceau de flanelle imbibé de saponé de narcotiques. Puis on recouvre la partie frictionnée avec un morceau de flanelle.

Dans le second cas, il suffit d'étendre une légère couche de saponé sur un morceau de flanelle; puis on l'applique sur la partie malade.

Une recommandation dernière, mais importante, est de recouvrir le tout d'un morceau de toile gommée, pour empêcher la volatilisation du médicament.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

S. M. le roi d'Italie vient, par décret du 27 septembre dernier, d'élever au grade d'officier des Saints-Maurice-et-Lazare, M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'expectation en chirurgie, par M. le docteur DESGRANGES, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, Bordeaux, 1866. In-8° de 23 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

Quelques recherches sur la décomposition putride à la surface des solutions de continuité, ses effets locaux et généraux, et sa prophylaxie, par le docteur DÉCRAND, chef de clinique à la Faculté de Montpellier. Un volume de 154 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux. Deuxième édition revue et augmentée, tome premier. Un vol. in-12 do 700 pages. Prix de l'ouvrage complet : 14 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Comptes-rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie. Tome deuxième de la 4e série (année 1865). Un fort volume grand in-8° avec planches lithographiées et coloriées. Prix : 7 francs. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

De l'exercice de la médecine par les prêtres et les communautés religieuses; rapport présenté à la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Moselle, par le docteur P. X. FINOT, médecin principal de l'armée. In-8° de 73 pages, 3 fr. Victor Rozier, éditeur.

Étude statistique de la syphilis dans la garnison de Marseille, suivie de généralités sur la prostitution et sur la fréquence des maladies vénériennes dans la population de cette ville, et complétée des réformes à apporter dans le service de la police sanitaire, 1866, in-8° de 51 pages, 2 fr. Victor Rozier, éditeur.

De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique, par le docteur OBÉDÉNARE, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8, de 80 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Aperçu critique de la valeur de certains moyens médicamenteux réputés spécifiques de la phthisie pulmonaire, par le docteur CAUSSADE. In-4. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique, par le docteur A.-A. LIÉBEAULT. Un vol. in-8. Prix : 6 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 OCTOBRE 1866.

Séance de la Société médicale des hôpitaux.

M. Besnier a lu son rapport sur les maladies qui ont régné dans les hôpitaux de Paris pendant les mois d'août et de septembre. Dans ce rapport, comme dans le précédent, le choléra domine toujours la scène. En présence de cette redoutable affection, les autres maladies s'effacent pour ainsi dire, de telle sorte que la mortalité, en ne comptant pas les cholériques, a été nulle dans plusieurs services pendant tout le cours du mois dernier. Le choléra lui-même s'est affaibli depuis le mois d'août, d'une manière progressive. Le nombre des décès a décru de plus de moitié d'août en septembre, et de septembre en octobre, encore de plus de moitié.

La petite vérole, qui régnait en juillet, a diminué subitement vers le commencement du mois suivant; la scarlatine a été relativement rare, la rougeole un peu plus commune, la fièvre typhoïde stationnaire, mais le plus souvent assez bénigne; les affections puerpérales à peu près nulles dans les hôpitaux généraux.

Les phlegmasies de l'appareil respiratoire ont peut-être un peu dépassé le chiffre moyen qu'elles atteignent pour cette époque de l'année; mais ce qui a été surtout d'une fréquence exceptionnelle, ce sont, d'une part, des éruptions à formes variées, et, d'autre part, des dérangements divers, des troubles de tout genre du côté des voies digestives, depuis les embarras gastriques momentanés, jusqu'à des dyssenteries terminées par la mort.

A ce sujet, M. Besnier soulève une question grave : celle de savoir si l'on peut confondre les diarrhées si communes en temps de choléra, avec les diarrhées prémonitoires, ou pour mieux dire prodromiques; si, en un mot, on peut mettre obstacle à l'éclosion du choléra, *lorsqu'il est en germe*, par une médication dirigée contre la diarrhée du début. Le savant rapporteur fait remarquer que, dans un grand nombre de services, on s'est efforcé en vain d'arrêter cette diarrhée, qui précédait de quelques heures ou de quelques jours le choléra proprement dit; tandis que les diarrhées indépendantes s'arrêtaient avec la plus grande facilité.

En outre, des dyssentériques, des phthisiques, ayant depuis longtemps une diarrhée continuelle, ont pu rester pendant quelques semaines en pleine influence cholérique sans être atteints par l'épidémie. Quoique généralement, il faut le dire et M. Besnier le reconnaît lui-même, les affections accompagnées de diarrhée occupent le premier rang parmi celles qui prédisposent au choléra.

On le voit, la question est complexe et d'une analyse difficile.

Tous savent combien les diarrhées sont communes pendant les épidémies cholériques. La plupart y voient un diminutif du choléra pour ainsi dire, et de là ce mot cholérine généralement usité. D'une autre part, on a remarqué que le plus souvent, moins souvent qu'on ne le croyait, mais dans encore plus de moitié des cas, le choléra n'arrive pas d'emblée : il est précédé par une diarrhée de quelques heures ou de quelques jours.

Voilà donc deux sortes de diarrhées qui se développent sous les même influences, et se ressemblent énormément; la première espèce guérira à l'aide des moyens les plus simples, la seconde est le premier indice d'une formidable affection. Comment les distinguer au début ? comment savoir lorsqu'on arrête l'une d'elles par une médication puissante, si l'on avait affaire à la cholérine simple, ou si l'on n'a pas mis obstacle au développement du choléra ? C'est chose d'autant plus douteuse, que les mêmes médications, ainsi que nous le verrons, peuvent convenir à la fois pour le choléra commençant et pour la simple cholérine.

C'est là toujours ce même écueil contre lequel on se rencontre lorsqu'il s'agit d'étudier à fond, au point de vue thérapeutique, une épidémie quelle qu'elle soit. Ainsi, en temps de fièvre typhoïde, à côté de la maladie vraie, de celle qui mérite légitimement ce nom, on en trouve d'autres plus ou moins ébauchées, certainement dues à la même influence, mais qui se termineront d'elles-mêmes en quelques jours, si l'on ne fait pas de médication, tandis que les fièvres typhoïdes vont parcourir toutes leurs périodes. Le doute commence aussitôt qu'un médecin est intervenu, s'il a paru le faire avec succès. Le malade qu'il a guéri, avait-il bien une fièvre typhoïde? Il est rare qu'on puisse en être sûr, dans les premiers jours de l'affection. J'ai suivi cette question avec le plus grand soin, dans des pays alors ravagés par des épidémies de fièvre typhoïde, et je n'étais pas seul à observer; eh bien, je puis dire qu'en se bornant à une médecine expectante, à soutenir les forces du malade, on voyait souvent avorter en sept ou huit jours des affections qui, dans l'origine, avaient présenté au plus haut point les symptômes les plus inquiétants, tandis que d'autres, qui paraissaient d'abord plus bénignes, s'étaient développées peu à peu de la manière la plus redoutable.

Ainsi, au point de vue scientifique, et lorsqu'il s'agit de savoir si telle ou telle médication est véritablement utile, on doit, en face de toute épidémie, émettre à peu près les mêmes doutes que M. Besnier a émis. Mais, comme en face du choléra, il est à peine permis de se renfermer dans la médecine expectante, on n'aura peut-être jamais les moyens de rectifier à ce point de vue les statistiques médicales.

Du reste, je ne verrais pas d'avantage à faire comme nos voisins d'outre-Manche, et à distinguer dans les décès dus à une épidémie cholérique, une classe de décès par diarrhée, une de décès par choléra, l'une étant souvent presque égale à l'autre.

Pour la transmission du choléra, M. Besnier a dû encore signaler des difficultés analogues à donner des preuves certaines de cette transmission et de ses voies. « Personne, a-t-il dit, ne nie que le choléra ne puisse se transmettre de l'individu malade à l'individu sain; mais une fois l'épidémie déclarée, ce n'est pas seulement de cette manière que la maladie se contracte. » En un mot, l'opinion du savant rapporteur nous semble presque identique à la nôtre : « le choléra est un peu contagieux, bien que surtout épidémique. »

M. Besnier a insisté de nouveau sur la léthalité exceptionnelle du choléra chez les femmes enceintes. Cette léthalité était encore plus grande en Égypte l'année dernière, car, d'après les renseignements que nous avons recueillis de toutes parts dans ce pays, il était rare d'avoir à signaler une seule femme enceinte prise du choléra et y échappant.

En Égypte aussi nous fûmes frappés du grand nombre de cholériques qui devinrent varioleux dans le cours de leur convalescence, à une époque où la petite vérole n'était pas commune chez d'autres sujets; tandis qu'en France on a signalé seulement l'inverse : des varioleux devenant cholériques.

Enfin les éruptions diverses se manifestaient en Égypte le plus souvent comme épiphénomènes ou comme suites du choléra; tandis qu'en France le plus souvent elles en étaient parfaitement distinctes. Est-ce à la chaleur du climat qu'il faut attribuer ces différences?

Le rapport de M. Besnier est trop important pour être écourté. Nous publierons *in extenso* ce document dans un de nos numéros prochains, et nous aurons peut-être à y revenir.

Pour le moment, nous nous bornerons à signaler encore à nos lecteurs les bons effets que plusieurs médecins des hôpitaux ont obtenus de l'ipécacuanha, soit dans la simple cholérine, soit dans le choléra au début. Nulle part cette médication n'a paru provoquer l'explosion d'accidents cholériques plus graves, comme semblent l'avoir fait les purgatifs salins essayés dans les mêmes services.

A ce sujet, nous nous rappelons que l'année dernière, tout un équipage de navire anglais fut horriblement décimé en arrivant à Alexandrie, après avoir, par précaution, mis en usage, avant de pénétrer dans le foyer épidémique, ces violents purgatifs salins que les marins anglais préfèrent à tous autres.

Pour revenir à l'ipécacuanha, un seul médecin, M. Isambert, n'en a pas tiré le moindre avantage : l'ayant employé à doses fractionnées en l'associant au calomel comme on le fait dans la dyssenterie. Je serais assez disposé à attribuer au moins en partie les causes de cet insuccès à l'association du calomel; car, pour ma part, l'ipécacuanha à faibles doses, joint à l'opium et au sous-nitrate de bismuth, m'a donné de bons résultats chez un grand nombre de malades. — Dr Victor Revillout.

Question de l'industrie des nourrices.

Nous avons annoncé dans le numéro de mardi dernier, que nous avions reçu plusieurs documents sur la question de l'industrie des nourrices, qui va probablement être discutée dans la prochaine séance de l'Académie de médecine. Nous leur donnerons place successivement dans nos colonnes. Nous commençons aujourd'hui par la lettre suivante, que nous a adressée M. le docteur Faure. Notre confrère, comme on le verra, sans atténuer la gravité des faits sur lesquels nous avons appelé l'attention de nos lecteurs dans le numéro du jeudi 27 septembre, allége en partie la part de responsabilité qui en revient aux nourrices, pour en reporter sur certaines mères elles-mêmes la part qui leur doit être imputée. Nous ne discuterons pas sur la triste réalité des faits énoncés par M. Faure; ils incombent à une autre compétence que la nôtre. Reste la question de l'utilité ou de la possibilité de la surveillance des nourrices, qui est la seule question à examiner pour le moment. Nous sommes disposés à cet égard, à accepter le second terme de la proposition de M. Faure, mais en maintenant le premier.

Dr Brochin.

A Monsieur le rédacteur,

Il y a longtemps que j'ai ressenti pour la première fois ces émotions douloureuses qui se sont emparées de vous, au tableau du martyrologe des *Petits Parisiens* confiés aux nourrices de la province. Depuis 12 ans je vois chaque matin dans un bureau de placement visiter les nourrices avant qu'elles n'aillent à la préfecture de police, pour être autorisées à prendre des nourrissons, et j'ai été à même de constater bien des fois que, dans le très-grand nombre des parents qui croient sérieusement s'être allégés absolument de toute responsabilité et de toute préoccupation relative à leur enfant dès qu'ils ont *promis* à une femme qui leur est parfaitement inconnue 18 ou vingt francs par mois, il y en a beaucoup à qui de dures déceptions sont réservées.

Ce qu'il y a d'exactement vrai, c'est que le nouveau-né mis en nourrice court les risques d'une véritable loterie; il peut tomber entre les mains d'une créature excellente, qui aura pour lui la tendresse et le dévouement d'une mère, quelle que soit l'ingratitude des parents, ou dans celles d'une mégère exécrable qui le laissera périr froidement de parti pris, qui au besoin même l'y aiderait.

Mais au moment où une discussion solennelle va peut-être s'élever sur ce grave sujet, permettez-moi de l'examiner sous un côté auquel jusqu'ici on ne s'est que peu arrêté. On peut dire énormément de mal des nourrices sans sortir des limites du vrai; mais il serait important de savoir si la situation qui leur est faite en général autorise à les traiter avec une impitoyable sévérité. Dans un tel débat il ne faut pas s'en tenir à accuser l'une des parties, il faut observer l'autre et rechercher sérieusement l'origine des méfaits qui sont en cause, afin de voir s'ils ne seraient pas, je ne dirai point justifiables, mais explicables. Je suis aussi éloigné que qui ce soit d'absoudre une nourrice qui laisse, pour quelque raison que ce soit, pâtir l'enfant qui lui est confié; toutefois sachant, comme nous le savons, qu'elles n'ont aucune prétention à l'apostolat, qu'elles ne songent en aucune façon à accepter une fonction humanitaire, et qu'elles n'entendent quand elles prennent un nourrisson que faire un métier lucratif, vous reconnaîtrez qu'elles ne sont pas exclusivement coupables quand, voyant que ce métier ne rapporte pas ce qu'elles étaient en droit d'en attendre, elles le font mal.

Si vous jugez, monsieur, des sentiments des autres d'après ceux qui vous sont propres, c'est le meilleur moyen de vous en faire une idée élevée; mais ce n'est pas celui qui vous donnerait ici la mesure la plus exacte des choses. Ce serait une grande erreur de croire que tous les enfants qui sont portés aux burreaux de nourrices, sont, de la part de leurs père et mère, l'objet d'une sollicitude égale à celle qui a entouré les vôtres. Je vous réponds que quand on a été à même, comme cela m'est arrivé bien des fois, d'étudier ce que vaut la tendresse de certains individus pour leurs enfants, on ne s'étonne plus de l'incurie, de l'indifférence des nourrices, ou même de leur dégoût pour le métier.

Il vient dans ces bureaux une très-grande quantité d'enfants

naturels; il en est beaucoup dont les pères ne s'occupent jamais et que leurs mères oublient vite. Une fille va accoucher à l'hôpital, l'assistance publique donne une certaine somme pour la nourrice : l'enfant part de son côté, la mère du sien; jamais ils n'entendent parler l'un de l'autre, et la nourrice, à qui on avait fait les plus belles promesses, en est pour ses frais. Certes, il y a beaucoup de parents qui s'acquittent religieusement de leurs obligations, mais il y a aussi beaucoup de nourrices qui rendent des enfants magnifiques. Quand on crie avec tant de violence contre celles de ces femmes qui se sont rendues criminelles, a-t-on la justice de signaler celles qui, par cette bonté du cœur, au nom de laquelle tout sentiment de l'intérêt personnel s'oublie, accomplissent de ces actes de dévouement sublimes et obscurs à la fois dont se glorifierait une sainte? Parmi les nourrices il y a d'exécrables mégères; j'en ai vu; mais comment s'en étonner, quand nous savons qu'il y a des mégères parmi les mères elles-mêmes? N'avons-nous pas vu des enfants morts entre les bras de leur mère, littéralement desséchés, et chez lesquels, l'autopsie en l'absence de toute lésion, ne dévoile qu'un rétrécissement excessif de l'estomac et des intestins, ne dénonçant que trop le manque habituel des substances alimentaires? mais en regard de ces monstruosités, l'attention publique a-t-elle été suffisamment attirée sur ces nourrices qui, plutôt que de laisser conduire aux Enfants trouvés, un enfant abandonné qu'elles avaient élevé sans jamais recevoir un sou, le ramènent chez elles, l'élèvent avec leurs propres enfants, et donnent enfin, à ce malheureux être qui paraissait maudit en venant au monde, une famille pleine de tendresse ? il y en a un grand nombre de ces femmes, et personne ne songe à leur savoir gré de ce qu'elles ont fait. C'est une lourde charge qu'elles s'imposent, et cependant qu'arrive-t-il souvent? Les parents, un beau jour réclament, quand il est d'âge à se rendre utile, à quinze ou vingt ans, cet enfant qui ne leur a jamais rien coûté. Il n'y a pas de loi qui permette de garder un individu comme un objet de nantissement; la nourrice est obligée de se séparer de cet être qu'elle a nourri, qu'elle a aimé, comme s'il était à elle, et il ne lui reste que ses larmes pour consolation. Je pourrais vous en citer une, qui ayant ainsi gardé son nourrisson abandonné, a dû se mettre à la mendicité, allant quêter de porte en porte avec l'enfant sur le dos : l'enfant a grandi, il a eu un état, il s'est marié, il s'est établi, puis un jour il a retrouvé son père et il est devenu riche. Eh bien, à cette femme qui s'était sacrifiée pour lui, à qui il devait tout, qui n'avait jamais rien reçu ni de lui, ni des siens, pour qu'il lui donnât, dans un jour de misère extrême, un sac de farine, il a fallu l'intervention du maire et de toute la commune.

Je ne voudrais pas, mon très-honoré confrère, faire de cet exposé une chronique scandaleuse,mais je suis convaincu que si vous assistiez à quelques-unes de ces scènes qui se passent entre parents et nourrices, vous en sortiriez avec de tristes réflexions sur les idées que se font certaines gens relativement aux devoirs de la paternité. On dira que la question du salaire des nourrices n'a pas, sur l'état des enfants, l'influence que je lui attribue. Mais représentez-vous ce que peuvent être dans un pauvre ménage de la campagne, vingt francs de plus ou de moins par mois, quand, surtout la femme est obligée de s'abstenir de toute occupation productive. Au surplus, les chiffres font foi ici comme ailleurs. M. Brochard a annoncé par des relevés que je n'ai pas contrôlés, que la mortalité des enfants dans certains départements avait porté incomparablement plus fort sur les enfants confiés à des bureaux particuliers qu'au bureau officiel de l'assistance publique. Cela s'explique, selon moi, par ce fait que ce bureau garantit et paye aux nourrices huit ou dix mois, ce qui n'a pas lieu dans les autres.

Si je ne me trompe, il serait grandement question de réglementer sérieusement tout cet ordre de choses, et l'on voudrait, par une surveillance sévère, mettre un terme aux abus. Je n'hésite pas, mon cher confrère, à affirmer que la surveillance et la sévérité ne remédieront à rien. Il pourrait arriver, si la surveillance était trop vexatoire, que le nombre des nourrices, qui n'est pas toujours suffisant, diminuât encore, mais c'est tout.

Orfila, dans son cours, rapportait qu'un pharmacien ayant eu l'idée de préparer du bouillon en soumettant les os à je ne sais quelle réaction, et d'en nourrir des chiens, ces chiens périrent tous, et il ajoutait invariablement chaque année en rappelant cette tentative : « la cuisine des pharmaciens est mauvaise pour les chiens ! » Moi je dirais de même, abstraction faite de tout rapprochement bien entendu : la surveillance administrative n'est pas ce qu'il faut pour les enfants nouveau-nés : là où l'œil d'une mère est presque impuissant, celui d'un employé doit être bien faible. Les nourrices savent mentir avec un aplomb qui dérouterait un juge, ou bien dans un cas difficile elles prennent un système de mutisme hébété qui fatiguerait la patience la plus exercée. Quand cela sera nécessaire, elles inventeront, pour tromper la surveillance, des ruses impossibles. Elles montreront l'enfant bien portant d'une voisine, au lieu et place de leur nourrisson malade ou mort depuis longtemps; elles continueront à recevoir de l'argent et des présents jusqu'au moment où jugeant qu'on va leur réclamer l'enfant, elles écriront qu'il vient de mourir subitement; si la fraude est découverte, elles ne répondent pas aux réclamations, les choses traînent en longueur, on se fatigue, et le plus souvent l'affaire est abandonnée sans avoir reçu de solution.

Je ne veux ni amonceler sur ma tête les orages d'un procès en diffamation, en portant des accusations directes, ni m'abriter derrière des citations apocryphes; je me bornerai à répéter que, malgré tout le zèle et toute la bonne foi dont elle est capable, la surveillance administrative me paraît ne devoir pas atteindre le but. Rien n'empêchera une nourrice de donner à un enfant une nourriture étrangère, et de réserver son lait pour un autre ; il y a ici des tendances d'instinct que rien ne surmonte ; les menaces, les admonestations, les punitions même n'y feraient rien. Enfin comment pourrait-on espérer sérieusement amener ces femmes éloignées dans la province, et qui se savent à l'abri de tout contrôle immédiat, à se soumettre exactement aux obligations qu'on voudrait leur imposer, quand on sait quelle peine on a parfois chez soi, à vaincre l'obstination des nourrices sur lieu. La surveillance constatera les fautes des nourrices, mais elle n'en supprimera pas les conséquences, qui sont toujours funestes pour les enfants ; elle les punira, ce qui ne profitera à personne, mais elle n'en préviendra en aucune façon le retour, ce qui serait le point essentiel.

Quoi qu'on fasse, il y aura toujours un certain nombre de nouveau-nés victimes du mauvais vouloir ou de l'incurie des nourrices. Ce qui seul peut apporter quelque amélioration dans cette situation déplorable, ce n'est pas l'intimidation, mais l'attrait des récompenses. Dans l'état actuel, la nourrice n'a aucun autre intérêt que le cri de sa conscience à faire le mieux possible. Qu'elle sache, au contraire, que ses efforts seront appréciés, qu'elle peut, pour un beau nourrisson, recevoir une prime et une récompense honorifique comme son mari en recevrait aux comices, pour les bestiaux qu'il a élevés : elle est alors excitée à la fois par deux mobiles toujours puissants, l'appât du gain et l'amour-propre, et les conditions sont changées.

L'idée n'est pas nouvelle, elle n'est pas de moi ; mais je la crois excellente.

Dr Faure.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Rétention d'urine. — Ponction vésicale hypogastrique. Guérison.

(Observation recueillie par M. Teilhol, interne.)

Louis R..., âgé de trente et un ans, sergent au 79e de ligne, est doué d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, et n'a jamais eu de maladie sérieuse. Parti comme volontaire à dix-huit ans, R... contracta, il y a six ans, une blennorrhagie légère qui guérit en huit jours avec quelques capsules de copahu. Mais en l'interrogeant plus minutieusement, on apprend que la blennorrhagie ne fut guérie qu'incomplétement, et qu'il resta affecté de goutte militaire.

Aucune autre affection vénérienne ne s'est manifestée depuis cette époque.

Il y a quinze mois, notre malade fut pris presque subitement de rétention d'urine. Le cathétérisme offrit quelques difficultés, puisque ce ne fut qu'à la troisième tentative qu'on arriva dans la vessie. Une fois l'urine évacuée, R... fut en quelque sorte guéri ; la miction se fit comme par le passé, et après huit jours de repos à l'hôpital militaire de Nancy, il reprit son service. Avant cet accident, il avait observé que parfois le jet de l'urine était gêné, petit, et la miction nécessitait de grands efforts. Ceci arrivait surtout à la suite d'excès en boissons ou de fatigues considérables. Après sa sortie de l'hôpital, ces difficultés s'étant présentées de nouveau, R... consulta deux médecins. Ceux-ci crurent d'abord à la gravelle ; mais l'examen des urines n'en ayant point fait découvrir de traces, ils attribuèrent ces accidents à l'idiosyncrasie du malade.

Au commencement du mois de juin 1866, R... fit à pied la route de Nancy à Clermont. Les fatigues de la marche rendirent bientôt la miction difficile ; le jet de l'urine devint saccadé, filiforme, en tire-bouchon, parfois même elle ne sortait que goutte à goutte, et encore au prix des plus grands efforts. Tel était l'état de notre malade lorsque le 5 juillet au soir, il fut pris de rétention complète. Le lendemain, 6 juillet, le chirurgien du régiment prescrit un bain de siége; toute la nuit il avait été tourmenté par des envies fréquentes d'uriner. A midi, l'état ne faisant que s'aggraver, et une première tentative de cathétérisme ayant échoué, on l'envoie à l'hôpital.

Entré à l'Hôtel-Dieu à deux heures, on prescrit un grand bain d'une heure. Trois tentatives de cathétérisme sont ensuite faites avec des sondes de différents calibres. A chaque fois, l'instrument est arrêté au niveau de la portion membraneuse du canal par un obstacle contre lequel viennent buter les sondes. Comme au rétrécissement se joignait un spasme assez fort pour faire tourner l'instrument entre les mains de l'opérateur, s'il ne le tenait solidement, on prescrit des pilules d'opium et des frictions avec de l'onguent napolitain belladonné à la région hypogastrique. Le ventre tendu, très-douloureux, ne présente pas cette saillie ovoïde bien dessinée au-dessus du pubis que l'on observe en pareil cas. Des envies très-fréquentes d'uriner que le malade est dans l'impossibilité de satisfaire, lui font éprouver des douleurs excessives. Dans le cas qui nous occupe, en effet, le développement de la vessie n'était pas en rapport avec l'intensité des souffrances ; ce qui tenait évidemment à l'irritabilité de l'organe et à sa trop grande résistance à se laisser distendre.

A six heures, le chirurgien suppléant appelé en l'absence de M. Fleury, tente pendant trois quarts d'heure avec des sondes et des bougies de calibres divers d'arriver dans la vessie, espérant faire céder le spasme et franchir ensuite l'obstacle. Vain espoir ; il se retire après avoir ordonné l'application de dix sangsues au périnée.

A huit heures, le chirurgien en chef vient à son tour, mais il n'est pas plus heureux. Les douleurs devenant de plus en plus intolérables, le malade demande à grands cris qu'on le fasse uriner d'une manière quelconque. C'est alors que M. Fleury craignant, vu l'intensité des douleurs, une rupture de la vessie, se décide à faire la ponction de cet organe.

Un litre environ d'urine s'échappe par la canule du trocart qui avait été enfoncée à deux travers de doigts au-dessus du pubis. Le malade est sur-le-champ soulagé ; la canule attachée avec un lien, est bouchée et laissée à demeure. On prescrit une potion calmante pour la nuit.

Le 7, la nuit a été bonne, le malade a dormi plusieurs heures d'un bon sommeil ; il n'accuse aucune douleur, mais un peu de faiblesse ; pas de fièvre. On le fait uriner de temps en temps par la canule. L'introduction d'une bougie filiforme dans le canal est encore impossible.

Le 8, R... dit avoir uriné un peu par la verge pendant la nuit. Pas de fièvre, un peu de douleur autour de la canule, provoquée par le contact de l'urine. On parvient à introduire une petite bougie ; elle est laissée à demeure jusqu'au lendemain.

Le 9, rien de nouveau ; la bougie introduite la veille, est remplacée par une autre plus volumineuse.

Le 10, au lieu d'une bougie, c'est une sonde qu'on établit à demeure ; la canule de la région hypogastrique est enlevée et l'ouverture fermée par un carré de diachylum.

Le 11, le contact de la sonde avec les parois du canal de l'urèthre est très-douloureux ; la nuit a été sans sommeil ; l'ouverture de la ponction est en partie fermée. On prescrit un bain de siége et on retire la sonde.

Le 12, la douleur a disparu dès qu'on a eu enlevé l'instrument ; la journée et la nuit ont été excellentes. Le cours de l'urine s'est parfaitement rétabli ; l'ouverture de la ponction est cicatrisée.

Le 13, le malade n'étant pas allé à la selle depuis son entrée, accuse un peu de douleur au niveau de l'S iliaque. Il a la langue blanche et la bouche mauvaise. Depuis son entrée, il a perdu l'appétit et ne prend absolument rien. On prescrit 30 grammes d'huile de ricin.

Le 14, il se trouve soulagé ; les symptômes d'embarras gastrique sont moins prononcés ; il mange deux soupes dans la journée.

Le 15, il se plaint de tousser beaucoup. Rien aux poumons. Depuis trois jours, il souffre du côté gauche des bourses ; à l'examen on trouve l'épididyme et le cordon de ce côté engorgés et douloureux. Cataplasmes de farine de graine de lin arrosés d'extrait de saturne. Bain de siége.

Le 16, le 17 et le 18 même état; le malade est toujours constipé, on lui donne un lavement tous les deux jours.

Le 19, il a un peu de fièvre depuis la veille. En examinant le ventre, on le trouve couvert, ainsi que la poitrine, de petites vésicules blanches.

Le lendemain, cette éruption a envahi les autres parties du corps. Elle disparaît au bout de deux jours sans déterminer d'autres accidents.

Le 21, le gonflement de l'épididyme et du cordon, qui était resté stationnaire, augmente. Le malade maigrit, a un peu de fièvre le soir; la langue est blanche, la constipation persiste ; pour tout aliment il prend deux ou trois biscuits trempés dans du vin. On prescrit des frictions avec l'onguent napolitain belladonné sur les parties engorgées, et l'on continue les cataplasmes.

Le 26, la bourse gauche présente à sa partie externe un peu de fluctuation. Une ponction avec le bistouri donne issue à du pus phlegmoneux.

Le 27, R... a moins souffert, mais le gonflement du cordon persiste. L'état général laisse toujours beaucoup à désirer.

Le 29, on prescrit un purgatif.

Le 30, il y a un peu d'amélioration, moins de fièvre que la veille; la langue est meilleure; le besoin de manger commence à se faire sentir.

Le 1er août, le mieux se continue ; le cordon a légèrement diminué. La miction redevenue un peu difficile, une petite bougie est introduite matin et soir, le malade la garde dix minutes chaque fois. L'appétit revenant, il est mis au quart.

Le 3, tout obstacle au cours de l'urine ayant disparu, on suspend l'usage des bougies. Le cordon et l'épididyme diminuent progressivement, mais à la partie supérieure de la bourse gauche existe un point douloureux et enflammé; là, en effet, on sent un peu de fluctuation. Cataplasmes matin et soir. Parfois, la fièvre se montre encore le soir.

Le 4, ouverture du nouvel abcès; une quantité considérable de pus blanc, crémeux, s'échappe par l'ouverture. On continue les cataplasmes.

Le 5, R... se plaint d'avoir de la diarrhée depuis trois jours. L'examen des matières fécales fait voir que ce qu'il prenait pour de la diarrhée est du pus phlegmoneux qui imprègne les matières fécales. L'état général continue du reste à s'améliorer.

Le 6, des matières dures sont rendues, elles contiennent encore du pus, mais en bien moins grande quantité que les jours précédents.

Le 9, on ouvre un troisième abcès à la partie inférieure de la bourse gauche. Le cordon et l'épididyme sont encore durs et un peu volumineux, mais l'état général est devenu satisfaisant. Depuis plusieurs jours la fièvre ne paraît plus le soir; l'appétit en partie revenu, on prescrit la demi-portion.

Le 12, les deux dernières incisions ne sont pas encore complétement fermées, cependant le malade va assez bien pour pouvoir se lever. Le cordon et l'épididyme n'offrent plus qu'un léger gonflement; encore tient-il en grande partie à un varicocèle qui existe de ce côté.

Le 18, R... peut être considéré comme guéri ; il prend cinquante centigrammes d'iodure de potassium; en même temps, il fait des fumigations vinaigrées pour faire disparaître ce qui reste encore à l'épididyme.

Enfin, il sort parfaitement guéri le 10 septembre.

Comme on a pu s'en convaincre, la ponction de la vessie, dans le cas qui nous occupe, a été d'une bénignité extrême. Quatre jours à peine ont été nécessaires pour amener la guérison complète des suites d'une opération devant laquelle reculent beaucoup de praticiens, et dans cet intervalle, pas le moindre incident n'est venu un instant mettre en doute le succès.

Quant à l'épididymite avec abcès du scrotum, elle est tout à fait indépendante de la ponction de la vessie. Cette complication est résultée des contusions inévitables produites par les tentatives répétées de cathétérisme. Elle a été d'autant plus marquée que le malade était plus sensible et avait les organes de la génération plus irritables.

Un autre phénomène, qui eût pu être sérieux, s'est produit; un abcès s'est développé, sans que rien ait pu en faire soupçonner l'existence, vers le bas-fond de la vessie, s'est ouvert spontanément dans le rectum, enfin a guéri dans l'espace de cinq ou six jours sans déterminer le moindre accident. Il est probable qu'il a été également l'effet d'un traumatisme exagéré.

En présence d'un fait semblable, on ne comprend réellement pas l'hésitation des praticiens qui reculent devant la ponction hypogastrique de la vessie. Lorsque l'urine s'écoule avec lenteur, quoique en petite quantité, on peut espérer arriver avec des bougies auxquelles on substitue des sondes d'un calibre de plus en plus considérable. Il est bien rare qu'avec le temps et un traitement méthodique on n'atteigne pas le but; mais lorsque la rétention est complète, qu'une ou plusieurs tentatives n'ont pas réussi, il y a danger à persister dans une voie qui n'offre que des mécomptes, et plus tard, les accidents inflammatoires qui se manifestent, peuvent avoir les conséquences les plus fâcheuses. Le point essentiel est de constater la saillie de l'hypogastre; il peut arriver, en effet, que l'embonpoint des malades masque la présence de la tumeur formée par la vessie; on a pu ainsi confondre une absence d'urine avec une rétention, mais ce sont des cas tellement exceptionnels, qu'ils ne peuvent infirmer la règle générale.

M. Fleury en a observé dans le courant de l'année un exemple assez remarquable.

Un aubergiste de la montagne, âgé de cinquante et quelques années, éprouvait depuis longtemps des douleurs rhumatismales; il était, en outre, sujet à la gravelle, et parfois il lui arrivait de rester douze heures sans uriner.

L'hiver dernier, à la suite d'une crise assez semblable aux autres, le cours des urines s'arrête. Pendant la journée, le malade s'en préoccupe peu, croyant qu'au bout d'un certain temps, l'accès finira comme les autres, mais la nuit se passe, une partie de la journée s'écoule, la miction est impossible. Il croit éprouver des besoins d'uriner, tous les efforts qu'il tente pour les satisfaire sont infructueux. La tête se monte, on envoie chercher un médecin qui habite dans les environs. Celui-ci, après quelques tentatives infructueuses, ne peut traverser l'urèthre, qui présente un obstacle assez résistant, et il conseille au malade de se rendre à Clermont.

Cet homme, qui est très-obèse, a naturellement l'abdomen développé, il est donc bien difficile de sentir la saillie formée par la vessie. Il éprouve, nous dit-il, un besoin incessant d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Une sonde d'argent introduite dans l'urèthre, est arrêtée au niveau de l'arcade des pubis. Une sonde en caoutchouc, munie d'un mandrin de courbures différentes, n'arrive pas plus facilement; une petite bougie à boule leur est alors substituée; elle pénètre avec facilité, mais en s'incurvant au niveau de la symphyse pubienne. On la remplace par une sonde sans mandrin, qui arrive avec la même facilité. Une injection d'eau tiède pratiquée dans la vessie ressort presque immédiatement; nul doute, par conséquent, que le réservoir urinaire ne soit vide. Pour plus de sûreté, cependant, on fixe la sonde au gland; mais la nuit suivante, le rétablissement du cours de l'urine dénote que les reins ont repris leurs fonctions et que le malade avait confondu un défaut de sécrétion avec une rétention.

Lorsque M. Fleury revoit le malade dans la journée, il le trouve levé, mais il est frappé par une légère claudication, qui est l'effet d'une longueur inégale des deux membres pelviens. Le bassin est légèrement déprimé du même côté, ce qui peut faire croire à l'existence d'une ancienne coxalgie rhumatismale. Il est probable que cette difformité a déterminé une déviation de l'arcade du pubis, que l'urèthre y a participé, et qu'on ne peut le parcourir qu'en employant des sondes flexibles capables de s'accommoder aux courbures du canal. Combien auraient pu être graves les conséquences de cette erreur de diagnostic? Des tentatives réitérées de cathétérisme pouvaient entraîner la formation d'une fausse route au canal et provoquer une inflammation suppurative avec toutes ses conséquences. Dès l'instant où le cours des urines ne pouvait être rétabli par la voie normale, on devait lui en créer une artificielle, et on peut juger des effets qu'aurait eus la ponction hypogastrique d'une vessie qui était vide.

VASTE LEUCOME AVEC SYNÉCHIE ANTÉRIEURE,

Pupille artificielle,

Par M. le Dr Marcel Bouyer (de Saintes).

M. Joseph B..., de la Blanquetière, commune de Colombiers, arrondissement de Saintes, âgé de quarante-deux ans, et d'un tempérament lymphatique assez prononcé, a eu, il y a dix-huit ans, à l'œil droit une affection survenue spontanément et qu'il qualifie du nom de bouton.

Il est vraisemblable que ce fut une affection strumeuse. Quoi qu'il en soit, cette maladie a entraîné une suppuration profonde de la partie inférieure du globe de l'œil, en laissant cet organe dans l'état que nous décrivons plus loin.

Depuis lors, cet homme a eu au visage une éruption qui a duré très-longtemps, et dont les traces cicatricielles indélébiles sont profondément imprimées. Il y a un an, pendant qu'il était sous l'influence de cette dernière maladie, son œil gauche s'est pris d'inflammation et a été rapidement vidé par une fonte purulente.

Au commencement de l'année 1866, il vint s'adresser à moi, dans l'espoir que je pourrais faire une opération sur le premier œil perdu. Voici quel était alors l'état de cet organe:

La partie inférieure de la sclérotique est le siége d'une cicatrice à adhérences profondes qui a ratatiné la coque oculaire en cet endroit, et qui indique une ancienne et profonde suppuration. La cornée transparente est le siége d'un vaste leucome qui en occupe les trois quarts inférieurs et externe, et encore cette membrane est-elle épaissie et nuageuse dans son quart resté libre; je dis libre, car une vaste synéchie antérieure relie l'iris à toute la partie postérieure du leucome; la pupille est complétement absorbée par cette synéchie. Quant au cristallin, on ne peut l'apercevoir avec aucune espèce d'éclairage ni oblique, ni direct; l'éclairage oblique permet d'estimer que la partie de chambre antérieure laissée libre par les synéchies, a environ la dimension d'une demi-lentille comestible.

Depuis longtemps cet organe n'a été le siége d'aucune inflammation, et le malade en a, pendant dix-huit ans, fait le sacrifice, le croyant à jamais perdu; ce n'est que depuis quelques mois après son dernier malheur, qu'il s'aperçut qu'une vive lumière impressionnait sa rétine et qu'il conçut l'espoir de recouvrer par là un peu de vue. En effet, les phosphènes supérieurs existent encore bien, et l'expérience, plusieurs fois répétée d'un écran passant devant le visage, permet de constater la perception de la lumière par la portion de rétine restée saine.

A cette époque-là l'état général n'étant pas très-satisfaisant, je le remis à quelques mois, lui conseillant un régime tonique qui ramena, en effet, une assez bonne santé.

L'opération fut pratiquée le 17 avril 1866, avec l'aide des docteurs Bouyer père, Bargignac, Dissez et Junin.

Je ne décrirai pas en détail l'opération. Je l'ai faite par le procédé devenu classique de M. Desmarres père. Le malade couché, les deux paupières maintenues avec les deux élévateurs pleins par le même aide, fixation de l'œil avec la pince à griffes, ponction avec le couteau lancéolaire courbe, introduction de la pince courbe, déchirement brusque de la synéchie et son entraînement à l'extérieur, où un aide le sectionne.

Je dois dire seulement ici que trois fois j'ai dû introduire la pince, car l'iris saisi se déchirait entre ses branches et ne la suivait pas au-dehors. Il est sorti à la troisième reprise un peu d'humeur vitrée, mais très-peu, grâce à l'intelligence et au bon secours du docteur Bargignac qui, tenant les élévateurs, se conformait avec soin au précepte si important de n'exercer aucune pression sur le globe.

Les élévateurs enlevés, j'ai eu la précaution de patienter plusieurs minutes pour laisser s'épancher le sang que j'ai ensuite complétement extrait avec la curette. Cela fait, nous avons pu constater, mes aides et moi, une section de l'iris transversale, large de un millimètre et demi, et longue de quatre environ.

Pansement par occlusion complète avec sparadrap comme pour l'extraction à lambeau: saignée modérée, vésicatoire à la nuque et diète dans les premiers jours.

Le 20, à l'ablation des bandeaux, le malade voit très-bien le mouvement de la bougie.

Le 23, le malade voit très-bien une main et des doigts.

Le 3 mai, il distingue des pièces de monnaie, nomme sans hésiter une pièce de cinquante centimes qu'il différencie d'une pièce voisine de un franc. Il nomme une clef dont il suit parfaitement la forme. L'état s'améliore encore les jours suivants, et au bout de trois semaines il quitte Saintes, pouvant très-bien se conduire dans une chambre, évitant les chaises, tables, ou autres obstacles; voyant nettement la manœuvre des divers objets qui se trouvent sur une table à manger.

Cinq semaines après, sa sœur m'apprend que sa vue non-seulement s'est maintenue, mais a même fait des progrès depuis son départ de Saintes.

Ce fait me semble puiser son intérêt dans la difficulté que j'ai trouvée à amener l'iris à l'extérieur, et par suite dans la nécessité où j'ai été de revenir plusieurs fois à la charge. Ces difficultés mêmes doivent inspirer de la confiance au praticien quand on rencontre des cas où des manœuvres semblables ne sont pas suivies de réaction inflammatoire. Je sais bien que l'on ne doit pas y compter aveuglément, car trop souvent on peut constater le contraire; mais enfin le mode opératoire de M. Desmarres père, l'évacuation complète de l'épanchement sanguin qui deviendrait un corps étranger organisé, mettent bien plus à l'abri de ces accidents que tous les autres procédés.

C'est, du reste, avec quelques craintes du résultat définitif que j'ai terminé l'opération, et ces craintes m'ont encouragé à avoir recours aux deux moyens adjuvants dont j'ai parlé: la saignée et le vésicatoire à la nuque.

J'ai trouvé cette pratique adoptée par mon père depuis trente années; et quoique Roux ait autrefois souvent préconisé ces moyens, je n'ignore pas qu'ils sont aujourd'hui tombés en désuétude parmi les professeurs de Paris. Je m'explique cet oubli en suivant les cliniques des maîtres et en voyant leur grande habileté opératoire; mais avec les ressources personnelles d'un praticien moins expérimenté, je considère comme un devoir de ne rien négliger des adjuvants qui peuvent contribuer à la réussite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 octobre 1866. — Présidence de M. Bourdon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Willemin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui sollicite le titre de membre titulaire;

2° Les nos 7 et 8 du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

M. Vigla, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé, au nom de la Société médicale des hôpitaux, aux obsèques M. le professeur Rostan.

« La *Société médicale des hôpitaux* compte M. Rostan parmi ses membres fondateurs, et a eu l'honneur d'être présidée par lui. Elle a voulu, au jour des suprêmes adieux, rendre hommage à celui qui s'empressa de venir partager nos travaux, alors que, depuis longtemps déjà professeur, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, il occupait l'un des premiers rangs de la hiérarchie médicale, à un âge où d'ordinaire l'homme regarde avec plus de complaisance le passé que l'avenir. C'est que, fidèle aux principes de toute sa vie, ami sincère du progrès, il suivait avec sollicitude tous les efforts qui tendaient à agrandir le domaine d'une science qui lui était chère, à élever le niveau moral d'une profession qu'il regardait comme honorable entre toutes.

« En lui nous aimions à contempler l'un des représentants illustres de l'époque orageuse, mais féconde, qui a précédé les jours calmes et un peu froids que nous voyons aujourd'hui. Il avait pris une part active aux luttes scientifiques soulevées par le bouillant auteur de la doctrine physiologique. Il était, à nos yeux, l'un des fondateurs et l'une des gloires de l'École de Paris.

« Combien M. Rostan aimait à se reporter à cette phase si brillante de sa vie, qui se déroule, de 1815 à 1832, dans ce vieil hospice de la Salpêtrière, où il grandit à côté de Pinel son maître! Admirablement doué par la nature, qui lui avait donné ce qu'elle réunit rarement, une grande force physique et une grande intelligence, préparé par une forte éducation classique, né avec un goût prononcé pour les arts, il mène de front les travaux les plus divers. Pour ce qui est du médecin, il partage son temps entre les salles de malades, l'amphithéâtre des autopsies et le cabinet d'étude. Dans sa pensée, les sciences physiques et naturelles renferment des connaissances presque aussi indispensables à celui qui se consacre à la médecine que l'anatomie et la physiologie; il s'y livre avec ardeur et puise dans leur étude approfondie des règles applicables à la conservation de la santé de l'homme; il en fait le sujet d'un de ses premiers ouvrages: le *Cours élémentaire d'hygiène* (1822; in-8°, 2 vol. — *Ibid.* 1828; in-8°, 2 vol.).

« Quant aux bases sur lesquelles doit reposer la pathologie, son esprit sévère et positif les cherchera, autant que possible, dans les altérations de nos organes, d'une part, et de l'autre, dans les souffrances qui s'y rapportent, c'est-à-dire dans l'anatomie et la physiologie pathologiques. C'est sur ces assises solides qu'il établit les fondements de *la médecine organique,* c'est avec leur secours qu'il porte le diagnostic à un degré de précision inconnu aux générations qui nous ont précédés, et dans lequel nous voyons encore avec raison une source inépuisable de progrès à venir.

« C'est à cette confiance inaltérable, à cette foi profonde dans l'excellence de sa doctrine qu'il doit sa plus belle récompense scientifique, l'honneur d'avoir découvert la maladie connue sous le nom de *Ramollissement du cerveau* (*Recherches sur une maladie encore peu connue, qui a reçu le nom de ramollissement du cerveau;* Paris, 1820, in-8°, p. 181. — 2e édit. aug., *ibid.* 1823, in-8°); et telle est la perfection de ses descriptions, la sobriété et la rigueur de ses appréciations, que les travaux nombreux publiés depuis sur le même sujet ont pu ajouter à son œuvre, mais n'ont eu à redresser ou à contredire aucune de ses assertions. M. Rostan avait trente ans quand il publia cet ouvrage important qui lui assure une place distinguée dans l'histoire des découvertes de la médecine.

« C'est dans le même esprit qu'il étudie toutes les maladies du corps humain, et il publie, en 1826, sa première édition du *Cours de médecine clinique.* (*Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic et d'indications thérapeutiques, ou cours de médecine clinique;* Paris, 1826, in-8°, 3 vol. — 2e édit., *ibid.*, 1830, in-8° 3 vol.)

« Ces trois ouvrages, et divers mémoires publiés dans les journaux de médecine, plusieurs articles de la première et de la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine*, tous remarquables par la clarté et l'exactitude de la partie descriptive, par la pureté et l'élégance du style, suffisaient à fonder légitimement la réputation du médecin et du savant, et cependant le professeur, dans M. Rostan, était déjà bien supérieur à l'auteur et avait toutes ses préférences. Il fallait que son enseignement eût un attrait bien puissant pour qu'une assistance nombreuse se portât, en hiver, à huit heures du matin, à cet hospice de la Salpêtrière. Il m'a souvent dit qu'il avait trouvé dans cet empressement des élèves à braver la distance et les rigueurs de la saison l'une des plus douces émotions de sa vie; c'était dans ces mêmes années qu'une école rivale, celle de Broussais, attirait au Val-de-Grâce une foule non moins compacte, la même peut-être, à des leçons également brillantes: années de luttes, d'hésitations, de partage où les drapeaux de la médecine physiologique et de la médecine organique étaient tenus par deux vaillants athlètes qui devaient, un peu plus tard, entrer à la Faculté par deux portes différentes.

« Le concours, rétabli après la Révolution de 1830, valut à M. Rostan de nouveaux succès, de nouveaux triomphes, et une chaire de clinique à la Faculté de médecine. C'est dans ses leçons officielles que j'ai pu, comme beaucoup de ceux qui m'écoutent, apprécier ses rares qualités de professeur. Il avait atteint dans l'enseignement particulier sa complète maturité, mais il eut le don de la conserver jusqu'au moment où la maladie vint briser ce que l'âge aurait encore longtemps respecté. Ses dernières leçons captivaient autant l'attention de la génération présente que de celles qui l'écoutaient dans sa jeunesse. C'est qu'il avait à un haut degré la puissance d'intéresser, d'initier les auditeurs à l'objet de la leçon. Jamais professeur ne fut plus essentiellement clinicien. Il excellait à exercer les élèves à l'examen et à l'interrogation des malades, à la pratique minutieuse de tous les procédés d'exploration nécessaires au diagnostic dont il faisait la base de la clinique. Il les interrogeait, contredisait et développait ainsi en eux un esprit de sage critique, formait leur jugement. Quel charme et quel intérêt il savait donner à ces consultations de docteurs en herbe! Comme il aimait passionnément son art, il savait également le faire aimer. Mais aussi comme il était toujours simple, toujours clair, ennemi des mots vides de sens, de ce qu'il appelait le galimatias simple ou double! comme il avait le bon esprit d'épargner aux débutants les difficultés, les subtilités! A défaut des cas les plus simples, ce que la nature ne fournit pas toujours, il se tenait, dans les cas difficiles et compliqués, à ce qu'il y avait de simple et de saisissable, laissant le reste à la science de l'avenir. Il voulait que ses leçons fussent accessibles à tout élève possédant les premiers éléments d'anatomie et de physiologie. Ce qu'il voulait apprendre, en un mot, c'était la manière d'apprendre, et certes nul n'y a réussi mieux que lui.

« Ajoutons aussi, pour expliquer ses succès, que M. Rostan avait

une élocution naturellement facile, ce qui ne le dispensait pas de préparer laborieusement ses leçons. Il avait aussi les qualités de l'orateur, le débit animé, le geste approprié, le jeu de la physionomie, l'enthousiasme, qualités que l'enseignement clinique, au premier abord, ne semble pas comporter, mais dont il tirait un grand secours pour captiver son auditoire. Et puis, il avait ce qui attire : de la dignité et même une certaine fierté dans le maintien, la distinction et l'élégance des manières, une tenue toujours irréprochable. Jamais maître ne fut à la fois plus bienveillant et moins familier. Passionné pour les belles-lettres et les beaux-arts, il avait l'horreur du grossier, du commun et même du sans-gêne en toute chose. Doux et charitable aux malades de l'hôpital, d'une politesse exquise pour les gens de service, d'une indulgence affable pour les élèves, on n'entendit jamais sortir de sa bouche une personnalité blessante, jamais une critique acerbe. Quelle douceur, quelle tempérance de manières dans une nature ardente comme l'était celle de M. Rostan! C'est là une rare association d'éléments en apparence incompatibles, et qui, si je ne me trompe, était un des traits les plus saisissants du caractère de M. Rostan.

« Avec un tel apanage, M. Rostan devait arriver à la clientèle, et, par elle, à la fortune. Mais il faut encore dire à sa louange la plus méritée que son humanité franchissait les portes de l'hôpital, que son désintéressement était bien connu, et que sa bourse fut toujours largement ouverte aux infortunes, surtout à ceux de la profession. Le bien que l'on pourra dire de lui à cet égard sera probablement toujours au-dessous de la vérité.

« Avec cette réunion de qualités solides et brillantes, pardonnez-moi, messieurs, mais il fut si bon pour moi, que j'allais dire avec ces perfections, M. Rostan dut être heureux, et il le fut jusqu'au jour marqué pour tous, un peu plus tôt, un peu plus tard, où se manifestent les signes précurseurs de la catastrophe finale. L'incubation fut longue. Touché légèrement d'abord il y a six ans, puis et à plusieurs reprises de plus en plus fort par le doigt de la mort, à la tête, comme cela arrive souvent aux hommes d'élite, il reconnut le coup et se résigna. Sa digne compagne et sa fille adorée lui aidèrent à supporter patiemment cette épreuve suprême destinée à le montrer sous un jour nouveau, mais encore à son avantage. Il y a quelques mois, il voulut voir son neveu, le fils de sa sœur, l'honorable docteur d'Astros, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, qui continue dans cette ville, le berceau de la famille de M. Rostan, les nobles et saines traditions de son oncle, et qui accourt aujourd'hui pour remplir près de sa tombe un pénible devoir.

« A mesure que le moment de la séparation approchait, M. Rostan voulut voir plus souvent ses amis, et il en avait beaucoup; il dépouilla vis-à-vis de ses élèves cette retenue que semblaient lui imposer les convenances magistrales, pour les traiter en amis, en véritables enfants; et quand la parole lui refusa l'expression de ses sentiments si affectueux pour ceux qui venaient le visiter, il y suppléait en leur pressant la main avec effusion.

« C'est ainsi que nous avons vu s'éteindre, après une agonie morale de plusieurs années, pieusement résigné, l'homme de bien, le grand médecin, le professeur éminent que nous pleurons aujourd'hui. Il est mort pour nous, mais non pour l'honneur de notre profession, pour l'histoire de notre art à laquelle son nom appartient déjà depuis longtemps. »

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. GUIBOUT présente un petit corps, de forme olivaire, et d'apparence pseudo-membraneuse, qu'un malade de son service, à l'hôpital Saint-Louis, rendit par l'urèthre, après avoir été soumis à l'action de trois vésicatoires successifs.

Ce n'est pas la première fois, dit-il, que je me suis trouvé en présence d'accidents graves amenés par l'absorption des cantharides à la suite de vésicatoires répétés. C'est ainsi que j'ai vu mourir, il y a quelques années, au Val-de-Grâce, un malade chez lequel on avait appliqué quatre vésicatoires pour une pleurésie. L'épanchement se résorbait rapidement, et le malade allait beaucoup mieux, lorsque le quatrième vésicatoire provoqua des accidents tels que le malade y succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes dans les reins et dans la vessie un très-grand nombre de petits foyers apoplectiques.

Cette dernière fois le malade n'est pas mort, mais la cystite fut très-violente, et lors de ma visite, le malade me montra un corps étranger qui, disait-il, lui était sorti par l'urèthre; ce corps étranger le voici. Nous nous sommes d'abord demandé si ce n'était pas un polype préexistant dans les voies urinaires, et détaché sous l'influence de cette violente irritation. Quant à y voir un caillot sanguin, nous ne pûmes admettre cette idée, car un caillot sanguin ne saurait, en aussi peu de temps, s'organiser de cette manière. A l'examen microscopique on n'a trouvé que du tissu conjonctif ou graisseux.

Bref, fausse membrane ou autre chose, le fait nous a paru curieux, d'autant plus que MM. Voillemiez et Lallier, que nous avons consultés à ce sujet, nous ont dit n'avoir jamais vu de corps semblable. Il paraît seulement que Morel Lavallée en aurait décrit autrefois.

M. GUÉRARD. J'ai assisté à la séance de l'Institut où M. Velpeau a présenté en effet, au nom de M. Morel Lavallée, les fausses membranes en question, qui avaient été rendues dans les mêmes circonstances.

M. CHAUFFARD voudrait savoir si les vésicatoires qui ont produit les accidents rapportés par M. Guibout, avaient été posés aux mêmes places que les vésicatoires précédents, et combien de temps on les y avait laissés. Il faut éviter, s'il est possible, dit-il, de mettre plusieurs vésicatoires successivement sur les mêmes parties. L'absorption est bien plus active lorsque des applications antérieures d'épispastiques ont amené une surexcitation locale. Les vésicatoires prennent du reste beaucoup plus vite en pareil cas, et il faut les lever beaucoup plus tôt, dès que l'action vésicante est produite.

M. GUIBOUT. Dans les deux cas les vésicatoires ont été posés exactement les uns sur les autres. Au Val-de-Grâce, je le répète, il s'agissait d'une pleurésie, et d'une arthrite à l'hôpital Saint-Louis. Les points malades étant bien limités, on n'avait pas à choisir d'autre place. Quant à la durée d'application, ce fut la durée ordinaire, vingt-quatre heures à peu près.

M. CHAUFFARD. Il eût suffi de huit ou dix heures, et l'on n'aurait point eu d'accident.

— **M. GUÉRARD** depuis longtemps a évité tous les inconvénients qui suivent l'absorption des cantharides par une précaution bien simple, et du reste souvent indiquée. Il fait toujours saupoudrer de camphre et recouvrir d'une papier huilé les vésicatoires qu'il ordonne.

— **M. BOURDON** a vu souvent cette précaution être insuffisante pour prévenir les accidents. Aussi y ajoute-t-il, en général, l'emploi du camphre en lavements et en pilules, quand il fait mettre des vésicatoires.

— **M. GUIBOUT** croit bien se souvenir que, dans le cas du Val-de-Grâce, le vésicatoire était camphré. D'ailleurs la sœur et l'élève de garde se sont hâtés d'administrer le camphre à hautes doses; tellement même que peut-être cette intoxication nouvelle n'a pas été pour rien dans la mort du malade. Ce qui, jusqu'ici, lui a le mieux réussi en pareil cas, pour prévenir l'action irritante des cantharides, ce sont les grands bains administrés toutes les deux heures. M. Guibout regrette d'avoir négligé ce moyen chez son malade de l'hôpital Saint-Louis.

RAPPORT.

— **M. BESNIER** lit un rapport sur les maladies régnantes. (Voir le premier Paris.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

INTERNAT. — Les juges du concours, pour l'année 1866-1867, sont MM. Bazin, Sée, Moissenet, Richet, Dolbeau, juges titulaires; MM. Vulpian et Giraldès, juges suppléants.

EXTERNAT. — Les juges du concours, pour l'année 1866-1867, sont MM. Desnos, Isambert, Guyot, Tarnier, Sée, juges titulaires; MM. Simon et Cruveilhier, juges suppléants.

— Les travaux anatomiques ont commencé le lundi 15 octobre, à l'amphithéâtre des hôpitaux, à Clamart. Le droit de présence aux tables de dissections, qui jusqu'ici était de dix francs, sera gratuit pour l'année courante.

— Un grand nombre de journaux ont annoncé à tort la mort de M. Jobert de Lamballe. L'illustre professeur est toujours à peu près dans le même état.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Guide du médecin praticien, résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées, par F. L., I. Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique de Paris, de la Société médicale des hôpitaux, etc. Cinquième édition, entièrement refondue et contenant l'exposé des travaux les plus récents, par le docteur P. Lorain, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; avec le concours de médecins civils et de médecins appartenant à l'armée et à la marine. Ouvrage complet. 5 vol. in-8° de chacun 800 pages, avec figures intercalées dans le texte. Prix : 50 francs. — Paris, 1866, J. B. Baillière et fils.

Traité pratique de l'art des accouchements (avec figures), par le docteur Hyernaux, chirurgien à la Maternité de Bruxelles. 2e édition. Un très-fort volume in-8°. Prix : 10 fr. — Paris, 1866, Asselin. — Bruxelles, 1866, G. Mayolez.

Études et expériences sur la salive, considérée comme agent de la carie dentaire, par le docteur E. Magitot, membre des Sociétés de biologie, d'anthropologie, etc. Brochure in-8° de 70 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1866, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 122. — JEUDI 18 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 18 OCTOBRE 1866. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Béclard a lu, pour M. Dubois (d'Amiens), la troisième et dernière partie des recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq d'Azyr. L'assemblée a témoigné par ses applaudissements tout l'intérêt qu'elle a pris à la lecture de ces palpitantes pages d'histoire, où les plus grands et les plus terribles événements de notre histoire se trouvent à chaque pas mêlés à la biographie de deux hommes éminents, en qui se sont en quelque sorte personnifiées et éteintes les deux grandes sociétés savantes dont l'Académie de médecine continue aujourd'hui la tradition. Nous poursuivons dans ce numéro même la publication de ces fragments historiques, dont nos lecteurs seront ainsi à même d'apprécier comme nous tout l'intérêt.

L'Académie a entendu ensuite M. le Dr Leudet fils, l'un de ses correspondants à Rouen, qui a résumé de vive voix, en quelques mots, les particularités les plus saillantes de la dernière épidémie cholérique qui a sévi dans cette ville.

Fidèle à son engagement d'ouvrir la discussion sur la question de l'industrie des nourrices sitôt après l'impression et la distribution du rapport de M. Blot et des propositions réglementaires de M. Monot, le bureau a mis la discussion à l'ordre du jour de la séance d'hier.

M. Boudet, qui, lors de la lecture de M. Blot, s'était vivement prononcé pour la prise en considération, est monté le premier à la tribune, et, dans un discours écrit, malheureusement mal entendu, et qui méritait à tous égards une plus sérieuse attention, il a pertinemment soutenu la compétence de l'Académie, l'adjurant avec chaleur, au nom même de la grandeur de sa mission et de la haute autorité que lui donne l'ascendant de ses lumières, de ne pas laisser échapper une pareille occasion de provoquer les réformes que réclame un aussi grave état de choses que celui qui est révélé par le rapport, et de préparer peut-être ainsi une grande page pour son histoire.

On trouvera, dans le compte rendu de la séance, les principaux passages de ce discours, où M. Boudet s'est élevé plus d'une fois à de véritables mouvements d'éloquence, sous la double impression du sentiment douloureux qu'a éveillé en lui un mal plus grand encore, a-t-il dit, qu'on ne le suppose, et de la conviction où il est que l'Académie peut et doit contribuer à en arrêter les progrès.

Nous reviendrons plus tard sur quelques parties de ce discours, et sur quelques propositions accessoires qui y sont formulées.

On trouvera aussi, dans le compte rendu de la séance, le rapport de M. Blot et les propositions de M. Monot, qui vont servir de texte à la discussion.

MM. Husson et Depaul sont inscrits pour mardi prochain.

La séance a été terminée par une lecture de M. le Dr Leroy de Méricour sur l'influence des transformations des constructions navales sur la santé des équipages. L'honorable médecin de marine recommande dans ce travail l'application du système de ventilation nautique permanente avec chambre à air sous le chargement. Ce système, dit-il, assure du même coup le bon état du chargement et la santé des équipages et des passagers, en même temps qu'il garantit les populations du littoral contre l'importation des maladies miasmatiques d'outre mer. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Les accouchements à l'hôpital Saint-Louis, du 1er janvier au 31 juillet 1866.

Par M. Louis ODIER, interne des hôpitaux de Paris.

On sait que les accouchements de l'hôpital Saint-Louis se font dans un service spécial composé de trente lits que dirige M. le docteur Hardy.

Ce service est composé de deux grandes salles communiquant l'une avec l'autre, placées au premier étage d'un bâtiment isolé, dont le rez-de-chaussée est occupé par les affections cutanées du service de M. Bazin.

Au même étage existe une division (salle Sainte-Marie) réservée aux malades payantes femmes placées sous la direction de M. Hardy. Elle est composée de onze chambres isolées.

Sur la demande du chef de service, il nous fut accordé de pouvoir disposer, en cas de besoin, de ces chambres isolées pour les femmes en couche.

C'est là que nous placions les femmes du service d'accouchement qui avaient subi une opération obstétricale ou qui présentaient des suites de couches compliquées.

Lorsque, par suite de l'affluence des femmes en couche, il n'y avait plus de place au service d'accouchement (salle Saint-Ferdinand), on répartissait les nouvelles arrivantes dans les différentes salles de femmes de l'hôpital.

Lorsque les affections puerpérales revêtaient un caractère épidémique, M. Hardy faisait évacuer le service d'accouchement, et les autres salles recevaient alors les femmes en couche. C'est ainsi que du 21 mars au 3 avril, le service fut fermé pour la première fois de cette année. Il le fut également du 15 juillet au 15 septembre, par suite de la présence du choléra.

La statistique comparée des accouchements faits à l'hôpital Saint-Louis, du 1er janvier au 31 juillet 1866, dans les salles d'accouchements, d'une part (salles Saint-Ferdinand et Sainte-Marie), et, d'autre part, dans les salles isolées (salles Saint-Thomas, Henri IV, Sainte-Marthe et Saint-Jean), donne les résultats généraux suivants :

1° Sur 409 femmes accouchées au service d'accouchement, du 1er janvier au 31 juillet 1866, 13 ont succombé à la suite d'affections puerpérales ; 7 ont succombé par suite de causes étrangères à la fièvre puerpérale.

2° Sur 139 femmes accouchées dans les services isolés, et ainsi réparties : Saint-Thomas, 86 ; Henri IV, 48 ; Sainte-Marthe, 2 ; Saint-Jean, 3, pas une seule n'est morte d'affections puerpérales, tandis que trois ont succombé à des causes étrangères aux affections puerpérales.

Ce résultat est bien digne d'attirer l'attention des médecins et des administrateurs, car il ne fait que confirmer l'opinion généralement admise aujourd'hui, que la réunion des femmes en couche leur est nuisible.

Mais comment résoudre alors le problème de l'organisation des accouchements dans les hôpitaux ?

Des faits qui précèdent, on conclut : 1° à la suppression des services d'accouchements tels qu'ils sont institués dans la plupart des hôpitaux ; 2° à la dissémination des femmes dans les différentes salles.

Le premier point est incontestable.

Quant au second, il mérite d'être étudié avec soin. A Saint-Louis, où les affections cutanées sont généralement apyrétiques, et revêtent souvent la forme chronique, cette dissémination peut se faire, quoique les cris des enfants troublent bien un peu le repos des malades ; mais dans les autres hôpitaux, destinés aux affections aiguës, et dans les services de chirurgie, on se demande si le voisinage des accouchées n'aurait pas une influence fâcheuse sur les autres malades, sur le développement des érysipèles, de l'infection purulente chez les blessés, et si enfin ces derniers ne développeraient pas chez les accouchées le fléau que l'on cherche à éviter.

Ce qui représenterait assurément l'idéal de l'organisation, ce serait une série de chambres isolées. Mais on comprend que les exigences administratives ne permettent pas ce luxe. Il vaut mieux avoir peu de femmes réunies dans la même salle, et n'occuper la salle que pendant quelques semaines.

Ce système de l'alternance dans des salles, tel qu'il est aujourd'hui appliqué à la Maternité et à Cochin, est destiné, nous en sommes convaincu, à résoudre de la meilleure manière le problème de la diminution de la mortalité des femmes en couche.

ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES

sur les caractères du battement du cœur et les conditions qui le modifient,

Par M. le docteur MAREY.

Dans tous ses travaux, M. Marey s'est donné pour tâche de représenter par des tracés graphiques, et de faire connaître

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr (1),

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

Vous avez pu voir, messieurs, par tout ce qui a été dit dans la première partie de ce travail, que dès l'origine la position de nos deux secrétaires perpétuels, Louis et Vicq-d'Azyr, avait été essentiellement différente; en 1791 cette différence est encore plus marquée : Louis ne traînait plus alors qu'une vie languissante et profondément attristée; c'est à peine s'il consentait à recevoir quelques rares visiteurs; fidèle cependant à tous ses devoirs, il n'en était pas moins assidu aux séances de l'Académie de chirurgie; cette année, il donna lecture, en séance publique, de l'éloge de Hévin; quoique naturellement porté vers les idées démocratiques, Louis y parle de la cour en termes respectueux et pleins de convenance. M. Hévin, dit-il, joignait la place de chirurgien de feu M. le dauphin à celle de premier chirurgien de son auguste épouse mère du roi; c'était, j'oserai dire, un acte de courage en 1791, de donner à une princesse le titre d'auguste. Cet éloge, du reste, essentiellement scientifique, ne se ressent, en aucune manière, de l'état des esprits en politique; c'est la biographie d'un chirurgien estimable, et voilà tout. Quant à la situation personnelle de Louis, comparée à celle de Vicq-d'Azyr, on s'en formera une idée assez exacte si l'on veut bien suivre Desgenettes dans les visites qu'il rendit à ces deux savants en 1791 et en 1792. Nous le mettrons tout à l'heure en rapport avec Vicq-d'Azyr; pour le moment nous ne voulons pas quitter Louis. Neveu du girondin Valazé, Desgenettes a connu la plupart des hommes de la révolution; de là l'intérêt qui s'attache à ses souvenirs de la fin du XVIIIe siècle; il n'était plus guère question alors de la science; cependant il lui a été donné de voir encore quelques-uns de ses plus illustres représentants, à commencer par Vicq-d'Azyr et par Louis. Je viens de dire que Louis ne recevait plus personne, cependant il donna des ordres pour que le jeune Desgenettes fût reçu s'il se présentait de nouveau. « Admis, dit Desgenettes, devant ce savant, dont la figure si belle et si imposante exprimait une gaîté douce et expansive, je le trouvai pâle et amaigri; des chagrins de toute espèce avait dû amener cet état. Je n'ai été heureux, monsieur, me dit-il, que dans ma jeunesse, quand mes succès n'avaient point encore excité l'envie, qui me poursuivra probablement au delà du tombeau. Voilà la perspective qui attend les hommes qui se sont dévoués au bonheur de leurs semblables. »

Et Louis n'exagérait rien, il ne se trompait pas, ses ennemis l'ont, en effet, poursuivi au delà du tombeau, condamnant ses œuvres à l'oubli et cherchant ainsi à ensevelir sa gloire.

Après avoir entretenu assez longtemps son jeune visiteur et lui avoir donné certains détails qui auraient pu entrer dans une biographie, Louis finit par quelques conseils, qu'il importe de reproduire ici :

« Si je n'avais, monsieur, lui dit-il, l'honneur et le plaisir de « vous revoir, et que vous vouliez bien accepter un conseil, prenez, « monsieur, du service dans l'armée; la guerre que nos habiles ont « déclarée à l'Empereur, comme roi, ont-ils la simplicité de dire, va « devenir la cause de l'empire et de ses alliés; le conflit sera euro-« péen, et vous trouverez plus de paix et de sécurité au milieu des « armées que dans l'intérieur de la France, que je crois menacée des « plus grands troubles et des plus grands malheurs. »

Les souvenirs de Desgenettes ont été écrits et publiés dans la dernière année de sa vie; il m'a fait plusieurs fois l'honneur de m'en lire des fragments sur épreuves; j'y prenais le plus vif intérêt; les renseignements qu'il nous donne ici sur Louis ne se trouveraient nulle autre part ailleurs, et ils sont d'autant plus précieux pour nous qu'il va maintenant nous communiquer d'intéressants détails sur la position de Vicq-d'Azyr à la même époque, c'est-à-dire au commencement de 1792. Vicq-d'Azyr était encore aussi confiant, aussi rassuré, que si rien ne s'était passé autour de lui. Moins clairvoyant que Louis, il se berçait des plus décevantes illusions sur l'état de la France et sur l'avenir qui lui était réservé à lui-même.

Ses liaisons avec Condorcet l'avait cependant compromis à la cour, si l'on peut appeler cour ce qui restait de la famille royale aux Tuileries; le temps n'était plus où la reine appelait en souriant Vicq-d'Azyr son philosophe. Tout était sombre et morne aux Tuileries, surtout depuis la fuite de Varennes, la famille royale y était littéralement retenue prisonnière, mais l'attachement de Vicq-d'Azyr pour la reine n'en était devenu que plus profond, et cependant il était loin de prévoir le sort réservé à cette infortunée princesse. Il occupait alors un bel appartement rue de Tournon, et ne le quitta que pour aller, avec la Société royale de médecine, s'établir au Louvre. C'était assez mal choisir son temps, comme le dit Desgenettes. Certes, à toute autre époque, c'eût été la chose la plus honnête du monde de trouver un pareil domicile pour la Société de médecine, d'autant qu'elle allait s'y rencontrer avec l'Académie des sciences, qui avait également obtenu cette faveur, et elle n'avait plus rien à envier à l'Académie de

(1) Suite. — Voir les numéro des 6 et 13 octobre.

ainsi de la manière la plus claire et la plus précise, les phénomènes physiologiques, phénomènes qui presque toujours se traduisent par des mouvements organiques, ou du moins peuvent se transformer en de tels mouvements. Ce que le dessin est pour l'anatomie, dit-il, le graphique l'est pour la physiologie : de là la généralisation qu'il fait de ce procédé, et l'invention ou le perfectionnement des divers instruments ou appareils propres à l'appliquer suivant les cas. L'appareil enregistreur restant à peu près toujours le même, l'instrument qui reçoit, transmet et amplifie les mouvements organiques, varie seul selon le phénomène qu'il s'agit d'étudier ; c'est ainsi que l'on a le sphygmographe pour mesurer le pouls, le thermographe pour la chaleur animale, le cardiographe pour les battements du cœur, etc.

Quand on étudie les mouvements du cœur chez un animal à sang froid, chez la grenouille, par exemple, on peut obtenir directement les tracés graphiques en agissant sur le cœur mis à nu. Lorsqu'on expérimente sur des animaux supérieurs, comme sur des chevaux, on obtient la transmission et l'amplification des battements au moyen d'une ampoule élastique placée dans la paroi de la poitrine à travers un espace intercostal. C'est ainsi du moins que MM. Marey et Chauveau ont opéré dans leurs expériences sur la circulation. Enfin, sur l'homme la transmission des battements se fait à l'aide d'un appareil simplement appliqué sur la région précordiale, au point où le doigt sent les battements. Nous ne pouvons ici décrire cet appareil, pas plus que les différents tracés dont chaque sinuosité, chaque ondulation représente l'un des temps normaux ou modifiés, suivant les cas, des battements du cœur.

M. Marey a étudié plus spécialement, dans le travail qui nous occupe, l'influence qu'exercent sur les battements du cœur la respiration, l'arrêt de cette fonction, l'effort et l'action musculaire. Voulant ensuite faire la synthèse des résultats qu'il a obtenus isolément, il a imaginé un cœur artificiel au moyen duquel il a pu reproduire et varier davantage les expériences ; les tracés graphiques obtenus sur ce cœur schématique ont été conformes à ceux qu'avaient produits les expériences sur le cœur vivant. M. Marey résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° On peut, sur les animaux inférieurs, enregister directement les battements du cœur, ce qui donne, sous une forme objective, l'expression exacte de la fréquence, de l'intensité et de la forme de ces battements. Nulle autre méthode ne saurait permettre cette étude intéressante de physiologie comparée.

2° Sur les grands animaux et même sur l'homme on peut, dans la plupart des cas, enregistrer le battement extérieur du cœur. Le tracé obtenu, éclairé par les expériences de cardiographie que nous avons faites avec M. Chauveau sur les animaux, permet de reconnaître les variations que subissent tous les phénomènes qui constituent une révolution du cœur.

3° La respiration agit sur les battements du cœur ; non-seulement elle fait onduler la ligne d'ensemble du tracé, mais elle donne aux pulsations qui se produisent pendant l'inspiration une amplitude et une forme différentes de celles qui correspondent à l'expiration.

4° L'arrêt de la respiration produit un ralentissement des battements du cœur et une diminution de leur intensité. Ces modifications s'expliquent par la difficulté plus grande du passage du sang au travers du poumon, quand celui-ci ne respire pas.

5° Après un effort (tentative énergique d'expiration, la glotte étant fermée), les battements du cœur prennent des caractères particuliers. Le ventricule gauche fait sentir fortement son action, et le sang de l'oreillette se précipite violemment au moment où commence la diastole.

6° L'exercice musculaire modifie aussi d'une manière spéciale le battement du cœur. La systole débute plus brusquement, et le ventricule se vide d'une manière plus complète.

7° On peut démontrer par la synthèse les propositions ci-dessus énoncées, en reproduisant artificiellement sur un cœur schématique le battement cardiaque avec les principaux caractères qu'il représente sur l'homme vivant.

8° La méthode graphique pourra être employée avec avantage au lit du malade ; elle fournira sans doute une précieuse indication des troubles morbides que présente la fonction du cœur, puisqu'elle accuse les simples modifications de l'état physiologique. (*Journ. d'anat. et phys.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 octobre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Legendre, sur une épidémie de choléra qui a régné à Saint-Privé (Yonne), en 1866. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Coulet, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche), pour l'année 1865. (Commission des eaux minérales.)

3° Un mémoire imprimé sur le coca du Pérou, par M. Manuel Fuentes (de Lima).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux lettres de MM. Dolbeau et Foucher, qui se présentent comme candidats pour la section de pathologie externe;

2° Une note de M. le docteur Dereins, sur l'allaitement des enfants par les femelles animales dans les établissements spéciaux sous la direction d'un médecin, comme remède à la mortalité des nouveau-nés. (Commissaires : MM. Jacquemier et Blot.)

3° Un rapport de M. le docteur Bonaston, sur les épidémies de l'arrondissement de Barbezieux. (Commissaires : MM. Louis, Roger et Gubler.)

4° Un pli cacheté renfermant un travail de M. Brachet, relatif à l'humeur visqueuse de l'œil employée comme agent modificateur de la lumière électrique. (Accepté.)

5° Une note de M. Werber, fabricant d'appareils de chirurgie, sur un appareil destiné à la cure du pied-bot.

— M. BÉCLARD, secrétaire annuel, donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie, par M. le docteur Blanche, qui informe l'Académie que M. le docteur Jobert de Lamballe n'est pas mort, comme quelques journaux l'ont annoncé par erreur, mais que son état continue toujours à être très-grave, et qu'il est souvent en proie à des crises nerveuses qui ont mis plusieurs fois sa vie en danger. M. Blanche continuera d'ailleurs à tenir l'Académie au courant des changements importants qui pourraient survenir dans l'état de M. Jobert.

M. BÉCLARD met ensuite sous les yeux de l'Académie, de la part de M. le docteur Ed. Fournié, un nouvel insufflateur de son invention, destiné à introduire des médicaments pulvérulents dans le larynx ou dans les fosses nasales postérieures.

Cet instrument construit par MM. Robert et Collin sur les indications de M. Fournié, se compose d'un tube droit en argent AB, Vers sa partie postérieure, ce tube s'élargit en forme de cuvette, et présente en cet endroit un orifice assez large C, à travers lequel on introduit le médicament. Ce tube ne peut servir qu'à porter les médicaments au fond de la gorge, mais si on désire les diriger dans le larynx ou les fosses nasales, on glisse sur le premier un second tube recourbé DE, dont on dirige l'orifice en haut ou en bas, selon le but que l'on veut atteindre.

Jusqu'ici, cet instrument ne diffère en rien de celui que M. Fournié a présenté en 1863, mais ce qui le distingue essentiellement de celui-là, et de tous les instruments de ce genre, c'est le procédé nouveau au moyen duquel la projection de la poudre est effectuée.

M. Fournié a eu l'idée d'ajouter à la partie postérieure de son tube un petit robinet F, sur lequel vient s'adapter le tube de caoutchouc d'un appareil de Richardson, la boule G étant remplie d'air comprimé, et l'index de la main droite bouchant l'orifice de la cuvette C, il suffit d'appuyer avec le médius de la même main sur la branche H du robinet, pour donner instantanément issue à l'air comprimé. La poudre renfermée dans le tube est ainsi projetée dans la direction que l'on désire.

Comme on vient de le voir, cet insufflateur se distingue essentiellement de tous les autres, en ce sens que la projection de la poudre est effectuée par un mécanisme analogue à celui du fusil à vent, et non pas par la pression de la main sur une poire de caoutchouc, pression inégale et peu commode, ni par le souffle de l'opérateur.

Avec cet instrument, et à l'aide du laryngoscope, on projète les poudres dans le larynx avec la plus grande précision. On peut s'en servir également pour insuffler des poudres médicamenteuses dans les différentes cavité du corps

— M. BERGERON offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Garin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, un travail intitulé : *De la police sanitaire et de l'assistance publique dans leurs rapports avec l'extinction des maladies vénériennes.* Ce titre, dit M. Bergeron, en indiquant l'objet et la portée de l'œuvre, montre que l'auteur a pris la question de la syphilis par son côté le plus large, et on peut dire qu'indépendamment de ses mérites intrinsèques, son livre à celui de l'opportunité. Il est évident, en effet, que des tendances de plus en plus marquées portent les esprits vers l'étude des questions d'hygiène publique et de prophylaxie; et il se trouve en outre que, relativement à la question de la syphilis, le livre de M. Garin répond pleinement à une des intéressantes questions posées dans leur programme par les organisateurs du congrès médical de 1867, si même il n'en a inspiré la pensée.

Quoi qu'il en soit, nous ne sommes plus au temps où l'on était assez généralement disposé à voir dans la syphilis un juste châtiment du vice; mais aujourd'hui, comme dans tous les temps, et en dépit des enseignements du passé, on traite volontiers d'utopie et de chimère toute idée qui s'écarte un peu du courant des idées reçues; et sous ce rapport, il est probable que les espérances de M. Garin, espérances auxquelles je déclare me rattacher complétement, provoqueront plus d'un sourire d'incrédulité. Mais ne suffit-il pas que cette idée de l'extinction des maladies vénériennes soit scientifiquement rationnelle, pour que l'Académie s'intéresse aux travaux qui tendent à préparer la solution de cette question, dont l'importance est aussi évidente que considérable? A ce titre, le livre de M. Garin mérite de fixer l'attention de l'Académie, non-seulement à cause de l'idée qui l'a inspiré, mais aussi par le talent avec lequel l'auteur l'a développée. Dans un pareil sujet, il y avait plus d'un écueil à éviter; mais en ne perdant jamais de vue le but élevé qu'il s'agit d'atteindre, et en conservant toujours à son style une pureté qui sauvegarde sûrement la dignité de la science, M. Garin s'en est tiré à son honneur; et je ne crains pas de dire que son travail est tout à fait digne de cette école médicale de Lyon à laquelle la médecine et la chirurgie, et j'ajoute la médecine vétérinaire, sont déjà redevables d'œuvres de premier ordre, et à laquelle la syphiliographie en particulier doit la démonstration d'un fait qui constitue certainement une des plus précieuses conquêtes scientifiques de notre temps : je veux parler de la transmissibilité des accidents secondaires.

— M. LARREY présente, au nom de MM. les docteurs Marmy et Quesnoy, médecins militaires, la topographie et statistique médicales du Rhône et de Lyon.

Et au nom de M. Joly, de Toulouse, une observation de tératologie humaine.

— M. POGGIALE présente, au nom de M. Lefranc, une étude botanique et toxicologique sur l'atractylis gummifera.

— M. ROBINET dépose sur le bureau, de la part de Mme Mélier, la relation des obsèques de son mari, avec les divers discours qui ont été prononcés sur sa tombe.

— M. ROBINET présente ensuite à l'Académie le rapport général

---

chirurgie, qui occupait alors le bâtiment de l'école actuelle de médecine. Vicq-d'Azyr alla donc installer au Louvre son secrétariat, la bibliothèque de la Société, ses meubles à lui et sa propre personne; sa satisfaction était entière; aussi, et pour inaugurer en quelque sorte cette prise de possession, il crut devoir donner un grand dîner. Desgenettes était au nombre des convives; mais, il ne faut pas l'oublier, on était en 1792, et bientôt les fatales journées du 20 juin, du 10 août et des 2 et 3 septembre allaient renverser toutes les espérances, tous les projets de Vicq-d'Azyr et le précipiter lui-même comme au fond d'un abîme.

J'arriverai tout à l'heure à cette dernière et triste période de sa vie. Je reprends maintenant ce qui me reste à dire au sujet de Louis, et je ne le quitterai plus.

Je l'ai représenté vivant à peu près seul, répétant à qui voulait l'entendre que ceux qui venaient le voir lui faisaient honneur et que ceux qui ne venaient pas lui faisaient plaisir. Ses dernières paroles à Dosgenettes nous ont montré qu'il ne partageait en aucune manière les illusions de Vicq-d'Azyr; loin de regarder la révolution comme terminée, il la croyait à son début; mais, plus heureux que Vicq-d'Azyr, il ne devait pas être témoin de ses affreux excès, et cependant tous les deux, mais très-diversement, devaient concourir à quelques-unes de ses plus violentes mesures; je dis très-diversement, je devrais ajouter sans le vouloir et sans le prévoir.

Louis, en effet, était loin de s'attendre que le comité de législation de l'Assemblée nationale allait venir lui demander une consultation sur un nouveau mode de décapitation, et Vicq-d'Azyr, de son côté, était bien loin de prévoir qu'un jour viendrait où, de concert avec le comité de salut public, il demanderait à toutes les caves de Paris la portion de salpêtre qu'elles pouvaient contenir pour en faire de la poudre à canon.

Entrons dans quelques détails sur la part que Louis a été appelé à prendre dans l'établissement du nouveau mode de décapitation, c'est-à-dire du supplice si improprement nommé de la guillotine.

La légende généralement adoptée est que le médecin Guillotin, membre de l'Assemblée constituante, aurait inventé et proposé la sinistre machine qui porte son nom; il n'en est rien cependant; ici la légende est en défaut. Guillotin s'est borné à émettre un vœu; les documents que je vais reproduire ne laissent aucun doute à ce sujet. Voici les faits : on sait qu'il y avait avant la révolution deux genres de supplice pour les condamnés à la peine de mort : l'un consistait dans la *pendaison*, l'autre dans la *décapitation*. La pendaison était une peine réputée infamante, appliquée à des individus d'origine plébéienne et n'ayant aucun titre, elle entachait la famille; la décapitation, au contraire, réservée pour les crimes d'État, de haute trahison, n'était point réputée déshonorante; elle n'entachait pas les nobles parents des condamnés; c'est contre ce préjugé que Guillotin fit sa première motion en 1789. Guillotin, élève d'Antoine Petit, s'était fait remarquer, lors de la convocation des états généraux, par une brochure dans le sens de celle de Siéyès, mais avec bien moins de talent et d'éclat; il cherchait à prouver que le nombre des députés du tiers état devait être au moins égal à celui des deux autres ordres; il n'en fallut pas davantage pour le comprendre dans la députation de Paris; rentrant un peu plus alors dans des matières de sa compétence, il publia un projet de réorganisation de la médecine et de la pharmacie, projet qui eut le sort de tous les autres, c'est-à-dire qu'il fut complétement oublié.

Mais vers la fin de 1789, remarquons-le bien, et avant même que l'Assemblée s'occupât du code pénal, il formula en autant de propositions ce qui de sa part n'était encore qu'un vœu ; sa première tentative pour faire convertir en lois ses propositions, remonte au 1er octobre; mais comme on se trouva presque aussitôt sous le coup des événements des 5 et 6 octobre, il dut en ajourner la lecture.

Le 1er décembre suivant, il eut plus de succès; voici ce qu'en dit le *Moniteur* dans son compte rendu de la séance de ce jour:

« M. Guillotin lit un travail dans lequel il établit en principe que « la loi doit être égale pour tous quand elle punit comme quand elle « protége, et chaque développement de ce principe amène un article « que M. Guillotin propose à la délibération de l'assemblée. »

« Ce discours est fréquemment interrompu par des applaudisse- « ments; une partie de l'assemblée vivement émue, demande à « délibérer sur-le-champ, mais une autre partie paraît vouloir s'y « opposer. »

« M. le duc de Liancourt, ajoute le *Moniteur*, fait observer que « des citoyens sont prêts à subir des arrêts de mort, qu'il est dès lors « indispensable de ne pas différer d'un jour, puisqu'un instant de « retard peut les livrer à la barbarie d'un supplice, que l'humanité « presse d'abolir, puisqu'un instant peut ainsi livrer au déshonneur « dont un préjugé absurde flétrirait les parents des coupables qu'une « loi juste et sage doit flétrir à son tour. »

L'article premier mis en délibération, est décrété à l'unanimité en ces termes :

« Les délits du même genre seront punis par le même genre de « peine, quels que soient le rang et l'état des coupables. »

Ainsi, Guillotin avait obtenu gain de cause sur le premier point, mais il restait à déterminer quel genre de supplice serait désormais également appliqué dans les cas où la peine de mort aurait été prononcée. Guillotin avait encore en cela émis un simple vœu; à savoir : de substituer à la hache ou au glaive, pour la décapitation, un mode d'exécution tel, que les condamnés n'auraient plus à redouter les lenteurs, les incertitudes et la maladresse des bourreaux; voilà ce que

sur les travaux de la commission des logements insalubres pendant les années 1862, 63, 64 et 65.

Ce rapport, dit M. Robinet, indépendamment du compte-rendu général des travaux habituels de la commission pendant ces quatre dernières années, renferme plusieurs rapports très-dignes d'intérêt sur l'état de salubrité des établissements scolaires de la ville de Paris, sur les améliorations à apporter dans la tenue et l'usage des cabinets d'aisance dans les écoles primaires et asiles communaux, sur la ventilation des fosses et l'assainissement des cabinets d'aisance, etc.

LECTURES.

— M. J. BÉCLARD lit pour M. DUBOIS (d'Amiens), la troisième et dernière partie des recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr. (Voir le feuilleton.)

Épidémie cholérique de Rouen. — M. LEUDET, correspondant de l'Académie, résume verbalement les observations qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu de Rouen pendant la dernière épidémie cholérique.

Le nombre total des individus atteints dans la ville de Rouen a été de 300 environ. Il avait été de 525 en 1849. Sur ces 524 malades, 397 succombèrent, et en ne tenant compte que des malades observés à l'Hôtel-Dieu, la mortalité fut de 89 sur 167 cas. Dans l'épidémie actuelle, M. Leudet a perdu à l'Hôtel-Dieu 38 maldes sur 69.

La maladie s'est montrée plus grave chez les individus âgés de plus de quarante ans ; elle a atteint de préférence la classe pauvre et les habitants des quartiers insalubres.

Un fait sur lequel M. Leudet insiste particulièrement, sans vouloir cependant en tirer une conclusion formelle, c'est qu'il n'y a pas eu un seul cas développé dans l'intérieur de l'hôpital, bien que l'isolement des cholériques n'ait pas été pratiqué.

La maladie a présenté, à Rouen comme à Paris, la forme adynamique. Dans un certain nombre de cas, dit M. Leudet, les vomissements avaient peu d'intensité, se supprimaient rapidement, et cette suppression rapide des évacuations, loin d'indiquer une amélioration, était le commencement d'une adynamie qui se terminait graduellement par la mort. M. Leudet employait, dès le début de l'épidémie, les vomitifs, puis il a dû renoncer à leur emploi pour adopter la médication tonique et révulsive dans la période algide, et la médication antispasmodique pendant la période typhoïde.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Blot. La parole est à M. Boudet.

DISCUSSION SUR LA MORTALITÉ DES NOURRISSONS.

Mortalité des nourrissons. — M. BOUDET donne lecture d'un discours écrit sur la mortalité des nourrissons. Il rappelle que lorsque dans l'une des dernières séances il a cru devoir insister pour que l'Académie reconnût qu'elle était saisie par le Ministre de l'instruction publique de la question de la mortalité des nourrissons, il n'avait pas seulement en vue le sujet si digne de la haute intervention de la compagnie, il attachait la plus haute importance à voir l'Académie entrer résolument, à cette occasion, dans le rôle qui doit lui appartenir lorsqu'il s'agit des grandes applications de l'hygiène à la conservation et à l'amélioration de l'espèce humaine. Où trouver ailleurs, dit-il, une compétence plus complète, une autorité plus légitime, plus élevée, plus capable d'éclairer l'opinion et l'administration sur les grands intérêts de l'hygiène publique ?

Indépendamment des considérations d'humanité, l'intérêt de la grandeur nationale se trouve lié plus que jamais à la question de la mortalité en général et en particulier à la mortalité des nourrissons.

Chez nos voisins, les recensements signalent un mouvement de progression continue et rapide dans le nombre des habitants, cette progression est d'une lenteur effrayante sur notre territoire, et nous sommes menacés de descendre, dans un prochain avenir, du rang supérieur que nous occupons depuis tant de siècles.

La population française n'est-elle pas menacée d'entrer bientôt dans une période de décroissance, si dans une partie considérable de l'Empire les 3/4 des enfants nés viables, sont voués à une mort certaine dans la première année de leur existence, et si les autres sont plus ou moins débiles et valétudinaires, par suite de l'insouciance des mères, de l'incurie et de la cupidité des nourrices mercenaires auxquelles ils sont abandonnés ?

Tandis qu'on prodigue des primes d'encouragement pour l'amélioration des races de nos animaux domestiques, tandis que de bonnes âmes recueillent avec ardeur des souscriptions pour les petits chinois, n'est-il pas déplorable de voir le triste sort réservé aux enfants du peuple le plus civilisé de l'univers et l'aveuglement avec lequel des cœurs généreux s'intéressent à des misères lointaines, au lieu de songer à ces misères si présentes et si grandes, qu'on se refuserait à y croire, si les preuves n'en étaient pas surabondantes.

L'Académie a une belle mission à remplir en provoquant les réformes que réclame un pareil état de choses, elle aura fait une cure merveilleuse et incontestable, elle aura préparé une grande page pour son histoire, si par l'ascendant de ses lumières, de sa haute autorité, de sa volonté persévérante, elle parvient à arracher à la mort ces milliers d'enfants, qui n'ouvrent les yeux à la clarté du jour que pour souffrir et mourir bientôt misérablement.

Poursuivant cet ordre d'idées, je voudrais que l'Académie introduisît un second élément dans la question de la mortalité des nourrissons et plaidât cette cause, dont le docteur Loir s'est fait depuis tant d'années l'avocat infatigable, en réclamant l'inscription à domicile des nouveau-nés sur les registres de l'état civil, pour les soustraire aux dangers d'une translation souvent funeste.

Plus tard, l'Académie pourra encore examiner, au double point de vue de l'hygiène et de l'intérêt des familles, ces séduisantes institutions, d'une charité imprudente peut-être, qui, en recueillant trop facilement les enfants dans des crèches et des asiles, dispense les mères de ces soins, qui sont leur apanage providentiel, et les dépouillent de leur véritable et plus beau caractère.

M. Boudet, après avoir appelé l'attention de l'Académie sur l'utilité qu'il y aurait à s'occuper de toutes les questions qui se rattachent à l'élévation de l'état physique et moral des populations, insiste en terminant, pour que la discussion qui commence, au lieu d'être renfermée dans les limites de la demande adressée à l'Académie par le ministre de l'instruction publique, reçoive tous les développements nécessaires pour éclairer la religion du ministre de l'intérieur, et lui démontrer la nécessité d'une enquête administrative qui lui révèle toute la profondeur du mal et le décide à y porter un remède prompt et efficace. Il ne s'agit pas, dit-il, pour l'Académie, de faire des règlements définitifs et d'entrer dans le domaine de l'administration, son rôle est de lui signaler la situation dans toute sa gravité, de lui en dévoiler les causes et les conséquences, et de lui fournir les lumières qu'elle peut attendre d'une enquête médicale approfondie.

La discussion sera continuée dans la séance prochaine.

LECTURE.

Influence des constructions navales sur la santé des équipages. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit une note intitulée : *De l'influence des transformations des constructions navales sur la santé des équipages.* Après avoir rappelé que l'encombrement et le méphitisme des cales constituent pour les matelots du commerce comme pour ceux de l'État, une grande partie des dangers de la vie nautique, M. de Méricourt se propose de résoudre la question suivante :

Les progrès des constructions navales qui ont pour but surtout d'accroître simultanément la vitesse et la puissance militaire des bâtiments de guerre, concordent-ils avec des améliorations dans les conditions hygiéniques des équipages, ou bien, en exagérant au contraire, soit l'encombrement, soit le méphitisme, ces transformations augmentent-elles fatalement les chances de maladies? Avant d'arriver à la période actuelle, M. de Méricourt apprécie rapidement les phases qui l'ont préparée. Trois faits saillants dominent la révolution qui s'est opérée dans les constructions navales, savoir : *Application de la vapeur comme moteur nautique, substitution de l'hélice aux roues, blindage des carènes.* D'une manière générale, l'emploi de la vapeur comme moteur, en abrégeant les traversées et multipliant les relâches, a réalisé un immense bienfait au point de vue de l'hygiène de l'homme de mer. Mais, en examinant les conséquences successives que l'application de cette force a entraînées sous le rapport de l'espace, et par suite de la quantité d'air respirable accordée à chaque homme sur les nouvelles constructions, on arrive à reconnaître que l'encombrement augmente sur presque tous les types de navires, et que les parties profondes, la cale, les entreponts offrent des conditions atmosphériques de plus en plus défectueuses. Le remède qu'il est urgent d'employer pour obvier à cet état de choses, c'est un bon système de ventilation permanente. Il faut désormais que le navire pourvoie spontanément aux besoins de sa respiration, comme le fait un organisme vivant. Le système de ventilation, par appel, proposé en Angleterre, par le Dr Edmund, et dont l'expérience a déjà démontré la valeur, paraît réunir les conditions désirables. M. de Méricourt demande, en outre, qu'on ménage à bord de tout bâtiment, au-dessous du chargement, une chambre à air qui permette d'obtenir la siccité, la propreté et l'aération constante des fonds du navire. Il insiste sur l'importance considérable que ces mesures hygiéniques auraient sur l'hygiène publique. Les bâtiments partant de localités où existent des maladies miasmatiques importables étant ventilés dans toutes leurs parties, pendant toute la durée de la traversée, n'offriraient plus les mêmes dangers lors de leur déchargement, au port d'arrivée.

En concluant, M. de Méricourt appelle de tous ses vœux l'application du système de ventilation nautique permanente avec chambre à air sous le chargement. Ce système assure, du même coup, la conservation des carènes, le bon état du chargement, la santé des équipages et des passagers, il garantit enfin puissamment les populations du littoral contre l'importation des maladies miasmatiques de provenance d'outre-mer. (Comm. : MM. *Michel Lévy, Bergeron et Bouchardat.*)

La séance est levée à cinq heures.

RAPPORT, au nom d'une commission composée de MM. JACQUEMIER et BLOT, rapporteur, sur un mémoire de M. le docteur MONOT, de Montsauche (Nièvre), intitulé : *De l'industrie des nourrices, et de la mortalité sur les petits enfants.*

Le but de M. Monot a été de faire connaître au public et à l'administration supérieure l'influence fâcheuse de l'émigration des nourrices pour Paris, au triple point de vue de l'agriculture, de la morale et de la mortalité des petits enfants.

M. Monot consacre à la démonstration de ce fait toute la première partie de son mémoire. Dans la seconde, après avoir signalé le mal, il s'efforce d'en indiquer le remède, en donnant un long projet de réglementation sur l'industrie des nourrices.

Tout ce qu'avance M. Monot a pour bases des statistiques faites par lui sur les documents officiels dans le canton du Morvan, où il exerce depuis près de dix années. Il commence par montrer l'augmentation considérable de l'émigration. Il y a trente-cinq ou quarante ans, dit-il, deux ou trois femmes venaient, chaque année, nourrir à Paris, et c'étaient les plus nécessiteuses ; aujourd'hui, presque toutes, même les plus aisées, se livrent à cette industrie ; cette habitude est tellement passée dans les mœurs, qu'une sorte de honte rejaillit sur celles qui ne viennent pas à la ville, parce qu'on les suppose malades ou incapables de nourrir.

C'est ainsi que du 1er janvier 1858 au 31 décembre 1864, c'est-à-dire dans l'espace de sept ans, sur 2556 femmes accouchées, 1724, c'est-à-dire plus des deux tiers, sont allées nourrir sur lieu, et, ajoute M. Monot, cette proportion serait encore plus forte si l'on tenait compte des femmes mortes en couche et de celles que des infirmités ou des défauts d'organisation mammaire convenable ont empêché d'augmenter le nombre des émigrantes.

A ce propos, notre confrère rapporte l'histoire d'un suicide par pendaison qui n'avait eu d'autre motif que le chagrin violent éprouvé par la malheureuse femme de ne pouvoir être nourrice. Les conséquences de cette émigration presque générale sont faciles à deviner. La première de toutes consiste dans une mortalité effrayante des enfants de nourrices. Cette mortalité s'explique d'ailleurs facilement par les causes suivantes :

1° L'âge de l'enfant (six semaines, deux mois) au moment du départ de sa mère.

2° Le voyage de ces enfants dans les saisons les plus rigoureuses, à de grandes distances, et sans les soins indispensables.

3° La répétition de ces voyages jusqu'à trois et quatre fois pour le même enfant, qui est loué par certaines femmes qui ont perdu le leur, et louent celui d'une voisine pour pouvoir se présenter dans des conditions convenables de placement.

4° Le mode de retour des enfants au pays, une même meneuse se chargeant quelquefois de deux et trois nouveau-nés, qu'elle ne peut ni allaiter ni soigner.

5° L'emploi de narcotiques destinés à calmer les cris pendant le voyage.

6° L'usage d'une nourriture artificielle nullement en rapport avec l'état des voies digestives.

Quant à ceux qui peuvent survivre à toutes ces causes de mort, ils viennent traîner au pays une existence misérable en payant leur tribut à la scrofule, au rachitisme, à l'idiotisme ou à l'aliénation mentale.

Comme résultat nécessaire de ces tristes conditions, on trouve une diminution notable de la population dans cette partie du Morvan. Ainsi, tandis qu'en 1851 on comptait 13,488 habitants, en 1856 on n'en trouve plus que 12,907 et, en 1861, 12,628. Ce qui revient à dire que, pendant ces dix années, le chiffre de la population a baissé

---

demandait Guillotin longtemps avant l'invention de la fatale machine, avant même que l'Assemblée se fût prononcée sur le genre de mort; car ce n'est qu'en 1791, et sur la proposition de Lepelletier Saint-Fargeau, qu'un décret établit que ce genre de mort serait la décapitation.

Telle est la part qui doit être faite à Guillotin, je ne dirai pas dans l'invention de la machine qui porte son nom, mais dans les circonstances qui ont conduit à cette invention.

Voyons maintenant quelle a été la part de Louis; l'Assemblée constituante n'avait pas été au delà du vœu exprimé par Guillotin, elle s'en était tenue aux principes que nous venons de rappeler. Le 30 octobre 1791, elle avait terminé ses travaux, ayant doté la France d'une constitution et promulgué une foule de lois, l'Assemblée législative lui avait succédé en attendant qu'elle fît place elle-même à la Convention; on sait qu'avant de se séparer, l'Assemblée constituante avait décrété qu'aucun de ses membres ne pourrait faire partie de la nouvelle assemblée, de sorte que Guillotin était devenu étranger à la Législative.

On était en 1792, les principes seuls avaient été adoptés en ce qui concernait le nouveau Code pénal, restait à en faire l'application; un comité de législation avait été formé dans le sein de l'Assemblée nationale, ce comité mit à l'étude la question du mode d'exécution des condamnés à la peine de mort; le vote provoqué par Guillotin avait supprimé la pendaison, mais la décapitation étant maintenue, restait à déterminer quel serait le genre de décapitation? Il n'était plus possible de revenir à la décapitation par la hache ou par le glaive, on avait reconnu de tout temps le peu de sûreté de ce genre de supplice, il suffit, en effet, de jeter les yeux sur le récit des décapitations les plus célèbres pour voir à combien de hasards étaient exposés les patients; plus la victime était élevée, plus elle montrait de courage et de résignation, plus elle courait de dangers; voyez Marie Stuart, elle croyait, dit son éloquent historien, qu'on la frapperait comme en France, dans une attitude droite et avec le glaive, on l'aida à poser sa tête sur le billot, le bourreau ému la frappa d'une main mal assurée; la hache, au lieu d'atteindre le cou, tomba sur le derrière de la tête et la blessa sans qu'elle fît un mouvement, sans qu'elle proférât une plainte; au second coup seulement, le bourreau lui abattit la tête. Pour le jeune de Thou, ce fut bien autre chose; condamné à mort pour n'avoir pas trahi Cinq Mars, il ne fallut pas moins de sept coups pour abattre cette noble tête, et les condamnés n'ignoraient pas qu'on pourrait ainsi les manquer! le fils naturel de Charles II, Monmouth, en véritable Anglais, s'adressant au bourreau, lui dit : Tiens, voilà six guinées, ne va pas me hacher comme tu l'as fait à Lord Russel; le premier coup ne fit qu'une légère blessure. Monmouth leva la tête, et jeta au bourreau comme un regard de reproche; il fallut quatre coups pour achever cette sanglante tragédie. L'idée d'être manqué préoccupait aussi le jeune chevalier de La Barre, condamné au nom d'une religion de mansuétude et de paix; mis en face du bourreau de Paris, qu'on avait fait venir pour l'exécuter, cet héroïque enfant lui dit résolûment : « Tes armes sont-elles bonnes? Voyons-les. — Cela ne se montre pas, monsieur, lui répondit le bourreau. — Est-ce toi, reprit le chevalier, qui as exécuté le comte de Lally? —Oui, monsieur. — Tu l'as fait souffrir? — C'est sa faute, il était toujours en mouvement. Placez-vous bien, et je ne vous manquerai pas. En effet, ce maître bourreau balança plusieurs fois son arme et enleva la tête d'un seul coup.

Ces drames lugubres ne devant plus se renouveler, le comité de législation le pensait comme tout le monde, restait donc à prendre des mesures pour que la décapitation, puisqu'elle était maintenue en principe, fût exécutée de telle sorte que la section fût immanquable, rapide et accessible à la vue de tous.

Le comité de législation, pour arriver à un pareil résultat, pensa qu'il devait s'adresser à un grand chirurgien ; et comme l'Académie de chirurgie renfermait encore l'élite des praticiens de Paris, il alla demander une consultation motivée et écrite à son secrétaire perpétuel : ainsi ce n'est pas Louis qui offrit ses services en cette circonstance, remarquons-le bien, on vint les lui demander; c'était dans les premiers jours du mois de mars 1792. Étrange consultation en vérité! et qui jusque-là sans doute n'avait jamais été demandée à un homme exerçant l'art de guérir ; c'était toujours la décapitation qu'on voulait, mais avec trois conditions : la *sûreté*, la *célérité* et l'*uniformité*, le *tuto* et le *cito* des chirurgiens, je n'irai pas jusqu'à dire et le *jucunde*. Quoi qu'il en soit, Louis accepta la mission que lui donnait le législateur, sa consultation, puisqu'il faut ainsi l'appeler, était rédigée et signée le 7 mars; remise au comité de législation, il en fut donné lecture à l'Assemblée nationale le 20 mars 1792; on la trouve textuellement reproduite dans le *Moniteur* du 22 mars.

Ce document a d'autant plus d'intérêt dans la question, qu'annexé au décret, il a tout le caractère d'un document officiel.

---

de 56 par an. Or, le chiffre des décès par les causes sus-indiquées est précisément de 56,43 pour le même temps.

Voilà pour l'influence matérielle exercée par l'industrie des nourrices. M. Monot nous montre ensuite, dans des récits quelquefois éloquents, l'influence sur la moralité de ces populations. Il nous fait voir les maris, restés au pays, se livrant à toutes les variétés de la débauche, s'adonnant à l'ivrognerie, vivant en concubinage avec quelque femme de leur voisinage, dissipant leur patrimoine et finissant même quelquefois par le suicide.

Par suite d'un pareil état de choses, les travaux des champs sont abandonnés, la vie de famille est rompue, l'exemple du foyer, les habitudes du travail ne peuvent pénétrer dans l'esprit des enfants.

Sans compter que, de temps en temps, certaines de ces femmes, restées à Paris comme bonnes d'enfants, comme femmes de chambre, reviennent plus tard au pays enceintes du fait d'un étranger, et rapportent même dans la famille, avec cette cause de honte et de démoralisation, une affection contagieuse qui peut se répandre dans tout un village, comme notre confrère en rapporte des exemples.

Ces mêmes femmes perdues manquent rarement de devenir pour les filles de leur voisinage une cause de démoralisation, en faisant briller à leurs yeux les avantages de toute sorte attachés à la position de nourrice sur lieu. Celles-ci, entraînées par le mirage de tant de causes de plaisir, se livrent au premier venu, avec l'espoir d'être épousées plus tard par celui qui les a rendues mères. Elles accouchent, cherchent un nourrisson, et finissent souvent par la prostitution dans les villes où elles sont venues comme nourrices.

Dans un chapitre particulier, M. Monot s'occupe du sort des pauvres petits enfants confiés aux nourrices qui reviennent au pays après avoir fait déjà une nourriture à la ville. Ces enfants sont recrutés surtout parmi les familles pauvres ou dans celles de petits commerçants, que leurs occupations quotidiennes retiennent du matin au soir dans un magasin, d'où elles ne peuvent sortir que pour rentrer dans un logement trop petit pour recevoir une nourrice sur lieu. Ces pauvres petits êtres, que les nourrices et les meneuses ont baptisés du nom de *Petits-Paris,* deviennent bientôt un objet de commerce pour les unes et pour les autres. Une même femme en prend quelquefois deux et même trois. Inutile de dire que presque jamais ils ne sont élevés au sein. Les mieux partagés sont nourris au biberon, et le plus grand nombre reçoit une alimentation grossière, dans un logis étroit, sur un mauvais coucher. Aussi les affections intestinales les plus graves, le rachitisme, l'ophthalmie purulente, ne tardent pas à se développer chez eux. Néanmoins on continue à en donner aux parents les meilleures nouvelles, et s'ils viennent à succomber, ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs semaines que la famille est avertie. Quant à leur disparition, elle ne cause pas la moindre émotion à ces malheureuses femmes, comme le prouve le colloque suivant, rapporté par notre collègue. Deux d'entre elles se rencontrent au village : « Que sonne-t-on ? dit l'une. — Rien, répond l'autre, c'est le glas d'un *Petit-Paris* mort ce matin. »

Par contre, il arrive de temps à autre que les nourrices sont, à leur tour, dupes de la mauvaise foi ou de la misère des parents qui leur confient des enfants. Les mois de nourrice sont d'abord payés régulièrement, puis bientôt on ne reçoit plus rien, et les enfants restent à leur charge. Ces pauvres petits êtres, qui n'etaient qu'un objet de lucre, ne tardent pas à être pris en aversion ; on voudrait ne les avoir jamais reçus, et on fait tous ses efforts pour s'en débarrasser. Aussi, ces pauvres créatures sont-elles condamnées à devenir les ilotes de la société.

Quelquefois, cependant, les nourrices s'attachent à leurs nourrissons ; elles les ont vus grandir, se développer, elles comptent sur les petits services qu'ils vont bientôt leur rendre ; mais, au moment même où elles forment ces projets d'avenir, les vrais parents, munis d'un certificat d'indigence, viennent les leur enlever, sans leur donner la moindre rétribution ; et le petit patrimoine, loin de s'être augmenté, n'a fait que diminuer.

M. Monot termine la première partie de son mémoire par des détails non moins tristes relatifs à l'industrie des femmes entremetteuses, qui ont reçu le nom de meneuses.

La seconde partie du mémoire de M. Monot est consacrée à l'étude de quelques réglements de police qui existent aujourd'hui sur la profession de nourrice. Il montre, en discutant chacun d'eux, combien ils sont insuffisants, et il propose d'y substituer une série de moyens, qu'il résume en treize articles, dont l'ensemble constituerait une sorte de réglementation nouvelle, destinée à arrêter un mal qui, suivant lui, menace de perdre le pays où il prend, chaque jour, des proportions de plus en plus grandes.

Pour répondre, par avance, aux objections qui se présentent tout naturellement à l'esprit, M. Monot rappelle que, malgré la liberté laissée à toutes les industries, on a cependant réglementé le travail des enfants dans les manufactures, et il réclame, pour l'enfant à la mamelle, les mêmes bénéfices, la même sollicitude que pour le jeune ouvrier.

Sans vouloir prétendre que notre confrère ait formulé quelque chose de parfait, relativement à cette réglementation, je dois à la vérité de dire que ce qu'il propose me paraît applicable sur presque tous les points, et votre rapporteur pense que M. Monot a fait là une œuvre de cœur et d'intelligence, en traitant comme il l'a fait la question qu'il a soumise à l'autorité administrative.

En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser à M. Monot des remercîments pour son intéressant et utile travail ;

2° De répondre à M. le ministre de l'instruction publique que le mémoire de notre confrère est un travail très-consciencieux, et qui mérite d'être pris par Son Excellence en très-sérieuse considération.

(Nous publierons dans un prochain numéro le projet de réglementation de M. Monot.)

CORRESPONDANCE.

Nous recevons et nous nous hâtons de publier la lettre suivante : *Société générale de médecine du département du Nord, secrétariat général.*

A M. le Directeur de la *Gazette des hôpitaux.*

Monsieur le Directeur,

La Société centrale de médecine du département du Nord a reçu, pour le concours qu'elle avait établi cette année, un manuscrit avec cette épigraphe : « La connaissance des faits sert à établir les axiomes. « Des observations faites avec justesse, conduisent à des conclusions « également justes. » (Zimmerman : *Traité de l'expérience.*)

L'auteur, qui n'a pas suivi les formes académiques ordinaires, nous a prié de nous adresser en son nom à votre estimable journal pour lui faire savoir si son manuscrit nous est parvenu. Son travail ayant mérité une récompense, nous prions l'auteur de se faire connaître.

Veuillez agréer, etc.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

283. De l'érysipèle épidémique, par M. E. Pujos.

284. Des accidents laryngés dans la fièvre typhoïde, par M. A. Maurin.

Année 1866.

1. Du sarcocèle tuberculeux, par M. Théodore Hunin.

2. Luxation complète du tibia en avant, avec ou sans rupture des téguments, par M. Nicolas Thomassin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Internat. — MM. Bazin et Richet n'ayant pu faire partie du jury, la liste des juges du concours a été ainsi modifiée : MM Sée, Moissenet, Vulpian, Dolbeau, Giraldès, juges titulaires ; MM. Blachez et Guérin, suppléants.

Externat. — M. Desnos a été remplacé par M. Simon comme juge titulaire, et M. Simon par M. Raymond, comme juge suppléant.

— L'ouverture des cours publics à l'ampbithéâtre des hôpitaux, rue du Fer-à-Moulin, 17, aura lieu le lundi 5 novembre à deux heures.

M. le docteur Anger, premier prosecteur, traitera de l'anatomie descriptive et de l'anatomie des régions, les lundi et jeudi de chaque semaine à deux heures.

M. le docteur Cocteau, deuxième prosecteur, traitera de l'anatomie générale et de l'histologie les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Ces cours seront faits sous la direction de M. le professeur Serres, membre de l'Institut, directeur de l'établissement.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le vendredi 19 octobre à trois heures et demie, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour.—Communications de MM. Duchenne (de Boulogne) et Perrin. Discussion sur l'éclampsie et son traitement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Eohepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — 1866, Adrien Delahaye.

Études sur le vin, ses maladies, causes qui les provoquent, procédés nouveaux pour le conserver et pour le vieillir, par M. L. Pasteur, membre de l'Institut. Études couronnées par le comité central agricole de Sologne. Un vol. grand in-8° avec figures coloriées. Prix : 15 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 123. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 20 OCTOBRE 1866. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Choléra.

Dans le numéro de mardi dernier, nous avons donné un aperçu du rapport de M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux, sur les maladies qui ont régné dans les hôpitaux de Paris, pendant les mois d'août et de septembre. Nous avons dit, qu'en raison de l'importance de ce document, importance qu'il emprunte particulièrement à la prédominance marquée de l'affection cholérique sur toutes les autres maladies pendant le cours de ces derniers mois, nous publierions ce document *in extenso*. Bien qu'il n'eût pas été sans intérêt, peut-être, de rapprocher de l'épidémie régnante les maladies communes ou intercurrentes qui ont pu en recevoir quelque influence ou avoir avec elle quelques liens ou quelques rapports étiologiques communs, nous négligerons pour le moment, sauf à y revenir plus tard, tout ce qui a trait aux maladies communes dans le rapport de M. Besnier, pour ne nous occuper uniquement que du choléra.

L'épidémie cholérique de 1866, dit M. Besnier, se distingue assez nettement, par sa marche, de quelques-unes de celles qui l'ont précédée en France, et notamment des épidémies de 1849 et de 1853-54, dont l'évolution a été infiniment moins rapide; elle se rapproche, au contraire, sous ce point de vue, de l'épidémie de 1832, qui avait atteint son point culminant en moins de quinze jours. On croit, en outre, avoir généralement remarqué que les attaques étaient plus soudaines, les cas foudroyants plus nombreux, et, par conséquent, que la durée moyenne de la maladie était moins longue et les résultats plus funestes. Une particularité qui semble bien réellement spéciale à l'épidémie de 1866, et qui la distinguerait non-seulement des autres épidémies de choléra, mais de toutes les épidémies en général, c'est qu'on ne voit pas partout la gravité des cas diminuer dans la même proportion que le nombre des atteintes, et que, dans ces derniers jours même, où le nombre des entrées dans les hôpitaux est considérablement réduit, on rencontre encore des cas aussi réfractaires à la thérapeutique et aussi rapidement funestes qu'au paroxysme de l'épidémie. Bien plus, on a pu voir la mortalité augmenter alors que le nombre des cas diminuait : ainsi, d'après un tableau statistique de M. Horteloup, pour 166 cholériques traités à l'Hôtel-Dieu, du 13 juillet au 7 août, c'est-à-dire en vingt-cinq jours, la mortalité générale avait été de 54 à 55 pour 100, tandis que, pour 126 cholériques traités du 8 août au 7 septembre, c'est-à-dire en trente jours, la mortalité s'est élevée à 58 ou 59 pour 100.

Diarrhée prémonitoire. — La diarrhée prémonitoire ou prodromique a été beaucoup moins constante que persistent à le penser quelques médecins. Voici quelques chiffres qui suffiront pour mettre le fait hors de contestation : dans une première série de cas observés du 13 juillet au 7 août, M. Horteloup ne rencontre la diarrhée prémonitoire que 45 fois sur 100; dans une deuxième série, allant du 8 août au 7 septembre, l'épidémie approche de sa période de déclin, l'invasion de la maladie est plus lente, et cependant la diarrhée prémonitoire manque encore 34 fois sur 100. — Sur 34 malades algides graves traités dans le service de M. Mesnet, à Saint-Antoine, 22 fois les accidents cholériques se sont déclarés au milieu de la plus parfaite santé. A Saint-Louis, pendant le mois d'août, l'interne de M. Hardy, M. Odier, constate dans son service 4 cas intérieurs; or, chez ces 4 malades, le début est tellement brusque que chacun d'eux peut en préciser l'heure. A Lariboisière, sur 50 cas, M. Oulmont signale la diarrhée initiale comme ayant manqué 18 fois. Enfin, à Necker, M. Potain, examinant 25 malades à ce point de vue avec une scrupuleuse exactitude, note que 12 d'entre eux, c'est-à-dire la moitié, n'ont pas présenté de prodromes, et il spécifie que, 2 fois, le choléra a débuté par des crampes, les vomissements et la diarrhée n'ayant eu lieu qu'une heure à une heure et demie plus tard.

On a été porté à penser que cette rareté de la diarrhée prémonitoire est propre à l'épidémie actuelle. Cette opinion, qui tend généralement à s'établir, ne nous paraît pas devoir être adoptée sans réserve. En effet, si l'on se reporte au rapport de M. Blondel sur l'épidémie de 1853-54, on trouve la diarrhée prémonitoire indiquée par l'auteur comme ayant existé dans l'immense majorité des cas, et en chiffres, 4,359 fois sur 4,740 malades. Au premier abord, ces chiffres paraissent tout à fait concluants; mais, lorsque voulant rechercher leur signification précise, on entre dans le détail, voici ce que l'on trouve : sur ces 4,359 malades, 2,491 « avaient ressenti de la diarrhée un jour seulement avant l'hôpital. » Or, l'entrée à l'hôpital et le début de la maladie sont deux choses qu'on ne saurait confondre, et la seule conclusion logique à tirer de ces chiffres est que, dans plus de la moitié des cas, la diarrhée avait devancé de si peu de temps les accidents graves, qu'il serait abusif de voir un phénomène prémonitoire proprement dit là où il ne s'agit évidemment que de la première manifestation flagrante de l'intoxication cholérique. Il reste donc 1,868 malades seulement sur 4,940 ayant eu une diarrhée réellement prémonitoire, c'est-à-dire existant depuis un à deux jours et plus avant le début des accidents graves.

Il eût été désirable, pour compléter ce qui a trait à cette question, de pouvoir préciser dans quelle mesure le traitement de cette diarrhée prodromique (qu'il ne faut pas confondre avec les diarrhées en général qui accompagnent toutes les épidémies cholériques) est réellement efficace, et de rechercher si la confiance générale dans le pouvoir de la thérapeutique à cet égard n'est pas entachée d'une certaine exagération. Mais c'est là un sujet délicat sur lequel nous manquons de documents absolument précis, et que nous nous bornons à indiquer en passant. Qu'il nous soit permis seulement de faire remarquer que le traitement de cette diarrhée prodromique, certainement institué avec sollicitude par tous les chefs de service des hôpitaux, n'a pas empêché, dans plusieurs établissements, les cas intérieurs de se produire dans une énorme proportion et de fournir une effrayante mortalité.

D'un autre côté, un nombre assez considérable de malades ont eu des diarrhées quelquefois intenses et prolongées sans être pris de choléra. « Je n'ai pas remarqué, dit M. Moissenet, que la diarrhée opiniâtre des phthisiques fût un appel au choléra. Nous avons vu ce symptôme persister pendant toute la durée de l'épidémie chez des malades qui sont encore dans les salles et qui n'ont pas eu d'atteinte cholérique. » — « Il est à noter, écrit de son côté M. Woillez, que les 83 malades non cholériques présents au 1er août ou admis dans le mois à l'hôpital Cochin ont joui d'une immunité absolue, et cela malgré la débilitation profonde de plusieurs d'entre eux affectés de diarrhée continue. »

En résumé, nous nous croyons autorisé à dire que l'épidémie de 1866 démontre que la diarrhée prémonitoire n'est pas absolument aussi constante qu'on le pensait généralement; il semble que la rareté de ce symptôme soit un peu plus grande que par le passé, mais cela n'est pas parfaitement démontré. D'un autre côté, si les malades atteints de diarrhée liée à divers états morbides, tels que la phthisie, par exemple, sont manifestement des sujets prédisposés aux atteintes cholériques, les exceptions sont assez multipliées. Enfin, si les faits abondent pour démontrer le succès presque constant de la thérapeutique dans les cas de diarrhée si nombreux qui accompagnent une épidémie cholérique, il reste encore quelque obscurité sur le degré de fréquence de ces succès dans le cas où la diarrhée que l'on observe est véritablement prodromique, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est que la première manifestation d'une intoxication cholérique qui doit la suivre à très-courte échéance. Il faudrait donc, dans les relevés qui seront faits ultérieurement, si l'avenir nous réserve d'autres épidémies du même genre, rechercher non-seulement dans les antécédents l'existence de la diarrhée, mais encore préciser numériquement les cas dans lesquels la diarrhée a été traitée et ceux dans lesquels elle a été abandonnée à elle-même.

Caractères symptomatiques. — Nous avons déjà indiqué précédemment quelques-uns des traits principaux de l'épidémie de 1866, et nous continuons cette indication en transcrivant d'abord les lignes suivantes écrites par M. Oulmont : « Les caractères qui nous ont paru les plus saillants dans l'épidémie actuelle, sont : 1° L'état saburral des premières voies. Presque tous les malades présentaient au début les signes d'un embarras gastrique souvent très-tenace; il a quelquefois été nécessaire de recourir aux vomitifs deux ou trois fois pour en triompher. — 2° L'extrême difficulté de réchauffer les malades pendant la période algide. On obtenait assez rapidement une élévation de température de la peau, avec production de sueur. Dès qu'on cessait le moyen employé, l'algidité reparaissait, et ce n'a été qu'à force d'attention que l'on a pu produire la réaction et la maintenir. — 3° Les crampes ont paru moins violentes et moins prononcées que dans l'épidémie de 1865. — 4° La réaction, quand elle a dû aboutir à la guérison, a toujours été franche, rapide et de courte durée. Le plus souvent elle a été lente, insidieuse, à forme adynamique, avec un assoupissement dont on ne pouvait réveiller les malades, et un coma final. Le plus grand nombre des malades qui présentèrent cette forme de réaction succombèrent. »

« La diarrhée cholérique, dit M. Horteloup, a été abondante dans les deux tiers des cas; et j'ai remarqué qu'elle se supprimait souvent et complétement dans l'état algide lorsque les symptômes asphyxiques étaient nettement accusés, qu'elle persistait quelquefois dans la période de réaction, et que sa persistance coïncidait avec une intensité moindre dans les symptômes cérébraux qui pouvaient survenir. »

M. Odier a observé à Saint-Louis, dans le service de M. Hardy, pendant le mois de septembre, 2 cas mortels avec suppression complète des selles et des vomissements pendant la période algide.

« Dans quelques-uns des cas observés par M. Horteloup, les vomissements ont manqué; mais il y avait eu efforts pour vomir et nausées. Presque toujours vomissements abondants qui, quelquefois, ont persisté jusqu'à la mort, survenue dans la période de réaction. Les crampes n'ont existé que dans les deux tiers des cas : très-douloureuses au début de l'algidité, elles cessaient, en général, dès que l'asphyxie commençait.

« Au début de l'épidémie, la plupart des malades étaient emportés dans la période de réaction algide, après avoir présenté les symptômes d'une asphyxie plus ou moins rapide; depuis, nous avons vu un certain nombre de malades qui, ayant les extrémités encore froides et cyanosées, le pouls petit et fréquent, étaient pris d'un peu d'agitation, de délire, et mouraient assez rapidement dans le coma, sans qu'il y ait eu retour de la chaleur et élévation du pouls. Toutes les fois que nous avons observé cette sorte de réaction partielle qui semblait se faire vers le cerveau, les malades sont morts, quoi qu'on ait fait. Quand la réaction s'est faite d'une manière franche et régulière, la plupart des malades ont guéri; ceux qui ont succombé en réaction sont morts à la suite d'accidents cérébraux d'une intensité et d'une durée variables. Chez 3 malades un délire furieux fut suivi de la mort en quelques heures; chez 2 autres, après un délire modéré et une courte agitation, nous avons vu survenir une hémiplégie complète du côté droit : tous deux sont morts dans le coma. Chez un malade en réaction depuis quelques jours, nous avons observé comme complication deux otites internes suppurées, chez 5 autres, des éruptions sans caractères bien déterminés; l'une d'elles était un érythème papuleux, ressemblant beaucoup à la rougeole; il s'est accompagné de fièvre et a été suivi d'une desquammation qui, à la face et aux membres, rappelait celle de la scarlatine. Tous ces malades ont guéri ou sont en voie de guérison. »

(Nous continuerons l'exposé de ce rapport dans la prochaine Revue).

Traitement et suites du choléra.

Il nous arrive deux sortes de renseignements en sens contraire au sujet de l'ipécacuanha et de son action contre la cholérine ou le choléra commençant.

D'une part, on nous affirme qu'à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Grisolle, suppléé par M. Fournier, l'administration de l'ipéca, chez un jeune homme qui semblait atteint seulement d'embarras gastrique, a été suivie de l'apparition de symptômes cholériques graves; ce qui serait en opposition avec les conclusions d'autres médecins, reproduites dans le rapport de M. Besnier.

D'autre part, M. Isambert nous adresse la lettre suivante :

J'ai lu, avec quelque étonnement dans la *Gazette des hôpitaux* de ce matin, cette phrase, relative à l'emploi de l'ipéca dans le choléra : « Un seul médecin, M. Isambert, n'en a pas tiré le moindre avantage : l'ayant employé à doses fractionnées en l'associant au calomel, comme on le fait dans la dyssenterie. » Ainsi ponctuée, cette phrase me mettrait en opposition avec tout ce qu'ont observé mes confrères, tandis que l'insuccès ne se rapporte en réalité qu'au mode particulier de l'emploi à dose fractionnée avec le calomel. Mon observation est au contraire très-favorable à l'ipécacuanha, car, dans la note remise par moi à M. Besnier, sur les résultats obtenus dans le service des cholériques de la Charité pendant le mois de septembre, je m'exprimais ainsi : « Toutes les fois que l'ipéca nous a paru indiqué par l'état de la langue, cette médication a eu un effet favorable, notamment dans 5 cas terminés par la guérison. »

J'ajouterai que l'effet constant de la potion vomitive (30 grammes de sirop, 2 grammes de poudre d'ipéca), a été de diminuer les vomissements, de modérer l'anxiété épigastrique, et souvent de ramener la coloration des selles, en provoquant un flux de bile. C'est même pour obtenir ce résultat que je regardais comme utile, que j'ai pensé à l'administrer à doses fractionnées uni au calomel, comme dans la dyssenterie. (1 gramme d'ipéca et 10 centigrammes de calomel, en dix paquets, d'heure en heure.) Mais cet essai n'a pas réussi; les selles bilieuses n'ont pas reparu, et les malades ont semblé fatigué par l'état nauséeux dans lequel ils étaient ainsi maintenus ; « aussi, ajoutais-je, la potion vomitive me semble bien préférable, elle fatigue moins le malade et s'administre plus facilement. »

Vous voyez, mon cher confrère, que loin d'être un adversaire de l'ipéca, j'en suis un partisan décidé. Comme mon observation n'avait rien de nouveau, M. Besnier n'avait pas besoin de citer mon nom dans son rapport; il s'est borné à prendre mon expérience de l'administration à doses fractionnées, et cette phrase isolée a causé une erreur fort naturelle, sans doute, mais que je tenais à rectifier.

A cette occasion, j'appelle votre attention sur certains faits qui se sont présentés dans mon service, et qui n'ont pu, faute de temps, être mentionnés dans le rapport.

Parmi les phénomènes de la période de réaction, j'ai observé quelques symptômes qu'on pourrait considérer comme critiques : d'abord deux cas de parotidite chez des femmes, l'une terminée par résolution, l'autre par suppuration; la seconde malade est encore en traitement, les phénomènes cholériques ont disparu depuis longtemps, l'abcès parotidien a été ouvert et se déterge, il est survenu une kératite ulcéreuse et un iritis.

Deux autres sujets, hommes, nous ont offert, à la période de réaction, des éruptions érythémateuses qui se rapprochent beaucoup par leur aspect des éruptions de rougeole boutonneuse. Toutefois, l'une de ces éruptions a singulièrement changé d'aspect. Le premier jour, c'était une éruption rubéolique-type; le lendemain, tout le thorax et une partie du dos étaient pourpres et finement pointillés comme la scarlatine, pendant que sur les flancs on observait de larges taches bleuâtres, semblables aux ecchymoses du purpura, et sur les membres, des taches rouge vif, serpigineuses, rappelant plutôt les roséoles et les dermatoses spécifiques. (L'année dernière, M. Pelletan m'avait fait voir dans son service, un certain nombre de cas semblables). Il y a eu, dans ces deux cas, desquamation assez marquée de la peau, et, ce qui est assez curieux, desquammation complète de la langue, avec aspect lisse et luisant, comme dans la scarlatine. Du reste, la langue scarlatineuse s'est montrée chez plusieurs cholériques qui n'avaient pas eu d'éruption.

Un autre cas de kératite ulcéreuse double s'est montré chez un jeune phthisique. L'affection tuberculeuse a paru singulièrement aggravée à la suite du choléra, et le malade vient de succomber.

Comme on le voit, M. Isambert s'est mieux trouvé de l'ipécacuanha que nous ne l'avions d'abord compris.

Quant à ce qui touche les selles bilieuses, nous ferons remarquer, en passant, qu'un assez grand nombre de cholériques, particulièrement en Égypte, ont eu les selles bilieuses jusqu'à la fin, et sont morts sans avoir jamais présenté les déjections riziformes caractéristiques.

Une autre particularité que signale la lettre de M. Isambert, et que confirment les renseignements que nous avons pris d'autres parts, c'est que des éruptions diverses se sont produites soit à la suite du choléra, soit pendant le choléra lui-même : plus rarement sans doute en France qu'en Égypte; mais cependant encore assez souvent pour n'être pas passées sous silence.

On n'a pas oublié qu'en 1832, dans le centre de la France, la suette et le choléra exerçaient ensemble leurs ravages.

Notons encore que, dans ces derniers temps, plusieurs malades convalescents du choléra ont eu des selles dyssentériques.

Variole et revaccinations.

Nous terminons aujourd'hui les considérations sur les revaccinations qui suivent la relation de deux épidémies de variole observées par M. le docteur Bucquoy, aide-major au 1er cuirassiers. (Voir la Revue de samedi dernier, 13 octobre.) On se rappelle que nous en étions restés à la manière de procéder que recommande particulièrement M. Bucquoy, pour assurer le succès de la revaccination. Notre honorable correspondant fait suivre ces préceptes des observations suivantes :

1° M. le docteur Assolant dit avoir vu deux fois, une pustule vaccinale des plus belles se former sur un doigt, à la suite d'une piqûre accidentelle chez des sujets variolés.

Le premier cas est celui de M. le docteur Wolmier, cet éminent praticien tant regretté à Senlis. Notre confrère était très-fortement variolé dès l'âge de treize ans, et avait soixante-seize ans quand ce fait arriva.

Le second cas est celui d'un ecclésiastique, qui se piqua au pouce en vaccinant : il était âgé de soixante-douze ans, et variolé depuis son enfance.

Ces deux faits, et celui d'un variolé de nouveau atteint pendant l'épidémie, prouvent qu'une variole antérieure ne met pas plus à l'abri de la maladie qu'une vaccination, au bout d'un certain temps toutefois.

2° Plusieurs personnes, revaccinées avec succès quelques années auparavant, ont donné des échecs à toutes les tentatives d'inoculation, notamment dans la clientèle de M. Chalan.

3° Un malade de M. Decaisne a présenté le fait suivant : Éruption varioloïde très-discrète, deux jours après l'inoculation du virus-vaccin. Cet homme se trouvait depuis quinze jours en contact avec des varioleux. Les boutons vaccinaux prirent leur développement le quatrième jour de l'opération, et continuèrent leur évolution ordinaire sans entraver la marche de la varioloïde.

4° M. Assolant cite un jeune homme qui, le lendemain de l'inoculation de la vaccine, eut une éruption variolique très-légère. Les deux éruptions marchèrent de front sans s'entraver. Cet homme soignait sa mère, atteinte de variole. Dans ces deux cas, comme dans celui cité à propos de l'épidémie de Biskara, il y eut existence des deux virus sur le même sujet.

Dans le cas de Biskara, la variole était déjà sortie le jour de la vaccination; dans le second, elle fit son invasion le lendemain, et dans le troisième, deux jours après. Je crois donc qu'ici, l'on ne saurait admettre que l'inoculation du vaccin ait donné une éruption vaccinale qui, certes, n'eût pas eu lieu quarante-huit heures après l'inoculation.

Virus animal. — Nous avons tenté la revaccination avec du virus pris aux pis des vaches, mais sans succès ou à peu près.

M. Assolant avait, en 1860, inoculé du virus pris sur des pustules de fort belle apparence, existant au pis d'une vache. Il n'eut aucun succès sur un grand nombre d'opérations.

M. Palle eut le même insuccès avec du cowpox pris à Senlis, en 1865.

M. Decaisne expérimenta également du cowpox recueilli à Senlis, en 1865, et quoiqu'il inoculât de pis à bras, il n'eut aucun succès.

Il envoya de ce virus à un confrère, qui eut un succès. Pour éviter toute objection, nous certifions, d'après le dire de notre confrère, que la lancette employée était neuve, et les plaques vierges de tout virus étranger.

M. Challan trouva également, en décembre 1865, du cowpox de très-bel aspect, qu'il recueillit dans les meilleures conditions.

Sur 11 inoculations à des enfants non encore vaccinés, il eut 10 insuccès complets, et la onzième fois, il n'obtint qu'un grain de vaccin sur 8 piqûres.

Deux de nos sources de cowpox ne peuvent donc pas être rejetées comme de mauvaise qualité, car chacune a fourni 1 succès.

Dans la *Gazette des hôpitaux* (27 février 1866), nous trouvons, dans un article de M. le docteur Brochin, que sur 1,733 revaccinations faites avec du virus animal, il y eut 496 succès, soit 28,62 pour 100.

A Senlis, dans nos revaccinations, sur 609 opérations, nous avons 42,2 pour 100 de succès.

Je ne vois donc pas, d'après ces chiffres, qu'il y ait lieu de préférer le virus animal au virus de bras à bras.

La nouvelle méthode, préconisée en 1865, offre, dit-on, des avantages réels qui doivent la faire préférer à la méthode de bras à bras, c'est d'empêcher l'inoculation de virus étrangers et de régénérer le vaccin. Cette question n'étant pas encore bien vidée jusqu'à ce jour, je crois que la méthode de bras à bras, en choisissant bien ses sujets, offre au moins autant de chance de succès que le virus animal, et a, de plus, l'avantage d'être de beaucoup plus praticable, surtout dans l'armée.

DU BUBON SYPHILITIQUE (1),

Par M. le Dr Fournier, médecin des hôpitaux de Paris.

Marche, durée, terminaison. — I. Ce bubon s'accroît assez vite. En huit, dix ou quinze jours, il a généralement acquis son développement complet. Il reste ensuite stationnaire et persiste sans modification notable pendant un temps toujours assez long, plusieurs semaines, parfois même deux ou trois mois. De telle sorte que, règle presque générale, il survit au chancre et coexiste avec les premières poussées des manifestations secondaires. Puis il diminue, mais lentement, si bien qu'il n'est pas rare de le rencontrer encore, à des degrés atténués, dans le quatrième, le cinquième, le sixième mois de la maladie, et même bien au delà. Ricord dit en avoir retrouvé « des vestiges non équivoques à plusieurs années d'intervalle du début de l'infection. »

Il est des cas, toutefois, où l'adénopathie diminue et disparaît assez rapidement; ce sont là, je ne dirai pas des exceptions, mais des faits assez rares.

La persistance habituelle du bubon à la suite du chancre offre un grand intérêt séméiologique. Le chancre, en effet, est parfois éphémère et superficiel ; il peut disparaître en quelques jours sans laisser de traces; il peut être ignoré, méconnu, dissimulé. Le bubon, au contraire, subsiste avec des caractères facilement saisissables. C'est un signe *posthume*, en quelque sorte, par rapport à l'accident initial de l'infection; c'est un indice qui lui survit, qui l'accuse quand il n'est plus, qui en décèle à la fois et la nature et le siége. « Ne négligez jamais, nous disait Ricord dans ses cliniques, d'*interroger les ganglions*, lorsqu'un malade affecté d'accidents constitutionnels se présente à vous en niant toute espèce d'antécédent suspect. L'adénopathie spécifique est pour le chancre infectant l'effet qui suit la cause. Eh bien, remontez à la cause par l'effet... De la sorte, vous serez mis sur la voie des chancres à siége insolite, de ceux dont le malade aura méconnu l'existence ou la nature, comme de ceux qu'il voudrait vous cacher. C'est ainsi qu'une adénopathie épitrochléenne ou axillaire vous indiquera un chancre siégeant sur le membre supérieur et le plus généralement un chancre digital ; que le bubon sous-maxillaire vous révélera un chancre de la bouche ; que l'engorgement des ganglions extrêmes des pléïades inguinales vous fera suspecter un chancre de l'anus ; et de même pour tant d'autres accidents à siége plus ou moins insolite, plus ou moins immoral, dont les malades cherchent souvent à dissimuler l'existence. »

Ce précepte de Ricord trouve son application fréquente en pratique. Plus d'un cas obscur et extraordinaire ne reçoit son explication naturelle que grâce aux données fournies par les ganglions. Le plus souvent, en effet (je pourrais dire presque toujours), la nature d'un chancre situé en dehors de la région génitale est méconnue par les malades, et lorsque ce chancre a disparu, il ne reste plus que les ganglions pour en attester le passage. J'ai eu l'occasion, par exemple, de voir trois jeunes gens qui, présentant des accidents syphilitiques non douteux, soutenaient de la meilleure foi du monde n'avoir jamais eu de chancres. Ce fut l'état des ganglions épitrochléens et axillaires qui me conduisit, dans ces trois cas, à découvrir que l'infection reconnaissait pour origine des chancres digitaux.

II. Il n'est guère pour le bubon syphilitique qu'un mode presque unique de terminaison, la *résolution* progressive.

Cette résolution se fait en général avec une grande lenteur, comme nous l'avons dit précédemment. Le ganglion diminue de volume; il perd insensiblement sa dureté pathologique, puis rentre dans ses conditions normales.

C'est dire qu'il n'offre aucune tendance à s'abcéder, à suppurer. La suppuration, en effet, est pour le bubon du chancre infectant une terminaison aussi rare que possible et véritablement *exceptionnelle*.

Ainsi, sur le nombre considérable de chancres indurés qui, pendant l'année 1856, furent traités soit dans le service de Ricord soit aux consultations du Midi, *trois* seulement s'accompagnèrent de bubons suppurés. Dans ces trois cas, la suppuration ne se produisit qu'à la suite d'une dégénérescence strumeuse des ganglions.

De même la statistique que j'ai citée précédemment ne fournit que *deux* cas de bubons abcédés pour un total de 265 chancres infectants (Rapport : : 1 : 132).

Aussi, tout en tenant compte de certains faits exceptionnels, peut-on accepter comme vraie et comme applicable à l'énorme majorité des cas cette loi formulée par Ricord :

Le bubon qui suppure n'est pas syphilitique.

Le fait seul de la suppuration d'un bubon à la suite d'un chancre a donc une importance considérable au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. De ce seul indice, il y a tout lieu de conclure : 1° que le chancre n'est pas syphilitique ; — 2° que des accidents constitutionnels ne se développeront pas à la suite ; — 3° qu'un traitement général antisyphilitique ne doit pas être prescrit.

L'absence de manifestations constitutionnelles à la suite du bubon abcédé n'avait pas échappé aux anciens observateurs. C'était un fait connu de longue date, dont on croyait même avoir l'explication. Si la vérole, disait-on, ne se développe pas à la suite de l'*apostème* suppuré de l'aine, c'est que de la sorte la suppuration *débarrasse l'organisme du principe virulent* ; c'est que le virus est expulsé de l'économie par un émonctoire naturel ; c'est que le sang infecté chasse ainsi *sa gourme* au dehors.

Aujourd'hui, au contraire, nous disons avec Ricord : si le bubon suppuré n'est pas suivi d'accidents constitutionnels, c'est que ce bubon n'est pas lui-même une manifestation syphilitique ; c'est qu'il est l'expression d'états pathologiques étrangers à la syphilis.

III. De plus, et ceci n'est pas moins important à établir, dans les cas très-rares où ce bubon s'enflamme et s'abcède, le pus qu'il fournit n'est pas susceptible de reproduire un chancre par *auto-inoculation:* jamais non plus il ne convertit en ulcère chancreux le foyer qui le contient ni les tissus qui l'environnent.

Cela ressort rigoureusement de la clinique et de l'expérimentation. Ainsi, l'on n'observe jamais comme cortége du chancre induré ni l'ulcère chancreux ni le phagédénisme ganglionnaire. De même, le pus de ce bubon inoculé au malade ne reproduit jamais une ulcération chancreuse.

Ricord a même dit que le pus de l'adénopathie syphilitique « est un pus *simple*, phlegmoneux, vulgaire, et sans mélange de virus. » Cela peut être, mais cela n'est pas démontré. Je ne sais, et personne ne sait encore ce que produirait l'inoculation de ce pus à un sujet sain. Il est bien possible que, résultant d'une inflammation simple ou d'une dégénérescence strumeuse de la glande, cette suppuration soit innocente et dépourvue de toute spécificité. Cependant, sécrétée par un organisme infecté, fournie par une glande qui s'est abcédée à l'occasion, sinon par l'effet d'un chancre, elle pourrait à bon droit, ce me semble, être tenue pour suspecte. En tout cas, l'expérience n'a pas été faite, et elle est assez périlleuse pour qu'on ait garde de l'instituer.

(1) Suite. — Voir le numéro du samedi 13 octobre.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des injections sous-cutanées de strychnine dans l'amaurose.

Une jeune fille de vingt-deux ans, bien constituée, régulièrement menstruée, sujette à la migraine, était atteinte depuis quelques mois d'un affaiblissement de la vue; elle avait, en outre, un strabisme périodique divergent à gauche.

Le docteur Spæth consulté examina les yeux de cette jeune fille à l'ophthalmoscope et ne trouva rien. Il porta le diagnostic suivant : paralysie fonctionnelle incomplète de la rétine, sans altération organique appréciable.

Les émissions sanguines locales, les purgatifs, les pédiluves, etc., furent tour à tour employés sans succès. Enfin on tenta des injections hypodermiques de strychnine, et au bout de trois semaines, la vue était complétement revenue.

(*Wurtemb. Corresp. Blatt.*, 1865).

Action de la podophylline sur l'économie.

La podophylline est une substance résineuse, d'une couleur jaune foncé, d'un goût amer, que l'on retire du podophyllum peltatum (Berberidées), qui croît en grande abondance sur les

bords des rivières de l'Amérique du Nord. Les Américains la prescrivent comme purgative et sédative dans la constipation et les affections du foie. Le docteur Pietro-da-Venezia vient de l'expérimenter, et voici les résultats qu'il a obtenus :

1° La podophylline à petites doses a toujours une action purgative ;

2° On l'emploie partout où les drastiques sont indiqués, soit comme purgatif, soit comme dérivatif, ou devant déterminer une légère irritation du canal intestinal ;

3° On peut l'associer à une substance calmante.

Voici quelques formules que l'auteur a réunies, et qui pourront être utiles aux médecins :

1° Podophylline . . . . 2 centigr.
Extrait de belladone. Poudre de racine de belladone, de chacun. . . . . . . 1 —
Faire une pilule (Trousseau et Blondeau).

2° Podophylline. . . . . 20 centigr.
Savon médicinal. . . . . 1 gramme.
Huile essentielle de cannelle. . . . . . 20 gouttes.
Faire 10 pilules ; deux à quatre par jour.
(Van-den Corput, dans l'ictère simple et la constipation).

3° Podophylline. . . . . 10 centigr.
Teinture éthérée de belladone. . . . . 1 gramme.
Huile d'anis. . . . . 40 grammes.
Donnez en quatre fois, à quatre heures d'intervalle.
(Van den Corput, dans la colique hépatique.)

(*Gaz. méd. de Strasbourg*, et *Giornale venete delle scienze medic.*).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine ;

Le *Recueil des actes du comité médical des Bouches-du-Rhône ; Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*.

— M. GIRALDÈS offre en hommage à la Société, de la part de l'auteur, *The science and practice of surgery* et *Diseases of the ovaries*, par M. Spencer Wells.

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Ch. Sarazin, candidat au titre de correspondant, une observation : *Fistule bronchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans. — Opération. — Guérison.* (Commissaires : MM. Larrey, Després, Legouest.)

— M. BROCA présente, au nom de M. le docteur Bouyer, quatre observations, renvoyées à l'examen de MM. Tarnier, Broca, Dolbeau.

DISCUSSION.

Ectromélie.

M. TRÉLAT. J'avais dit, dans notre dernière séance, à propos du rapport de notre collègue M. Tillaux, qu'un certain nombre de faits ne trouvaient pas leur place dans les trois genres d'ectroméliens établis par I. Geoffroy Saint-Hilaire. Une foule de malformations des membres ne correspondent ni à la phocomélie, ni à l'hémimélie, ni à l'ectromélie proprement dite. Elles n'avaient pas été vues par l'illustre auteur que je viens de nommer, et il ne les a pas signalées davantage à propos des vices de conformation par défaut, qu'en traitant des monstres ectroméliens. Du reste, cette grande intelligence sentait bien que sa classification était incomplète en ce point, car après avoir remarqué que les caractères des genres ectroméliques n'ont pas de limites rigoureuses (*Histoire des anomalies*, t. III, page 236), il entrevoyait qu'on pourrait observer par la suite, des sujets tenant à la fois de deux genres, et que ne saurait comprendre la méthode tératologique qu'il exposait. De là, disait-il, une difficulté de classification que l'on pourra résoudre en modifiant la distinction de l'un des groupes déjà établis, ou en constituant un genre de plus.

Cette difficulté est si réelle, que vous avez vu notre embarras dans la dernière séance. Le rapporteur classait la monstruosité qui était mise sous vos yeux parmi les ectroméliens ectromèles, M. Broca avait de la tendance à créer pour elle un des genres nouveaux pressentis par G. Saint-Hilaire, et je la considérais, suivant les errements de Debout, comme appartenant à la phocomélie.

En présence de ces incertitudes, j'ai pris, depuis longtemps, un parti que je ne voudrais imposer à personne, mais qui me semble sage. Je conserve les termes spécifiques ectromélions, ectromélie ; je les applique à tous les cas d'avortement total ou partiel des membres ; mais je ne me sors plus des mots phocomèle ou hémimèle que comme d'adjectifs commodes pour désigner certaines variétés, sans y attacher aucun caractère de genre, et j'indique, par leur nom, les parties qui manquent ou qui sont défectueuses.

Tout en reconnaissant avec M. Tillaux que les cas d'ectromélie bithoracique sont plus fréquents que ceux où l'anomalie ne frappe qu'un seul côté, j'avais dit que ces cas ne sont pas excessivement rares. En effet, Debout a publié, dans son mémoire, huit cas d'hémimélie unithoracique ; Otto (pl. 17 de son atlas), Blandin (*Société anatomique*, t. II, page 188) ; M. Bordet (*Société anatomique*, t. XI, page 82) ; Debout (huitième observation), ont cité des cas de phocomélie unilatérale. Je l'ai moi-même observée sur un homme de vingt-sept ans, nommé Voitrin, qui se présenta à la consultation du bureau central. Il avait un humérus de 10 centimètres plus court que celui du côté opposé.

Enfin, les observations septième et vingt et unième du mémoire de Debout, sont des faits d'ectromélie thoracique complète, mais unilatérale de la même façon que chez le sujet dont nous a entretenus M. Tillaux.

Il est donc établi que l'ectromélie thoracique unilatérale est loin d'être aussi rare que le pensait G. Saint-Hilaire. Mais ce qui est plus que rare, ce qu'on n'a jamais observé jusqu'ici, c'est l'ectromélie complète portant sur un seul membre supérieur avec intégrité parfaite des trois autres membres.

Debout a donné une bonne et simple raison de ce fait : il a vu que l'anomalie est d'autant plus étendue qu'elle est plus profonde ou plus grave ; aussi, rencontre-t-on souvent de faibles anomalies *monoméliques*, tandis que les vices de conformation graves sont presque toujours *polyméliques*. Ce n'est pas parce que la nature observe la loi de symétrie jusque dans la production des monstruosités, comme le disait notre collègue M. Tillaux, car à ce compte, les ectromélies pelviennes devraient être le plus souvent doubles, tandis qu'on les rencontre fréquemment simples, ainsi qu'on peut le voir par les observations de Debout.

Enfin, contre l'opinion de MM. Broca et Houel, j'avais avancé que les malformations analogues à celles que nous avions sous les yeux, n'étaient pas sans exemple. Mon souvenir ne m'avait pas trompé.

Les planches 16 et 17 de l'atlas d'Otto, montrent des sujets ayant les bras bien conformés, l'avant-bras très-court, articulé à angle fixe avec l'humérus, un carpe insuffisant et quatre doigts seulement. De mon côté, j'ai observé et j'ai dessiné la disposition suivante sur un enfant mort-né, recueilli aux Enfants trouvés, par mon ami M. Millard. Le bras et l'avant-bras droits sont normaux, sauf une luxation par malformation de l'article huméro-radial. La main n'a que trois doigts, l'index, le médius et l'annulaire. Du côté gauche l'anomalie est beaucoup plus complète : l'humérus n'a pas de tête ; sa diaphyse n'a guère qu'un centimètre ; le cubitus manque et le radius est constituée par un os allongé qui porte à son côté interne une forte apophyse transversale, donnant insertion à tous les tendons fléchisseurs fortement rétractés. Deux tubercules cartilagineux représentent les deux rangées du carpe. Il y a deux métacarpiens complets et un troisième en partie fibreux ; ils donnent naissance à trois doigts : un annulaire et un médius fléchis et palmés, et un indicateur retourné et tortillé vers la face dorsale de la main.

Sans doute il n'y a pas similitude complète entre ces cas et celui qui nous a valu le rapport de M. Tillaux, mais il existe entre eux de suffisantes analogies pour qu'on puisse les placer dans la même catégorie ou dans le même sous-genre.

COMMUNICATIONS

Sur un œil artificiel destiné à faciliter les études ophthalmoscopiques.

M. M. PERRIN. On sait combien sont longues et décevantes les épreuves de l'initiation en matière d'ophthalmoscopie. C'est à ce point que le plus grand nombre cède au découragement, et que ce procédé d'investigation si précieux, si fécond, reste encore confiné en quelques mains après une existence de plus de douze années.

Le principal obstacle au progrès me paraît résider dans le peu de durée et le peu de régularité des exercices ophthalmoscopiques. On oublie le lendemain ce que l'on a appris la veille ! Le maniement de l'ophthalmoscope mobile est avant tout œuvre de dextérité manuelle. Celle-ci ne s'acquiert vite et sûrement qu'avec des exercices suffisamment prolongés et suffisamment rapprochés. Ces conditions sont à peu près irréalisables si l'on n'a pour sujet que l'œil vivant. Celui-ci, s'il est sain, se fatigue vite, s'éclaire assez difficilement par suite du resserrement de la pupille que provoque la lumière vive du réflecteur. Il est vrai qu'on peut y obvier par l'emploi de l'atropine, mais alors on paralyse l'accommodation, on trouble temporairement la vue et la ressource de la veille édifiée par l'expérience, se gardera bien de se prêter à de nouvelles investigations, qui ne seraient pas d'ailleurs entièrement inoffensives avec un iris rendu immobile. Avec l'œil amaurotique, ces inconvénients n'existent pas ; la facilité de l'observation n'y gagne guère, parce qu'avec la faculté visuelle disparaissent progressivement et la direction et la fixité du regard.

Dans les hôpitaux, on parvient, avec un peu de zèle, à triompher de ces obstacles ; pour le médecin ou l'étudiant, réduit à ses ressources personnelles, c'est à peu près impossible.

C'est pour ce motif, sans doute, que dès le début, on a songé à remplacer l'œil vivant par un œil artificiel. Diverses tentatives ont été faites dans cette direction, tant en France qu'en Allemagne, mais je ne crois pas m'écarter de la vérité en disant qu'aucune d'elles n'a atteint son but.

Pressé par les exigences d'un enseignement destiné à de nombreux élèves, je me suis mis à l'œuvre à mon tour, et j'espère être arrivé, après bien des tâtonnements, à un résultat meilleur et de nature à vulgariser l'emploi de l'ophthalmoscope. J'ajouterai que ce n'est qu'après une expérience fructueuse de deux années que je me décide à soumettre à votre appréciation un petit appareil construit sur mes indications, par M. Nachet, et que j'appellerai *œil ophthalmoscopique*, puisqu'il faut lui donner un nom.

Cet appareil se compose d'une sphère creuse en cuivre dont la cavité est approximativement égale au volume du globe oculaire. Cette sphère supportée par un pied qui peut s'élever ou s'abaisser à volonté, et qui est en outre pourvue d'une articulation à sa partie supérieure, peut être tournée et inclinée dans tous les sens.

Elle se décompose en trois parties :

1° Une partie moyenne qui correspond à la zone équatoriale, s'articule avec la tige ; elle est noircie à l'intérieur et représente plus spécialement la cavité intra-oculaire ;

2° Une partie antérieure qui correspond au segment polaire antérieur, se compose d'une pièce en cuivre munie d'un pas de vis assez long, à l'aide duquel il s'ajuste sur la partie précédente.

Elle renferme l'appareil dioptrique de l'œil représenté ici, pour plus de simplicité et avec une exactitude suffisante, par une seule lentille plan-convexe d'un foyer approprié. Deux petits diaphragmes, l'un de 7 millimètres, et l'autre de 3 millimètres d'ouverture destinés à donner les différents degrés de dilatation pupillaire, s'adaptent, à l'aide d'un pas de vis, immédiatement en avant de la lentille réfringente.

3° Une partie postérieure qui correspond au segment polaire postérieur s'articule avec la partie moyenne à l'aide d'une petite charnière qui permet de l'ouvrir ou de la fermer à la façon d'une tabatière. Elle est constituée par une bague en cuivre dans laquelle est serti un verre concave dépoli au centre duquel est tracée au carmin une croix de Lorraine renversée. Cette dernière pièce peut recevoir dans sa cavité, de petites cupules en cuivre de même rayon de courbure qu'elle, et sur lesquelles peuvent être peintes les images ophthalmoscopiques du fond de l'œil soit normal, soit pathologique.

J'ai fait représenter ici quelques types. Chacun peut les varier à son gré et même recueillir ou faire recueillir les faits intéressants de sa pratique personnelle, en se munissant de cupules préparées et non peintes.

Ces trois parties réunies constituent un globe oculaire complet.

Si la lentille est emmétrope, si la cupule représente l'état physiologique, on a à sa disposition un œil artificiel normal, sur lequel on peut s'exercer au maniement de l'ophthalmoscope absolument comme sur l'œil vivant.

J'ai fait disposer en arrière de l'œil un écran, destiné à renseigner les débutants sur la direction de leur éclairage.

Chaque appareil est pourvu de trois lentilles de valeur réfringente différente, destinées à reproduire les divers états dioptriques de l'œil humain. L'une d'elles a son foyer exactement sur la rétine, quand la virole en cuivre qui la supporte est vissée à fond : elle correspond à l'œil emmétrope. Il suffit de dévisser la virole autant que possible sans la démonter, pour augmenter d'autant la longueur de l'axe antéro-postérieur du globe, et pour obtenir un degré de myopie assez élevé pour être reconnu au réflecteur. Avec la même lentille, on obtient ainsi à volonté un œil emmétrope ou myope. J'ai fait graver sur sa monture, pour la reconnaître, les lettres E et M, qui sont, comme on sait, les signes habituels de la notation de l'emmétropie et de la myopie.

Une seconde lentille, montée de la même façon à son foyer et au delà de la rétine : elle rend l'œil hypermétrope ; la lettre H sert à la reconnaître.

Enfin une troisième, sphéro-cylindrique, rend l'œil astigmate. Elle est désignée par les lettres A s.

Les détails de construction, dans lesquels je viens d'entrer, montrent aisément quels sont les avantages spéciaux de ce petit appareil.

Ils sont de trois ordres :

1° L'œil ophthalmoscopique permet de s'exercer autant qu'on le veut et quand on le veut au maniement de l'ophthalmoscope. Les séances peuvent être plus longues, plus rapprochées et plus régulières.

Il en résulte que, en même temps que l'on se familiarise avec les aspects ophthalmoscopiques du fond de l'œil normal et pathologique, on acquiert très-promptement cette harmonie de mouvement qui maintient en quelque sorte automatiquement sur le même axe les deux éléments de l'ophthalmoscope mobile, le réflecteur d'une part, et la lentille de l'autre. J'ai pu m'assurer bien des fois qu'un jour ou deux d'exercices, même chez des personnes étrangères à la médecine, étaient suffisants pour permettre de voir dans un œil vivant, pourvu que la pupille soit dilatée, le regard fixe et bien dirigé.

Il est à peine utile de dire que les premiers essais seront faits sans diaphragme pré-cristallinien, c'est-à-dire avec une énorme pupille. On continuera ensuite en augmentant progressivement les difficultés de l'éclairage par l'interposition du diaphragme le plus large d'abord, puis le plus étroit. Quand on perçoit nettement les détails du fond de l'œil à travers ce dernier, on peut aborder l'œil vivant.

Dans l'œil artificiel, l'appareil dioptrique n'étant pas achromatique, fournit, quand la pupille est large surtout, des cercles brillants et colorés. Les effets catoptriques sont aussi plus accusés que dans l'œil vivant.

Tous ces effets lumineux gênent l'observateur. J'avoue que je ne m'en suis pas préoccupé, parce que je cherchais plutôt à augmenter les difficultés qu'à les diminuer.

2° Un second avantage non moins intéressant, non moins pratique, et sur lequel j'appelle plus particulièrement l'attention, réside dans la facilité avec laquelle on peut se familiariser avec les modifications apportées dans les explorations ophthalmoscopiques, par les divers états amétropiques de l'œil. L'emploi de l'ophthalmoscope en optométrie a été fort bien étudié. Mais, il faut bien en convenir, il n'est utilisé que par un très-petit nombre. Son rôle a été jusqu'alors plus théorique que pratique, même pour les observateurs exercés. J'en vois la cause dans les difficultés que l'on éprouve à trouver, à point nommé, des yeux myopes, hypermétropes ou astigmates, qui permettent de sanctionner la théorie par l'expérience.

Avec l'œil ophthalmoscopique tout embarras disparaît. On constate très-facilement que dans tout état emmétropique un peu élevé, les détails du fond de l'œil, la pupille, le système vasculaire, rétinien, etc., sont visibles au simple réflecteur ; que leur image est droite si le foyer est anté-rétinien, et renversée s'il est post-rétinien.

Et de même on vérifie les changements de forme que subit la papille dans l'œil astigmate, leur direction suivant deux méridiens perpendiculaires entre eux, selon le mode d'exploration, etc., etc.

Ce sont là des théorèmes qui semblent fort ardus et peu pratiques à tous ceux qui ne sont pas familiarisés avec les lois de la réfraction appliquées à l'optique physiologique. Avec cet appareil, leur constatation, en l'absence même de toute connaissance théorique, est plus facile, plus rapide qu'une simple exploration ophthalmoscopique.

3° Enfin, l'œil ophthalmoscopique est destiné à un troisième but, qui sera plus particulièrement apprécié par l'enseignement. En enlevant la cupule mobile qui représente la rétine, on dispose d'un œil artificiel que l'on peut éclairer par derrière à l'aide d'un procédé approprié. Le fond de l'œil, qui est translucide et sur lequel est tracée une croix renversée, laissera passer les faisceaux lumineux qui, poursuivant leur marche, sortiront par la pupille en suivant les mêmes directions que pendant l'exploration ophthalmoscopique.

Si l'éclairage est suffisant, le milieu suffisamment obscur, on pourra démontrer expérimentalement les conditions de formation, de siége, de grandeur, de direction, etc., de l'image ophthalmoscopique.

Depuis bien longtemps déjà, j'ai commandé à un fabricant, sans pouvoir l'obtenir encore, une sorte de petite lanterne qui rendra cet éclairage simple et facile, je l'espère. Par suite de ce retard involontaire, je ne puis avoir sur cette dernière propriété, que des prévisions théoriques.

M. FOUCHER. Je me suis servi du petit appareil de M. Perrin, pour exercer les élèves au maniement de l'ophthalmoscope. Je n'ai pu vérifier ce que nous a dit notre collègue relativement au diagnostic des divers états amétropiques de l'œil, parce que l'appareil que j'ai à ma disposition ne renferme pas toutes les pièces qui composent celui qu'on vient de nous montrer. Il est certain que cet appareil rendra de grands services aux commençants ; il leur permet de s'exercer à bien diriger les rayons lumineux dans l'œil et à les y maintenir ; il les habitue à placer le miroir et la lentille à une distance convenable, et j'ai remarqué souvent que les élèves, après s'être livrés à ces exercices, arrivaient facilement à voir le fond de l'œil vivant. Je dois dire,

toutefois, que les reflets brillants et colorés que produit la lumière dans cet appareil, gênent considérablement les débutants, et qu'ils ont de la peine à s'en débarrasser. Enfin, il faut être prévenu que, malgré le soin avec lequel ont été peintes les diverses pièces qui représentent les états de la choroïde et de la rétine, il ne faut pas s'attendre à y retrouver complétement les apparences que l'on rencontre sur le vivant.

M. TILLAUX. Je saisis l'occasion de déclarer que j'ai pu me convaincre plusieurs fois, grâce à l'obligeance de M. Perrin, de la merveilleuse facilité de l'étude ophthalmoscopique lorsqu'on s'y est bien préparé à l'aide de son appareil.

M. PERRIN. Les remarques de M. Foucher, à propos des reflets produits dans l'œil artificiel, sont très-exactes. Mais j'avoue que je m'en préoccupe peu. J'ai l'habitude de constater que les élèves arrivent aisément malgré cela à bien observer, et les quelques difficultés qu'ils ont éprouvées leur rendent plus facile l'examen de l'œil humain.

— **M. DOLBEAU** demande que M. Perrin veuille bien donner une démonstration pratique de son appareil devant la Société, ce que notre collègue veut bien faire séance tenante.

Altération des glandes sudoripares de la peau sous l'influence de l'ulcération chancreuse

M. VERNEUIL. (La communication de M. Verneuil sera publiée dans un prochain procès-verbal.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

Double fracture compliquée des fémurs, guérison sans claudication.

M. NOGUÈS, chirurgien-major, présente le sujet atteint de ce double traumatisme, et en remet l'observation (sera publiée).

M. DESPRÉS. M. Velpeau a depuis longtemps indiqué, dans ses leçons cliniques, que les malades ne boitaient pas même avec un raccourcissement de deux ou trois centimètres. S'il était présent, il ajouterait sans doute que le raccourcissement devait être peu à craindre dans ce cas, puisque les deux cuisses étaient fracturées.

M. CHASSAIGNAC. J'ai donné des soins à un malade qui avait les deux cuisses et la colonne vertébrale fracturées; de même que celui-ci, il guérit sans raccourcissement et marcha sans boiter. J'avais attribué cet heureux résultat à deux causes; d'abord à la paraplégie, qui persista longtemps et enleva aux muscles tout pouvoir contractile pendant le traitement qui fut des plus simples. En second lieu à ce que les deux membres avaient été simultanément brisés.

M. LARREY. J'avais eu l'occasion de voir à Toulouse l'intéressant sujet que vient de nous présenter M. Noguès. Je suis d'autant plus heureux d'entendre les explications à l'aide desquelles nos collègues se rendent compte du très-beau résultat obtenu, que j'avais eu l'occasion d'exprimer les mêmes opinions.

PIÈCE ANATOMIQUE.

Arthrites diffuses du poignet et du corps, ayant nécessité l'amputation.

M. LABORIE. Les circonstances qui m'ont conduit à pratiquer cette amputation et la nature des lésions m'ont paru de nature à attirer l'attention de la Société.

Le sujet travaillait de son état de maçon, lorsqu'il fut précipité d'un échafaudage élevé. Il ne dut la vie, paraît-il, qu'à un hasard heureux qui lui permit de s'accrocher à une traverse à laquelle il resta suspendu par une main pendant plusieurs minutes.

Immédiatement, pas de lésions appréciables, si bien qu'il reprit ses travaux et ne se présenta à l'hôpital que quelques jours après.

Le chirurgien qui le vit crut devoir lui faire une cautérisation au fer rouge, et au bout de quelques jours le dirigea sur l'asile.

Je reconnus, dès son arrivée, un état grave de l'articulation et de la région carpienne, partout gonflées et douloureuses. Placé à l'infirmerie, ce malade fut bientôt pris d'accidents généraux graves de nature typhoïde. Malgré l'immobilisation et la position, le cubitus se luxa spontanément et les douleurs devinrent tellement intolérables que je fus, presque malgré moi, conduit à l'amputation que je pratiquai dans l'avant-bras.

Je dus m'en applaudir, car pendant cinq jours, l'état du malade fut amélioré et ses souffrances presque nulles. Il succomba néanmoins, après quelques heures d'un délire tranquille, le sixième jour.

Ce qu'il y a de remarquable sur la pièce, c'est, d'une part l'absence de lésions dépendantes du traumatisme et, d'autre part, l'étendue de l'inflammation qui a envahi le poignet et toutes les articulations du carpe, dont les os mobilisés peuvent jouer les uns sur les autres.

COMMISSION POUR LE PRIX DUVAL.

La Société, appelée à voter au scrutin, désigne pour cette commission : MM. Chassaignac, Perrin, Dolbeau et Tillaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, F. GUYON.

Liste, par ordre de mérite, des élèves admis à l'École du service de santé militaire de Strasbourg.

ÉLÈVES EN MÉDECINE.

1. Bailly (Marie-Théophile-Ulysse); Belime (Jules-Nicolas); Moine (Charles-Hubert); Magne (Paul-Armand-Joseph); Lucotte (Jacques-Hippolyte-Arthur); Duterque (Pierre-Eugène-Charles); Pasquier (Georges-Charles); Delorme (Edmond); Bonnefon (Louis-Bernard-Auguste); Bourdon (René-Charles).

11. Ternisien (Julien-Stanislas-Henri); Roberdeau (Eugène); Petitgand (Théophile-Jules-Marie); Pennarun (Alphonse); Roch (Charles-Albert); Pilet (Marie-René-Albert); Nicomède (Louis-Marie-Olive-Gaston); Guillaumont (Marie-Félix-Bruno); François (Ernest-Alfred-Pierre); Rédier (Jean-Marie).

21. Etienne Duchadenet (Auguste-Charlemagne); Dardignac (Jean-Joseph-André); Burill (Paul-Louis-Alain); Mengin (Marie-Eugène); Nouet (Ange); Gouell (Edmond-Guillaume-Marie-Pierre); Lausiès (Victor-Jean-Marie); Febvre (Jules); Carayon (Joseph-Marie); Salvetat (Louis-Antoine).

31. Mathieu (Charles-Marie-Albert); Blot (Jules-Henri); Boucher (Léon-Jean-Baptiste); Dubois (Henri-Georges-Léonard); Dupuy (Jean-Baptiste-Victor); Forgemol (Léopold-Léonard-Marie); Rigal (Pierre-Mathieu-Victor-Albert); Eude (Ferdinand); Mussat (Albert-Etienne-François); Julié (Jean-Marie-Henri).

41. Sauveroche (Pierre-Edmond); Brisset (Marie-Jules-Léon); Aubry (Paul-Victor); Barthé (Henri-Marcaise); Bienvenüe (André-Louis-Marie); Dupont (Louis-Pierre); Grandmougin (Jean-Constant-Félix-Maurice); Gigon (Pierre-Chéri-Fabien-Théophile); De Ferré (Eugène); Fluteau (Jean-Philippe).

51. Labat (Jeau-Baptiste-Louis-Alexandre); Donion (Jules-Frédéric); Cbarvot (Eugène-Louis); Labrousse (Michel-Philippe); Tronyo (Ernest-Jean-Joseph); Willigens (Cbarles-Albert); Laydecker (Charles-Anselme); Gerboin (Charles-Emile); Antoine (Charles-Victor); Moty (Fernand-Léonard-Alcxis).

61. Quivogne (Gustave-Abel); Digard (Henri-Joseph-Victor); Greuell (Maurice-Camille-Armand); Cazalas (Marie-Bernard-Gabriel); De Juglat Saint-Georges (Claude-Xavier-Adrien); Autellet (Pierre-Maximin-Ernest-Amédée); Barois (Paul-Pierre); Thiébault (Eugène-Florentin-Marie); Metzquer (Pierre-François-Jean-Edmond); Grosjean (Nicolas-Félix).

71. Cluzant (Jean); Sauzède (Paul-Marie-Melchior-Frédéric); Lemoine (Alphonse-Joseph); Gerhardt (Gaston-Victor); Durand (Joseph-Cbarles-Victor); Kablé (Louis); Muller (Frédéric-Auguste); Gross (Charles); Mestrude (Antoine-Marie-Ferdinand); Gamon (Jules-Joseph-Firmin).

81. Vollier (Georges-Albert-François); Lartigue (Louis-Joseph-Henri); Lafitte (Eugène-Antoine); Trifaud (Louis-Alexandre).

ÉLÈVES EN PHARMACIE.

1. Masson (Nicolas-Victor); Renaud (Fernand); Leroy (Charles-François-Ferdinand); Bernard (Victor-Eugène); Passabose (Paul-Auguste); Viennet, dit *Bourdin* (Gustave-Charles-Edouard-Antoine); Décobert (Alphonse-Léon); Bonnarel (Jules-Antoine-Eugène); Janin (Jules-Nicolas); Delahousse (Paul-René).

11. Haas (Victor-Emile); Raby (Louis-Hippolyte); Mather (Louis-Nicolas-Lucien); Clément (François-Victor-Laurent); Fromond (Claude-Hippolyte); Tournier (Alfred); Aumignon (Louis-René).

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

3. Relations de l'épidémie de choléra de 1865 à l'hôpital Saint-Antoine, par M. Come Decori.

4. Sur l'aphasie, par M. Octave-Albert Avonde.

5. De la nature de la fièvre puerpérale et de son traitement, par M. Evariste Pacaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, a été nommé dans la Légion d'honneur, au grade d'officier : M. Julien, médecin principal de la marine, médecin en chef de la division navale cuirassée à bord du Magenta.

— A la séance de rentrée de la Faculté de médecine, M. le professeur Jarjavay prononcera l'éloge de Malgaigne.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur de Cahen, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, médecin en chef de l'hôpital de Rothschild et du chemin de fer du Nord.

— M. le docteur Fort commencera son cours d'anatomie le mercredi 24 octobre 1866, à midi, à l'école pratique, et à quatre heures, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 124. — MARDI 23 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 23 OCTOBRE 1866. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1866.

Sociétés savantes et hôpitaux.

L'Académie des sciences a reçu, dans ces derniers temps, plusieurs communications intéressantes. Comme nous les publions, soit en entier, soit par extraits, nous ne ferons que mentionner en passant une lettre de M. Sédillot, sur la résection du col du fémur, un mémoire de M. Brierre de Boismont, sur la folie raisonnante, une note de M. Dareste, sur la dualité primitive du cœur chez le fœtus, et une lettre de M. Melsens, sur les lunettes à verres dorés, destinées à remplacer les lunettes bleues dans les cas de photophobie.

Aujourd'hui, nous voulons surtout appeler l'attention de nos lecteurs sur une question qui a été abordée à Londres, dans la dernière séance de la *Société pathologique*.

Il s'y est agi du traitement du cancer par l'injection d'acide acétique plus ou moins dilué dans l'intérieur même des tissus malades.

Le docteur Broadbent avait été conduit à préconiser cette méthode par une vue d'abord toute théorique. Ayant remarqué que les cellules cancéreuses, mises sur le champ du microscope, étaient dissoutes par l'acide acétique, il a pensé qu'un résultat semblable pourrait s'obtenir sur le vivant; et qu'une fois les cellules détruites, la tumeur changeant de nature, cesserait d'être envahissante et, devenue inoffensive, pourrait disparaître d'elle-même par un travail de résorption, ou suppurer sans inconvénient.

Cette théorie du docteur Broadbent a paru confirmée, jusqu'à un certain point, par une double pièce pathologique que le docteur Moore a présentée mardi dernier.

Deux glandes voisines, de nature cancéreuse, avaient été enlevées chez un même sujet, autrefois opéré pour un cancer de la lèvre qui s'était reproduit dans les glandes en question.

Une des deux seulement avait été, sur le malade, injectée d'acide acétique. Elle avait dès lors cessé de croître, et était transformée en une pulpe grisâtre où l'on apercevait quelques gouttelettes huileuses. Au microscope, ce fut à peine si l'on trouva quelques cellules fusiformes, au milieu de masses granulaires, de corpuscules de pus et de tissus graisseux; tandis que la glande voisine, qui n'avait pas été injectée, était absolument remplie de cellules caractéristiques.

En montrant cette pièce, M. Moore ajouta qu'il avait déjà traité trois fois, par la méthode de Broadbent, des tumeurs cancéreuses récidivant; et que les trois fois ces tumeurs avaient disparu.

Un autre membre de la Société pathologique, M. Power, ayant essayé les injections d'acide acétique contre une tumeur maligne de la paupière, vit son malade guérir en peu de temps.

Ne nous hâtons pas trop de croire que l'on va guérir le cancer; car les faits cités ne sont pas encore assez nombreux ni assez complétement probants pour forcer notre conviction. Ils le sont assez cependant pour appeler de nouvelles expériences; et comme la méthode est facile, comme nous n'en connaissons pas d'autre, essayons-la.

Avant de terminer, signalons un cas très-curieux et assez rare qu'on peut observer en ce moment.

A l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard n° 26, se trouve couchée une femme âgée de quarante-six ans, atteinte d'une maladie de cœur, et qui depuis douze ans n'est plus réglée. Chaque mois, au moment où devraient venir ses règles, cette femme est prise de vomissements bilieux qui durent quelques jours; puis cessent, pour reparaître le mois suivant. Étant à l'hôpital depuis la fin de septembre, cette femme a pu depuis lors annoncer que les vomissements la prendraient le 12 ou le 13 du mois suivant; ce qui s'est vérifié le 12.

On peut trouver dans les divers recueils des exemples assez nombreux de substitutions fonctionnelles plus ou moins semblables; mais il est rare d'en rencontrer.

Après quarante-trois ans d'une pratique médicale très-étendue, un médecin me disait n'en avoir jamais vu que deux. Une fois chez une femme hystérique, qui a parfaitement guéri et doit vivre encore, les menstrues étaient remplacées par des hémorrhagies pulmonaires; une autre fois les seins étaient le siége d'un écoulement sanguin de même nature.

Nous donnerons plus tard l'observation complète de la malade qui se trouve à l'Hôtel-Dieu. — Dr Victor Revillout.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La paralysie générale, étudiée au point de vue médico-légal.

En abordant aujourd'hui l'examen de toutes les questions médico-légales que soulève la paralysie générale, je ne me dissimule ni l'étendue ni les périls de ma tâche. La découverte de la paralysie générale est une des conquêtes de la science contemporaine; mais autant il s'est trouvé de pathologistes éminents pour perfectionner la description anatomique de cette grave et triste maladie, autant il a paru difficile aux médecins légistes de tracer sur cet émouvant sujet des règles nettes et précises. Quelques observations sont éparses dans les livres ou les recueils périodiques, mais le nouveau chapitre médico-légal est encore à faire. Je viens donc en tenter l'esquisse.

Dans un établissement d'aliénés, le quart de la population masculine est frappé de paralysie générale. Interrogez ces malades, questionnez sur leurs antécédents les médecins ou les surveillants qui les approchent, et vous apprendrez que, à de rares exceptions près, la police, la justice ou l'administration, ont eu à s'occuper soit d'actes délictueux accomplis par eux, soit de promesses extravagantes, d'engagements onéreux, d'achats absurdes, de largesses ridicules, de donations insensées, qui, de la part de ces malheureux, ont été le fait de leur confiant abandon, de leur maladive imprévoyance et de leur étrange facilité à devenir la proie des fripons.

Pendant qu'ils sont soumis à un traitement médical, les paralysés généraux deviennent très-fréquemment l'objet de mesures conservatoires : ils appartiennent donc encore à la médecine légale et à la justice. Qu'ils arrivent enfin au terme ultime de leur affreuse dégradation, et, dans quelques cas, les tribunaux auront à décider si une volonté puissante et ferme a présidé à la confection d'un contrat signé pendant la vie et avant la séquestration en maison de santé, ou si des dispositions testamentaires ne sont point entachées de nullité.

La population féminine de l'établissement fournit, au contraire, un faible contingent à la paralysie générale, et vous en trouverez à peine un cas sur dix ou douze malades. Là, le rôle du médecin-légiste est moins actif, mais il n'en est pas moins important.

Qu'est-ce donc que la paralysie générale? C'est une affection lente, essentiellement chronique, caractérisée par des troubles de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité, et qu'un délire spécial — ambitieux ou triste — aide principalement à reconnaître. On l'a successivement désignée sous les noms de paralysie des aliénés, méningite chronique avec aliénation, périencéphalite chronique diffuse, folie paralytique, paralysie générale progressive, démence paralytique, etc. J'emploie intentionnellement le terme *paralysie générale*, — bien qu'il ne soit pas le meilleur, — parce qu'il est accepté aujourd'hui par la plupart des médecins et par les magistrats.

N'ayant pas l'honneur d'enseigner ici la pathologie, je me contenterai de vous rappeler très-brièvement cette donnée fondamentale : la paralysie générale se rattache anatomiquement à des adhérences des méninges et à une altération inflammatoire chronique de la substance corticale du cerveau. Le fait étant péremptoirement démontré, je me hâte d'arriver à la description de l'état mental du paralysé et aux conséquences affligeantes et si souvent méconnues qui en dérivent.

Au point de vue médico-légal, je divise la paralysie générale en quatre périodes parfaitement distinctes : période prodromique, période initiale, période d'état, période terminale. Ainsi que je le démontrerai dans le cours de ces conférences, le médecin-légiste intervient dans chacune de ces différentes phases : partout où il y a une inconnue à dégager, c'est à ses lumières que l'on fait appel. Son concours, en amenant la solution du problème, rend bien souvent le repos, la fortune et l'honneur à des familles soudainement menacées ou déjà compromises.

Période prodromique. — La paralysie générale apparaît d'ordinaire dans l'âge moyen de la vie, entre trente-huit et cinquante-cinq ans. Plusieurs mois avant son invasion, un an et quelquefois deux ou trois ans, on peut déjà noter des changements dans le caractère, les habitudes et les mœurs de l'individu qui va être frappé et s'apercevoir de quelques modifications dans ses penchants, dans ses goûts, dans ses affections. L'un était bienveillant, bon, d'un commerce facile et d'une

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr (1),

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

On voit maintenant de la manière la plus claire ce qui appartient à Guillotin et ce qui appartient à Louis dans l'invention de la guillotine; Guillotin, en 1789, exprime un vœu, ce vœu passe en principe dans la loi; la décapitation est seule maintenue dans les cas de condamnation à la peine de mort; mais le mode d'exécution est réservé, et c'est seulement en 1792 que l'Assemblée législative fait demander à ce sujet l'avis du secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie; tout était donc encore à faire pour réaliser le vœu de la nouvelle loi, et c'est Louis qui va dire comment et d'après quels principes on parviendra à construire une machine pour opérer la décapitation en un instant et d'une manière immanquable.

Ce n'est donc pas seulement sur la forme du couperet que Louis donne son avis, sauf ce qui avait été essayé en Angleterre, et qui n'était connu que par une ancienne gravure, Louis donne toutes les indications; il ne veut pas qu'on s'en remette pour la décapitation à un agent; il veut, pour la certitude du *procédé*, le mot est de lui, une mécanique invariable; il dit comment on couchera le patient, comment on fera tomber le couteau au moyen d'un déclique, etc.; il n'y a pas, jusqu'au double croissant propre à fixer la tête des condamnés, qui ne soit de son invention, et il pousse l'attention jusqu'à indiquer comment on pourra en dissimuler les attaches, de manière, dit-il, que cela ne fasse pas *sensation;* ce mot est encore de lui.

Ainsi, sauf l'ébauche imaginée en Angleterre, tout appartient à Louis dans cette œuvre fatale, conception et exécution; car nous le verrons tout à l'heure se livrer à des expériences. Comment se fait-il cependant que ce soit le nom d'un autre qui ait été attaché à ce genre de supplice, que ce soit le nom de Guillotine et non celui de Louison ou de Louisette qui ait prévalu, et cela alors que cette sinistre machine n'était encore que dans le vœu de la loi, plus de deux ans avant qu'elle eût été inventée?

Voici les seules explications qu'on puisse donner à ce sujet; nous les emprunterons à l'histoire du temps. C'est en 1789, avons-nous dit, que Guillotin avait proposé à l'Assemblée constituante d'apporter une modification aux lois pénales, en ce qui concerne le dernier supplice : Guillotin n'avait pas trouvé d'opposition dans l'Assemblée, mais il en avait trouvé dans cette fraction du parti royaliste qui avait pour organe le journal connu sous le nom des *Actes des Apôtres :* ce parti ne voyait encore, en 1790, rien de bien sérieux dans la marche de la révolution. Son opposition était railleuse, inconsidérée et provocante; il s'attachait à tourner en ridicule les principaux orateurs de l'Assemblée; Guillotin n'était pas un orateur, c'était un honnête homme, animé d'excellentes intentions; mais imbu des nouvelles idées, il n'en fallut pas davantage pour qu'il devînt l'objet d'attaques et de moqueries continuelles, et on se mit à le chansonner; les rédacteurs des *Actes des Apôtres* supposèrent que, de concert avec Barnave et Chapelier, il avait inventé une machine propre à tuer les gens *tout doucement,* de là les bouts rimés, où il est dit que Guillotin, aidé des gens du métier :

De sa main
Fait soudain
La machine,
Qui simplement nous tuera,
Et que l'on nommera
Guillotine.

Hélas! oui, cette machine, qui n'était pas encore imaginée, devait s'appeler guillotine, et tuer bon nombre de gens : mais qu'auraient répondu ces imprudents rédacteurs à celui qui leur aurait dit : Prenez garde! ne touchez pas à la hache! Un jour viendra, et ce jour n'est pas éloigné, où l'un de vous, celui-là a nom Champcenetz, saura par lui-même si cette machine tue en effet tout doucement; quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, le nom de guillotine demeura acquis à l'œuvre que devait confectionner Louis.

Mais Louis ne devait pas s'en tenir à sa consultation, de la théorie il fallait passer à la pratique : des expériences furent faites à l'hospice de Bicêtre. Il y avait alors à Paris, un mécanicien allemand du nom de Smith; il construisit la machine d'après les indications de Louis

(1) Suite. — Voir les numéro des 6, 13 et 18 octobre.

très-grande sûreté de relation, il devient ombrageux, médisant, querelleur et négligent; l'autre était zélé, actif et ponctuel, il devient distrait, paresseux et inexact; celui-ci était un fonctionnaire dévoué, un époux fidèle, un père prévoyant, il devient apathique, méconnait ses devoirs et cultive l'égoïsme; celui-là était grave, austère, prudent et économe, il devient plus accessible, libre dans ses propos, se confie plus volontiers et calcule moins; un autre enfin était gai, bien portant et ne se préoccupant jamais de sa santé, il devient triste, s'écoute vivre, et analyse avec inquiétude toutes ses sensations physiologiques.

Ces hommes, malgré les nuances psychologiques si tranchées qui les séparent, présentent des phénomènes qui leur sont communs à tous : ils deviennent nerveux, irritables, se passionnent à propos de choses futiles et impatientent leur entourage. Ils vont et viennent dans le monde, s'occupent de leur profession et remplissent toutes les obligations de leur position, mais on croit s'apercevoir cependant qu'ils ont l'esprit un peu moins vif, la mémoire moins heureuse, le travail moins facile et le style plus lourd. Ils oublient un mot dans une phrase, une lettre dans un mot, négligent ou exagèrent la ponctuation, se trompent de date, commettent des erreurs dans les comptes et subissent, à leur insu, une altération dans le corps de leur écriture.

Jusque-là, rien ne frappe sérieusement l'attention. La plus parfaite quiétude règne dans le cœur de tous.

Les prodromes s'accentuent davantage et il devient déjà possible de voir poindre non pas le délire spécial — car le délire appartient à la période initiale de la maladie, — mais les avant-coureurs de ce délire. Ainsi, ces hommes dont j'ai parlé, se montrent gais et quelque peu expansifs; leur situation actuelle peut les satisfaire, mais ils entrevoient l'avenir avec complaisance : « leurs enfants réussiront et seront bien placés plus tard; leurs affaires ne peuvent que prospérer, ils obtiendront de l'avancement, puis la croix; ils vivront dans une grande aisance, etc., etc. » Tout cela est possible, notez-le bien, et si ces plans accusent de l'enthousiasme, ils n'en sont pas moins réalisables. Du reste, dans ces idées de contentement naissant, tout est relatif. Le banquier millionnaire voit les choses à sa façon et d'après ses préoccupations journalières, de même que le médecin, l'avocat ou le négociant. Personne ne sort encore de sa sphère, mais la sphère s'embellit.

En poursuivant nos investigations et en descendant alors dans l'intimité de chacun des sujets, nous voyons que l'un songe à bâtir, l'autre à introduire des perfectionnements quelque part, celui-ci à faire un livre, celui-là à s'essayer dans des spéculations sur les fonds publics. Il y a chez tous un point du cerveau qui est effleuré, il y a chez tous une légère déviation de la normale. Plus confiants, plus communicatifs et plus entreprenants qu'ils ne l'étaient naguère, ils contractent des goûts de luxe, réunissent plus souvent à dîner leurs parents et leurs amis, donnent des soirées ou des bals et y font preuve d'un entrain remarquable. Bien que ces dépenses et ces réceptions soient encore compatibles jusqu'à un certain point avec la position, le milieu et l'état de fortune de l'individu, nous n'en assistons pas moins au début flagrant de l'*imprévoyance maladive*, qui, tout à l'heure, se révélera bien autrement.

L'excitation génésique s'observe dans un certain nombre de cas. Tel individu avait toujours eu les habitudes les plus régulières et les mœurs les plus irréprochables, et le voici maintenant qui sort le soir, parcourt certaines rues, accoste des filles de joie ou fréquente des maisons de prostitution. Déjà l'on avait remarqué chez lui une liberté de langage tout à fait inusitée, déjà l'on avait trouvé dans ses poches des photographies obscènes, mais on l'a suivi et il n'y a plus à douter des désordres de sa conduite. Il y a là matière à tous les événements domestiques, à tous les scandales et à toutes les douleurs que vous pouvez supposer! Certes, tout le monde peut faillir, et je me garderai bien d'innocenter les plus vicieux penchants ou les plus dégradantes passions, mais je ne veux pas que l'on confonde la *perversion* avec la *perversité*. Je prends donc le parti de l'homme qui tombe malade et qui s'égare, de celui qui fait une chute rapide, inattendue, inexplicable, une chute qui jure avec tous les précédents, et j'abandonne évidemment le libertin de profession au mépris de tous les honnêtes gens. Cela ne fait pas question un seul instant.

Mais où devra-t-on s'arrêter, me demanderez-vous, dans la délimitation de la perversion et de la perversité, et à quels points de repère faudra-t-il accorder créance? J'ai prévu l'objection et je réponds : envisagé au point de vue psychologique, l'homme est malade dès qu'il vient à différer de lui-même. Or, la constatation du contraste fait tous les frais du diagnostic différentiel. Lorsqu'un homme n'a donné, pendant vingt ou vingt-cinq ans, que de bons exemples à sa famille et à ses concitoyens, et qu'il s'abandonne tout à coup à des débauches que réprouve tout son passé, je suis frappé du contraste, et je vois là une preuve de modification fâcheuse dans l'état mental.

Ce premier jalon une fois posé, le médecin doit se mettre résolûment à la recherche de tous les éléments capables d'éclairer une situation grosse de périls, s'informer des antécédents héréditaires et se faire très-minutieusement renseigner sur la nature des indispositions qu'a pu éprouver, depuis un certain temps, l'individu chez lequel il soupçonne le début de la paralysie générale. Dans les trois cinquièmes des cas, en effet, il y a eu, au préalable, une ou plusieurs congestions cérébrales, dont le véritable caractère et l'importance pronostique ont été presque toujours méconnus.

L'afflux sanguin s'est-il lentement opéré et a-t-il été unilatéral, les signes en ont été légers, obscurs, parfois insidieux. Une syncope, des vomissements, un peu de lenteur ou d'embarras dans la prononciation, une paralysie éphémère d'un bras ou d'une jambe, auront composé toute la scène pathologique. Quelques heures, un jour ou plusieurs jours se seront écoulés et il n'aura plus été question de rien. Le malade et sa famille ignorent la plupart du temps le nom de ce *malaise*, ils croient à un évanouissement provoqué par telle ou telle cause, à une indigestion ou à une atteinte de rhumatisme, et leur quiétude est d'autant plus à l'abri que l'intelligence a moins souffert. La congestion a-t-elle été brusque, — ce qui est plus rare, — a-t-elle frappé les deux hémisphères, les symptômes ont été francs et ont acquis tout de suite une haute gravité, mais huit jours après la crise tout est oublié, et c'est quelquefois avec peine que l'on obtient des renseignements sur cet événement pathologique si grave et qui, à l'insu de tous, a été la première manifestation d'une maladie presque fatalement incurable.

Les prodromes de la paralysie générale continuent à s'affirmer davantage. Les méprises, les erreurs dans les calculs, les fautes commerciales, les légèretés professionnelles ou les oublis compromettants se reproduisent et se multiplient. Chose étonnante, les hommes qui ont commis toutes ces prétendues *étourderies*, ne cherchent pas à en dissimuler les effets. Sans doute ils n'en apprécient pas exactement toute la portée, mais ils font encore très-facilement litière de leur amour-propre et ils demeurent insensibles aux avertissements et aux reproches. Insouciants et apathiques en face de leurs erreurs, ils les oublient vite et ils les renouvellent de même.

Jusqu'à présent personne n'est encore effrayé, mais on apprend tout à coup certains actes d'indélicatesse ou d'improbité! On s'émeut, on prend connaissance des affaires, on consulte les registres de comptabilité et l'on trouve partout un désarroi complet : la maladresse y coudoie la fraude. On fait une perquisition, et l'on trouve les valeurs soustraites, car rien n'a été dissimulé, et l'imprévoyance maladive est telle, que les objets volés sont restés en évidence et à la disposition du premier venu. On interroge l'auteur de toutes ces fautes, et non-seulement il ne nie rien, mais il ne se rend pas suffisamment compte de la signification morale des faits qui lui sont imputés. Une lourde responsabilité est en jeu : les familles réparent quelquefois les erreurs, comblent les déficits et apaisent les scandales, mais il n'est pas toujours possible d'éviter la police correctionnelle.

Les magistrats croient peu à l'insanité d'esprit en pareil cas. Comment pourraient-ils se rendre compte, en effet, d'actes délirants inopinément accomplis par un individu qui n'a jamais déliré, qui n'a pas cessé un seul instant d'être mêlé au contact des affaires humaines et qui possède toutes les apparences d'une intelligente activité? Où auraient-ils pu étudier d'ailleurs la médecine légale de la paralysie générale? Des condamnations ont donc été prononcées. Le fait est assurément fort regrettable, mais pourquoi, en cette matière, la science n'était-elle pas encore venue au secours de la justice!

Un intérêt majeur s'attache, vous le voyez, à toutes les questions que je soulève en ce moment, puisque le médecin peut se trouver soudainement interrogé, et qu'on lui demandera peut-être son opinion, à propos de désastres inexplicables, de banqueroutes frauduleuses, de mariages inconvenants, de spéculations téméraires, d'associations commerciales discordantes, de prodigalités irréfléchies ou d'escroqueries insolites, et que d'un bon diagnostic médico-légal peuvent dépendre la fortune et l'honneur d'un homme, le repos et l'avenir d'une famille.

Citons sommairement quelques faits à l'appui de toutes les assertions qui précèdent :

Un notaire très-estimé et en exercice depuis dix-sept ans, trempe tout à coup dans des affaires peu honorables. Obligé de vendre son étude, il se fait négociant en vins, dissipe en dix-huit mois une somme de 250,000 francs, ruine les siens, délire et meurt paralysé.

Un caissier devient insouciant, apathique, néglige sa comptabilité, détourne des valeurs, fréquente les lieux de débauche, vole aux étalages des porte-monnaies, et est frappé de congestion cérébrale au sortir d'un théâtre. Le lendemain, il délirait. Il est arrivé aujourd'hui à la période ultime de la paralysie générale. Sa famille a remboursé 27,000 francs.

Un riche fonctionnaire fut arrêté dans une salle de vente, au moment où il mettait dans sa poche deux objets en porcelaine, d'une valeur insignifiante. Il passa en police correctionnelle, fut acquitté, et tomba un peu plus tard en démence paralytique.

Un avocat, huit jours après une première congestion cérébrale, fait en chemin de fer la connaissance d'une fille perdue de mœurs; il la comble de cadeaux, l'épouse et légitime les deux enfants de cette femme. Au bout de deux mois, en proie au délire ambitieux le plus exubérant, il fut séquestré dans l'asile d'aliénés qui, quelques années auparavant, avait abrité la démence paralytique de son père, et il y succomba très-rapidement. Sa famille fut frustrée d'une fortune de 150,000 francs environ.

Chacun a par devers soi des exemples analogues. M. Lasègue, dans le cours si remarquable qu'il a fait à la Faculté, dans ces dernières années, en a cité un certain nombre. M. Sauze, médecin de la prison cellulaire de Marseille, a publié les observations de quatre paralysés qui ont été condamnés pour vols. M. Brierre de Boismont, dans une communication très-originale qu'il fit à l'Institut, il y a six ans, a cité les cas d'individus qui, dans la période prodromique de la paralysie générale, ont commis des abus de confiance, ont fait banqueroute ou ont spéculé à la Bourse, de façon à perdre celui-ci 200,000 francs, et celui-là 600,000 francs! J'ajouterai enfin que des actes attentatoires à la morale ou que des outrages publics à la pudeur ont été parfois punis avec sévérité, que leurs auteurs ont été dirigés sur les maisons de détention, et que c'est là seulement que la paralysie générale a éclaté.

Parmi les prodromes les plus caractéristiques, vous pourrez encore observer le tremblotement passager de la lèvre, l'inégalité des pupilles — signalée avec tant de justesse par M. Baillarger, — l'embarras à peine marqué de la parole, et consistant dans l'hésitation intermittente d'un mot ou d'une lettre, la diminution de l'aplomb dans la station verticale, et parfois l'anesthésie cutanée, l'anaphrodisie, l'expression terne et faiblement étonnée de la face, la tristesse, l'avarice la plus sordide et l'hypochondrie. Mais de tous les éléments d'appréciation, ceux qui frappent tout d'abord la femme, les enfants ou les amis, ce sont l'irritabilité, l'affaiblissement du niveau intellectuel, la lésion de la mémoire, les oscillations de la volonté et la facilité plus grande à se laisser gouverner.

J'ai déjà eu bien souvent l'occasion de parler des questions

---

et avec l'aide du charpentier du domaine; une commission nommée par le département, assistait à ces expériences; Cabanis était au nombre des commissaires; nous lisons dans sa relation, que Louis, ayant fini par donner une direction oblique au tranchant du couperet, le poids seul de ce couperet, sans le secours du mouton de trente livres qui s'y adaptait, tranchait la tête des cadavres avec la vitesse du regard et en coupant les os de la manière la plus nette.

Ces expériences une fois faites, la machine ne devait pas rester inactive, le bourreau en prit possession; la consultation de Louis avait été soumise, le 20 mars 1792, à l'Assemblée nationale; un mois environ après, le 25 avril, on conduisit pour la première fois un condamné à la guillotine; c'était un voleur de grand chemin, nommé Pelletier. Louis a été assez heureux pour qu'aucune exécution politique n'eût eu lieu de son vivant; la première victime sacrifiée sur cet autel lui fut envoyée le 21 août, par le tribunal criminel extraordinaire, institué le 18 du même mois. Le condamné était Dangremont, accusé de s'être trouvé, au 10 août, dans les rangs de ceux qu'on appelait les ennemis du peuple.

L'exécution eut lieu à dix heures du soir, aux flambeaux. Ce spectacle, dit un des historiens de ce tribunal, fut sinistre et menaçant; la foule était immense mais muette; c'était la première fois qu'elle voyait appliquer la guillotine aux délits politiques. A partir de cette nuit, le règne du bourreau était inauguré.

Louis s'était sans doute applaudi d'avoir résolu le problème de mécanique qui lui avait été proposé; les expériences faites à Bicêtre avaient en effet mis hors de doute les conditions demandées, elles avaient prouvé que par son procédé, puisqu'il appelait ainsi ce mode d'exécution, la décollation était immanquable et rapide comme le regard, mais la terreur allait organiser des expériences sur une bien autre échelle et sur le vivant. Louis n'était plus là pour en voir les résultats, mais alors on fut épouvanté précisément de ce qui avait fait la satisfaction de l'artiste, c'est-à-dire de l'effroyable rapidité des coups que portait sa machine et de leur infaillibilité; on alla même plus loin : lors de la réaction thermidorienne, peut-être, pour ajouter à l'horreur qu'inspiraient les exécutions, quelques savants soutinrent que ce supplice donne lieu à d'atroces douleurs; mais, il faut le dire, les raisons avancées pour étayer cette opinion, ne pourraient aujourd'hui soutenir le moindre examen; on va en juger : Sœmmering prétendait que l'âme, se réfugiant alors dans la tête, toutes sortes de douleurs doivent s'y faire ressentir, et de là, disait-il, la contraction des muscles masséters, des crotophytes et des muscles de l'œil; et il faut bien qu'il en soit ainsi, ajoutait-il, puisque l'âme humaine n'a pas moyen d'exprimer alors autrement la douleur au dehors. Le professeur Sue soutenait, de son côté, que les douleurs ne sont pas seulement ressenties dans la tête, qu'elles le sont aussi dans le tronc et dans les membres, puisque là aussi on observe des mouvements plus ou moins prononcés; mais Sue et Sœmmering s'abusaient; ils partaient d'un principe faux; à savoir : que tout mouvement implique la nécessité d'une sensation, que tout muscle qui se meut obéit à une perception. Sœmmering allait même plus loin, il soutenait que l'âme humaine réfugiée dans le cerveau, après la décapitation, non-seulement suscite des mouvements dans les muscles de la face, par suite de la douleur qu'elle éprouve, mais qu'elle peut encore alors percevoir des sensations morales et réfléchies; et pour le prouver, il citait ce qu'on racontait du supplice de Charlotte Corday, et à ce sujet, Sue lui-même partageait son opinion. Charlotte Corday était déjà l'objet d'une légende, et cette légende disait qu'au moment où le bourreau avait frappé au visage la tête de cette jeune fille, une vive rougeur avait coloré ses joues, non pas sous l'influence de la douleur, mais de honte et d'indignation de se sentir ainsi traitée! Mais outre l'impossibilité de distinguer, au milieu des émotions qu'avait dû causer un pareil spectacle, si une tête souillée de sang et déjà défigurée par le passage de la vie à la mort, s'est ou non colorée, cette légende est en opposition avec tout ce qui a été dit par des personnes dignes de foi qui avaient suivi cette intéressante jeune fille depuis la Conciergerie jusqu'à l'échafaud. Pendant tout le trajet, dit Cabanis, elle montra un calme admirable, une sérénité grave, simple et sans affectation; on remarqua seulement, qu'arrivée au pied de l'échafaud elle pâlit légèrement, puis presque aussitôt son beau visage reprit tout son éclat; il faut dire ensuite qu'on n'est pas même d'accord sur le moment où cette rougeur aurait couvert le front de Charlotte Corday; pendant que les uns soutiennent que cette rougeur s'était manifestée après la décollation, d'autres prétendaient qu'elle avait eu lieu au moment où le bourreau lui arracha le mouchoir qui lui couvrait le cou et les épaules.

---

médico-légales relatives aux assurances sur la vie, mais je dois dire que je n'en ai pas encore rencontré une application aussi saisissante qu'ici même. L'individu, en effet, qui présente les prodromes de la paralysie générale est un condamné à mort : toutes les tentatives de spoliation peuvent s'exercer autour de lui, et les jours si misérables qu'il lui reste à vivre, serviront, au besoin, d'appât à de criminelles ou à d'audacieuses spéculations. Rien n'est plus facile : le malade s'ignore lui-même, et les médecins ordinaires des compagnies passent nécessairement à côté du vice rédhibitoire.

Deux hommes d'un certain âge — et les deux frères — se présentent un jour dans le salon d'un médecin aliéniste de Paris. L'aîné pénètre seul d'abord dans le cabinet de notre confrère, et le prie d'examiner avec soin le malade qu'il lui amène. « Il n'a rien, dit-il; il se porte bien, et cependant il n'est plus le même. » Après un long interrogatoire, le frère aîné prend en particulier le médecin aliéniste et le supplie de lui parler à cœur ouvert. « La situation me paraît fort grave, répond l'homme de l'art; votre frère a des signes avant-coureurs de paralysie générale. » Des explications furent ensuite réclamées et données au sujet de cette terrible maladie, et l'on parla même de la possibilité d'une échéance fatale dans l'espace de trois ou quatre ans. Ses visiteurs disparurent, mais une assurance de 100,000 francs fut placée sur la tête du malade, et, trois ans après, le frère aîné recueillait tranquillement le produit de son vol!

Un médecin, bien connu dans la science, avait depuis neuf ans une assurance sur sa vie de 100,000 francs. Il donne tout à coup des signes d'une assez grande excitation cérébrale, va, vient, parle et écrit beaucoup. Il a de ses travaux une opinion exagérée, vante ses succès dans la pratique et exalte ses aptitudes professionnelles. Le hasard lui fait rencontrer le directeur de la compagnie d'assurances, et, après l'avoir longuement entretenu, il lui dit qu'il est assuré pour une somme tout à fait insignifiante, et qu'il est résolu à faire les frais d'une assurance de 500,000 francs. On en réfère à l'administration générale à Paris, qui déclare consentir. Le contrat est préparé, et au moment où il est soumis à la signature du docteur ***, ce dernier parlait avec tant de véhémence que l'agent de la compagnie le crut en état d'ivresse, prétexta l'oubli d'une formalité indispensable et remporta la police d'assurance. Le surlendemain, notre malheureux confrère entrait dans une maison de santé, et six mois après, il mourait paralysé. La compagnie paya les 100,000 francs à la veuve et s'estima très-heureuse de n'avoir pas à lui compter le demi-million qu'avait désiré souscrire son mari, dans un accès de *témérité pathologique*, car il était de très-bonne foi, et étant bien loin alors de prévoir sa fin si prochaine!

Telle est en raccourci la période prodromique de la paralysie générale. Cette phase de la maladie échappe d'ordinaire aux pathologistes, qui, le plus souvent, ne sont pas consultés à son sujet, qui n'en tiennent pas sérieusement compte, et qui oublient de la décrire; mais, au point de vue médico-légal, elle a une importance qui n'aura échappé à personne et que je tenais à mettre en relief. Fertile en catastrophes de tout genre, elle crée de périlleuses situations et elle peut faire injustement sombrer les plus graves intérêts.

Il ne suffira plus maintenant de signaler le contraste entre ce qu'était autrefois l'homme qui commence à se paralyser, et ce qu'il est aujourd'hui : le voici qui va délirer.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. FANO.

De l'opération de la cataracte.

Il est une circonstance dont ne paraissent pas tenir compte tous ceux qui cherchent à perfectionner le manuel opératoire de la kératotomie; c'est que les opérations de cataracte, faites dans les conditions les plus heureuses, tant du côté du malade que du côté du chirurgien, échouent parfois; pendant que ces mêmes opérations, entreprises dans des circonstances aussi désavantageuses que possible, donnent parfois des résultats tout à fait inattendus. D'où vient cette différence? Pour peu qu'on suive avec soin les opérés, on ne tarde pas à se convaincre que les succès et les insuccès dépendent de l'absence ou de la production de l'inflammation consécutive. Si certaines modifications dans le manuel opératoire semblent éloigner les chances de ce processus morbide, elles ne les préviennent pas dans bon nombre de cas. C'est moins l'étendue de la vulnération de l'œil, qu'une prédisposition de ce dernier, qui exposent l'organe à s'enflammer.

L'observation suivante est un exemple d'opération de cataracte faite dans des conditions telles, que les chances de réussite paraissaient nulles, et les résultats en ont été aussi satisfaisants que possible.

Cataracte capsulo-lenticulaire, avec noyau opaque. — Kératotomie supérieure. — Manœuvres laborieuses pour faire sortir le cristallin. — Beau résultat de l'opération.

La dame E..., âgée de soixante-six ans, journalière, se présente à la clinique de M. Fano, le 20 juillet dernier. Elle raconte que la vue a commencé à baisser, il y a dix mois environ, du côté droit d'abord; du côté gauche ensuite.

Actuellement, la patiente ne distingue de l'œil droit que la lumière des ténèbres. De ce côté on aperçoit, derrière la pupille, une opacité blanche bleuâtre avec une teinte blanche grise au centre. L'ombre portée de l'iris est nulle. Le cercle uvéen est assez prononcé. Examinée par l'éclairage latéral à la lampe, la cataracte présente la couleur de la nacre.

De l'œil gauche, la malade distingue les objets usuels. On aperçoit, derrière la pupille, une opacité grise verdâtre. L'ombre portée de l'iris est assez large. Par l'éclairage latéral à la lampe, l'opacité paraît d'un blanc bleuâtre. Avec le miroir ophthalmoscopique seul, on ne voit que quelques taches grisâtres sombres, ressortant sur le fond rosé de l'œil.

Le 2 août, M. Fano opère l'œil droit par kératotomie supérieure. Après la section du lambeau de la cornée et l'incision de la capsule du cristallin, des efforts de pression modérés, mais continus, sur la partie inférieure du bulbe, à travers la paupière, ne parviennent pas à déloger la lentille, qui reste dans une situation immuable derrière la pupille. M. Fano introduit le crochet derrière le cristallin, en suivant le bord supérieur de ce dernier qui est attiré au dehors. Pendant cette manœuvre, la tête de la patiente a été fortement renversée en arrière. Après la sortie du cristallin, il reste, derrière la pupille, des débris de substance corticale que M. Fano enlève en introduisant, à deux reprises, la curette. Les paupières sont rapprochées et maintenues fermées par des bandelettes agglutinatives.

Examen de la cataracte. — Une sorte de membrane opaque entoure tout le cristallin; elle est assez épaisse pour que, étant enlevée, le cristallin se trouve réduit à la moitié environ du volume primitif. Le noyau, de consistance ferme, est opaque.

Le 3 août, l'œil opéré est sec. La patiente n'a pas éprouvé la moindre douleur depuis hier.

Le 6, on enlève l'appareil contentif des paupières.

Le 7, la malade reconnaît les objets usuels. On constate la présence de quelques débris cristalliniens dans l'aire de la pupille.

Le 9, la dame E... distingue les deux côtés d'une pièce d'or de vingt francs.

Le 11, la pupille est nette, sauf vers la partie supérieure où il existe encore un débris de substance corticale.

Le 27 septembre, la patiente épelle les caractères d'imprimerie correspondant au n° 9 de Jæger, à l'aide d'un verre convexe de deux pouces et demi de foyer.

APPLICATION DU PRINCIPE DE LA TRANSPARENCE des métaux,

Note de M. MELSENS, présentée par M. Dumas à l'Académie des sciences (séance du 1er octobre 1866.)

La communication si intéressante, faite par M. Foucault dans la séance du 3 septembre (sur l'affaiblissement des rayons du soleil au foyer des lunettes par le moyen de verres argentés), me porte à signaler à l'attention de l'Académie une application du principe de la transparence de l'or et de l'argent.

Au commencement du mois de juillet dernier, j'ai été blessé à la suite de l'explosion d'un ballon contenant une solution d'iode dans l'acide sulfureux liquéfié; un traitement énergique a fait cesser la vive inflammation des yeux qui en était résultée; au bout de quelques jours, j'étais guéri; mais j'étais sous l'influence d'une photophobie assez prononcée. Je me suis alors servi des lunettes de mécaniciens de trains de chemin de fer, lunettes munies de verres noirs dont j'ai encore affaibli la transparence par la superposition de verres verts.

J'ai fait ensuite usage de conserves munies de verres d'un bleu pâle, en couvrant leurs surfaces par une simple feuille d'or ou d'argent appliquée mécaniquement.

J'ai constaté que la lumière transmise dans ces conditions était d'une douceur tout particulière, surtout lorsqu'elle avait traversé l'or.

Les feuilles d'or du commerce présentent à la transparence deux teintes distinctes : l'or jaune laisse passer la lumière verte; l'or vert du commerce (alliage d'or et d'argent) transmet une lumière bleue d'une nuance qui peut varier avec les quantités relatives des métaux qui constituent l'alliage.

Je pense que l'usage de lunettes dorées ou argentées pourra rendre service dans les cas de photophobie; l'industrie saura réaliser facilement la fabrication de verres dorés et argentés ou recouverts d'un alliage de ces métaux.

Je n'ai fait qu'un emploi très-restreint de ces lunettes, et cependant, en lisant la communication de M. Foucault, j'ai été frappé de la coïncidence de mes impressions avec les siennes, en ce qui concerne la pureté des teintes et la netteté de la vision sans aucune fatigue. Plusieurs personnes qui ont essayé ces lunettes, à ma prière, ont pu constater comme moi, en dirigeant leurs regards vers des nuages éclairés par le soleil, que, malgré la teinte verte et l'affaiblissement relatif de la lumière transmise, les contours des nuages étaient très-nettement accusés, ainsi que les transformations qu'ils subissaient successivement.

Il m'a paru que la lumière transmise par la feuille d'or était plus vive que celle qui traversait mes doubles verres colorés, et néanmoins qu'elle était plus agréable et moins fatigante.

PROJET DE RÈGLEMENT POUR L'INDUSTRIE DES NOURRICES

Proposé par M. MONOT (de Montsauche).

Art. 1. — Toute nourrice qui voudra se procurer un nourrisson ou nourrir sur lieu, tant à Paris que dans les communes du ressort de la préfecture de police, devra être munie d'un certificat délivré par le maire de sa commune. Ce certificat devra toujours être revêtu du sceau de la mairie.

Il indiquera les nom, prénoms, âge, signalement, domicile et profession de la nourrice; les nom et profession de son mari; il indiquera que ce dernier s'est présenté devant le maire, et a donné son consentement à la délivrance de ce certificat. Il attestera qu'elle est dans une position qui lui permet d'élever convenablement l'enfant qui pourrait lui être remis, qu'elle possède au moins une vache. Il indiquera la date précise de la naissance de son enfant, s'il est vivant ou décédé, qu'elle n'a point de nourrisson.

Il devra aussi constater qu'elle est pourvue d'un garde-feu et d'un berceau pour le nourrisson qui lui sera confié.

Art. 2. — Le certificat mentionné dans l'article 1er ne sera délivré qu'aux femmes âgées de vingt ans au moins et quarante ans au plus.

Il sera refusé si le lait a plus de quinze mois, ou si le dernier enfant n'a pas, au moins, neuf mois révolus.

Il ne sera fait exception à cette règle que dans le cas où l'enfant serait décédé.

Art. 3. — La nourrice devra se pourvoir, en outre, d'un certificat dûment légalisé, délivré par le médecin cantonal et attestant qu'elle réunit, sous le rapport sanitaire, toutes les conditions désirables pour élever un nourrisson. Il attestera encore que son enfant est assez fort pour être sevré, ou mentionnera qu'une autre nourrice, qu'il a reçue pour continuer l'allaitement, accompagnera la mère à Paris pour rapporter son enfant.

A son arrivée à Paris, la nourrice devra se soumettre à une contre-visite faite par un médecin agréé par la préfecture de police.

Art. 4. — Aucune nourrice ne pourra se charger d'un enfant sans avoir présenté à la préfecture de police les trois certificats mentionnés ci-dessus, et sur l'exhibition desquels il sera procédé à son inscription, sur un registre spécial ouvert à cet effet.

Un bulletin relatant cette inscription sera remis à la nourrice.

Art. 5. — Dans aucun cas il ne sera délivré de certificat aux filles-mères.

Art. 6. — Une nourrice ne pourra se charger de plus d'un enfant pour l'allaiter.

Art. 7. — Avant son départ pour le lieu de sa résidence, toute nourrice à laquelle un enfant aura été confié, devra se munir de l'acte de naissance de cet enfant, ou, à défaut, d'un bulletin provisoire de la mairie où la déclaration de naissance aura été faite.

Quant aux nourrices qui habitent Paris ou la banlieue, elles devront se munir de cette pièce, dans les trois jours qui suivront celui où elles seront chargées de l'enfant.

Les actes ou bulletins de naissance des enfants seront présentés par la nourrice, dans le délai de huit jours, aux maires ou commissaires de police du lieu de leur domicile, pour être visés par ces fonctionnaires.

Art. 8. — Avant son départ, toute nourrice à laquelle un enfant aura été confié, devra également se munir d'un certificat du médecin désigné par la préfecture de police et constatant que l'enfant est sain en apparence.

Ce certificat sera remis au médecin cantonal de la résidence de la nourrice, qui procédera immédiatement à une contre-visite, puis à une seconde visite, dans le courant du troisième mois.

Dans le cas où le médecin constaterait les symptômes d'une maladie contagieuse, il fera cesser immédiatement l'allaitement et en informera la préfecture de police.

Art. 9. — Les médecins cantonaux seront tenus de faire des visites trimestrielles, et plus fréquentes s'il y a lieu, aux nourrissons placés dans leurs circonscriptions; ils s'assureront que ces enfants sont allaités, qu'ils reçoivent tous les soins nécessaires. Ces visites feront le sujet d'un rapport qui sera adressé à M. le préfet de police; il pourra être communiqué aux familles intéressées.

En cas de décès d'un enfant, le médecin fera immédiatement un rapport sur les causes apparentes du décès, et l'adressera également à M. le préfet de police.

Art. 10. — Il est défendu à toutes nourrices de prendre des enfants pour les remettre à d'autres nourrices.

Art. 11. — Les médecins cantonaux recevront, pour la visite des nourrices, une subvention proportionnelle au nombre des nourrices de leur circonscription qui vont chaque année à Paris.

Ils recevront, en outre, 50 centimes par mois et par chacun des enfants qu'ils seront tenus de voir périodiquement. Une formule spéciale, inscrite au livret délivré à chaque nourrice, indiquera que le payement de cette somme incombe à la nourrice.

Art. 12. — Toutes les nourrices, quel que soit le mode de placement qu'elles aient adopté, seront soumises au présent règlement, même celles qui sont louées à l'avance par les familles.

Les maires devront signaler, dans le plus bref délai, à la préfecture de police, les nourrices qui auraient cru devoir s'affranchir de la présente ordonnance.

Il est interdit aux nourrices louées à l'avance, de porter leurs enfants à Paris.

Suivent dix autres articles, qui sont la reproduction exacte de ceux qu'on trouve au titre II de l'ordonnance du 20 juin 1842, pour ce qui concerne les directeurs de bureaux de nourrices, logeurs, meneurs et meneuses de nourrices.

Nous nous contenterons donc de renvoyer à cette ordonnance.

Si nous cherchons maintenant à résumer les différences principales que présente le règlement proposé par M. Monot avec celui qui régit aujourd'hui l'industrie des nourrices, nous voyons que ces différences se rapportent surtout aux points suivants :

1° Suppression des nourrices prises parmi les filles-mères;

2° Constatation par le maire du consentement du mari;

3° Fixation de l'âge de l'enfant de la nourrice au moment où elle peut prendre un nourrisson (9 mois);

4° Détermination des limites d'âge auxquelles les femmes pourront se présenter pour être nourrices (de 20 à 40 ans);

5° Nécessité d'une vache, au moins, chez la femme qui veut être nourrice;

6° Intervention de médecins cantonaux et de médecins agréés par la préfecture de police, les premiers pour délivrer différents certificats et faire aux nourrissons les visites nécessaires; les seconds pour pratiquer, à Paris, d'une part, la contre-visite des nourrices, d'autre part l'examen des enfants qui leur sont confiés;

7° Enfin, M. Monot insiste avec raison pour que les autres prescriptions, déjà formulées par l'ordonnance du 20 juin 1842 ne restent pas à l'état de lettre morte, mais soient strictement et rigoureusement observées.

Pour qu'aucune excuse d'ignorance ne puisse être produite à cet égard, il voudrait qu'un exemplaire du règlement nouveau fût déposé dans toutes les mairies et dans tous les bureaux de nourrices.

RECHERCHES SUR LA DUALITÉ PRIMITIVE DU CŒUR

Et sur la formation de l'aire vasculaire dans l'embryon de la poule,

Note de M. C. Dareste, présentée par M. Serres à l'Académie des sciences (séance du 8 octobre).

Tous les physiologistes qui ont étudié la formation du cœur décrivent cet organe comme constituant, dès son origine, une masse unique.

Mes études tératologiques m'ont conduit depuis longtemps à soupçonner, ainsi que M. Serres l'avait fait avant moi, que le cœur résulte de l'union de deux blastèmes qui, d'abord complétement séparés, ne tardent pas à se réunir sur la ligne médiane. J'avais constaté, en effet, dans un certain nombre d'embryons monstrueux, l'existence de deux cœurs complétement séparés, et dont je ne pouvais me rendre compte que par la permanence d'un état primitif. En poursuivant mes recherches dans cette direction, j'ai constaté, conformément aux prévisions de M. Serres et aux miennes, que la dualité du cœur constitue l'état normal, mais pendant une période tellement courte, qu'elle a échappé à tous les observateurs.

J'ai déjà, l'année dernière, annoncé ce fait à l'Académie, en le faisant servir à l'explication d'un certain nombre d'anomalies. Je me propose aujourd'hui de montrer comment la dualité primitive du cœur se lie à certaines particularités, non encore décrites, du développement de l'aire vasculaire.

L'aire vasculaire, complétement et normalement développée, a un contour entièrement circulaire. Ce contour circulaire est décrit par tous les embryogénistes, comme l'état primitif de l'aire vasculaire. Je me suis assuré, par de nombreuses observations, qu'au début l'aire vasculaire n'est pas entièrement limitée par une circonférence de cercle, et que son contour circulaire ne se complète que tardivement dans la région antérieure, celle qui se développe au-dessous de la tête de l'embryon. Il y a un état primitif dans lequel la forme de l'aire vasculaire est celle d'un cercle incomplet, dont on aurait retranché un segment antérieur, égal à peu près au quart de son aire. L'aire vasculaire est alors terminée en avant par un bord rectiligne qui ne dépasse pas le bord antérieur de la fosse cardiaque, celui qui est formé par le repli du feuillet séreux en arrière de la tête.

La formation du segment antérieur de l'aire vasculaire, qui complète en avant son contour circulaire, résulte de la formation de deux lames qui sont elles-mêmes le résultat de la manière inégale dont se développent les diverses parties du bord rectiligne antérieur. Très-actif aux deux extrémités de ce bord, le développement est à peu près nul à son centre. Aussi cette ligne droite se transforme-t-elle en deux autres lignes droites, formant un angle rentrant dont l'ouverture est en avant, et qui marchant incessamment à la rencontre l'une de l'autre, diminuent peu à peu l'ouverture de l'angle rentrant, et finissent par se confondre sur la ligne médiane. On peut représenter très-exactement ce mouvement des deux lignes droites qui forment le bord antérieur de l'aire vasculaire, en les comparant aux deux branches d'un compas. Si le compas est ouvert de manière que ses deux branches soient juxtaposées en formant une ligne droite, on a la représentation de l'état primitif du bord antérieur de l'aire vasculaire. Les divers états consécutifs sont représentés par les différents degrés d'ouverture du compas, lorsque l'on rapproche peu à peu ses deux branches, jusqu'au moment où elles sont placées parallèlement l'une à l'autre, et où le compas est entièrement fermé.

La soudure des deux lames antérieures de l'aire vasculaire présente d'ailleurs un fait curieux, c'est qu'elle ne se produit pas simultanément dans toute leur longueur. Elle commence à leurs deux extrémités, d'une part dans la fosse cardiaque, et d'autre part en avant de la tête ; tandis que dans leur région moyenne, c'est-à-dire au-dessous de la tête, les deux lames restent plus ou moins longtemps séparées. Ce fait explique certaines anomalies dans lesquelles la tête, pénétrant entre les deux lames et refoulant devant elle les feuillets séreux et muqueux, fait hernie dans l'intérieur du vitellus. La tête est alors très-déformée, présente de nombreux arrêts de développement, et réalise assez exactement les conditions des monstres hémiacéphales.

J'ai constaté, dans mes expériences, de nombreuses anomalies dans le développement de ces lames antérieures de l'aire vasculaire. Tantôt ces deux lames, également développées, ne se soudaient point l'une à l'autre ; tantôt elles se développaient d'une manière très-inégale, l'une d'elles atteignant ses dimensions ordinaires, tandis que l'autre s'était arrêtée de très-bonne heure. De ces anomalies de l'aire vasculaire dérivaient d'autres anomalies dans la disposition des veines qui ramènent au cœur le sang provenant de la partie antérieure de l'aire vasculaire.

La dualité primitive du cœur est la conséquence immédiate de cette dualité primitive des lames antérieures de l'aire vasculaire. En effet, les blastèmes qui formeront plus tard le cœur, se présentent d'abord sous l'aspect de deux petites masses oblongues, que l'on observe à la partie inférieure et interne de chacune de ces lames, très-près du point où elles se réunissent pour former le sommet de l'angle rentrant que j'ai décrit plus haut. Ces deux blastèmes sont complétement séparés, comme les lames au sein desquelles ils ont pris naissance. Plus tard, lorsque les deux lames s'unissent sur la ligne médiane, les deux blastèmes cardiaques, dont le développement a suivi celui des lames elles-mêmes, vont, ainsi que les lames, à la rencontre l'un de l'autre, se joignent, comme elles, sur la ligne médiane, et ne tardent pas à se fondre en une masse unique qui forme ce que les embryogénistes ont considéré comme l'état primitif du cœur. Toutefois, on retrouve encore, pendant un certain temps, un indice de la dualité primitive : c'est une échancrure qui existe à la partie antérieure de l'organe, et qui provient de ce que la soudure des deux blastèmes cardiaques a procédé d'arrière en avant, comme celle des lames de l'aire vasculaire qui leur servent de support.

Cette dualité primitive des blastèmes cardiaques n'a, dans l'état normal, qu'une très-courte durée ; mais il n'en est pas de même lorsque, par suite d'un développement anormal, la soudure des lames antérieures de l'aire vasculaire ne s'est point produite. Dans ce cas, l'isolement des lames maintient l'isolement des blastèmes cardiaques. Ceux-ci se transforment alors en deux cœurs complétement distincts qui, suivant le degré d'écartement des lames, sont tantôt situés au-dessous de la région antérieure de l'embryon, et tantôt rejetés latéralement, et occupant les deux côtés de cette région antérieure.

Une autre particularité, également fort importante, que présentent les blastèmes cardiaques, c'est leur volume inégal. Dans l'état normal, le blastème droit, celui qui correspond au membre antérieur droit, est le plus développé. Dans l'inversion des viscères, c'est le blastème gauche.

On peut présumer que ces deux blastèmes sont le point de départ du cœur aortique et du cœur pulmonaire. Toutefois, mes observations ne m'ont encore rien appris sur ce sujet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bailly, Barrailler, Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, Devilliers, Alfr. Fournier, T. Gallard, H. Gintrac, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hérard, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Lunier, Marcé, A. Nélaton, Panas, Péan, V. A. Racle, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau, Valette, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. Se composera d'environ 15 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils. — Les tomes I à V sont en vente. Les principaux articles du tome V sont : Bile, par Jaccoud ; Biliaires (voies), par Luton ; Bismuth, Bonnes (eaux), Bronches, par Henri Gintrac ; Blennorrhagie et Bubon, par Alfred Fournier ; Blépharite, Blépharoptose, Blépharospasme, par Gosselin ; Blessures (médecine légale), par A. Tardieu ; Boissons, par L. Hébert ; Bouche, par Ch. Fernet ; Bougies, par Desormeaux ; Bourses séreuses, par Kœberlé ; Bouton d'Alep, Bouton de Biskra, par Barallier ; Bras, par Desormeaux et Anger ; Bronzée (maladie), par Jaccoud ; Brûlures, par Laugier ; Bulles, par Hardy ; les eaux minérales par L. Desnos.

Anatomie descriptive et dissection avec embryologie et structure intime des organes et tissus, par le docteur Fort, professeur libre d'anatomie à l'école pratique. Un vol. de 1120 pages avec 182 fig. Prix : 11 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 125. — JEUDI 25 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 25 OCTOBRE 1866. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 OCTOBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu hier M. Husson sur la question de l'industrie des nourrices et de la mortalité des nourrissons. Nul n'avait mieux qualité que l'honorable directeur de l'Assistance publique pour éclairer l'Académie sur la véritable situation des choses et pour lui fournir les éléments d'une mûre délibération. Les mains pleines de documents, il n'avait qu'à les ouvrir. Il les a ouvertes, qu'en est-il résulté? Le voici en peu de mots.

Prenant pour base naturelle la mortalité moyenne des enfants du premier âge, qui d'après les statistiques officielles est d'environ un sixième pour la période de un jour à un an, M. Husson, pour arriver à déterminer l'influence des mauvaises conditions de l'allaitement mercenaire, et par contre celle de la surveillance administrative, a passé successivement en revue quelques populations spéciales, celles notamment où s'exerce, d'une manière plus particulière, l'industrie de l'allaitement.

La main appuyée sur le puissant levier de la statistique, il a soulevé des faits nouveaux et redressé quelques faits inexacts. A propos des calculs de M. Brochard, par exemple, il a montré que cet honorable praticien, plus royaliste que le roi, avait enflé quelque peu les bons effets de la surveillance administrative, en confondant deux séries qu'il importait de séparer au point de vue de l'influence de l'allaitement, c'est-à-dire les enfants de un jour à un an avec les enfants de tout âge confiés à la direction des nourrices. En n'ayant égard qu'aux premiers, les résultats sont loin d'être aussi satisfaisants que semblait l'indiquer la statistique de M. Brochard. La mortalité de cette classe d'enfants serait, d'après M. Husson, de 33,93 pour 100 en moyenne.

Quoi qu'il en soit, on voit que M. Husson, bien qu'assurément peu disposé à nier les résultats avantageux que l'on pourrait obtenir par l'effet d'une double action administrative et médicale bien combinée, n'a pas voulu cependant présenter un tableau plus beau que nature.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'effroyable mortalité accusée par les recherches statistiques de MM. Brochard et Monot, frappe exclusivement sur les départements où se fait plus particulièrement l'allaitement des enfans de Paris. Le résultat des nouvelles études statistiques auxquelles s'est livré M. Husson, — et c'est là un des faits importants révélés par son discours, — n'est pas plus défavorable pour les enfants du département de la Seine que pour beaucoup d'autres. Tout au contraire. Ce qui se passe à cet égard dans les départements de l'ancienne Normandie, notamment, montre que le fait déplorable de l'excessive mortalité des enfants du premier âge est beaucoup plus général qu'on ne paraissait le croire, et qu'il reconnaît probablement d'autres causes que celles qui sont généralement imputées à l'industrie des nourrices.

Quelles sont les causes de cette mortalité excessive? Voilà la vraie question, voilà ce qu'il s'agirait de chercher et de faire connaître, avant de chercher à édicter une nouvelle réglementation. De nouvelles réglementations?... où en trouverait-on une plus complète que celle du roi Jean? une plus sage et plus prévoyante que celle de l'administration de l'assistance? Nous n'examinerons pas avec M. Husson quelle chance de succès aurait d'ailleurs, auprès des pouvoirs publics, un appel à de nouvelles dispositions législatives et réglementaires. M. Robinet, qui, au début de la discussion avait déjà décliné la compétence de l'Académie pour une semblable besogne, a donné, en quelques mots vifs et pénétrants, son appui à l'opinion exprimée à cet égard par M. Husson.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire ou que l'on soit réduit, pour toute conclusion pratique, à signaler le mal à l'autorité, comme le propose M. Husson, abandonnant à sa sagesse l'étude des moyens propres à y remédier? Signaler le mal, ce qui suppose qu'on en aura reconnu l'origine et qu'on l'aura sondé dans toute sa profondeur et dans toutes ses sources, c'est déjà beaucoup, et l'Académie, qui est seule en puissance de le faire, accomplirait en cela l'utile mission qui lui est confiée. Mais ce ne serait pas tout encore, ce ne serait pas assez. Ce n'est pas l'autorité seulement que l'Académie a le devoir d'éclairer, l'opinion publique a aussi le droit de compter sur elle ; c'est de ses lumières, de ses conseils, des préceptes hygiéniques qu'elle a, plus que tout autre corps, le pouvoir de vulgariser, que devront partir un jour, sous l'impulsion de l'initiative même des intéressés, les mesures propres à atténuer, sinon à faire disparaître tout à fait un aussi déplorable état de choses.

Cette extension, que nous aimerions à voir donner aux conclusions un peu trop restreintes, à notre avis, de l'honorable directeur de l'Assistance publique, ne serait que le complément même de son œuvre remarquable, que nous nous plaisons à applaudir ici, comme elle a été applaudie hier par la presque unanimité de l'assemblée. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ. — M. TRÉLAT.

(M. GUYON, suppléant.)

Thyroïdite aiguë dans l'état puerpéral.

(Observation recueillie par M. CHAUTREUIL, interne des hôpitaux.)

La nommée B..., primipare, âgée de vingt-deux ans, couturière, entre à la Maternité le 2 août 1866. Accouchement par le forceps, le 3 août à deux heures et demie du soir, pour troubles survenus dans la circulation fœtale, par suite d'une procidence du cordon dont la rétropulsion a été infructueuse. Enfant vivant, pesant 2850 grammes. Délivrance naturelle. B... est transportée, n° 1, salle Sainte-Marguerite.

Le 4 août, pouls à 104, peau chaude, langue sale; céphalalgie, ventre sensible à la pression au niveau de la région utérine, sommeil rare, miction facile.

Prescriptions. — Bouillon, potage, Bordeaux 120 grammes; extrait d'opium, 0g,06 en deux pilules; cataplasmes abdominaux laudanisés, injections à l'eau dans le vagin.

Le 5, escarres à la vulve, lochies fétides. Persistance de la céphalalgie et de la sensibilité de l'utérus à la pression. Pas de garde-robe depuis l'accouchement. Pouls à 96.

Prescriptions. — *Ut supra,* plus lavement salé, et quatre injections vaginales.

Le soir, les mamelles se remplissent. Pouls à 104.

Le 7, quelques gerçures apparaissent aux mamelons. Pansement avec le glycérolé de tannin.

Le 8, utérus toujours sensible au niveau des angles. Mamelons douloureux. Lochies un peu moins fétides. — deux port.; cataplasmes abdominaux ; quatre injections à l'eau-de-vie camphrée ; Bordeaux, 120 grammes ; une portion.

Le soir, départ de l'enfant.

Le 9, ventre et seins douloureux, peu de sommeil, deux garde-robes abondantes à la suite d'un lavement salé administré la veille.— Onctions sur les mamelles avec la pommade belladonée ; cataplasmes.

Persistance des mêmes phénomènes jusqu'au 18.

Le 18, quinzième jour de couches, la malade, dont le lit est situé dans le voisinage d'une fenêtre souvent ouverte pour renouveler l'air de la salle, et par conséquent exposée au froid, se plaint de douleurs dans le côté droit du cou. En examinant cette région, on constate que le lobe droit du corps thyroïde est gonflé, et que le moindre mouvement de la tête exaspère les douleurs. Il en résulte une attitude particulière du sujet, une position fixe dans laquelle le menton est penché sur la partie antérieure de la poitrine, de manière à tenir les muscles sous-hyoïdiens dans le relâchement; en effet, si nous disons à la malade de relever la tête, ces muscles tendus compriment le corps thyroïde et causent une douleur vive. La malade se plaint en même temps de mal à la gorge, lorsqu'elle mange, qu'elle boit et même lorsqu'elle avale seulement la salive.

L'examen du pharynx, des amygdales, du voile du palais, de l'isthme du gosieur, ne révèle aucune lésion de ce côté. La déglutition est douloureuse à cause de l'ascension de l'appareil laryngo-trachéal pendant cet acte physiologique. La voix n'est pas altérée, mais la respiration est fréquente.

État général fébrile, inappétence, soif vive, mais que la malade craint de satisfaire à cause des mouvements douloureux que provoquerait cette action. Un peu de suffocation.

Le matin, pouls à 96 ; le soir, à 112.

Si on examine avec soin la tumeur, pour chercher à préciser ses limites, on constate que celle-ci existe au niveau de la partie antérieure droite du cou, dans la région sous-hyoïdienne, dans l'espace qui existe entre les deux sterno-mastoïdiens ; elle est d'une consistance médiocrement dure, élastique, un peu mobile, pouvant être déplacée latéralement par la main du chirurgien, et se déplaçant spontanément dans le sens vertical lorsqu'elle obéit aux mouvements du larynx. La pression au niveau de la tumeur exaspère violemment la douleur; ce qu'il y a de particulier, c'est qu'en avant, toute sensibilité disparaît sur la ligne médiane, et que le lobe gauche du corps thyroïde, quoique un peu plus volumineux qu'il ne doit l'être à l'état normal, est complétement insensible; il paraît probable qu'avant cette affection aiguë, notre malade avait le corps thyroïde plus développé qu'il ne l'est ordinairement, cependant je dois dire que, pendant l'accouchement, les personnes qui étaient autour d'elle ne s'aperçurent pas de cette légère hypertrophie, et que la malade elle-même dit ne l'avoir jamais remarquée. En arrière et à droite, la tumeur se prolonge sous le sterno-mastoïdien. On constate encore une sensibilité vive à la pression au niveau du bord postérieur de ce muscle, dans le triangle sus-claviculaire. En bas, la tumeur a pour limite la clavicule et la fourchette du sternum ; en haut, elle se perd en pointe sous le sterno-mastoïdien. La douleur a des irradiations dans le cou, dans la moitié postérieure droite de la tête, dans l'oreille, etc. Si on examine la tumeur de profil, on voit qu'elle est soulevée par des battements artériels.

En l'auscultant avec le stéthoscope, celui-ci est fortement soulevé et on perçoit les battements sans aucun bruit de souffle. La pression de l'instrument est excessivement douloureuse, de sorte que cet examen est difficile. Le soir, persistance des mêmes phénomènes. La peau est un peu plus tendue, lisse, mais elle n'est pas rouge; elle conserve encore sa couleur normale.

Prescription. — Onctions mercurielles, cataplasmes. M. Guyon fait couvrir toute la partie droite du cou d'une épaisse couche d'ouate.

Le 19, pouls à 100. Les douleurs s'exaspèrent, 20 août. Le tissu cellulaire de la région sous-hyoïdienne commence à s'empâter, la peau rougit un peu, douleurs superficielles très-vives; la tumeur paraît avoir augmenté de volume.

Le matin, pouls à 96 ; le soir, à 100.

Même traitement, onctions mercurielles, cataplasmes, ip., sp., morph., 30 grammes.

Le 21, état stationnaire, les douleurs ont été moins vives, quelques instants de repos; pouls à 100.

Le 22, même état; la malade a dormi; transpiration abondante.

Le 23, le mieux se prononce davantage. Sommeil bon. L'empâtement du tissu cellulaire, qui était situé au niveau de la région sous-hyoïdienne, a disparu. Moins de sensibilité à la pression. On retrouve, au niveau de la base du corps thyroïde, deux petits noyaux indurés, constitués par les lobules glanduliformes de cet organe, et tout à fait analogues à ceux qu'on rencontre dans la glande mammaire. La malade se plaint encore d'élancements dans le côté droit du cou, de la tête, et en particulier dans l'oreille droite.

Le 24, la tumeur diminue sensiblement de volume; douleurs bien moins vives à la pression; peu de douleurs spontanées, si ce n'est dans l'oreille. Pouls à 88. Ouate laudanisée.

Le 25, du côté du cou, l'amélioration devient de plus en plus sensible; les deux lobes du corps thyroïde ont maintenant le même volume. La pression sur les petits noyaux indurés du lobe droit est seule douloureuse.

La mamelle gauche redevient le siége de douleurs vives, tension, empâtement, rougeur au niveau de la partie inférieure externe de la glande. Formation d'un abcès qui est ouvert.

L'état général de la malade devient très-satisfaisant, elle mange trois portions, se lève et part guérie le 10 septembre 1866. On constate encore, au moment de son départ, que le lobe droit du corps thyroïde est toujours induré; le lobe gauche est parfaitement souple, quoique plus développé qu'à l'état normal.

Cette observation nous paraît intéressante au point de vue de l'inflammation du corps thyroïde; cette affection peut être considérée comme rare. Walter, Guthrie, Cavalier, MM. Velpeau, Nélaton, Cruveilhier n'en avaient observé que quelques cas, et les auteurs classiques la décrivaient très-brièvement avant le mémoire de Bauchet sur la thyroïdite et le goître enflammé. (*Gaz. hebd.*, 1857.)

Ce chirurgien très-regretté partageait les inflammations du corps thyroïde en deux classes, celles qui envahissaient l'organe à l'état sain et celles qui s'en emparaient à l'état de goître. Dans le cas qui nous occupe, l'inflammation est-elle survenue d'emblée, ou bien existait-il auparavant une légère hypertrophie des deux lobes?

Cette dernière supposition nous paraît probable, parce que, au moment où la malade se plaignit de douleurs dans le cou, et que, notre attention attirée sur ces plaintes, nous découvrîmes cette région, les deux lobes présentaient une augmentation de volume. Seulement le lobe gauche n'offrait aucun des caractères de l'inflammation, il était complétement insensible à la pression, avait une consistance souple, la peau qui le recouvrait était plissée comme à l'état normal et ne présentait aucun changement de couleur.

Le lobe droit était donc seul atteint et la ligne médiane établissait à la partie antérieure du cou, une limite précise à la sensibilité, déterminée par la pression sur le côté droit.

Le diagnostic ne présenta pas de difficulté. M. Guyon nous fit observer le premier jour qu'il s'agissait d'une thyroïdite ; mais comme cette maladie est rare, il est bon de dire com-

ment nous l'avons distinguée des autres affections qui ont avec elle quelques traits de ressemblance. D'abord la douleur que la malade éprouvait par la déglutition aurait pu faire croire à l'existence d'une angine; mais l'examen de la gorge suffit bientôt pour dissiper cette croyance. Il existe une amygdalite, que M. Velpeau décrit dans ses leçons clinique, sous le nom d'amygdalite celluleuse, consistant dans une inflammation du tissu cellulaire qui entoure l'amygdale et s'étendant quelquefois au tissu cellulaire de la région sus-claviculaire. Cette affection donne lieu à des phénomènes douloureux pendant la déglutition et les mouvements du cou, mais il n'y a ni grosseur, ni sensibilité au niveau du corps thyroïde.

Le même signe permet de faire le diagnostic avec la myosite du sterno-mastoïdien et le torticolis.

Les irradiations de la douleur vers le côté droit du cou et du crâne, les élancements dans la région mastoïdienne et dans l'oreille, auraient pu faire croire à une névralgie cervico-occipitale (Valleix), mais la présence de la tumeur et des autres symptômes que nous avons indiqués dans l'observation, montre que les douleurs névralgiques, existant chez notre malade, sont secondaires à l'affection du corps thyroïde qui est ici la lésion principale.

Il faut aussi ne pas confondre l'inflammation aiguë du corps thyroïde, avec l'hypertrophie rapide de cet organe, survenant dans des circonstances particulières; cette confusion n'était pas possible chez notre malade, chez laquelle nous voyions coïncider les deux types morbides, l'un sur le lobe droit, l'autre sur le lobe gauche; cette hypertrophie rapide du corps thyroïde due, suivant les auteurs, plutôt à un développement vasculaire qu'à un développement parenchymateux, n'est accompagnée ni de rougeur, ni d'empâtement, ni de phénomènes fébriles. Enfin, ce qui prouve encore la nature inflammatoire de la tumeur thyroïdienne du côté droit, ce qui la distingue d'un simple phlegmon de la région sous-hyoïdienne, c'est la terminaison de quelques lobules glanduliformes analogues aux lobules indurés de la glande mammaire enflammée.

La thyroïdite ne se termine pas toujours d'une façon aussi heureuse. Bauchet a rencontré assez souvent la suppuration. M. Jules Simon, dans sa thèse d'agrégation (1866), sur les maladies puerpérales, rapporte que M. Tarnier a vu à la Maternité un cas d'inflammation du corps thyroïde hypertrophié, qui se termina par suppuration et fut de longue durée. Par contre, M. Gros a cité à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 6 juillet 1866, deux faits de thyroïdite aiguë dont la terminaison paraît avoir été la résolution. (*Gaz. hôp*, 27 septembre 1866.)

Quelle a été, dans le cas qui nous occupe, la cause de l'affection? Comme cause prédisposante Bauchet cite le sexe féminin [illegible] une certaine part dans le développement de la thyroïdite.

M. Guyon ne doute pas que le refroidissement en ait été la cause principale. La même influence est indiquée dans un des faits cités par M. Gros. Ce qu'il y a de particulier dans notre observation, c'est que l'un des lobes est enflammé à l'exclusion de l'autre, et c'est précisément celui qui était au voisinage de la fenêtre qui a été atteint.

Le traitement paraît avoir eu la plus grande efficacité. Il a consisté en onctions mercurielles répétées, en cataplasmes fréquemment renouvelés et surtout en couches épaisses d'ouate largement employées en raison de la nature *a frigore* de l'affection.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'empoisonnement par le phosphore.

Jusqu'ici la thérapeutique a été désarmée contre l'empoisonnement par le phosphore. Voici un mode de traitement proposé par le professeur Bamberger. Avant de le faire connaître, indiquons sur quoi il est basé.

Lorsqu'on ajoute à de l'eau contenant des fragments de phosphore une petite quantité de sulfate de cuivre en dissolution et qu'on chauffe modérément le mélange, on constate, au bout de quelques minutes, que les fragments de phosphore sont colorés en noir par la formation d'un phosphure de cuivre; un peu plus tard ils se recouvrent d'un dépôt rouge de cuivre métallique qui va en augmentant; finalement tout le cuivre se trouve précipité à cet état, la liqueur est complétement décolorée et aucun réactif n'y révèle plus la présence du cuivre. Or la vaporisation du phosphore traité de cette manière, est complétement abolie; il ne donne lieu à aucun phénomène lumineux dans l'obscurité, et il faut le chauffer assez fortement pour qu'il dégage l'odeur qui lui est propre. Ce résultat est obtenu bien plus rapidement encore quand, au lieu d'opérer sur du phosphore en fragments, on fait l'expérience avec la pâte phosphorée des allumettes.

La réaction qui vient d'être indiquée se passerait-elle de même dans l'estomac? M. Bamberger n'en doute pas; mais il faut ici compter sur l'action vomitive du sulfate de cuivre, qui serait sans doute rejeté, dans la majorité des cas, peu de temps après avoir été ingéré. Cet effet serait sans doute évité en employant, à la place du sulfate de cuivre, le carbonate qui est insoluble et qui est réduit très-rapidement par le phosphore, lorsqu'on l'additionne d'une petite quantité d'acide acétique. M. Bamberger propose, par conséquent, d'employer dans l'empoisonnement par le phosphore le traitement suivant. On commencera par donner le sulfate de cuivre à dose vomitive, après quoi on continuera à en administrer une solution étendue. Si les vomissements continuent, on remplacera cette solution par du carbonate de cuivre délayé dans un peu d'eau, qu'on fera ingérer par prises de 20 à 40 centigrammes, fréquemment répétées au début, puis de plus en plus éloignées. On fera précéder chaque dose d'une cuillerée à bouche de vinaigre. Dans l'intervalle, on administrera de la glace pour empêcher les vomissements et diminuer, autant que possible, la vaporisation du phosphore. Après avoir suivi ce traitement pendant quelques heures, on donnera une nouvelle dose vomitive de sulfate de cuivre pour débarrasser l'estomac des débris de la substance toxique. (*Gazette hebdomadaire.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 octobre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Deux rapports sur l'épidémie cholérique de 1866, à Noyers (Loir-et-Cher), par M. le Dr Yvonneau, et à Honfleur (Seine-Inférieure), par M. le Dr Lamare. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux lettres de MM. Chassaignac et Verneuil, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie externe;

2° Des recherches expérimentales sur la véritable origine du cow-pox, par M. Chonnaux-Dubisson, médecin de l'hôpital de Villers-Bocage (Calvados). (Commission de vaccine.)

— M. BÉCLARD offre en hommage, au nom de M. le professeur Courty (de Montpellier), un volume intitulé : *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

— M. DEVERGIE présente un rapport ayant pour titre : *Des mesures à prendre pour diminuer la mortalité des femmes en couche dans les maternités et les hôpitaux*, rapport adressé à M. le ministre de l'intérieur par le comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux de France, au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Bouchardat, Bouillaud, Husson, De Lurieu, Payen, de Watteville et Devergie, rapporteur.

— M. LARREY présente :

1° Au nom de M. le Dr Cortese, médecin principal à l'armée d'Italie, une brochure sur les cas d'exemption du service militaire dans le royaume italien;

2° Au nom de M. le Dr Berchon, chirurgien de la marine, une étude sur les fractures du crâne.

— M. DELPECH dépose sur le bureau un rapport général adressé à M. le Maire de Lille, par M. le Dr Girardin, relativement aux mesures à prendre pour remédier à la vente de la viande de porcs atteinte de ladrerie et de trichinose.

— M. CHEVALLIER dépose sur le bureau un travail sur la présence de l'hydrogène sulfuré dans les gaz qui se dégagent des eaux de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Fée (de Strasbourg), est présent à la séance.

— M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite la mort de M. le Dr Rault, membre correspondant à Saint-Brieuc.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'industrie des nourrices et la mortalité des nourrissons.

La parole est à M. Husson.

Discussion sus la mortalité des nourrissons.

M. HUSSON. L'attention du monde savant est appelée, en ce moment, par diverses publications sur la mortalité considérable qui frappe les enfants du premier âge envoyés en nourrice.

M. le docteur Monot, dans un travail communiqué à l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique, signale les nombreux décès de nouveau-nés qui se produisent dans le Morvan, par suite de l'usage où sont les femmes de ce pays, de venir se louer à Paris comme nourrices sur lieu.

De son côté, M. le docteur Brochard dénonce la grande mortalité qui atteint les nourrissons parisiens placés par les bureaux particuliers de nourrices dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou.

Tous les deux s'accordent à réclamer des mesures propres à prévenir de si tristes effets. Ils demandent surtout l'institution d'une surveillance qui embrasserait à la fois le choix des nourrices et les soins dont les enfants doivent être l'objet.

La question, traitée par ces honorables praticiens, n'est pas nouvelle : déjà, en 1829, à l'occasion de l'extension incessante des bureaux particuliers de placement et de l'amoindrissement des opérations de la direction des nourrices, l'administration des hospices signalait la nécessité de parer aux dangers dont était entourée la vie des enfants; en 1830 et 1832, des commissions composées de membres du conseil municipal et de l'administration hospitalière, se réunirent pour cet objet, et firent sans résultat des démarches actives près du gouvernement pour obtenir, en faveur de la direction des nourrices, l'institution légale d'un privilége qui placerait le recrutement et le louage des nourrices sous la protection d'une surveillance administrative. Après dix ans de silence et d'inaction, les vices de la situation sont signalés de nouveau; une commission, où figurent de hauts fonctionnaires, se réunit encore en 1841, et propose la même solution. C'est vers cette époque que M. le docteur Donné, chargé par l'autorité supérieure de l'inspection des bureaux de nourrices, demande lui-même, dans un rapport adressé au ministre compétent, que le louage des nourrices soit confié exclusivement à la direction municipale.

Quoi qu'il en soit de ces précédents, on peut dire que la question, mise de nouveau à l'ordre du jour, est toujours pendante et actuelle, et que, par sa nature et son importance, elle mérite l'examen approfondi de cette éminente assemblée.

Mais, si le mal signalé est certain, on n'en connaît encore ni l'étendue ni la profondeur, et je ne crains pas d'être contredit en affirmant ici qu'il n'est point facile de trouver le remède.

Pour se faire une idée exacte de la situation, ou du moins pour trouver des indices qui puissent conduire à la mettre en lumière, il faut rechercher d'abord quelle est, en France, la mortalité en quelque sorte normale, c'est-à-dire la mortalité moyenne des enfants du premier âge.

Cette mortalité est à peu près d'un sixième pour les enfants de un jour à un an. (La moyenne, pour les années 1858, 59 et 60 dans la France entière, moins le département de la Seine, a donné : pour la population urbaine, 18,32 pour 100; pour la population rurale, 17,96; populations réunies, 18,08.)

Dans les villes elle est, ainsi qu'on devait s'y attendre, plus grande que dans les campagnes; mais l'écart est seulement de 0,36 pour 100, et l'on peut tenir pour certain qu'il serait beaucoup plus considérable, si les enfants en bas-âge envoyés en nourrice, ou même ceux qui sont conservés par leurs mères, rencontraient hors des villes, sur tous les points du territoire, de meilleures conditions d'allaitement.

La mortalité des enfants de un jour à un an est moins forte pour Paris (16,30 pour 100) qu'elle ne l'est dans les communes rurales (17,98 pour 100). Mais on devine tout de suite que s'il en est ainsi, c'est que la mortalité des jeunes parisiens se trouve déchargée de tous les nourrissons qui meurent à la campagne.

Paris compte, chaque année, 53,335 naissances (moyenne de 1860 à 1865); or, sur ce nombre, les familles parisiennes ne confient pas moins de 18,000 enfants à des nourrices salariées.

Lorsque de cette vue générale sur les enfants du plus bas-âge, nous passons à l'examen de quelques populations spéciales, nous commençons à voir se dessiner l'influence des mauvaises conditions de la naissance, de l'allaitement mercenaire et, par contre, celle de la surveillance administrative et médicale.

La direction des nourrices surveille, dans les cinq départements où elle opère ses placements, environ 4,000 enfants, et la mortalité de ses pupilles, pour la période de 1858 à 1865, est seulement de 17,04 pour 100; mais il faut ajouter que cette population se compose, pour moitié, d'enfants de un jour à un an, et, pour l'autre moitié, d'enfants plus âgés, dont quelques-uns ont même plus de deux ans. Or, comme dans la seconde période de douze mois à deux ans, la mortalité, très-rapide dans la première se ralentit beaucoup, le chiffre que nous avons cité ne saurait représenter exactement la mortalité des enfants qui nous occupent. M. le docteur Brochard, dans le calcul très-exact d'ailleurs qu'il fait de la mortalité des nourrissons placés dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), a établi cette confusion, puisque son examen a porté cumulativement sur les enfants nés dans le cours des deux années 1858 et 1859; mais, comme il a adopté les mêmes bases pour les trois catégories de population qu'il a en vue, il en ressort toujours que la mortalité des enfants de un jour à deux ans est plus forte (35 pour 100) pour les nourrissons venus de l'intérieur, que pour les enfants nés dans l'arrondissement ou dans la commune de Nogent (22 pour 100). Et comme la mortalité n'est que de 16 pour 100 au chef-lieu de l'arrondissement, *près de l'autorité, près des médecins*, il en conclut, peut-être trop hardiment en présence de chiffres si minimes (47 décès sur 290 nourrissons), que ce résultat remarquable est dû uniquement à la surveillance exercée sur les nourrices par les agents et les médecins de la direction.

Les résultats produits par cette double surveillance ne sont pas, en réalité, si beaux. Nous avons dit plus haut, que la mortalité qui pèse sur les enfants de tout âge confiés à la direction des nourrices, ne dépasse pas 17 pour 100. Mais, si l'on n'a égard qu'aux enfants de un jour à un an, c'est-à-dire si l'on ne prend pour le calcul que les nourrissons, on se trouve en face d'un quotient plus élevé.

De 1839 à 1858, la mortalité moyenne des enfants de l'âge indiqué est de 29,71 p. 100. Les résultats de la période de 1859 à 1864, par des causes que je ne saurais déterminer, sont un peu moins favorables; de 30,02 p. 100, chiffre minimum (année 1862), la mortalité atteint le maximun de 40,07, en 1864. La moyenne générale pour les six années est de 33,93 p. 100. Hâtons-nous de dire que, sur les 2000 enfants placés par la direction des nourrices, les trois quarts à peine sont nés dans des conditions normales; l'autre quart se compose d'enfants placés par secours, et dont la naissance illégitime a eu lieu dans de mauvaises conditions, et apporte ainsi un élément d'aggravation au point de vue de la mortalité.

Je viens de dire que la surveillance de la direction des nourrices s'applique, pour les trois quarts, à des enfants légitimes; la situation, sous ce rapport, est donc relativement satisfaisante. Mais nous allons voir quelle est la mortalité des enfants moins favorisés par la naissance, celle des enfants trouvés. Ici, nous pourrons, pour les enfants du département de la Seine, entrevoir l'influence probable de la surveillance administrative et médicale, car l'organisation qui préside à la direction des nourrices est justement la même que celle qui fonctionne pour le placement et le service des enfants trouvés.

Ce n'est pas nous assurément qui nierons les résultats avantageux que l'on pourrait obtenir par l'effet d'une double action administrative et médicale bien combinée; nous avons vu ainsi, par quelques mesures de précaution sanitaire et par l'activité imprimée au départ des nouveau-nés pour la campagne, la mortalité de l'hospice des enfants assistés, de 25,47 qu'elle atteignait en 1858, s'abaisser progressivement d'année en année et nous fournir, pour 1864, le chiffre assurément favorable de 9,17 p. 400.

Mais, on va voir que si la mortalité des enfants trouvés de un jour à douze ans, placés à la campagne, ne dépasse guère 7 p. 100, la mortalité des enfants de un jour à un an, c'est-à-dire des nourrissons, reste très-considérable. De 1839 à 1858, elle est de 55,88 p. 100; en 1864, elle n'est plus que de 39,26 p. 100. Elle est donc encore plus que double de la mortalité moyenne des nouveau-nés en France, et cela, malgré les bienfaits d'une organisation perfectionnée, malgré les efforts de l'administration pour introduire chaque jour des améliorations nouvelles. Mais, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'une population placée dans des conditions spéciales de débilitation; que, malgré l'élévation des salaires accordés aux nourrices, les conditions de la vie matérielle sont devenues plus difficiles, même à la campagne; que le choix des nourrices s'exerce dans de moins bonnes conditions qu'autrefois, et que surtout il sera toujours impossible de lutter avec un plein succès contre le défaut de lumières, contre les dangers de l'alimentation solide donnée prématurément, et contre des habitudes invétérées de malpropreté.

Les résultats que je viens de faire connaître, en ce qui concerne les enfants trouvés du département de la Seine, laissent, sans doute, encore beaucoup à désirer; mais ils sont sensiblement favorables, si

on les compare à ceux qui nous sont fournis par la plupart des départements qui comptent le plus grand nombre d'enfants trouvés à placer en nourrice.

Je mets sous les yeux de l'Académie ces chiffres désolants que je puise dans l'enquête ordonnée par le gouvernement, pour l'année 1860.

Mortalité des enfants assistés (de un jour à un an). — Loire-Inférieure, 90,50 pour 100; Seine-Inférieure, 87,36; Eure, 78,12; Calvados, 78,09; Aube, 70,27; Seine-et-Oise, 69,23; Côte-d'Or, 66,46; Indre-et-Loire, 62,16; Manche, 58,66.

J'éprouverais assurement beaucoup d'embarras, si j'entreprenais d'expliquer ces chiffres énormes de la mortalité du premier âge. Pourtant, j'ai voulu grouper géographiquement les départements qui nous les fournissent, afin de rapprocher les analogies et d'essayer de saisir quelques indices.

Les départements qui composent l'ancienne Normandie offrent à cet égard des résultats très-remarquables, en ce qu'ils présentent tous une mortalité considérable. Et pourtant la Normandie est un pays qui n'est ni pauvre ni arriéré : la mortalité des nouveau-nés qui s'y produit ne serait-elle pas due à une cause presque unique, c'est-à-dire à l'habitude où l'on est généralement de supprimer l'allaitement naturel pour élever les enfants *au petit pot ?*

Du reste, il est d'autres signes qui nous autorisent à penser que, dans les départements de l'ancienne province de Normandie, il existe des vices radicaux dans le mode d'allaitement des enfants, et que les inconvénients et les dangers qu'ils entraînent n'atteignent pas seulement les enfants nés d'unions illégitimes, mais encore la population normale des villes et des campagnes. En consultant les résultats des six dénombrements opérés de 1836 à 1861, nous voyons que, tandis que la population des plus grandes villes s'accroît considérablement, la population générale est en décroissance dans chacun des cinq départements susmentionnés. (Suivent des chiffres qui établissent cette décroissance.)

Des études plus approfondies seraient nécessaires pour rechercher les causes de la grande mortalité qui sévit dans quelques autres départements que j'ai cités plus haut. Mais, ce qui a été dit des départements de l'ancienne Normandie, montre déjà, je crois, que le mode de recrutement et de surveillance des nourrices est loin d'être l'origine unique du mal, qu'il tient, selon toute probabilité, bien davantage à des habitudes traditionnelles qu'il n'est pas facile de déraciner.

Si l'on constate, en Normandie, une cause spéciale qui tend à y maintenir une mortalité exceptionnelle, n'y a-t-il pas ailleurs des causes générales qu'il serait bien difficile d'atténuer, malgré les avantages d'une surveillance dont un grand nombre de bons esprits proclament la nécessité? C'est ce qui me reste à examiner maintenant. Mais pour bien comprendre ce qu'il conviendrait de faire, il serait utile de connaître ce qui a été accompli autrefois et ce qui se pratique aujourd'hui d'une façon toute libre et volontaire, dans les services organisés en vue de sauvegarder la vie des enfants.

L'ancien régime nous offre, pour le louage des nourrices, un modèle accompli de réglementation capable de combler les vœux des personnes qui voudraient confier à la puissance publique tous les soins qui se rapportent à l'allaitement des jeunes enfants.

Les monuments de la législation constatent que, dès le milieu du XIVe siècle, il y avait, à Paris, des femmes qui, sous le nom de *recommandaresses,* faisaient recruter des nourrices en province, les faisaient venir à Paris, où elles les logeaient et les *recommandaient* aux familles qui avaient des nouveau-nés à leur confier. Ces femmes s'occupaient également du louage des servantes ou chambrières.

Les nourrices étaient amenées dans la capitale par des voituriers ou messagers qui restaient les intermédiaires à peu près obligés entre les parents et les nourrices, pour le payement du salaire de celles-ci et les nouvelles à donner aux familles. Une ordonnance du roi Jean (30 janvier 1450) fixe les rémunérations accordées aux recommandaresses et aux nourrices, et détermine leurs devoirs respectifs.

Trois siècles plus tard, au mois de février 1615, Louis XIII donne des lettres patentes, lesquelles visant dans leur préambule quelques ordonnances dont le texte est perdu, confirment dans tous les droits et privilèges qui leur avaient été accordés, les *quatre recommandaresses jurées des servantes et nourrices de la ville de Paris,* et font défense à toute personne de s'entremettre dans leur office et d'en augmenter le nombre.

Ainsi, dans la première période, le louage des nourrices est une industrie ouverte à tous, mais surveillée et réglementée comme toutes les industries à cette époque. Dans la seconde, elle fait l'objet d'un privilège restreint à quatre personnes et constitué en titre d'office.

Mais, en 1769, à la suite d'une sorte de disette de nourrices qui émut Paris et qui était survenue par suite des abus dont ces femmes elles-mêmes étaient victimes, au sujet du payement de leurs salaires, le louage des nourrices commence à prendre la forme administrative. Un bureau général des nourrices et recommandaresses est établi : il est composé de deux directeurs et de deux recommandaresses, les uns et les autres présentés par le lieutenant général de police. Ce fut sous ce régime que l'on créa, pour la visite des enfants, des inspecteurs de tournées qui ne paraissent pas avoir fonctionné très-activement, et auxquels on substitua plus tard des médecins pris sur les lieux, et dont l'action paraît aussi avoir été fort éphémère.

Enfin, après les temps difficiles de la Révolution, pendant lesquels le payement des salaires arriérés des nourrices dut faire l'objet de diverses mesures législatives, le bureau des nourrices passa, en l'an IX, dans les attributions du conseil général des hospices. Ce fut là l'origine de la direction des nourrices dont l'organisation s'est depuis perfectionnée successivement, et que l'on connaît, à Paris, sous le nom populaire de *Bureau Sainte-Appoline.*

Voici, d'après l'ordre purement chronologique, les défenses et prescriptions successivement promulguées dans l'intérêt des enfants et des nourrices :

Défense aux recommandaresses, sous peine d'être attachées au pilori, de louer deux fois dans l'année la même nourrice.

Obligation pour les femmes qui viennent à Paris pour se proposer comme nourrices, d'apporter un certificat du curé de leur paroisse, constatant leur état civil, leurs mœurs et religion.

Défense aux nourrices de descendre ailleurs que chez les recommandaresses et aux meneurs de les conduire dans d'autres lieux.

Obligation pour les nourrices d'emporter, avec l'enfant, son acte de naissance, et de le remettre au curé de la paroisse de leur domicile.

Défense aux nourrices d'élever à la fois deux nourrissons; obligation d'avertir les parents si elles deviennent enceintes, ou s'il survient chez elles d'autres circonstances qui puissent empêcher, ou rendre nuisible, la nourriture des enfants qui leur sont confiés.

Défense de ramener les enfants si ce n'est sur l'ordre des parents.

Défense aux nourrices de prendre des enfants pour les remettre à d'autres femmes; défense aux meneurs d'emmener des enfants sans les nourrices qui doivent les allaiter; nouvelle prohibition pour les nourrices d'allaiter deux enfants à la fois.

Obligation aux bourgeois qui confient directement leurs enfants à des nourrices de leur choix, de les munir d'un certificat constatant leur état civil.

Défense aux meneurs et meneuses de remettre le salaire des nourrices autrement qu'en présence du curé, vicaire, ou desservant de la paroisse.

Défense aux nourrices de mettre coucher leurs nourrissons à côté d'elles dans le même lit; obligation pour les curés d'indiquer, dans leurs certificats de moralité, si elles possèdent une couchette ou berceau séparé pour l'enfant.

Renouvellement de l'ordre donné aux nourrices d'avertir, sous peine de fouet, des circonstances qui peuvent nuire à la nourriture des enfants, surtout des cas de grossesse qui doivent être déclarés avant le deuxième mois.

Création d'inspecteurs de tournées qui doivent se transporter dans tous les lieux où il y a des nourrissons de Paris, à l'effet d'y visiter ces nourrissons et d'exécuter tout ce qui est ordonné par lieutenant général de police.

Il était utile, je crois, de faire connaître, pour les temps anciens, les précédents de la question. Mais, il est plus nécessaire encore que l'Académie connaisse l'organisation actuelle de la seule institution publique qui préside, lorsqu'elle en est requise, au placement des enfants que les mères ne peuvent ou ne veulent nourrir de leur lait.

Autrefois, la direction des nourrices plaçait dans vingt et un départements les nouveau-nés qui lui étaient confiés; la diminution survenue dans ses opérations, par suite des bureaux particuliers, l'a forcée de les restreindre à cinq départements. Ces départements sont partagés en six circonscriptions. A la tête de chacune est placée, avec le titre de sous-inspecteur, un agent administratif qui représente la direction, pourvoit au recrutement des nourrices, avec le concours des médecins, les envoie à Paris pour prendre les enfants, sous la conduite d'une surveillante, surveille les enfants et les nourrices, paye les salaires, et assure l'exécution des nombreuses mesures instituées dans l'intérêt de la santé et du bien-être des nourrissons.

D'après le règlement de 1855, qui régit le service extérieur de la direction des nourrices, la mission des sous-inspecteurs consiste principalement à exercer une surveillance incessante sur les enfants confiés à leurs soins.

Ils doivent :

Les inspecter au moins une fois tous les deux mois;

Tenir la main à ce qu'ils soient exactement visités par les médecins, à ce qu'ils reçoivent de ceux-ci, ainsi que des nourriciers, tous les soins dont ils ont besoin, en santé comme en état de maladie, et à ce qu'ils soient nourris au sein;

S'assurer que le lait de la nourrice n'est point partagé avec un enfant de celle-ci ou un autre nourrisson; que la nourriture supplémentaire à laquelle on ne doit recourir que lorsque le lait devient insuffisant, est saine et appropriée à la force et au tempérament de l'enfant;

En cas de sevrage avant le temps, s'informer des causes qui ont motivé la mesure, de l'époque à laquelle elle a été ordonnée, et examiner, avec le médecin du service, si la nourriture artificielle peut être continuée sans danger, ou s'il convient de remettre le nourrisson au sein;

S'assurer également que chaque enfant a un berceau particulier, qu'il ne reste pas toujours couché, qu'il est promené tous les jours, que les layettes sont en bon état, et signaler à la direction les enfants qui manquent de vêtements;

Changer les enfants de nourrice, lorsqu'il est reconnu qu'ils sont mal placés, ou qu'ils ont été nourris artificiellement sans nécessité et sans l'aveu du médecin;

Avertir la direction de ces changements dès qu'ils sont effectués, en lui en faisant connaître les motifs et l'époque, ainsi que les noms et le domicile des nouvelles nourrices;

Informer exactement la direction des maladies qui peuvent survenir aux enfants, ainsi que de la guérison ou du décès des sujets attaqués; en un mot, les sous-inspecteurs doivent, à l'aide des renseignements qu'ils recueillent eux-mêmes et de ceux que doivent leur transmettre les médecins, tenir l'administration au courant de tout ce qui intéresse chaque enfant.

Les médecins au nombre de cinquante-cinq, répartis dans les six circonscriptions de la direction, secondent les sous-inspecteurs et reçoivent, pour leur concours et les fournitures de médicaments, en cas de maladie, une indemnité mensuelle de 1 franc par chaque enfant, soit 12 francs pour l'année. Leur rôle a une importance considérable. Ils doivent exercer une surveillance active sur tous les enfants placés dans leur circonscription et leur donner, ainsi qu'aux nourrices, en cas de maladie, tous les soins que leur état réclame. Ils fournissent à leurs frais, sur les émoluments qui leur sont alloués, les médicaments qu'ils jugent utile d'employer. Ils sont chargés de la levée des nourrices. Leur choix doit se porter, de préférence, sur les femmes qui sont pourvues d'un lait abondant, jouissent de quelque aisance, ont une habitation saine et possèdent une vache ou une chèvre. Elles ne doivent pas être âgées de moins de vingt ans ni de plus de quarante; leur lait ne doit pas avoir plus de dix-huit à vingt mois, ni, autant que possible, moins de sept mois. Celles qui sont dans l'indigence, celles dont les antécédents auraient été l'objet de critiques ou de plaintes sérieuses, ainsi que les femmes connues sous le nom de *nourrices voyageuses,* doivent être repoussées. Chaque nourrice désignée par les médecins pour être envoyée au sous-inspecteur, doit être munie d'un certificat délivré par les autorités de sa commune, constatant qu'elle est de bonnes vie et mœurs, qu'elle a un berceau pour son nourrisson, qu'elle se trouve dans une position qui lui permet d'élever convenablement l'enfant qui pourra lui être confié, qu'elle a sevré son propre enfant, et qu'elle n'a pas d'autre nourrisson. La direction, au moment du départ des convois, adresse à chaque médecin des avis individuels pour les enfants qu'elle envoie dans leur circonscription. Ils doivent visiter attentivement ces enfants à l'arrivée du convoi, et constater sur les livrets, ainsi que sur un bulletin qu'ils rédigent immédiatement, l'état dans lequel se trouve chacun d'eux. Ils doivent revoir les enfants dans la première quinzaine de leur arrivée, les visiter ensuite régulièrement une fois au moins tous les mois et, autant qu'il est nécessaire, lorsqu'ils sont malades ou qu'il leur est survenu quelque accident; ils doivent constater ces visites par une inscription sur le livret de chaque enfant et par la production d'un bulletin contenant leurs observations, tant en ce qui touche la santé des enfants que celle des nourrices. Ils délivrent également, pour les enfants rappelés par la direction, des bulletins constatant leur état au moment du départ. Les enfants qui viennent à décéder sont aussi l'objet d'un bulletin spécial indiquant la maladie, où les circonstances à la suite desquelles le décès a eu lieu.

Je dois ajouter que les nourrices, avant d'être présentées à Paris, au libre choix des familles, sont l'objet d'un triple examen au point de vue de la santé et des qualités lactifères. Un premier examen est effectué dans la localité par le médecin chargé de les recruter; une contre-visite a lieu avant le départ, au chef-lieu de la circonscription; une troisième visite, enfin, est faite, à Paris, au chef-lieu de la direction, par un médecin des hôpitaux.

Quant aux enfants placés, ils doivent être visités, chaque année, six fois par le sous-inspecteur et douze fois, au moins, par le médecin de la circonscription; puis, à des intervalles plus ou moins éloignés, des inspecteurs s'assurent, au domicile des nourrices, dans des tournées non annoncées d'avance, que les enfants reçoivent les soins nécessaires.

Rien de pareil n'existe, il n'est pas besoin de le dire, pour les placements de nourrissons faits par l'intermédiaire des bureaux particuliers, qui ne font exercer non plus aucune surveillance administrative ou médicale sur les enfants. Quelques bureaux cependant indiquent aux familles des médecins qui consentent à traiter par abonnement, au prix de 1 fr. par mois payé par elles, les enfants qui leur seraient désignés. Mais, nulle part, il n'y a dans les vingt-sept départements où les bureaux particuliers recrutent leurs nourrices, rien qui ressemble à une organisation protectrice.

Voilà pour les garanties que présente le service de la direction des nourrices; suit l'énumération des avantages pécuniaires qu'elle offre aux familles et aux nourrices.

Voilà bien des avantages ajoutés aux garanties que nous avons indiquées plus haut! Eh bien, le croirait-on, la clientèle de la direction va s'amoindrissant! Autrefois, lorsque la population de Paris était de 7 à 800,000 âmes, la direction plaçait 10,000 enfants. Aujourd'hui, ses placements annuels atteignent à peine 2,000, et encore, sur ce nombre, n'y a-t-il que les trois quarts de placements volontaires, c'est-à-dire de ceux qui n'ont pas un secours pour origine.

Ces tristes résultats sont dus uniquement au système corrupteur des primes en argent offertes par les bureaux particuliers et acceptées, non-seulement par les sages-femmes, mais encore, je regrette d'avoir à le dire, par quelques médecins accoucheurs. Une misérable prime de 6 fr. pour les nourrices des campagnes, de 10 à 12 fr. pour les nourrices sur lieu, suffit pour assurer aux bureaux particuliers et détourner de la direction des placements où un certain nombre d'enfants au moins trouveraient de bons soins et probablement la vie.

Il me reste à examiner si, au point de vue vraiment pratique, un remède peut être apporté à la situation qui vous est signalée et qui excite, à bon droit, vos sympathies.

Dans cette question si grave, si délicate, on se trouve, il faut bien le reconnaître, entre deux extrémités également redoutables : laisser faire, c'est-à-dire ne rien faire, ou règlementer à outrance.

Si l'on recourt à ce dernier moyen, il faut obtenir une base légale qui manque aujourd'hui; et l'obtenir ne serait pas, croyez-le bien, chose facile.

D'ailleurs, le moment serait mal choisi pour faire une pareille tentative : tandis que nos voisins d'outre-Manche, dégoûtés des abus et de la stérilité du *local self government,* cherchent à se rapprocher de nos institutions en matière d'assistance et d'éducation populaire, nous tentons d'initier les départements, les communes et les individus eux-mêmes aux pratiques de la vie locale et en quelque sorte personnelle; nous cherchons à éparpiller sur tous les points du territoire, le mouvement vital trop concentré sur un seul point. Nous disons aux départements, aux communes : faites vos propres affaires, et aux citoyens : aidez-vous vous-mêmes. Dans ce cours des idées présentes, comment espérer que le législateur accepte la mission d'établir une réglementation absolument en désaccord avec les principes qui prévalent aujourd'hui?

D'ailleurs, messieurs, lorsque l'on aurait institué légalement pour la protection des enfants en bas âge une surveillance administrative et médicale, tout ne serait pas dit. La grande mortalité des nouveau-nés a des origines nombreuses et complexes. Si l'on peut lui assigner pour causes principales les mauvaises conditions dans lesquelles naissent beaucoup d'enfants de familles pauvres et, dans les villes surtout, une foule d'enfants naturels, l'absence fréquente dans le choix des nourrices des qualités requises, l'insuffisance ou la suppression presque immédiate de l'allaitement naturel, l'emploi du biberon et du petit pot pour la nourriture, l'ingestion prématurée d'aliments solides et souvent grossiers, elle est due aussi au mauvais choix des pays d'allaitement, aux préjugés locaux, au transport des enfants effectué sans les précautions convenables, à l'immobilité imposée aux nourrissons dans des berceaux humides et malpropres, au séjour dans des habitations mal aérées et froides, au manque de lumière et à la négligence des familles qui s'abstiennent de remplir le devoir sacré de surveiller leurs enfants, enfin aux dommages causés par l'irrégularité du payement des salaires dus aux nourrices qui proportionnent alors les soins donnés aux nouveau-nés, aux avantages qu'elles en retirent.

Mais, en présence d'un si grand mal, on est obsédé par la pensée de le voir durer et grandir encore.

Messieurs, croyez-le bien, pour qu'une solution pratique puisse être cherchée utilement, il faut que les faits apparaissent dans toute leur réalité. Or, remarquez-le, on n'a fait que lever un coin du voile qui cache le tableau; le mal est seulement entrevu; on n'en connaît bien ni l'étendue ni la profondeur.

C'est vers cette connaissance que doivent tendre toutes les investigations et tous nos vœux.

L'article 80 du code Napoléon fait une obligation aux officiers de l'état civil d'envoyer les actes de décès des nourrissons morts dans leurs communes, aux officiers de l'état civil de la résidence des parents. Cette formalité peut être le point de départ d'une statistique certaine de la mortalité des nouveau-nés envoyés en nourrice. Il suffirait que l'autorité supérieure voulût bien faire dresser exactement un tableau numérique et raisonné de ces décès, pour connaître au juste dans quelle mesure, sur toute l'étendue du territoire, l'industrie des nourrices contribue à la mortalité considérable qui sévit sur les jeunes enfants.

Cette recherche, messieurs, en entraînerait d'autres peut-être encore plus importantes.

Aujourd'hui, on ne saurait se le dissimuler, la population, cette première richesse des pays civilisés, cette première force des nations puissantes, diminue en France ou y reste stationnaire. Les mariages sont atteints dans leur fécondité. Autrefois, on comptait cinq enfants pour un mariage; au commencement de ce siècle, il naissait encore plus de quatre enfants (4,20) par union légitime. Aujourd'hui, c'est à peine si chaque mariage produit trois enfants dans la France entière, et à Paris, on ne compte qu'un peu plus de deux enfants par ménage. Mais ce n'est pas seulement dans cette situation sans remède que réside le danger. Parmi les enfants qui naissent et meurent bientôt, il en est un grand nombre qui vivraient si l'on pouvait parvenir à détruire les mauvaises habitudes et les mauvaises méthodes suivies, dans beaucoup de pays, pour l'éducation du premier âge, si l'on réussissait à faire disparaître les préjugés qui rendent stériles les meilleurs sentiments de famille, à faire pénétrer, en un mot, la lumière au sein des populations et pour un objet lié si étroitement à leur bonheur.

Cette tâche, avec l'aide du temps, n'a rien d'impossible, surtout si l'on sait clairement où porter ses efforts; elle est digne du gouvernement que préoccupe à bon droit le bien-être des masses et la grandeur de la nation. Une étude attentive et générale de la mortalité, pendant les trois premières années de la vie, entreprise avec le concours d'hommes instruits et compétents, éclairerait singulièrement la question et dissiperait les nuages dont elle est encore environnée.

Je pense donc que, sans recommander à l'avance aucun programme, l'Académie, en se plaçant au point de vue des intérêts de la santé et de l'hygiène publiques qu'elle a mission de défendre, doit se borner à signaler à l'autorité le mal qu'elle connaît et celui qu'elle soupçonne, et qu'elle doit abandonner à sa sagesse l'étude des moyens propres à y remédier.

C'est là, messieurs, ma conclusion.

— M. ROBINET s'excuse de prendre la parole après M. Husson qui vient de traiter d'une manière si remarquable la question. Il ne pourrait que donner une entière adhésion à tout ce que l'Académie vient d'entendre, mais il ne peut s'empêcher de faire remarquer l'appui qu'il a été heureux de trouver dans le discours de l'honorable directeur de l'Assistance publique, à ce qu'il a dit lui-même au début de cette discussion. Il persiste donc plus que jamais à penser que l'Académie n'a à faire ni un règlement, ce qui n'est pas d'ailleurs dans ses attributions, ni un projet de règlement qui serait tout aussi inopportun.

En effet, d'où vient le mal? c'est que l'on est assez en peine de savoir exactement, par une raison toute simple, c'est que les parties intéressées ne se plaignent pas. Dans les asiles, dans les écoles, dans les lycées, les enfants se plaignent, souvent injustement, mais on peut du moins apprécier les motifs de leur plainte. Mais ici, vous ne pouvez rien apprendre des souffrances que peuvent endurer les nourrissons, et il est probable que s'ils pouvaient se plaindre, vous apprendriez peut-être des choses dont vous êtes peut-être bien loin de vous douter.

Quant à tout ce qui a été fait en matière de réglementation, depuis les règlements du roi Jean jusqu'aux règlements de police actuels, tout cela est parfaitement inutile, et par une raison toute simple, c'est que ces règlements n'ont aucune sanction pénale; ils restent par conséquent parfaitement impuissants.

Un exemple, entre autres. Une nourrice avait une vache pour suppléer à l'insuffisance de son lait, elle vient à la perdre et elle ne la remplace pas. Que ferez-vous dans ce cas? La punirez-vous? La forcerez-vous à acheter une nouvelle vache ou à rendre son enfant? Vous ne pouvez absolument rien.

La surveillance dont on parle, est-elle plus facile à exercer? Vous donnez douze francs à un médecin pour surveiller un nourrisson pendant une année. Mais le médecin vit de son travail comme le prêtre de l'autel; et comment voulez-vous que pour une aussi modique somme un médecin donne son temps à une pareille surveillance? Cela n'est pas possible, et la surveillance n'a pas lieu.

Et les inspecteurs? Le médecin a, du moins, pour lui l'autorité et la considération dont il jouit; il peut à la rigueur faire accepter sa surveillance; mais l'inspecteur de l'adminstration, que fait-il et que peut-il faire? Rien.

M. Boudet a parlé de la Société protectrice de l'enfance. Je ne vois que cette institution qui puisse rendre quelques services. Et encore, combien ces services ne seront-ils pas restreints! Dans les villes, cela se pourra encore, mais dans les villages qui se chargera de la surveillance? Ce ne sera pas le maire assurément. Trouvera-t-on quelqu'un qui consente à remplir une pareille mission? et comment sera-t-elle acceptée?

M. Husson a énuméré les avantages du bureau des nourrices dirigé par son administration. J'ai été dans le temps, et dans une autre enceinte, un de ceux qui ont le plus énergiquement soutenu cette institution. Qu'est-il arrivé? Un de mes collègues est venu me combattre et soutenir l'idée qu'il fallait abolir tout monopole et faire concurrence à l'Assistance publique. Il a poussé de toutes ses forces à l'encouragement des petits bureaux. Je suis persuadé qu'il regrette aujourd'hui d'avoir encouragé ce genre de concurrence, dont vous venez de voir les funestes effets.

M. LE PRÉSIDENT. M. Blot était inscrit pour prendre la parole aujourd'hui; mais il est un peu souffrant. Il demande l'ajournement.

La discussion sera reprise dans la séance prochaine.

PRÉSENTATIONS.

Appareil vaporifère. — M. LEFEBVRE dépose sur le bureau un mémoire descriptif sur un nouvel appareil vaporifère portatif qu'il soumet à l'examen de l'Académie. Cet appareil est destiné à donner des bains de vapeur et des fumigations de tous genres aux malades sans les déranger, et par conséquent les faire souffrir, et sans qu'ils soient exposés au danger d'être refroidis par le contact de l'air extérieur.

Cet appareil a fonctionné aux Invalides, au Val-de-Grâce et à Saint-Louis.

Encéphalocèle. — M. BITTERLIN met sous les yeux de l'Académie le corps d'un enfant nouveau-né, dont il a été appelé à constater le décès, et qui présente un exemple remarquable d'encéphalocèle.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Putégnat, de Lunéville, nous écrit qu'il est le médecin dont le nom a été demandé et dont le mémoire a été couronné par la *Société centrale de médecine du Nord*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Concours de l'internat. Le sujet de la composition écrite a été: *veine porte; ascite.*

— Il résulte des renseignements officiels que l'épidémie de choléra qui avait atteint les villes de Lille, Roubaix et Valenciennes a cessé, et que Tourcoing en a été complétement préservé.

— A Bruxelles, l'épidémie semble maintenant toucher à sa fin. Dans la semaine dernière, le nombre des cholériques traités dans les deux hôpitaux de cette ville n'a plus été que de 58, dont 19 sont morts.

— Dans sa dernière séance du 10 octobre, la commission générale de l'Association des médecins du Rhône, consultée sur ce point par l'un de ses membres, a adopté à l'unanimité ce principe, d'ailleurs conforme aux usages autant qu'à l'équité, que le médecin qui a appelé en consultation l'un de ses confrères résidant dans la même ville, doit recevoir une rémunération égale à celle que reçoit ce confrère. La commission est aussi d'avis que, en se conduisant autrement, en demandant ou en acceptant une somme moindre, le médecin traitant ferait, sous prétexte de désintéressement, un acte contraire à l'esprit d'égalité devant le diplôme, qui est la meilleure garantie de la dignité médicale. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Le télégraphe transatlantique apporte à Paris une triste nouvelle. M. Daniel Braynard, de Chicago (Illinois), vient d'être emporté par le choléra au retour d'un voyage en France. Il professait la chirurgie au collége médical de Chicago, et faisait de fréquents voyages en Europe pour se tenir mieux au courant de tous les progrès de la science. Il était très-suivi des élèves qu'il attirait également par son habileté comme opérateur, et par sa parole élégante; en France, il s'était fait connaître par plusieurs mémoires: sur les injections iodées dans le spina-bifida, sur le curare (conjointement avec le prince Charles Bonaparte), sur la guérison des fractures non unies, au moyen de la perforation, etc.

C'était un homme de bien qui laissera un grand vide dans le milieu où il exerçait.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par M. A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Académie impériale de médecine. Quatorzième édition, revue, corrigée d'après le codex de 1866, augmentée de formules et de l'énumération des médicaments qui doivent se trouver dans toutes les pharmacies. Un vol. in-18 de 600 pages. Prix: 3 fr. 50. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Étude clinique sur le sarcocèle tuberculeux, par le docteur CASTIER. In-8° de 47 pages. Prix: 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 126. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 27 OCTOBRE 1866. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 OCTOBRE 1866.

L'école de Paris.

Nous n'aimons pas parler autour des choses, nous en tenir aux indications vagues, et nous sentir arrêtés tout à coup dès que nous voulons être plus explicités.

Aussi, n'aurions-nous pas parlé de l'enseignement médical, s'il était possible à la *Gazette* de voir soulever autour d'elle, sans en rien dire, des questions de principes qui l'intéressent plus que personne.

Ayant eu constamment pour but de refléter cette école de Paris qui, naguère encore, tous l'admettent, était la première du monde entier, la *Gazette des hôpitaux* doit toute sa prospérité à l'application des mêmes principes. Jamais une doctrine exclusive n'a dominé dans nos colonnes. Nous n'avons jamais demandé aux observateurs intelligents, aux savants sérieux, quelles étaient leurs croyances philosophiques, leurs sympathies ou leurs tendances.

Nous imitions en cela cette école, dont la gloire, incomparable dans notre siècle, est d'avoir eu, en même temps, des personnalités puissantes, soutenant les thèses les plus opposées.

Maintenant qu'une partie de ces grandes figures ne se voient plus dans les chaires de la Faculté, elles laissent après elles un tel vide, que tout le monde s'émeut et s'étonne.

Une Faculté qui vient de perdre plusieurs de ses membres illustres semble comme endormie; ces vieilles luttes qui faisaient sa vie se sont éteintes, les professeurs ne voient plus devant eux, à côté d'eux, ces adversaires dont les idées, contraires aux leurs, faisaient hésiter l'esprit des élèves; et cet effacement général fait désirer un changement qui puisse ramener les anciens jours.

On sait que nous n'avons pas le droit de discuter ici les circonstances ou les causes de ce que plusieurs journaux appellent cette décadence de la Faculté; nous ne pouvons non plus indiquer les moyens qui nous sembleraient les plus propres à y porter un prompt remède; d'ailleurs, sur le rétablissement de choses disparues, nous aurions les mêmes désirs qui ont été exprimés par d'autres.

Mais ce que nous ne saurions laisser dire sans protester de toutes nos forces; c'est que la Faculté de médecine de Paris pèche « en ce qu'elle ne présente dans son enseignement ni doctrine ni méthode générale; en ce qu'elle est livrée à l'anarchie des opinions individuelles. »

Nous ne demanderons pas, pour notre part, à M. Amédée Latour, « quelle doctrine et quelle méthode il ferait entrer à la Faculté si les clefs lui en étaient remises; » mais nous rappellerons au souvenir du savant rédacteur en chef que son vœu fut réalisé dans les époques de la décadence.

Il voudrait supprimer la lutte dans l'étude de la médecine: cette lutte n'existait plus après l'époque de Galien; et la science s'est dès lors tellement amoindrie, qu'on était bientôt réduit aux seuls manuels.

Oui, que les médecins s'unissent dans les questions de confraternité; qu'ils forment alors, s'il est possible, un seul cœur et un seul esprit; mais qu'ils ne se croient pas obligés à effacer toutes les parties saillantes de leur nature et de leur intelligence, pour recevoir une même empreinte.

Ce Galien, qui dominait avant l'invasion des barbares, reparut en maître dans les écoles pendant plusieurs siècles après la renaissance. Certes, ce fut un grand esprit. Anatomiste, vivisecteur, physiologiste, observateur et théoricien, de son temps il avait agi dans une lutte continuelle, il avait fait d'importantes découvertes, réalisé d'incontestables progrès, et beaucoup alors servi la science par son extrême activité. Malheureusement sa gloire écrasa ses rivaux; ses idées devinrent dominantes; on n'écouta plus que ses élèves; une science officielle se trouva constituée, et tout fut perdu.

Dans notre siècle, nous avons vu détruire, en médecine, bien des choses qu'on rétablira; certaines notions de thérapeutique sont à rapprendre tout entières; un novateur avait fait table rase de tout le passé bon ou mauvais: eh bien! quand la réaction est venue, quand on a cessé de croire aux idées de Broussais, sans avoir repris les anciennes; quand tous ces professeurs formés par le concours, au milieu d'un travail fiévreux, ont voulu chacun chercher sa voie, quelle brillante époque pour notre école!

On ne demandait point alors une unité qui eût empêché les élèves de se former comme ils le faisaient; qui eût remplacé des esprits libres, habitués à la réflexion par la nécessité de concilier ou de choisir, comme à l'observation par celle de comparer, qui les eût, dis-je, remplacés par des écoliers de collége, devenant, à force de mémoire, des reflets plus ou moins effacés des maîtres qu'ils ont entendus.

Que l'école de Montpellier se vante de son unité, qu'elle ait fait le reproche à celle de Paris d'être sans méthode et sans doctrine, on en souriait, il y a quelques années; mais que des journaux de Paris méconnaissent ce qui a fait la gloire de leur école, c'est ce que les professeurs encore vivants doivent difficilement comprendre. — Dr Victor Revillout.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Choléra.

Des rapports qui ont existé entre le choléra et les autres maladies. — Dans notre dernière revue, à propos du rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes et en particulier sur le choléra des mois d'août et de septembre dernier, nous annoncions que nous négligerions pour le moment, sauf à y revenir plus tard, tout ce qui avait trait aux maladies communes, pour ne nous occuper uniquement que du choléra, mais non sans faire remarquer toutefois l'intérêt qu'il pourrait y avoir à rapprocher de l'épidémie régnante les maladies communes ou intercurrentes qui ont pu en recevoir quelque influence ou avoir avec elle quelques liens ou quelques rapports étiologiques communs. Nous ne doutions pas, à ce moment, que l'étude de ces rapports avait effectivement sa place dans le travail de M. Besnier, soit que cette partie de sa lecture ait échappé à notre attention, ou qu'en réalité elle ait été omise ou réservée pour l'impression. Quoi qu'il en soit, nous trouvons dans le rapport imprimé, en tête d'un paragraphe, ce titre: *Rapports qui s'établissent entre le choléra et les autres maladies.* Le paragraphe est très-écourté malheureusement, faute de documents suffisants, comme on va le voir. Mais il n'en renferme pas moins un résultat général qui mérite d'être pris en considération.

Toutes les maladies aiguës ou chroniques, quelles qu'elles soient, dit M. Besnier, ont constitué une prédisposition non douteuse à l'invasion cholérique, et il n'en est aucune avec laquelle se soit montrée incompatible l'intoxication cholérique.

En première ligne viennent les affections dans lesquelles il existe de la diarrhée, la phthisie, la fièvre typhoïde; puis, sans que rien puisse en donner l'explication, la variole et le rhumatisme articulaire, les fièvres éruptives, les affections des voies respiratoires, etc.

Il ressort d'un tableau dressé d'après les renseignements fournis sur un total de 72 cas intérieurs, du service de M. Horteloup à l'Hôtel-Dieu, que le choléra s'est développé dans le cours d'affections très-diverses. On en jugera par la simple énumération suivante, qui donnera en même temps la proportion de fréquence pour chacune d'elles: phthisie, 14 fois; diarrhée, 10 fois; fièvre typhoïde, 10 fois; grossesse, accouchement et allaitement, 5 fois; embarras gastrique, rhumatisme articulaire, variole, pour chacune de ces affections, 3 fois; érysipèle, pneumonie, bronchite, colique de plomb, pelvi-péritonite, affection cardiaque, pour chacun, 2 fois; fièvre intermittente, paralysie syphilitique, hémiplégie, cancer utérin, blennorrhagie, phlegmon, carie osseuse, mal de Pott, chacun, une fois.

Les 72 cas relevés ont fourni 55 décès, proportion extrêmement considérable, comme on le voit, et qui montre combien est grande la léthalité de ces choléras secondaires. Elle a été, en particulier, de 10 sur 14 pour la phthisie, de 8 sur 10 pour la fièvre typhoïde, de 6 sur 10 pour la diarrhée, de 3 sur 3 pour l'embarras gastrique, le rhumatime articulaire, la variole, de 4 sur 5 pour les femmes grosses, accouchées ou nourrices, de 2 sur 2 pour la pneumonie et la bronchite.

Ces chiffres ne sont pas assez considérables, du reste, pour qu'il soit possible de fonder sur leur rapprochement un rapport de quelque valeur. Mais ils constituent un document qui aura son importance quand il pourra être complété par d'autres tableaux du même genre, qu'on ne manquera pas probablement de produire.

Grossesse. — Voici comment le rapport s'exprime sur l'influence de la grossesse.

Vous vous rappelez le triste tableau que j'ai eu à vous présenter déjà de l'influence de la grossesse sur la terminaison du choléra. Les relevés de M. Horteloup à l'Hôtel-Dieu avaient montré que sur 6 femmes récemment accouchées, 4 avaient guéri; tandis que sur 9 femmes enceintes, 8 avaient fait une fausse couche, 7 étaient mortes deux jours après. Une seule avait pu passer dans une salle d'accouchement après guérison, et elle y était accouchée d'un enfant bien portant. Cette effrayante léthalité du choléra chez les nouvelles accouchées, ou plutôt chez les femmes enceintes, avait paru à quelques-uns d'entre vous exceptionnelle, et en opposition avec l'observation antérieure. Il n'en est malheureusement pas ainsi: la grossesse a constitué, dans les précédentes épidémies, pour le choléra comme pour toutes affections graves, une complication souvent mortelle. Dans le mois suivant (août), M. Horteloup note encore, en ne tenant compte que des cas intérieurs: 2 femmes enceintes ayant succombé l'une sans fausse couche, l'autre quelques heures après l'avortement; 2 nouvelles accouchées et une nourrice, mortes également. A Saint-Louis, M. Guibout note la gravité du choléra dans l'état puerpéral; une de ses malades a succombé; une autre chez M. Bourdon, à la Maison de santé; une autre chez M. Woillez, à Cochin; chez M. Potain, à Necker, trois, l'une prise dans l'hôpital, les deux autres amenées du dehors; de ces dernières, l'une a avorté deux heures avant la mort; l'autre a succombé portant deux fœtus dans la cavité utérine. En septembre, les deux malades qui ont succombé à Saint-Louis, dans le service des femmes, étaient dans l'état puerpéral. Dans le même mois, à la Charité, une femme enceinte de huit mois et demi a succombé très-rapidement (en moins de vingt-quatre heures). Une autre femme, accouchée depuis quinze jours, a été prise, et est morte rapidement.

Je crois donc devoir répéter ce qui avait été exprimé dans mon précédent rapport, c'est-à-dire qu'en présence de cette mortalité si grande, ce sera dans les épidémies ultérieures un impérieux devoir ou de fermer aux femmes enceintes ou en couche les hôpitaux où l'on a reçu des cholériques, ou de refuser les cholériques dans les hôpitaux que l'on désignera pour recevoir les services d'accouchement.

Contagion; isolement. — Nous citons tout entière, sans en rien retrancher, la partie du rapport de M. Besnier qui a trait à la question de la contagion et de l'isolement des malades, ainsi que celle qui est relative à l'influence des conditions hygiéniques locales.

Il ressort d'un bon nombre d'observations faites par la plupart d'entre vous que les cholériques amenés à l'hôpital appartenaient très-souvent à des familles dont plusieurs membres avaient été atteints successivement ou simultanément. « Un nombre considérable des enfants amenés à l'hôpital, nous écrivait M. Chauffard pour le mois d'août, ont été frappés en même temps que leurs parents ou leurs frères et sœurs; plusieurs avaient perdu, la veille, leur mère ou leur père du choléra. » Dans ces conditions, il faut le dire, au milieu d'une épidémie en action, la contagion proprement dite ne peut être invoquée qu'avec réserve, puisqu'il s'agit d'individus non-seulement consanguins, mais encore soumis aux mêmes influences générales et spéciales. C'est dans cette pensée que M. Bergeron ne spécifie pas, dans ses relevés, la contagion comme cause du développement de la maladie dans ces circonstances, mais se borne à constater que, 23 fois sur 49, il y avait eu des cas multiples dans les logements habités par les petits malades.

Nous croyons devoir nous abstenir de traiter longuement cette question de la contagion: personne assurément ne nie aujourd'hui que le choléra ne puisse se transmettre de l'individu malade à l'individu sain; mais on ne saurait davantage contester que, le foyer épidémique une fois constitué, le développement de la maladie n'est plus subordonné à ce mode de transmission, et qu'il ne suffit plus d'un isolement plus ou moins complet pour mettre un terme aux progrès de l'épidémie. L'évolution du choléra dans un pays ou dans une ville, et même dans un hôpital, ne s'accomplit pas d'une manière aussi élémentaire, et si la contagion est un des modes de propagation du choléra, ce n'est pas le seul assurément, car il est insuffisant pour expliquer l'explosion, les exacerbations et la terminaison des épidémies cholériques. Voyez, par exemple,

pour rester étroitement enfermé dans notre cadre, ce qui se passe à l'hôpital Cochin pendant le mois d'août : « Les deux seuls cas intérieurs, nous dit M. Woillez, concernent deux infirmières couchant dans le même dortoir, et qui sont prises le même jour, sans que ni l'une ni l'autre fussent chargées de soigner les cholériques. L'une d'elles fut affectée d'emblée. » A l'hôpital de la Charité, les cas intérieurs sont partout disséminés : sur 7 cas développés en septembre, M. Isambert note que 2 venaient du service de M. Velpeau, 1 de son propre service, 1 de chez M. Pelletan, 1 de chez M. Bouillaud, 2 de chez M. Nonat. « Ce dernier service, ajoute M. Isambert, n'a donc pas été plus favorisé que les autres, malgré les fumigations chlorées que cet honorable médecin pratique sur une large échelle. »

Dans toutes les épidémies, le personnel des établissements hospitaliers a fourni un grand nombre de victimes : 97 décès en 1832 ; 147 en 1849 (par suite de l'épidémie spéciale de la Salpêtrière). En 1853-54, 28 morts ainsi répartis : 7 employés ou sous-employés, 3 religieuses, 14 infirmiers, 4 gens de service (Blondel, rapport cité). Pour la présente épidémie, le nombre des victimes ne paraît pas avoir diminué, malgré l'isolement des cholériques, et d'ailleurs il est extrêmement remarquable de voir que, parmi les personnes employées dans les hôpitaux qui sont atteintes, le plus grand nombre, non-seulement n'avaient pas donné des soins aux cholériques, mais encore n'avait eu avec eux aucun rapport direct.

Voyez, enfin, « à l'hôpital Lariboisière, où le système séparatif est complet, absolu, puisque les malades sont placés dans un pavillon tout à fait isolé des autres, le nombre des cas intérieurs s'élève néanmoins à plus de 20 p. 100 ; à l'hôpital Saint-Antoine, où le système n'a pu être appliqué que d'une manière très-incomplète, le nombre des cas intérieurs ne s'est élevé qu'à 2 p. 100. » (*Union méd.*, 18 septembre 1866.) Sur 67 cholériques hommes traités en août dans cet hôpital par MM. Mesnet et Lorain, il n'y avait aucun cas intérieur, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu, on compte 150 cas intérieurs sur 481 entrées, c'est-à-dire environ 30 p. 100. Cela ne veut pas dire assurément que le système séparatif ne soit excellente chose, et que ce n'est pas en partie à son adoption que l'on doive le très-petit nombre de cas intérieurs développés dans certains établissements, et notamment aux Enfants-Malades, à Necker, à Cochin et à Saint-Antoine, où cependant l'on reconnaît que l'isolement a été incomplet. Mais il est incontestable, au moins autant qu'il est actuellement possible d'en juger avec des documents incomplets, que l'épreuve reste douteuse, et qu'elle laisse une large place au doute et à la controverse. Ce sera le moment d'examiner, quand l'enquête ouverte en ce moment sera terminée, si la perturbation apportée dans quelques services, si l'effet moral désastreux produit chez beaucoup de sujets par la translation dans les salles de cholériques, si, enfin, diverses autres circonstances encore seront compensées par un abaissement notable du chiffre des cas intérieurs.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, l'isolement tel qu'il a été pratiqué n'en aura pas moins été une mesure de progrès, très-louable en elle-même, mais qui ne doit être considérée que comme un pas fait en attendant qu'on puisse pratiquement fermer aux hôpitaux généraux l'accès de tous les malades atteints d'affections contagieuses graves, telles que le choléra et la variole.

A Devillas, à l'hospice des Ménages, où il n'est pas entré de cholériques du dehors, il n'y a eu, durant toute l'épidémie, qu'un seul cas dans chacun de ces établissements. Le fait de Devillas est bien propre à montrer le développement spontané dans un établissement. « En effet, dit M. Férol, le seul cas de choléra qu'il y ait eu se déclara, le 7 août, chez un jeune homme de vingt-trois ans, cachectique, anémique, entré en février 1866, pour une spermatorrhée, convaincu d'onanisme, et ayant un peu d'albumine dans les urines, sans anasarque. »

A l'hospice des Ménages, le seul cas a été observé par M. Mauriac sur une femme qui a succombé au bout de douze heures. La cyanose, l'algidité et les crampes survinrent subitement après une diarrhée légère. Cette femme, ajoute M. Mauriac, n'était pas allée à Paris depuis longtemps ; ce n'était donc pas dans ce foyer qu'elle avait contracté la maladie. Elle était en rapports presque quotidiens avec les habitants du pays ; or, il n'y avait eu jusque-là que 3 cas de choléra : 1 près de l'hospice, et 2 autres sur le bord de la rivière, chez deux enfants très-jeunes qui étaient frères. Il est donc très-difficile, dans ce cas, de remonter à la source du mal. » D'après des renseignements qui me sont fournis, le 7 octobre, par M. Blachez, qui a suppléé M. Mauriac aux Ménages, ce cas de choléra est resté absolument unique, et l'on n'a eu à traiter qu'un certain nombre de cholérines qui ont cédé sans difficulté au traitement par le bismuth et par les opiacés.

A Sainte-Périne, les choses ne s'étaient pas passées aussi heureusement : en juillet, meurent la surveillante en chef, et l'infirmier qui lui avait donné des soins. En août, 6 pensionnaires succombent après avoir eu, durant quelques jours, avant le choléra confirmé, une diarrhée abondante, mais à ce point indolente, dit M. Laboulbène, « que les malades ne s'en préoccupaient pas, et en étaient même satisfaits comme d'une purgation douce et naturelle. »

Mais voici que la maison Chardon-Lagache, qui n'est séparée de Sainte-Périne que par un mur, et où les malades sont moins soignés, comme nourriture et comme aises de la vie, n'a rien eu que des diarrhées. Il est vrai, ajoute M. Laboulbène, que, dans cet établissement, on trouve une docilité aux prescriptions des médecins qui paraît faire souvent défaut aux pensionnaires de Sainte-Périne.

Dès le début de l'épidémie, dans les hospices où la maladie s'est développée sans qu'on puisse invoquer la contagion, on n'est parvenu à constater, malgré la plus scrupuleuse attention, aucun fait qui soit de nature à préciser le mode de transmission de la maladie. Aux Incurables (femmes), les 6 malades traités en juillet, par M. Raynaud, habitaient toutes des salles différentes, et même des pavillons éloignés les uns des autres, et aux Incurables (hommes), M. Archambault spécifiait qu'il n'avait pu saisir de preuve de contagion dans aucun cas, et il était impossible de ne pas se ranger à son avis en lisant sa communication.

Influence des conditions hygiéniques locales. — L'influence des mauvaises conditions d'hygiène locale est démontrée pour la présente épidémie comme pour les autres. A la Salpêtrière, par exemple, au moment où l'épidémie déclinait comme dans les autres établissements, on constata, fait savoir M. Simon, du 1er au 10 septembre, 31 cas, dont 27 dans le même corps de bâtiment. En recherchant la cause de cette localisation particulière, on reconnut l'existence, sur un des principaux paliers de cabinets d'aisances dont l'infection, habituelle il faut le dire, était aggravée par la rupture d'un conduit. Cette cause d'infection pouvait avoir d'autant plus d'action dans le cas particulier, dit M. Simon, que, malgré la défense faite aux vieilles femmes de prolonger leur séjour dans ces cabinets infects, un bon nombre d'entre elles s'obstinent à y séjourner des heures entières.

Ailleurs, ce sont des salles foncièrement placées dans de mauvaises conditions d'hygiène, qui fournissent le premier et le plus ample aliment de l'épidémie. « Sur 18 cas intérieurs développés en juillet, disait M. Moutard-Martin, 12 se sont développés dans la seule salle Sainte-Claire, que j'ai déjà signalée à l'administration dans la dernière épidémie pour son insalubrité, et dans laquelle se sont développés, en un seul jour, les 5 premiers cas observés à Beaujon. »

Il faut le dire, cependant, les meilleures conditions hygiéniques ne fournissent qu'une amélioration relative lorsqu'il s'agit de traiter des sujets déjà atteints. C'est ainsi que, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service des cholériques femmes, dirigé par M. Guibout, où l'administration a pu réunir les plus excellentes conditions, à savoir : une chambre spéciale affectée à chaque malade, dont les croisées, constamment ouvertes, ont une exposition excellente sur un grand jardin, en dehors de tout encombrement, la mortalité a encore été de 10 sur 24, nombre total.

Nous renvoyons pour tout ce qui a rapport au traitement à la Revue prochaine.

Acide acétique contre le cancer et le cancroïde.

Nous avons publié mardi dernier, sous toutes réserves, les faits annoncés à la Société pathologique de Londres. A ce sujet, on nous demande quelques renseignements afin d'instituer des expériences.

L'acide acétique, dont le docteur Moore s'est servi, était étendu de trois parties d'eau.

Pour le porter au milieu des tissus malades, il a été fait une seule ouverture extérieure, et la canule a été dirigée successivement en divers sens. Le docteur Broadbent suppose qu'il y aurait peut-être avantage à employer une dilution encore plus faible.

M. le docteur Guéniot, chirurgien des hôpitaux de Paris, a également employé l'acide acétique contre certaines tumeurs analogues ; mais il s'agissait de cancroïdes, et le procédé était différent.

Voici du reste la note qu'il nous adresse :

On a tant de fois préconisé contre le cancer des moyens prétendus héroïques et que la plus simple observation venait ensuite démontrer illusoires ; d'autre part, les industriels et les charlatans se sont tant efforcés de décevoir à leur profit et les médecins et les malades, qu'il est vraiment impossible aujourd'hui de toucher sans appréhension à ce point délicat de thérapeutique. Aussi, me serais-je scrupuleusement abstenu de publier cette note, si la *Gazette des hôpitaux*, en faisant l'exposé de quelques essais récemment tentés à Londres, ne lui avait donné une véritable opportunité.

Il y a quatre ou cinq mois déjà que, me fondant sur la facilité avec laquelle on peut détruire, au moyen de l'acide acétique, les productions épidermiques les plus communes, telles que les durillons, les cors, certaines formes de verrues, etc., j'avais eu la pensée d'appliquer cet agent à la cure des tumeurs épithéliales ou des cancroïdes. En expérimentant sur moi-même dans diverses conditions, j'avais été, en effet, vivement frappé de l'action désorganisatrice spéciale que l'acide semble exercer sur les masses épidermiques. Un succès constant avait suivi l'emploi de ce moyen et, en moins de quinze jours ou de trois semaines, la peau avait recouvré ses caractères normaux dans les points où existaient auparavant soit des indurations douloureuses. soit des productions saillantes plus douloureuses encore. Le même résultat avait été obtenu par d'autres personnes auxquelles j'avais fourni ces indications. D'ailleurs, l'effet particulier et bien connu des histologistes que produit l'acide acétique sur les cellules soumises à l'examen microscopique, venait encore fortifier cette idée de la possibilité d'une spécialité d'action dont jouirait ce liquide à l'égard du cancer épithélial. Les essais heureux du docteur Moore n'ayant pas encore été tentés ou n'étant point publiés, je ne pouvais, il est vrai, invoquer à l'appui de cette vue que les seuls faits dont j'avais été l'auteur ; mais les raisons analogiques dont je viens de parler me parurent plus que suffisantes pour m'autoriser à expérimenter un agent très-peu caustique, très-facile à manier et dépourvu de tout danger quand on se borne à son emploi extérieur.

Le 7 septembre dernier, pendant un intérim que je faisais à la Salpêtrière en remplacement de mon ami, le docteur Labbé, chirurgien de cet hospice, je trouvai enfin l'occasion d'appliquer cet acide au traitement d'une tumeur cancroïdale.

La malade était une femme de soixante-dix-neuf ans, la nommée G... (Marie), d'une assez forte constitution et offrant, malgré son grand âge, les apparences d'une santé très-satisfaisante. Elle portait sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, au niveau de l'extrémité inférieure du radius, une tumeur à développement rapide, formant sur la peau environnante restée saine un relief de quatre à cinq millimètres. De forme discoïde, large comme une pièce de un franc et recouverte d'un épiderme extrêmement mince, cette tumeur présentait une teinte violacée, une consistance demi-molle et une mobilité parfaite sur les tissus sous-cutanés. Une ponction exploratrice avec le bistouri me prouva qu'elle contenait des vaisseaux sanguins, tandis que l'examen microscopique d'une parcelle de sa substance, examen pratiqué par MM. Carville et Bouchard, vint confirmer le diagnostic clinique en démontrant qu'elle était de nature épithéliale. Cette tumeur n'exerçait d'ailleurs aucune influence apparente sur l'état général ; mais la douleur dont elle était le siége, quoique très-supportable, s'étendait parfois à tout l'avant-bras, et ne laissait pas que de préoccuper vivement la malade.

C'est dans ces conditions que j'appliquai sur la tumeur de l'acide acétique pur (c'est-à-dire l'acide cristallisable), acide non dilué que je tins au contact des parties, pendant quatre ou cinq minutes, au moyen d'un pinceau de charpie ; après quoi, cataplasme jusqu'au lendemain.

Le 8 septembre, l'épiderme qui recouve la tumeur a été vivement attaqué ; il semble détruit et la tumeur, dépolie à sa surface, est comme dépouillée quoique non saignante. La peau saine qui entoure sa base forme une petite zone colorée en rose. La douleur résultant de l'application du liquide a été très-faible et a consisté en une sorte de fourmillement, difficile à distinguer des fourmillements douloureux dont la tumeur est habituellement le siége. Afin de tenir d'une façon plus persistante le caustique en contact avec la tumeur, et de modifier cette dernière plus profondément, je mêle une petite quantité d'acide à une poudre composée de tan, safran et lycopode, de manière à constituer une pâte jaune et d'odeur agréable, dont j'applique une couche de deux millimètres d'épaisseur sur toute la surface du mal.

Le 9 septembre, le résultat produit par la pâte acéto-tannique est des plus remarquables : toute la portion superficielle de la tumeur, jusqu'à deux ou trois millimètres de profondeur, est desséchée, flétrie, comme tannée, jaunâtre et friable. Elle se laisse entamer avec une spatule, et se réduit en poudre sous la pression, presque à la manière d'un sel déliquescent. Elle est évidemment frappée de mort dans une grande partie de son étendue. Cependant le cercle rosé qui l'entoure n'a pas augmenté ; mais les douleurs, quoique très-supportables, ont été plus fortes que la veille, et se sont fait sentir beaucoup plus longtemps soit dans la tumeur, soit dans l'avant-bras.

Le 10 septembre, bien que je n'aie pas répété hier l'application du caustique, il s'est produit encore, pendant quelques heures, de la cuisson et des picotements incommodes dans la tumeur. Celle-ci offre maintenant une teinte brun grisâtre, livide, qui annonce sa complète mortification. Le cercle rosé qui entoure la base de la tumeur n'a pas augmenté d'étendue, et la peau qui le supporte n'offre ni douleur ni tuméfaction.

Pendant les jours suivants, j'enlevai successivement une bonne partie de la tumeur, qui se laissait diviser comme la chair cassante de certains champignons. Puis, le 15 septembre, je quittai l'hôpital, et la malade sortit de l'infirmerie par suite de réparation dans les salles. Mais M. Carville, interne du service, a bien voulu suivre la malade et me renseigner sur les résultats de la médication.

Toute la tumeur, comme momifiée, se détacha au bout de quelques jours ; mais au centre de sa surface d'implantation, se remarquait une petite tumeur naissante, qui offrait les mêmes caractères que la tumeur primitive. S'agissait-il d'une récidive immédiate ou simplement d'une parcelle du produit échappée à l'action de l'acide ? C'est ce que je ne puis dire. Toujours est-il que, le 8 octobre dernier, je visitai la malade avec M. Carville, et nous trouvâmes la nouvelle tumeur d'un volume moitié moindre que celui de la première, avec des téguments souples, non douloureux et d'une teinte rosée sur les points mêmes qui avaient été primitivement envahis. Cette réparation de la peau, après l'emploi de l'acide acétique, était très-remarquable et ressemblait, d'ailleurs, de tout point à celle qu'on observe après la chute des productions épidermiques non vasculaires, qui ont été détruites par le même agent.

Dans un second fait, suivi cette fois d'un succès sensiblement complet, il s'agissait également d'une vieille femme de la Salpêtrière, la nommée D... (Nicole), qui portait deux tumeurs épithéliales dont l'une, peu gênante et du volume d'un pois, siégeait à la face, au-dessous et en dehors de l'aile droite du

nez, et dont l'autre, fort douloureuse, et grosse comme une aveline, se trouvait sur la face dorsale de la main droite. Les caractères cliniques et l'examen microscopique de ces deux tumeurs ne laissaient aucun doute sur leur nature épithéliale.

Celle de la main, la seule que j'aie sérieusement attaquée par l'acide et dont par conséquent je doive parler, présentait à sa base des veines très-volumineuses et se trouvait dans un état habituel d'inflammation qui la rendait extrêmement douloureuse. Ces particularités, jointes à la sécheresse et à la minceur de la peau environnante, ne permettaient pas de songer au bistouri pour l'ablation de la tumeur, et, cependant, les souffrances de la malade indiquaient bien l'utilité de sa destruction.

Je recourus en conséquence, le 10 septembre, à l'emploi de l'acide acétique, et, après une série d'applications de cet agent, la tumeur se détruisit peu à peu en même temps que la peau sous-jacente se reconstituait et que les énormes veines, constatées au début, revenaient à un calibre normal. Bien que l'usage du caustique ait été abandonné un peu prématurément, lorsque le 8 octobre je revis la malade avec M. Carville, la tumeur avait complétement disparu ainsi que les douleurs qui l'accompagnaient, et la peau avait recouvré ses caractères normaux, c'est-à-dire sa souplesse, sa mobilité, sa consistance, etc. Cependant, en saisissant celle-ci entre les doigts, on percevait encore un petit noyau que la pression rendait douloureux, mais qu'il était visiblement facile de détruire par une nouvelle application d'acide. La malade, très-heureuse du résultat, demandait avec instance que nous fissions disparaître, de la même manière, la petite tumeur qui lui restait au visage.

En résumé, que conclure de ces faits? Le premier est incomplet; le succès, que j'avais d'abord cru presque assuré, reste évidemment douteux, quoique j'aie la conviction, d'après les effets obtenus, qu'il serait facile de triompher de la tumeur renaissante. Mais conviction n'est pas certitude. Quant au second, il me paraît fort remarquable et des plus encourageants. Il est très-certain que, dans ce cas, la malade a bénéficié de l'emploi du caustique acétique, et je ne puis, à cet égard, que conseiller son usage en semblable circonstance.

Suit-il de là, comme le feraient pressentir les succès annoncés par les docteurs Moore et Power, que l'acide acétique soit un agent spécifique de destruction du cancer? C'est ici qu'il importe essentiellement de distinguer. Que cet acide ait une action désorganisatrice remarquable sur les productions épithéliales non vasculaires, comme les durillons, les cors, certaines saillies verruqueuses, etc.; cela ne me paraît pas douteux, et je crois en avoir des preuves suffisantes. Mais ces productions ne sont point des cancers. Que cette action destructive spéciale s'exerce avec la même efficacité sur d'autres tumeurs épithéliales plus vivaces, et appartenant cette fois à la famille des cancers, comme celles que j'ai décrites plus haut, comme le cancroïde des lèvres, etc.; c'est encore ce que j'incline à penser, d'après mes propres observations et celles des médecins anglais. Mais qu'il en soit de même pour les formes squirrheuse, encéphaloïde, fibro-plastique ou autre, c'est ce qui me paraît peu probable et reste, en tout cas, complétement à démontrer. D'ailleurs, qu'on injecte dans les tumeurs l'acide dilué, à la manière du docteur Broadbent, ou qu'on l'emploie concentré et sous forme de pâte, comme je l'ai fait moi-même, ces essais n'en méritent pas moins assurément d'être répétés avec la prudence que requièrent des tentatives de ce genre; c'est la dernière conclusion que je voulais déduire du contenu de cette note.

On le voit, il s'agit ici d'une méthode tout autre que celle des médecins anglais. Aussi, c'est tout au plus s'il est permis de dire que les faits cités par ces derniers, et spécialement par le docteur Moore, viennent à l'appui des conclusions de M. Guéniot, sur la destruction des cancroïdes.

Je rapprocherais plutôt l'action de l'acide acétique, employé comme il le fait, de celle de l'acide citrique, si admirablement avantageuse dans la diphthérie, quand on peut porter le jus de citron sur les points malades, et l'y renouveler constamment.

EXPÉRIENCES PROPRES A FAIRE CONNAITRE le moment ou fonctionne la rate,

Par MM. Estor et Camille Saintpierre, agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier.

Pour bien connaître un organe et les fonctions qu'il doit remplir, il importe de l'étudier à l'état de repos et à l'état d'activité fonctionnelle. C'est ce qu'on n'a pas fait pour la rate, dont la physiologie est restée si obscure. Il est vrai qu'il existait un désideratum d'une grande importance, celui de savoir à quel moment la rate fonctionne : les expériences de MM. Estor et Saintpierre ont eu pour objet de combler cette lacune.

Nos confrères sont partis de ce fait, établi expérimentalement par M. Claude Bernard, que le fonctionnement des glandes coïncide avec une accélération du cours du sang. Le sang d'une glande qui fonctionne est plus rutilant où, si l'on aime mieux, contient plus d'oxygène que le sang de cette même glande à l'état de repos. Ainsi pour le rein, tandis que sur 100 volumes de sang, le sang artériel aortique contenait 17 vol.,44 d'oxygène, M. Claude Bernard a trouvé dans le sang veineux rénal rouge, c'est-à-dire pendant la sécrétion urinaire, 16 volumes d'oxygène, et dans le sang veineux rénal noir, c'est-à-dire à l'état de repos de la glande, 6 vol.,44 d'oxygène.

MM. Estor et Saintpierre ont renouvelé ces expériences et ont trouvé les mêmes résultats. Ils ont fait voir en outre, dans un précédent travail, qu'il en est de même pour les organes enflammés : le sang veineux de parties qui sont le siége d'une inflammation peut être deux fois plus riche en oxygène que le sang veineux des parties saines correspondantes.

Lorsque l'enchaînement constant de deux phénomènes a été démontré, on peut conclure réciproquement de l'un à l'autre ; ainsi il résulte des faits précédents que lorsque le sang d'une glande sera trouvé rutilant ou riche, dans de certaines proportions, en oxygène, on sera autorisé à conclure que cette glande est à l'état d'activité fonctionnelle. Tel est le principe qui a servi de base aux expériences de MM. Estor et Saintpierre. Ces honorables confrères ont déterminé sur des chiens bien portants, bien nourris, tantôt en digestion, tantôt à jeun, la proportion d'oxygène des vaisseaux spléniques. Leurs expériences, au nombre de dix, les ont conduits à des résultats très-peu différents les uns des autres, et dont la moyenne est exprimée par les chiffres suivants : sur 100 volumes du sang des vaisseaux spléniques, le sang artériel contenait en volume 14,38 d'oxygène, et le sang veineux 11,53 quand l'animal était à jeun, et 5,70 quand l'animal était en digestion. Ainsi, tandis que le sang artériel conserve une proportion à peu près constante d'oxygène, le sang veineux contient deux fois plus d'oxygène dans la période d'abstinence que dans la période de digestion ; de ce fait, et du principe émis plus haut, MM. Estor et Saintpierre concluent que la rate fonctionne pendant l'abstinence, et par suite qu'elle alterne avec l'estomac.

(*Jour. de l'anat. et phys.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action du citrate de caféine.

A la clinique du professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg), se présenta un homme atteint de néphrite parenchymateuse avec hypertrophie du cœur. L'urine était sécrétée en petite quantité ; les contractions du cœur étaient faibles. On essaya alors le citrate de caféine, dont on donna toutes les deux heures un quart de grain ou 15 centigrammes dans la journée. L'usage en fut continué pendant 16 jours. Le malade rendit le premier jour le double d'urine; cette quantité fut portée au quadruple le lendemain et se maintint ainsi pendant quelque temps au même degré. Le besoin d'uriner se fit sentir plus souvent, et dura pendant tout le temps de l'administration du citrate. L'excrétion était accompagnée d'un sentiment de brûlure dans le canal. De plus, le malade, qui était constipé, eut des selles molles, puis des selles liquides, quatre ou cinq dans la journée. L'état général s'améliora, l'œdème diminua. La quantité d'urine devint de moins en moins abondante, malgré l'augmentation de la dose, et baissa même au-dessous du chiffre du début. Enfin le malade vit empirer son état.

Pendant tout le temps que dura l'administration du citrate, le pouls battit plus lentement, les contractions cardiaques furent plus fortes.

La caféine présente donc de l'analogie avec la digitale, dont l'action diurétique dépend de l'augmentation de contraction du cœur.

M. Koschlakoff tire du fait précédent les conclusions suivantes :

1° Le citrate de caféine fut, dans le cas actuel, un laxatif et un diurétique ;

2° Son action diurétique dépend de l'augmentation de la pression artérielle;

3° Sous l'influence de la caféine, les contractions cardiaques sont plus rares ;

4° Elle augmente rapidement la quantité de l'urine.

(*Gaz. méd. de Strasbourg*, août 1866.)

Formule pour l'administration de l'essence de térébenthine.

L'essence de térébenthine est un médicament d'une administration difficile. Les potions dans lesquelles on essaye de l'incorporer sont d'une saveur détestable; les capsules dans lesquelles on l'emploie ont l'inconvénient de la porter à l'état de pureté en contact avec les parois de l'estomac, d'où résultent une irritation plus ou moins vive et des régurgitations extrêmement désagréables.

M. Danneey a songé à lui donner la forme pilulaire en l'associant à la cire ; voici la formule qu'il conseille :

Essence de térébenthine. . } āā parties égales.
Cire blanche . . . . . . }

Faites fondre à une douce chaleur, laissez refroidir, ajoutez

Sucre blanc pulvérisé. . . . . q. s.

Divisez en pilules dont chacune devra contenir 2 décigrammes d'essence.

(*Journal de médecine de Bordeaux*).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Fracture oblique des deux fémurs. — Complication de plaie du côté gauche, produite par l'issue d'un des fragments. — Fracture compliquée du maxillaire inférieur. — Commotion cérébrale. — Cachexie scorbutique, ramollissement du cal à gauche. — Élimination d'une esquille. — Guérison. — Difformité, raccourcissement et claudication pour ainsi dire nuls, par le docteur Herbecq, *médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bayonne.*

Dans la nuit du 20 février 1865, le caporal B..., du 93e de ligne, rentrant à la caserne du Château-Neuf dans un état d'ivresse, s'était égaré dans une chambre du second étage. Sa présence parut suspecte aux hommes qui y étaient couchés; ils voulurent l'arrêter; mais le caporal en leur échappant se précipita par la fenêtre et tomba sur le pavé de la cour.

Informé de l'accident, je me rendis à l'hôpital où le blessé venait d'être transporté par les soins des médecins du corps, MM. les docteurs Nogués et Mercadier.

Le caporal B... a vingt-quatre ans; il est de taille moyenne, fort bien musclé et d'un tempérament lymphatique.

Je le trouve sans connaissance, ne présentant qu'une sensibilité très-obtuse, ce que j'attribue à son état d'ivresse, mais surtout à la commotion cérébrale résultant de la chute qu'il vient de faire. Le pouls est déprimé; il y a tendance au refroidissement.

Mes collègues et moi constatons :

1° Du sang s'écoule de la bouche et d'une plaie située au-dessous du menton ; il existe une fracture du maxillaire au niveau de la symphyse. Le doigt peut pénétrer jusqu'à cette fracture, soit à travers la gencive, soit par la plaie ; il y constate des esquilles et des fragments de dents brisées. Plusieurs petites molaires sont arrachées ou cassées, les incisives plus ou moins ébranlées. Il semble qu'il existe de la crépitation au niveau du col de la branche montante du maxillaire à droite ; mais la fracture, en ce point, n'a jamais été bien constatée.

2° Il s'écoule du sang par le conduit auditif droit, mais on ne peut en découvrir la source.

3° Les cuisses sont déformées, leur raccourcissement est évident ; il est facile de reconnaître la fracture des deux fémurs un peu au-dessous de leur milieu. Elle doit être oblique à cause du chevauchement considérable des fragments qui font saillie, pendant que les pieds retombent en dehors. Ce déplacement se reproduit dès que les parties cessent d'être maintenues.

A droite : la fracture est simple ; elle me paraît avoir sa direction de haut en bas et de dedans en dehors. L'extrémité du fragment supérieur se sent à la face externe du membre. Les téguments sont intacts.

A gauche ; la fracture me paraît s'être faite de haut en bas et d'arrière en avant. En effet, il existe à la face antérieure de la cuisse, une plaie qui résulte clairement de l'issue d'un des fragments; et la direction de la plaie me porte à croire que le fragment supérieur à traversé la peau au moment de la chute. Le doigt introduit dans la plaie ne peut atteindre le foyer de la fracture, et ne sent point d'esquilles. Cette recherche est faite avec ménagement.

4° Il n'existe aucune autre lésion.

Pansement : les plaies étant débarrassées du sang et des corps étrangers qu'elles contiennent, une fronde est appliquée au menton.

Pour les membres inférieurs, je construis, à l'aide de draps et de traversins, un double plan incliné sur lequel les genoux se trouvent fléchis. Le plein d'un drap plié selon sa longueur est placé au devant des jambes, comme moyen d'extension ; ses extrémités sont fixées au lit. La contre-extension est produite par le poids du corps. Le lieu des fractures est enveloppé de compresses froides. Boissons aromatiques chaudes. Le pouls se relève.

Le 21 février, le malade supporte bien sa position ; intelligence plus nette, réaction modérée. Une planche assez large est interposée entre la paillasse et le matelas.

Je fais construire une boite de Baudens à deux compartiments, de telle façon que le siège soit placé à l'aise dans l'évasement compris entre les deux plans latéraux qui s'élèvent jusqu'aux crêtes iliaques.

Je l'applique trente-six heures après l'accident. Le système de déligation est le même que celui qui a été décrit par l'habile chirurgien du Val-de-Grâce, avec la différence que chacun des liens de la contre-extension va s'attacher au montant de la tête du lit. Le plan du lit incline des pieds vers la tête pour éviter que le poids du corps ne vienne agir dans le sens du chevauchement, et pour favoriser la contre-extension. Continuation des applications froides sur les cuisses.

Pour maintenir les fragments du maxillaire, j'ai recours à un fil de platine embrassant les incisives médianes; il est renforcé par un fil de soie qui relie les quatre incisives : les dents de gauche plus fortement ébranlées tombèrent plus tard. La fronde du menton, renouvelée à chaque pansement, complète la contention. Sauf une esquille qui fut éliminée consécutivement par la plaie située sous la symphyse, le travail de réparation a marché régulièrement et s'est terminé en six semaines, sans autre difformité qu'un peu de retrait du menton, résultat inévitable de la perte de substance. — Les aliments ont été aussi substantiels que possible, on les a administrés par le vide qu'a occasionné la perte des molaires et des canines.

Est-ce à l'issue facile du pus par la plaie que le blessé doit de n'avoir éprouvé aucun des accidents d'infection putride à craindre en pareil cas? (Richet. — Baron Larrey, Société impériale de chirurgie, séance du 27 septembre 1865.) — Dupuytren conseillait, quand il n'y avait pas de plaie extérieure, de faire une contre-ouverture dans la région sus-hyoïdienne.

Dans les jours qui suivent l'accident, la face est tuméfiée et ecchymosée, les paupières en particulier. Ces signes d'une abondante extravasation sanguine ne se dissipent qu'avec lenteur.

Aux membres inférieurs, lorsque je cesse les irrigations froides, je remplace les lacs coapteurs de Baudens par un bandage de Scultet, dans l'espoir qu'une compression méthodique ainsi exercée s'opposera plus efficacement à l'action musculaire et assurera mieux la coaptation.

Je ménage une ouverture en face de la plaie, et j'en double le pourtour avec un tissu imperméable. — Ces bandages sont réappliqués au fur et à mesure du retrait des parties molles. — L'extension et la contre-extension sont maintenues dans un juste degré d'efficacité. — L'état général est l'objet d'une surveillance attentive, ainsi que les mouvements du blessé, et en particulier ceux auxquels il est obligé de se livrer pour satisfaire aux besoins d'exonération.

Résumé de l'état du blessé, six semaines après l'accident :

État général bon; — fracture du maxillaire consolidée, plaie du menton presque complétement cicatrisée. — Le blessé peut soulever ses membres inférieurs au-dessus du plan du lit; les cuisses ont à peu près la même longueur et ne présentent pas de difformité. En promenant les doigts sur la cuisse droite, on sent la saillie du fragment supérieur. — A gauche on perçoit une induration des tissus profonds qui font corps avec le cal. La plaie ne fournit plus qu'une goutte de sérosité par vingt-quatre heures.

Il me semblait que le moment arrivait de rendre un peu de liberté

aux membres inférieurs; car immobiliser trop longtemps le blessé, n'était-ce pas faire souffrir sa nutrition?

M. le Dr Maupin, médecin principal de 1re classe, reprend le service de chirurgie. A la boîte double à fracture de cuisse il substitue, pour chaque membre, une boîte à fracture de jambe de Baudens qui doit servir à continuer l'extension, tandis que les cuisses demeurées libres sont légèrement fléchies vers le bassin. La contre-extension se fait encore de la racine des cuisses à la tête du lit.

Rien à noter pendant trois semaines. A cette époque le foyer de la fracture à gauche devient le siége d'un travail d'élimination. Une incision donne issue à une esquille de trois centimètres de long sur un de large, taillée en biseau et attribuée par M. le Dr Maupin au fragment inférieur. Le travail de réparation reprend son cours

Le 10 mai.— Près de quatre-vingts jours se sont écoulés depuis l'accident. Les membres inférieurs sont rendus à la liberté; ils sont amaigris comme le reste du corps. Le malade présente quelques symptômes de scorbut.

Le 26. — Les symptômes du scorbut sont plus marqués. La figure est pâle et amaigrie, l'appétit s'est perdu. Les cicatrices de deux petites plaies produites au cou-de-pied gauche sont violacées; elles se rompent et laissent échapper en abondance du pus séro-sanguinolent. La plaie par laquelle a eté extraite l'esquille secondaire fournissait à peine quelques gouttes de pus; elle a pris une teinte blafarde et verse depuis quelques jours des flots de pus mal lié. — Le cal est ramolli au point de permettre au membre de s'infléchir en arrière quand le malade veut se soulever; il est douloureux. —Après chaque pansement, le membre est immobilisé dans la position horizontale à l'aide de trois attelles bien ouatées, l'une postérieure dépassant le jarret de quatre travers de doigt, les deux autres latérales.

Le 5 juin. — Amélioration de l'état général. La plaie de la cuisse fournit moins de pus et il est d'un meilleur aspect. Le cal est moins sensible, il est toujours peu résistant.

Le 20. — Plus de traces de suppuration; le blessé peut lever le membre sans douleur et sans que la moindre hésitation soit remarquée dans la tige osseuse; la douleur du cal, spontanée ou provoquée. a disparu. La pâleur du malade, l'aspect violacé des cicatrices persistent.

Le 23. — Amélioration générale.

Le 23 juillet. — État général satisfaisant : le malade se promène depuis quelques jours à l'aide de béquilles. Pas de douleurs dans le membre droit, les mouvements la réveillent dans le cal à gauche, mais ils cessent dès que le membre est au repos.

Aucun incident ne vient plus entraver la guérison, et le caporal B.... qui ne se sert plus que d'une canne, quitte l'hôpital le 12 septembre pour rentrer à son corps en garnison à Lorient. — Il y est resté sans présenter aucun accident jusqu'au moment où il a été envoyé à Baréges pour y faire usage des eaux, du 1er juin au 9 juillet 1866.

Mon collègue et ami le Dr Noguès, médecin major de 1re classe du 93e d'infanterie, m'a fourni les renseignements suivants qu'il a recueillis sur le caporal B.... à sa rentrée des eaux :

« Paris, le 27 juillet 1866.

« La mâchoire fonctionne bien. Les dents absentes sont : à droite, les petites molaires et la canine dont il ne reste plus que la racine. Les incisives existent. A gauche, il manque les deux incisives, la canine et les petites molaires dont une seulement a conservé sa racine; dans la mastication, les grosses molaires qui sont intactes et au complet se correspondent bien. Le menton est un peu devié à gauche; la joue droite un peu plus creuse.

« 2° La taille portée sur le livret du caporal B.... au moment de son incorporation est de 1m600mm. Je viens de le toiser moi-même et je trouve exactement la même taille. Son accident lui a fait perdre exactement tout ce qu'il avait dû gagner en croissance depuis son arrivée au service; mais comme il n'a été toisé qu'à son arrivée au corps, il est impossible de déterminer la quotité de cette perte. — Le raccourcissement est à gauche d'un centimètre plus fort qu'à droite; je viens de m'en assurer par plusieurs mensurations comparatives. — C'est à gauche qu'il y avait une plaie par laquelle est sortie une esquille consécutive.

« 3° La courbure des cuisses chez tous les hommes, un peu plus chez ceux qui sont petits et trapus, présente un certain degré de convexité en avant et en dehors. La convexité en dehors est exagérée chez le caporal B...., surtout à la cuisse gauche. La cicatrice ne paraît pas adhérer à l'os. Le cal de ce côté paraît plus volumineux.

« 4° Ce n'est que rarement, dans les brusques changements de temps, surtout quand l'hygrométrie de l'atmosphère devient plus prononcée, que B.... ressent de la douleur au siege de la fracture du membre gauche.

« 5° La marche est facile, la claudication très-légère, il faut de l'attention pour la reconnaître. Elle ne saurait être attribuée à la douleur qui n'existe qu'exceptionnellement; elle doit reconnaître pour cause l'inégalité des deux membres et la roideur des articulations.

« 6° Le caporal B.... éprouve une gêne très-grande à prendre la position accroupie; le tronc ne se fléchit sur les cuisses, et celles-ci ne se fléchissent sur les jambes que d'une manière très-incomplète.

« L'état des muscles qui ont été déchirés lors de l'accident, puis englobés par le cal lorsqu'il a réuni les fragments chevauchant l'un sur l'autre, ne doit pas leur permettre de s'allonger comme ils le faisaient dans leur intégrité. Il n'y a pas rétraction musculaire, mais solution de continuité et perte de substance.

« Ne serait-ce pas la cause de cette gêne au moins autant que la raideur articulaire?

« 7° L'état général de B.... est excellent. Les eaux ont produit un très-bon effet, surtout en amoindrissant de beaucoup les raideurs articulaires, qui me paraissent avoir chance de disparaître complétement après une seconde saison à Baréges.

« 8° Le caporal B.... pourrait très-bien continuer un service sédentaire; mais comme il lui serait impossible de satisfaire à toutes les exigences du service actif, il va être proposé pour la réforme. »

Les renseignements confirment l'espoir que nous avions fondé sur la parfaite guérison du blessé à sa sortie de l'hopital militaire de Bayonne : elle a été constatée par le conseil de santé des armées auquel le caporal B.... a été présenté par le docteur Nogués.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

6. De la métrite granuleuse du col utérin et d'un nouveau mode de traitement par l'acide chlorhydrique et le sous-nitrate de bismuth, par M. Amédée Cailleux.

7. De la tumeur lacrymale et de son traitement, par M. Prosper-Léopold Calmels.

8. Recherches sur l'altération sénile de la prostate et sur les valvules du col de la vessie, par M. C.-M. Timoléon Dodeuil.

9. De l'ophthalmie purulente en général, au point de vue des complications et du traitement, par M. Auguste Gaché.

10. Blessures de l'appareil cristallinien, par M. Léon-Victor Amalric.

11. Des corps étrangers pénétrant dans le globe de l'œil, par M. Édouard Legoux.

12. De l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire, par M. Marcelino Agüello.

13. Essai sur le rôle social de la médecine, par M. Mathieu Vielle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine aura lieu le 3 novembre.

— Le jury du concours, pour les prix de l'internat, vient d'être arrêté de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Archambault, Monneret, Parrot, Marjolin, Liégeois.

Juges suppléants : MM. Vigla, de Saint-Germain.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rault, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Brieuc, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

— La Société médicale du Panthéon, qui prend désormais le titre de *Société scientifique du Panthéon médical de Paris,* tiendra sa prochaine séance de rentrée mercredi, 31 octobre, à huit heures précises du soir, dans le local ordinaire de ses séances, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 20. Voici son ordre du jour :

1° De la ponction prostatique contre la dysurie, par M. le docteur Dupré;

2° Caractères anatomiques et diagnostic de quelques formes nouvelles de phlegmasies péri-utérines, par M. le docteur Anger, prosecteur des hôpitaux de Paris;

3° Nouvelles modifications au procédé opératoire de l'accouchement prématuré, par M. le docteur Mattei;

4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

5° Souvenir de la flore médicale de Maisons-Laffite et de sa ceinture de forêts, par M. F. Plée, naturaliste.

— M. le docteur Mallez recommencera son cours clinique des maladies des *voies urinaires,* le mercredi 31 octobre, à onze heures, 1, rue Christine, et il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Le cours comprend l'examen microscopique des urines.

Traité de la dyspepsie, basé sur l'étude physiologique et clinique, par J. J. Guipon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, lauréat du Val-de-Grâce et de l'Académie impériale de medecine, médecin en chef des hôpitaux de Laon, etc. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine. Un vol. in-8° de xij et 456 pages. Prix : 7 fr. — Paris, 1866, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 127. — MARDI 30 OCTOBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 30 OCTOBRE 1866. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — ÉCOLE PRATIQUE. La paralysie générale, étudiée au point de vue médico-légal. — Bubon syphilitique. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

PARIS, LE 29 OCTOBRE 1866.

Séance de la Société médicale des hôpitaux.

Nous avons dit dans quelles limites nous sommes contagionistes, en ce qui touche le choléra. M. le docteur Bucquoy l'est plus que nous. Les faits cités par lui, vendredi dernier, à la Société médicale des hôpitaux, tendraient à prouver qu'après avoir respiré le même air que des cholériques, on peut devenir un foyer de contagion, sans être pris du choléra soi-même. Telle serait entre autres l'histoire de deux petits enfants qui auraient ainsi porté la mort chez leurs grands parents, puis chez une tante.

M. Bucquoy père aurait observé au milieu des circonstances les plus favorables, je dirai presque les seules favorables, pour faire la part de la contagion. Il aurait pu suivre, dit-il, la filiation de *tous les cas* de choléra qui se sont produits dans l'arrondissement de Péronne « où la maladie n'a pas régné d'une manière épidémique. » Les faits méritent une sérieuse enquête, nous appelons l'attention sur eux, bien qu'ils cadrent mal avec nos idées, et que nous ne puissions conseiller de les accueillir tout d'abord sans réserves.

Dans cette même séance, M. Hérard a présenté une femme qui est bien un type de maladie bronzée. Non-seulement la peau, mais les muqueuses sont envahies par la teinte caractéristique.

En outre de cette malade, du service de M. Hérard, nous en signalerons une autre qui présente la même affection, accompagnée cette fois d'un curieux phénomène.

Cette femme, âgée de quarante-six ans, est couchée au n° 15 de la salle Sainte-Madeleine, à la Charité, service de M. Bouillaud, suppléé par M. Potain.

Il y a environ quinze mois qu'elle s'est aperçue que son cou prenait une teinte plus foncée, et qu'elle commençait à s'affaiblir. Depuis lors cette teinte s'est étendue sur le dos et sur la poitrine, de la façon la plus nette et sur le reste de la peau plus faiblement. La malade qui exerçait le métier de marchande ambulante de volailles se fatiguait plus vite de jour en jour. Elle n'a jamais eu de vomissements; mais depuis six mois elle est sujette à des accès de tremblement, qui, d'abord rares et irréguliers, ont fini par venir à peu près tous les jours, de manière à simuler une fièvre intermittente.

Cependant la température du corps ne subissant que des variations presque insignifiantes, le pouls ne s'élevant pas, et les accès ayant cessé de présenter l'apparente régularité qu'ils avaient un instant offerte, l'idée d'une fièvre paludéenne a dû être écartée, et le problème reste à l'étude.

Dr Victor Revillout.

ECOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La paralysie générale, étudiée au point de vue médico-légal (1).

Période initiale. — La frontière est franchie. L'invasion du délire transforme en une certitude douloureuse ce qui n'a encore été qu'une très-grave présomption. Les familles les moins clairvoyantes, ou celles qui, par un sentiment coupable d'amour-propre exagéré, se refusaient systématiquement à partager les craintes du médecin sur la valeur pronostique des préludes morbides, sont aujourd'hui aux prises avec l'inquiétude et l'effroi. En face du naufrage cérébral, toutes les éventualités se livrent carrière; chacun imagine un expédient ou propose un moyen, et, chose triste à dire, la préoccupation qui domine est étrangère au malade et elle ne tend qu'à donner le change à l'opinion, et qu'à sauvegarder l'orgueil des parents. La blessure est profonde, d'accord; mais que le public l'ignore.

Les troubles psychiques propres à la période initiale consistent, dans les quatre cinquièmes des cas, dans un délire expansif, dans des conceptions orgueilleuses et ambitieuses, et dans un cinquième des cas, dans un délire dépressif, dans des conceptions mélancoliques ou hypochondriaques.

Variété expansive, délire des grandeurs. — Nous voici en face d'un délire uniforme et tellement stéréotypé, qu'il semble que tous les paralysés soient jetés dans le même moule. Ainsi, les malades sont satisfaits, contents, bien portants, jeunes, agiles, forts, doués de tous les avantages physiques; ils ont un besoin continuel de mouvement et de locomotion, font des marches excessives dans la campagne ou errent à l'aventure dans les rues de Paris, entrent dans les magasins, achètent, brocantent, boivent des liqueurs fortes dans les cafés et suivent les femmes. Leur esprit est en ébullition et enfante mille projets fantasques, roulant invariablement sur des voyages, des entreprises, des acquisitions ou des spéculations. Ces projets sont bientôt abandonnés ou plutôt oubliés, mais ils sont remplacés par d'autres du même genre, dans lesquels prédominent toujours le contentement et l'ambition. Rien n'est stable dans cette intelligence qui faiblit. La réflexion ne pondère plus les paroles et les actes, et comme l'a dit avec tant de justesse M. Jules Falret, dans sa remarquable dissertation inaugurale, « les idées délirantes sont multiples, mobiles, non motivées et contradictoires entre elles. » La versatilité des conceptions est à la hauteur de la fécondité de l'imagination et de l'exubérance du langage. Dans l'espace de quelques minutes, le malade peut tout oser, donner tête baissée dans les piéges les plus grossiers, signer les engagements les plus compromettants, transmettre les télégrammes les plus désastreux, consommer sa ruine et exposer son honneur.

L'excitation cérébrale augmente, et si le paralysé général n'est pas déjà en traitement dans une maison de santé, il voudra faire part de ses découvertes à l'Empereur, et se fera arrêter au guichet des Tuileries. En proie à une agitation maniaque très-caractéristique, il raconte les histoires les plus invraisemblables et les plus mal coordonnées; il est riche, puissant et illustre; tour à tour musicien, poëte, statuaire, président, général, évêque, maréchal de France, prince, roi, empereur, pape ou Dieu, il distribue au premier venu des vers, des bénédictions, des qualités, des titres, des places, des grades ou des grands cordons. Il gagne cent francs, mille francs, cent mille francs, un million par jour, possède des châteaux splendides, des domaines immenses; il a créé le monde, il est l'administrateur général de l'univers, il a acheté l'Italie, conquis l'Asie, renversé le pont qui mène à la lune, amené la Chine à Paris; il peut faire cent lieues par jour, cent tragédies en vingt-quatre heures, mille poëmes en cinq minutes; il a des voitures en argent, des palais en or et des mines de diamants; sa fortune s'élève à mille millions de milliards.

Au début de la paralysie générale, les malades aiment beaucoup à écrire : ils préparent des suppliques destinées aux ambassadeurs, aux ministres et à l'Empereur, exposent des projets de réforme, entassent chiffres sur chiffres, s'arrogent des titres et qualités qu'ils sont loin de posséder, ou bien, ils parlent en maîtres, donnent impérativement les ordres les plus saugrenus aux préfets, aux chefs des hautes administrations et aux agents consulaires; ils élaborent des arrêtés et signent des décrets. Leur résidence sera désormais aux Tuileries ou à Saint-Cloud, ils combleront le genre humain des félicités les plus inattendues, tout le monde sera heureux et content, chacun sera riche, l'âge d'or commence.

Certains paralysés écrivent un grand nombre de lettres d'invitation et convoquent toutes les personnes dont ils ont retenu les noms à des dîners, à des soirées, à des fêtes de campagne. Ces lettres portent souvent des signatures de fantaisie telles que celles-ci : général ***; † Jean, archevêque de Paris; comte de Montmorency; maréchal de Saxe; duc d'Orléans; prince de Bourbon; Alexandre le Grand; Jules César; Louis, roi de France et de Navarre; ***, régent de France; ***, roi de la terre; Napoléon, empereur de l'Univers; Jésus-Christ, sauveur des hommes et souverain suprême, etc., etc. D'autres écrivent aux notaires et aux agents de change, et demandent à acheter les plus belles propriétés actuellement en vente, ou toutes les actions disponibles de telle valeur cotée à la Bourse; d'autres, voulant spéculer sur les vins, les bois, les cuirs, les laines ou les grains, transmettent les commandes les plus absurdes; d'autres enfin prononcent la déchéance de telle religion, réforment les idées reçues, formulent des dogmes et élèvent la prétention d'imposer aux consciences des croyances nouvelles.

Tous ces malades présentent le même phénomène : ils ont une immense activité. Si l'on ne maîtrisait cette incroyable propension à écrire, ils tiendraient constamment la plume.

Non-seulement le médecin doit faire son profit des fausses conceptions exprimées dans ces pièces manuscrites, mais il est de son devoir encore d'examiner minutieusement le corps de l'écriture, de le comparer à l'écriture normale du sujet, de tenir compte de la direction et de la régularité des lignes, du style, de l'orthographe et de l'intégrité des mots. Ainsi que l'a signalé Marcé, « dans la paralysie générale, à mesure que les troubles intellectuels et les troubles musculaires font des progrès, l'écriture s'altère visiblement. Elle perd sa précision et sa régularité, et prend le caractère enfantin : les lignes deviennent divergentes, irrégulières, les linéaments sont tremblés surtout aux jambages; les lettres sont mal dessinées, et leur ensemble offre à peine quelques traits lointains de ressemblance avec l'écriture d'autrefois. » En même temps, les phrases sont mal construites, irrégulières; la ponctuation manque; on trouve des mots passés, des syllabes omises, des fautes d'orthographe inusitées, des erreurs de date grossières. Alors même qu'on ne rencontre l'énonciation d'aucune idée délirante, l'aspect de l'écriture d'un paralysé général comparée à l'écriture du même individu en état de santé, est véritablement frappant. Que l'on vienne maintenant à soumettre à votre examen un acte de dernière volonté et vous pressentez tout de suite quelles présomptions peut établir l'acte lui-même.

Variété dépressive, délire mélancolique. — Dans un cinquième des cas environ, le délire revêt la forme dépressive, le type mélancolique. Les malades se reprochent des fautes imaginaires, s'accusent de crimes qu'ils n'ont point commis; ils se croient malheureux, deshonorés, perdus, voués infailliblement à la cour d'assises, à la prison, au bagne ou à l'échafaud. Tristement assis dans un coin, apathiques et inertes, ils s'isolent, pleurent, sanglotent, ne prennent part à aucun travail, à aucune distraction, refusent souvent de manger, et font parfois des tentatives de suicide.

Le délire mélancolique chez les paralysés généraux, se traduit fréquemment par un ensemble de conceptions hypochondriaques très-nettes et à peu près invariables. Cette forme spéciale a été decrite avec un grand soin par M. Baillarger, il y a quelques années. Les malades vous disent, par exemple, que leurs organes sont changés, détruits ou complétement obstrués; qu'il n'ont plus de bouche, plus d'estomac, plus de ventre, plus de sang; que leurs aliments ne passent plus, que leurs intestins sont barrés. A les entendre, ils ne peuvent ouvrir ni les yeux, ni la bouche; ils ont des ankyloses des mâchoires, ils ne vont plus à la selle, ils n'urinent plus; leur peau se parchemine, leur pénis est pourri, leurs testicules s'atrophient et ne sécrètent plus; ils ont du vent dans la tête, leurs jambes sont raccourcies, leurs mains grossissent, leur physionomie est méconnaissable, etc., etc. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces malades ont une tendance énorme à la gangrène, qu'on est souvent obligé de les nourrir avec la sonde œsophagienne, qu'ils se privent parfois d'uriner, qu'ils arrivent à avoir des rétentions d'urine, et que leur état général est exposé à péricliter très-rapidement.

Cette forme hypochondriaque réclame des soins assidus, une surveillance de tous les instants et une thérapeutique spéciale, toutes choses sur lesquelles je n'ai point à insister ici, mais ce que vous ne devez pas ignorer, c'est que les innombrables accidents de la paralysie générale procèdent identiquement de la même manière et suivent la même marche fatale, qu'il s'agisse ou non de la forme expansive ou du type dépressif.

Parmi les mesures à conseiller, la première de toutes est évidemment l'isolement. La séquestration dans un asile d'aliénés simplifie la situation et sauvegarde les intérêts de chacun. Tout retard, en face d'éventualités pathologiques menaçantes, peut nécessairement déterminer de l'aggravation morbide, donner lieu à d'humiliantes mystifications pour les familles, susciter des événements irréparables et permettre qu'en un clin d'œil le malade se dépouille et dépouille les siens. Ne vaut-il pas mieux d'ailleurs que l'internement soit une résolution volontaire de la part des intéressés, plutôt qu'un acte émanant de l'administration ou de la justice?

La paralysie générale inspire parfois des sacrifices touchants, des dévouements sublimes. J'ai vu des familles convertir une propriété, une villa ou un château, en maison de santé, laisser le malade libre dans son salon, son jardin ou son parc, le surveiller jour et nuit et exécuter avec le scrupule le plus exagéré

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 octobre 1866.

les prescriptions médicales. J'ai vu des femmes s'attacher à leur mari avec une abnégation que je ne saurais dépeindre, le gardant sans cesse, le promenant, le récréant et recevant avec un sourire les plus durs traitements. La mort seule finissait par les séparer, mais j'ai vu, je dois le dire, des existences se prolonger bien au delà du terme ordinaire, grâce à des sollicitudes domestiques aussi dignes d'admiration.

A côté de ces faits exceptionnels, j'ai malheureusement à signaler des abus affligeants. Sans parler de ces odieuses séquestrations *à domicile*, dont le *Moniteur universel* de 1838 a enregistré plus d'un exemple, laissez-moi vous dire que le délire excite la cupidité, et que trop souvent les familles attristées par la folie d'un des leurs spéculent volontiers sur cette folie ellemême. Dès que la raison chancelle, les intérêts sordides veillent. On flatte, par exemple, des idées absurdes, et l'on se fait délivrer une signature compromettante ; on favorise des sentiments exubérants, et l'on en tire immédiatement profit ; on fournit des aliments aux passions et l'on extorque des fortunes ! Vienne maintenant l'entrée en maison de santé, et toutes les économies possibles seront réalisées par les familles sur le prix de la pension. Que l'interdiction enfin vienne à être prononcée au bout de six mois ou d'un an, et ce prix de pension sera abaissé à un taux inférieur et en complet désaccord avec la position de fortune de l'individu. En face de ce manque de respect pour la plus grande infortune humaine et de cette assistance si calculée que dispensent parfois les proches, il serait désirable que les tribunaux pussent fixer la somme nécessaire aux besoins du malade.

La période initiale de la paralysie générale peut-elle être simulée ? Les imitateurs s'y prennent généralement fort mal, et ils connaissent à peine les premiers éléments du rôle qu'ils cherchent vainement à jouer. Le mensonge et la ruse ne tardent donc pas à être démasqués. Ce qui fait toujours reconnaître le véritable malade, c'est la mobilité même de ses conceptions délirantes : auteur dramatique aujourd'hui, il sera généralissime demain. Le simulateur, au contraire, est roi aujourd'hui, mais il sera roi encore demain. L'un a l'imprévu du délire, l'autre la persévérance de la fourberie. D'ailleurs, on ne simulerait que bien difficilement les désordres de la motilité et de la sensibilité, la difficulté dans l'articulation des sons, l'inégalité des pupilles, l'incertitude de la marche, l'anesthésie cutanée, etc. En voici cependant un exemple : en 1849, un pâtre du village de Megelensheim commit un attentat à la pudeur sur une petite fille de sept ans et assassina ensuite sa victime. Lorsqu'il fut arrêté, il avoua franchement les deux crimes, en disant : « j'ai été poussé par le diable. » Le lendemain, devant le juge d'instruction, le prévenu, dont on connaissait la vivacité ordinaire et la rare intelligence, put à peine se tenir debout, fut pris de tremblottement, ne proféra que quelques paroles incohérentes, bégaya, manqua de mémoire et ne reconnut personne, pas même sa mère. Les médecins experts conclurent à la simulation. A l'audience de la cour d'assises, l'accusé promena ses regards stupéfaits sur toutes les parties de la salle, puis il s'endormit. Le jury le reconnut coupable, mais en admettant toutes les circonstances atténuantes possibles et la peine de trois ans de détention fut prononcée. Réintégré dans sa cellule, le pâtre de Megelensheim ne put contenir sa joie d'avoir échappé à une condamnation à mort, et déclara qu'il avait toujours été bien portant. Cet homme avait simulé une paralysie générale sans délire.

On rencontre quelquefois de ces exemples d'affaissement mental progressif avec paralysie générale. L'affection est absolument la même, moins les idées de grandeur ou les conceptions hypochondriaques. J'en ai en ce moment même sous les yeux un cas des plus remarquables : l'apathie, l'amnésie et l'hébétude établissent seules le niveau d'une intelligence qui décroît chaque jour ; le malade n'a plus qu'une sorte de demiconscience, il bégaye énormément et marche d'une façon qui exclut tous les doutes.

Le penchant au vol, que j'ai déjà signalé dans la période prodromique, se retrouve encore ici. M. Girard de Cailleux a publié, en 1856, l'observation très-remarquable d'une dame de charité du département de l'Yonne, âgée de cinquante-quatre ans, qui, après avoir eu plusieurs congestions cérébrales légères, fut poursuivie correctionnellement pour un grand nombre de détournements sans valeur au détriment de ses pauvres. Cette dame avait une fortune de quatre à cinq cent mille francs, appartenait à une famille très-honorable et très-distinguée, et l'accusation lui reprochait d'avoir appliqué des bons de pain et de viande à la consommation de sa maison ! Or, lorsque MM. Girard de Cailleux, Cœurderoy, Ferrus et Paradis intervinrent, la malade avait de l'affaissement des traits de la face, une déviation légère de la commissure labiale gauche, des soubresauts dans les tendons, de l'embarras de la parole, de l'amnésie, de la céphalalgie, des étourdissements, des troubles de la vue, de la dureté de l'ouïe, etc., etc. Le tribunal l'a néanmoins condamnée, et, à son arrivée à la maison de détention de Clairvaux, le médecin reconnut et signala l'état de démence paralytique de Mme ***, mais elle n'en subit cependant pas moins sa peine.

Un cas médico-légal, d'une appréciation très-difficile, peut se présenter. Le paralysé général qui s'improvise le maître de l'univers et qui s'estime riche à millions, se croit parfois *dans son droit* lorsqu'il s'approprie les premiers objets venus. Si une résistance lui est opposée, il défend son bien ; si l'on passe outre, il frappe. La conséquence logique de sa conviction délirante, c'est qu'il ne fait qu'user du droit de légitime défense. Écoutez plutôt l'exemple suivant : Benoît Ch..., âgé de cinquante-trois ans, se croit à tort le vrai propriétaire de quelques pièces de terre provenant de la succession de son frère, et il menace ceux qui toucheraient à *ses* récoltes. Rien ne peut le dissuader de cette erreur pathologique. Sur ces entrefaites, un sieur D... se rend acquéreur des récoltes en question, et, accompagné de son père, il va commencer la fauchaison. Benoît Ch... accourt avec un fusil et un pistolet, tue le père de D... et aurait tué D... lui-même, si ce dernier n'eût miraculeusement échappé au meurtrier. Ce même Benoît Ch..., lors de la succession de son frère, avait réclamé un diamant d'une valeur considérable, qui, suivant lui, aurait été trouvé dans la tête d'un serpent. Reconnu coupable par la Cour d'assises de Lyon, le 28 août 1865, il fut condamné aux travaux forcés à perpétuité ! Avant cet arrêt si sévère, j'aurais pu vous faire part de mon sentiment sur l'état mental de Benoît Ch... mais, depuis que la justice a prononcé, je dois seulement vous rappeler cet axiome en droit romain : *res judicata pro veritate habetur*.

Une fois que le paralysé général est interné dans un établissement spécial, de quelle protection légale jouit-il? S'il est placé dans un asile public, il lui est institué d'office un *administrateur provisoire*, qui procède au recouvrement des sommes dues, solde les dettes, passe des baux dont la durée ne peut excéder trois ans, etc. Par le seul fait de son entrée dans un asile privé, le malade n'est pas pourvu d'un administrateur provisoire, mais le tribunal, sur la demande de la famille ou à la requête du procureur impérial, peut lui en nommer un. Il y a évidemment, dans la loi du 30 juin 1838, une anomalie qui frappe tout le monde : l'homme riche, qui est en traitement dans une maison de santé, a bien plus besoin de quelqu'un pour gérer ses affaires que le pauvre qui entre dans un asile public, et c'est le contraire qui existe !

L'administrateur provisoire a des pouvoirs limités, et, lorsqu'il soutient des intérêts un peu compliqués, il est souvent tenu en échec. S'il s'agit, par exemple, de plaider au nom du malade, il prévient le tribunal, qui désigne dans ce cas un mandataire spécial. S'il s'agit de représenter ce même malade dans des inventaires, comptes, partages ou liquidations, le tribunal commet encore un mandataire, et c'est le plus souvent un notaire, bien que, dans les deux cas qui précèdent, l'administrateur provisoire puisse être désigné comme mandataire. Le législateur n'a pas seulement voulu veiller sur la fortune, mais encore sur la personne de l'*incapable*. Aussi, le tribunal peut-il nommer en chambre du conseil et par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un *curateur à la personne*, dont la mission consiste à voir le malade, à s'assurer de son état et à le rendre à la liberté dès que sa guérison est obtenue.

Ce ne sont pas, vous le voyez, les garanties qui manquent ; eh bien, ce n'est pas tout encore. L'administrateur provisoire, comme son nom l'indique bien, n'a qu'une mission temporaire, et il se contente d'avoir soin que rien ne périclite pendant que la science unit tous ses efforts pour obtenir une guérison ; mais que la réhabilitation intellectuelle se fasse longtemps attendre ou qu'elle soit déclarée impossible, et l'on donne au malade un conseil judiciaire.

Le conseil judiciaire exige infiniment moins de formalités que l'interdiction. Il n'éteint pas des prérogatives et des droits dont l'homme est d'ordinaire si jaloux ; mais il soumet ces prérogatives et ces droits à un contrôle salutaire, en laissant à l'individu la jouissance de ses biens, la libre disposition de ses revenus, et, commercialement même, une sphère plus ou moins large d'initiative. Le conseil judiciaire ne fait qu'enlever la périlleuse faculté d'aliéner seul des propriétés, de déplacer des fonds, de contracter des engagements majeurs, et, pour quiconque sait ce qu'un paralysé général peut faire, il faut convenir que la mesure est d'une souveraine utilité.

Cependant, si des intérêts importants sont en litige, si une décision prompte et valable est d'absolue nécessité, si l'on suspecte la capacité ou la probité de la personne qui administre, si l'on a des craintes sérieuses de captation et s'il devient indispensable enfin d'aliéner, de vendre, d'hypothéquer, d'emprunter, de transiger, d'accepter ou de répudier une succession, de doter ou d'établir autrement un enfant, il n'y a pas d'autre moyen régulier et légal que de provoquer l'interdiction.

L'homme pourvu d'un conseil judiciaire est un mineur émancipé ; l'interdit est un mineur en tutelle. L'un a des pouvoirs restreints, l'autre n'en a plus.

L'interdiction est une mesure très-grave et que l'on ne doit faire prononcer, autant que possible, que lorsque l'incurabilité est certaine. Si le diagnostic et le pronostic du médecin sont en défaut, l'interdiction, au lieu d'être un acte protecteur, peut devenir une spoliation et une flétrissure morale. M. Renaudin a connu un homme recommandable qui, à la suite de travaux intellectuels, se mit à délirer. Un médecin, peu familiarisé avec la connaissance des maladies mentales, crut reconnaître une paralysie générale et décréta l'incurabilité. Le malade fut interdit et placé ensuite dans un asile d'aliénés. Quelques mois après, la guérison était complète, mais quel ne fut pas le chagrin de cet homme lorsqu'il vit, en rentrant chez lui, que son tuteur avait vendu sa bibliothèque et les riches collections qu'il avait amassées avec tant de persévérance pendant toute sa vie !

Livrés quelquefois à la rapacité d'une famille avide, les revenus de l'interdit sont thésaurisés ou dilapidés. MM. H. de Castelnau et Brierre de Boismont ont rapporté à ce sujet des faits tellement scandaleux, qu'il est regrettable que le jugement d'interdiction ne statue pas sur l'emploi de la fortune.

Par la solennité de sa procédure, par son éclatante publicité, l'interdiction frappe le malade d'excommunication civile, blesse l'amour-propre des familles et entache un peu les chances d'avenir des enfants. Que cette suprême mesure ne soit donc appliquée que pour parer à des éventualités extrêmement pressantes, mais que l'on essaye de temporiser jusqu'à ce que la raison ait jeté ses dernières lueurs. L'interdit ne sera plus alors le témoin intelligent de sa déchéance, la loi ne s'apesantira plus que sur des ruines et une protection dernière sera ainsi dévolue au malheur.

DU BUBON SYPHILITIQUE (1),

Par M. le Dr Fournier, médecin des hôpitaux de Paris.

Variétés. — Après avoir décrit la forme type du bubon, il me reste à signaler les modifications qu'elle peut subir et les quelques variétés d'importance secondaire dont elle est susceptible.

I. Il est d'abord des différences de degré dans le développement du bubon.

Ainsi, l'adénopathie peut s'accuser faiblement, ne consister qu'en une glande ou un petit nombre de glandes légèrement augmentées de volume.

D'autres fois, et plus souvent, la tuméfaction ganglionnaire dépasse les proportions que nous lui avons assignées comme habituelles. La glande prend alors le volume d'une noix ou d'un petit œuf. On dit même avoir rencontré des bubons beaucoup plus considérables ; mais dans ces cas exceptionnels le développement excessif de l'adénopathie n'était probablement dû qu'à des complications inflammatoires ou à des lésions scrofuleuses des ganglions.

Disons, à ce propos, qu'il n'est pas de relation à établir entre la tuméfaction ganglionnaire et l'induration chancreuse. Si parfois l'on observe avec une induration volumineuse un bubon volumineux, très-souvent aussi l'on constate un bubon moyen ou petit avec un noyau d'induration considérable, et inversement. Il n'est rien de régulier, rien de fixe à cet égard.

II. En second lieu, des variétés nombreuses tiennent à des modifications de caractères que peut subir le bubon.

1° Les ganglions ne présentent pas toujours cette *dureté* chondroïde que nous avons donnée comme spécifique. Ils n'offrent parfois qu'une simple rénitence peu différente de celle des glandes qui commencent à s'enflammer ou des autres variétés d'adénopathies.

2° *L'indolence* n'est pas absolue dans tous les cas. Il n'est pas rare que le bubon devienne légèrement douloureux sous des influences diverses (fatigue, marche, excitation du chancre par des pansements irritants ou des cautérisations intempestives, complications inflammatoires, etc.). Mais cette sensibilité pathologique n'est jamais que de très-courte durée ; elle disparaît généralement en quelques jours, soit d'une façon spontanée, soit à l'aide du repos et de quelques soins très-simples (cataplasmes, bains, etc.).

3° Des *symptômes inflammatoires* peuvent se produire. Le plus souvent, ils ne sont que légers et éphémères. Très-rarement ils persistent et prennent une certaine intensité. Une adénite vraie tend alors à se substituer à l'engorgement froid et indolent qui constitue le bubon syphilitique.

« Il ne faudrait pas croire, en effet, que l'existence d'un bubon induré constituât pour les ganglions une immunité contre les différentes causes d'inflammation vulgaire. Loin de là, c'est plutôt une prédisposition. L'état morbide des glandes affectées par la syphilis est très-certainement un appel pour les diverses influences pathologiques qui peuvent s'exercer sur elles... C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir le bubon du chancre infectant devenir l'origine d'un engorgement strumeux chez les sujets prédisposés à la diathèse scrofuleuse. De même les causes multiples d'inflammation peuvent traduire à leur façon leur influence spéciale sur les ganglions indurés par la vérole, et y provoquer en dehors de toute action virulente, un travail phlegmasique susceptible même d'aboutir à suppuration. » (Ricord.)

L'adénite qui complique ainsi le bubon du chancre infectant se résout presque toujours. Elle n'arrive à suppuration que d'une façon très-exceptionnelle, comme nous l'avons établi précédemment. Parfois encore elle offre une particularité très-intéressante. Elle se ramollit et devient fluctuante dans une certaine étendue, puis *elle ne s'ouvre pas ;* elle reste fluctuante quelque temps, diminue, se concentre, se résout et disparaît. Elle constitue de la sorte un abcès qui, chose surprenante, est *susceptible de se résorber*. Plusieurs fois déjà j'ai été témoin de faits de ce genre. J'ai cru tout d'abord m'être laissé abuser par un sentiment de fausse fluctuation, mais dans les cas ultérieurs qui se sont présentés à moi et que j'étudiai avec une attention minutieuse, j'ai constaté dûment une fluctuation très-manifeste, ne pouvant laisser de doute sur l'existence d'un abcès, et j'ai très-positivement vu cet abcès disparaître sans s'ouvrir, *se résorber* progressivement.

Je dois ajouter que jusqu'à ce jour je n'ai, pour ma part, rien observé de semblable pour le bubon du chancre simple.

4° Les ganglions qui composent la pléiade ne sont pas toujours isolés et indépendants les uns des autres. Parfois ils se groupent, deviennent *cohérents* et se confondent en une seule masse.

Cette disposition altère la forme du bubon qui, bien que polyganglionnaire, n'est plus alors constitué que par une tumeur unique. Cette tumeur est volumineuse ; elle fait dans l'aine une saillie très-marquée, globuleuse, généralement ovoïde et à grand axe parallèle au pli de la cuisse. Elle est mobile en totalité, mais moins mobile que ne le sont habituellement les ganglions isolés de la pléiade ; parfois même elle est fixée par des adhérences aux tissus ambiants.

En d'autres cas, cette tumeur est cylindroïde, fusiforme, moniliforme. Souvent elle constitue une sorte de crête ou de corde dure qui suit le pli de l'aine dans l'étendue de plusieurs centimètres.

Bassereau, qui a eu l'occasion de disséquer plusieurs de ces tumeurs, les a trouvées formées par des ganglions cohérents, que réunissaient les uns aux autres de gros vaisseaux lymphatiques indurés et des couches épaisses de tissu cellulaire.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du samedi 13 octobre.

III. Il est certaines conditions qui modifient les caractères normaux du bubon. Nous avons déjà signalé les complications inflammatoires ; il nous reste à parler de la dégénérescence strumeuse des ganglions et des coïncidences pathologiques.

1° La *dégénérescence strumeuse* des glandes affectées par le bubon syphilitique est loin d'être rare. Elle s'observe non-seulement chez les sujets manifestement scrofuleux, mais chez les individus à tempérament lympathique, à constitution affaiblie, à *tendance* scrofuleuse latente. — Lorsqu'elle se produit, le bubon spécifique perd ses caractères pour prendre ceux de l'engorgement strumeux. Les ganglions augmentent de volume ; ils se réunissent, ils se soudent les uns aux autres, deviennent cohérents, de façon à ne plus constituer qu'une seule masse ; de plus ils contractent adhérence avec le tissu cellulaire périphérique et même avec la peau qui devient immobile à leur surface ; la dureté spécifique fait place à un empâtement diffus ; plus tard la tumeur devient mollasse, fongueuse, se ramollit et suppure, en suivant la marche propre aux engorgements ganglionnaires de la scrofule.

Ce bubon *syphilo-strumeux* peut se produire sur tous les ganglions ; mais il a plus de tendance à se développer à l'aine que partout ailleurs.

2° Les caractères du bubon peuvent encore être modifiés par la coïncidence avec le chancre infectant de lésions diverses : chancre simple, blennorrhagie, balanite, balano-posthite, inflammation, cancer, états morbides variés de la région où s'est développé l'accident initial, etc.

Ces lésions de coïncidence sont plus souvent des affections vénériennes, soit antérieures en développement, soit simultanées, soit postérieures. Il en est une spécialement qui, agissant d'une façon active sur les ganglions, peut altérer complètement la forme du bubon syphilitique et même se substituer à lui ; c'est le chancre simple.

Or, il n'est pas excessivement rare que le chancre simple coexiste avec le chancre infectant, soit qu'il ait été contracté dans le même rapport, soit qu'il dérive d'une contagion ultérieure. On l'a même vu se développer sur la surface ulcérée de ce dernier chancre ou sur la cicatrice indurée qui lui succède. Que dans ces conditions il vienne à réagir sur le système ganglionnaire et à développer le bubon qui lui est propre, on trouve alors associées des manifestations pathologiques que nous avons données comme incompatibles, à savoir : l'induration spécifique de la syphilis et le bubon chancreux, le bubon chancreux et les manifestations consécutives de l'infection constitutionnelle.

Ces combinaisons fortuites peuvent être la source d'erreurs pratiques et doctrinales. Il importe d'appeler sur elles l'attention des observateurs. Qu'il me soit donc permis de citer comme exemple le fait suivant.

Un jeune homme était traité à la consultation du Midi pour un chancre induré de la rainure glando-préputiale. Ce chancre avait déterminé dans les aines son bubon classique, c'est-à-dire une adénopathie bi-inguinale à ganglions multiples, durs et indolents. Tout allait pour le mieux ; l'ulcération se réparait, se cicatrisait, lorsque le malade eut commerce avec une femme affectée de chancres simples. Il contracta dans ce rapport cinq chancres simples, dont l'un s'implanta précisément sur le noyau d'induration du premier chancre. Quelques jours plus tard, l'une des pléiades inguinales se transformait en un bubon aigu, vivement inflammatoire, qui s'abcéda, et dont l'inoculation démontra le caractère virulent.

IV. Enfin, au point de vue de sa marche, de son évolution, l'adénopathie syphilitique présente encore quelques variétés intéressantes à signaler.

Elle peut tarder à se produire. Je l'ai vue, dans un cas (cas unique, il est vrai), n'être bien appréciable que vers le vingt-septième jour après le début du chancre.

Il est moins rare qu'après s'être annoncée dans le délai normal, elle ne s'accroisse plus tard qu'avec une certaine lenteur. Je trouve dans mes notes que sur plusieurs malades elle n'acquit son développement complet que vers le vingt-septième, le trente-cinquième, le quarante-deuxième jour.

On l'a vue encore s'accroître par saccades, par poussées successives. En certains cas, paraît-il, ce développement consécutif a coïncidé d'une façon manifeste avec la première explosion des accidents constitutionnels.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 octobre 1866. — Présidence de M. Bourdon.

La séance est ouverte à quatre heures moins un quart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Peter, qui remercie la Société, de l'avoir nommé membre titulaire ;

2° Un livre de M. Colin, sur la mélancolie, ouvrage couronné par l'Académie de médecine ;

3° Les études médicales et statistiques de M. le docteur Vacher, sur la mortalité à Paris, à Londres et à New-York.

COMMUNICATION.

Transmission du choléra. — M. BUCQUOY, après avoir rappelé que l'année dernière, il a déjà raconté à la Société médicale des hôpitaux plusieurs faits de transmission du choléra, par l'intermédiaire de nourrissons venus des pays contaminés, ou de nourrices qui les y avaient pris, annonce que plusieurs faits semblables ont été observés depuis cette époque par son père, médecin des épidémies de l'arrondissement de Péronne. Il cite un extrait du rapport qui a été présenté à ce sujet par le docteur Bucquoy père, au conseil d'hygiène et de salubrité, et qui relate les faits suivants :

1° En octobre 1865, une jeune femme de Cappy va à Paris chercher un nourrisson ; il n'y avait, alors aucun cas de choléra dans l'arrondissement de Péronne ; à son retour, elle est prise de symptômes cholériques graves ; dont elle guérit ; mais un voisin, pris à son tour, est emporté rapidement ;

2° En décembre, une femme de Millencourt étant également allée chercher un nourrisson de Paris, meurt bientôt après du choléra, ainsi que son père, et un de ses enfants, âgé de sept ans ;

3° Au mois de février dernier, une femme de Mesnil-Martinsart, va soigner à Aubigny, près d'Amiens, sa fille malade du choléra. Peu après son retour, elle est prise du choléra qui l'emporte en trois jours ; huit jours après son mari est frappé à son tour, et meurt ; puis un homme et une femme qui les avaient soignés ont le même sort, et enfin un autre homme, ayant subi la même influence cholériques, finit par guérir ;

4° Au mois de juin, à Flers, une jeune fille revient d'Amiens dans sa famille, sa maîtresse étant morte du choléra ; prise chez elle de symptômes cholériques, elle guérit ; mais sa mère, un voisin, la femme du voisin, une mendiante qui les avait soignés, sont atteints et meurent successivement. On a remarqué que la mère avait été prise du choléra le jour même où elle a lavé les effets rapportés d'Amiens par sa fille, et la mendiante le jour où elle a déterré une vieille paillasse qui avait servi aux voisins. Les deux jeunes enfants des voisins, restés orphelins, sont conduits chez leurs grands parents, qui sont pris bientôt après de choléra, et meurent ; la tante, qui les accueille ensuite, meurt encore de la même manière ; quant à eux, ils restent bien portants ;

5° Au mois d'août, une femme d'Harleville ramène un nourrisson de Paris. Rentré à Harleville, elle est prise du choléra, et son enfant ainsi que son nourrisson, puis un autre de ses enfants sont enlevés par cette maladie. Le mari, le beau-frère et la belle-sœur tombent malades gravement, mais réchappent ; tandis que la mère de la belle-sœur succombe à la même influence ;

6° Au mois de septembre, une femme de Biarhes, au retour de Paris, où elle avait pris un nourrisson, tombe malade du choléra, et perd successivement de la même maladie son nourrisson, son enfant, son mari. Une petite fille de dix ans, qui habitait la même maison, et que M. le docteur Bucquoy fils a vue alors très-bien portante à la foire de Péronne, était morte le lendemain matin, de la même manière.

Dans tous ces cas, l'influence était venue bien évidemment de Paris ou d'Amiens, car il n'y a pas eu d'épidémie dans l'arrondissement de Péronne, et pas de décès cholériques en dehors de ces faits.

M. GUÉRARD. J'ai déjà dit que trois cas intérieurs de choléra s'étaient succédé dans le même lit, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 19. On avait changé les couchages, mais on avait laissé les mêmes rideaux.

Ces rideaux ont été plus tard enlevés et transportés au lit n° 6 de la salle Saint-Raphaël. Je rendis alors son service à M. Guéneau de Mussy ; mais je viens d'apprendre de lui-même qu'un nouveau cas de choléra s'est déclaré dans le lit n° 6 de la salle Saint-Raphaël.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Maladie bronzée. — M. HÉRARD présente une femme atteinte de maladie bronzée.

Née à Nantes, n'ayant dans sa famille aucun antécédent morbide, elle avait toujours joui d'une assez bonne santé, jusqu'en 1864, époque où commença l'affection dont elle souffre. La couleur de la peau, généralement foncée, l'est encore davantage à la figure, aux mains, aux pieds. Cette teinte caractéristique a même envahi les muqueuses, et est très-distincte sur les gencives, sur la langue, sur les muqueuses buccale et pharyngienne ; on l'a comparée avec raison à la teinte que présentent les lèvres de certains chiens de race.

Les symptômes n'offrent rien qui ne rentre dans le type décrit par Addison. L'affaiblissement et l'amaigrissement ont été très-rapides dès le début ; l'anémie s'est prononcée tous les jours davantage ; depuis deux mois, la malade a dû quitter sa profession de femme de chambre, qu'elle avait conservée jusque-là. Il existe un bruit de souffle au premier temps, de la leucorrhée, une tendance habituelle à la syncope et d'autres signes d'anémie ; cependant, le sang des règles est très-foncé.

Les toniques, les ferrugineux ont été employés sans grands avantages ; toutefois, depuis quelques jours, il n'y a plus de douleurs de reins.

L'appétit est aussi meilleur, ainsi que les digestions ; mais il y eut une époque où des vomissements répétés, ces vomissements, décrits par Addison, fatiguaient beaucoup la malade. Maintenant ils ont disparu.

M. BÉHIER. A Reims, ville où la maladie bronzée est, à ce qu'il paraît assez fréquente (car on m'en a cité quatre ou cinq observations), j'ai vu un jeune homme, ouvrier dans une filature, qui depuis dix ans en est atteint et dont la couleur est assez foncée pour qu'on l'ait surnommé le nègre. Il commence actuellement à présenter des signes de tuberculisation pulmonaire. La longue durée de cette maladie bronzée rend le fait assez intéressant.

M. HÉRARD. Avec l'aide de mon interne, j'ai examiné au microscope le sang de cette malade, et nous y avons trouvé quelques lamelles pigmentaires très-foncées. Nous continuerons cette étude.

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelait la discussion d'un mémoire de M. Potain, sur le dédoublement des bruits du cœur ; aucun orateur ne s'est fait inscrire, et M. Potain interpellé, a déclaré n'avoir pour le moment rien à ajouter aux faits contenus dans ce mémoire.

LECTURE.

Urticaire intermittente. — M. BOURDON prend la parole pour lire une note sur l'urticaire intermittente.

Joseph Franck décrivit autrefois deux épidémies d'urticaire fébrile qui avaient eu lieu, l'une à Paris, l'autre à Vilna. Au mois de juin dernier, à la Pitié, M. Empis a observé une épidémie du même genre.

Ces urticaires fébriles, franchement intermittentes, sont quelquefois difficiles à classer. On peut se demander en effet si ce sont des fièvres intermittentes avec urticaire, ou plutôt des fièvres ortiées proprement dites, revêtant la forme intermittente.

Ce qui augmente le doute, c'est que le sulfate de quinine agit d'une manière également favorable dans les deux cas.

Quand l'urticaire est apyrétique, il est rare qu'elle se reproduise avec cette régularité qu'il présente au contraire souvent dans la forme fébrile.

Cependant, il y a quatre mois, j'ai rencontré presque en même temps plusieurs cas d'urticaire franchement intermittente, sans mouvement fébrile.

A l'école normale, un jeune homme, qui n'avait jamais eu ni maladie de peau ni rhumatisme, est pris, pendant trois jours de suite, à la même heure, d'un accès d'urticaire occupant les deux mains. Le troisième jour, quand je le vis, cette urticaire était accompagnée d'un gonflement des parties, assez fort pour gêner beaucoup les mouvements. J'ordonnai 75 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain l'accès était coupé, il ne parut pas d'urticaire, mais le malade se plaignait d'un prurit assez vif à la région fessière. Je continuai la même prescription. Le prurit ne reparut plus, l'urticaire non plus, et les jours suivants, je réduisis d'abord le sulfate de quinine à 50 centigrammes, puis le supprimai, et terminai le traitement par une bouteille d'eau de sedlitz.

Vers la même époque, je vis en ville une jeune fille, qui avait eu aussi plusieurs accès d'urticaire, paraissant le matin, et occupant la figure. Je la guéris par le même traitement.

Une autre n'eut qu'un seul accès, mais il fut violent ; j'en fus témoin.

C'était une dame de quarante-quatre ans, sujette aux douleurs rhumatismales. Elle se sentit prise un matin d'un sentiment de malaise croissant ; bientôt parurent sur sa peau des élevures blanchâtres comme des grains de chènevis. Je fus appelé ; le pouls était élevé et dur, l'angoisse allait toujours en augmentant ; il s'y joignait de la dyspnée, de la sibilance dans la respiration, de l'anxiété épigastrique avec lipothymies. L'urticaire, qui couvrait le front et les tempes, s'étendit de là sur les membres. Je fis prendre du sirop d'éther et l'accès parut se calmer ; mais le malaise, la dyspnée, les lipothymies reparurent après des applications et affusions d'eau froide que la dame s'était fait faire d'elle-même.

Je prescrivis 75 centigrammes de sulfate de quinine, et cette dame n'eut pas d'autre accès.

Il faut remarquer que cet urticaire n'était pas à forme tubéreuse et cependant sa répercussion par l'eau froide semble avoir eu de mauvais résultats, en la portant sans doute sur les muqueuses. Du reste, Pierre Franck, Michaëlis, M. Rayer ont cité des cas d'accidents graves amenés par cette répercussion.

C'est pourquoi Pierre Franck conseillait de traiter l'urticaire comme la scarlatine, en faisant prendre les boissons chaudes et évitant tout refroidissement.

— M. GUÉRARD a vu plusieurs cas d'urticaire intermittente cédant au sulfate de quinine.

Chez un doreur de la rue du Dragon, les accidents avaient été graves dès le début : l'anxiété, l'oppression étaient considérables ; le sel quinique en triompha.

L'urticaire n'est pas toujours simple, même lorsqu'elle survient à la suite d'un repas où l'on a fait usage de fraises ou autres aliments indigestes. Parfois le gonflement de la face est énorme, et l'on pourrait craindre une fièvre pernicieuse.

Souvent aussi quand on se trouve en face d'un accès grave qu'on croit le premier, il peut y en avoir eu déjà un ou deux autres, beaucoup plus faibles, qui sont passés inaperçus.

En ce qui regarde les lotions froides, si elles sont parfois nuisibles, elles sont, en revanche, très-utiles dans les urticaires à forme ataxo-adynamique. Elles rendent leur marche beaucoup plus simple, ce qui a été déjà signalé autrefois.

M. BOURDON. Les lotions froides sont très-innocentes dans les urticaires provoquées par l'ingestion de certains aliments ; mais je m'en défierais dans les urticaires spontanées.

M. GUÉRARD. Chez la malade de M. Bourdon, je crois que les lotions froides étaient contre-indiquées, moins encore par la crainte de répercussion de l'urticaire que par la tendance marquée à la lipothymie.

M. BOURDON. Mais cette tendance même était liée à la présence de l'urticaire.

M. BÉHIER. J'ai à faire une remarque au sujet des affusions froides, c'est que depuis plusieurs années je ne puis entrer dans l'eau trop fraîche, sans être pris à l'instant même d'urticaire avec lipothymie. Trois fois, je me suis complètement trouvé mal en voulant prendre des bains froids. Il n'y a pas très-longtemps que je suis dans cette disposition ; autrefois, quand j'étais plus jeune, je me trouvais très-bien des bains d'eau courante, quelle qu'en fût la température. On ne peut pas dire que j'étais sous l'influence d'urticaires latents, car je n'ai jamais eu rien de semblable en dehors de ces circonstances. C'est un effet de réaction, évidemment.

ÉLECTION.

On procède au vote sur la candidature de M. Villemin, qui est nommé membre titulaire à l'unanimité des suffrages.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 10 octobre 1866. — Présidence de M. Giraldès.

La séance est ouverte à trois heures trois quarts.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— M. FOLLIN dépose sur le bureau, au nom de l'auteur M. le docteur Magitot, une brochure intitulée : *Études et expériences sur la salive considérée comme agent de la carie dentaire.*

— M. LARREY présente, au nom de M. Sistach, candidat au titre de correspondant, une note intitulée : *Note sur une luxation complète en dehors de l'articulation huméro-cubitale.* (Renvoyée à la Commission d'examen des travaux de M. Sistach.)

— M. VELPEAU présente, au nom de l'auteur M. le docteur Anger, une brochure sur les mélanomes.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin.

— M. TILLAUX donne lecture de la note suivante :

« Messieurs, j'ai fait venir pour vous le présenter, du service de M. le professeur Denonvilliers à la Charité, un malade affecté de luxation sous-conjonctivale du cristallin. La lésion est récente, elle remonte seulement à huit jours ; aussi n'est-ce point l'observation complète, mais seulement quelques réflexions qu'il est possible actuellement de vérifier que je me propose de soumettre à votre appréciation.

« Parmi les lésions traumatiques qui intéressent le globe de l'œil une des plus rares est certainement celle que Mackensie a appelée luxation sous-conjonctivale, et que les auteurs du Compendium proposent d'appeler déplacement sous-conjonctival du cristallin. On n'en rencontre que rarement dans les hôpitaux, des chirurgiens fort expérimentés et possédant une longue pratique, n'en ont jamais vu.

« J'en ai récemment observé un cas, à l'occasion duquel je vous demande la permission de faire quelques réflexions, qui porteront principalement sur le diagnostic de cette lésion.

« Un point qui frappe en lisant les diverses observations de luxation du cristallin, c'est le siége de la rupture de la sclérotique, et par conséquent le siége et la tumeur formée par l'organe déplacé. Presque toujours la coque oculaire est rompue en dedans de la cornée, entre cette membrane de la caroncule lacrymale; plusieurs fois la rupture s'est effectuée en haut, je ne l'ai vue signalée en bas et en dehors dans aucune observation. Je dois excepter toutefois un fait que m'a communiqué M. Verneuil, et dans lequel la luxation s'est produite en dehors; ce fait serait donc unique. Cette constance dans le siége de la lésion fait nécessairement penser au mécanisme suivant lequel elle se produit.

« L'anatomie est impuissante à nous en fournir l'explication, car la sclérotique n'est pas moins résistante à la partie interne que dans les autres points de son étendue.

« La rupture de la sclérotique se produit-elle de dehors en dedans sous l'influence directe du choc, la conjonctive résistant alors à cause de sa laxité, ou bien de dedans en dehors et alors d'une façon indirecte, dans le lieu opposé au point frappé, comme le pensent les auteurs du Compendium? Le lieu d'élection de cette luxation tendrait à faire adopter cette seconde manière de voir. Toutefois le cas que j'ai observé ne lui est pas favorable. Je suis convaincu que la plaie de la sclérotique a été faite et que le cristallin est sorti dans le point directement frappé, et la raison, c'est qu'ayant observé le malade au lendemain de l'accident, je n'ai aperçu aucune trace de violence, si ce n'est à la partie interne. Les paupières, la sclérotique, la conjonctive étaient saines.

« Le diagnostic de cette lésion est entouré d'une certaine difficulté, puisque c'est seulement dans ce siècle que la luxation sous-conjonctivale du cristallin a été reconnue.

« Le signe invoqué par tous les observateurs, et l'un des meilleurs en effet, des plus saisissants, c'est la tumeur formée sur un point quelconque du globe de l'œil, et principalement vers le grand angle, par le cristallin déplacé; tumeur arrondie à sa base qui repose sur la sclérotique, et présentant un sommet mousse qui soulève la conjonctive; tumeur rappelant la forme de l'organe assez souvent translucide. Il n'est pas possible de méconnaître la lésion lorsqu'elle se présente avec ces caractères. Ajoutons que la cornée restée transparente, permet de voir un épanchement de sang remplissant les chambres de l'œil, que l'iris, le plus souvent déchiré ou décollé disparaît au milieu des caillots.

« M. Gosselin a ajouté au diagnostic deux signes tirés, le premier de la forme de la cornée, et le second de la tension oculaire.

« La cornée perdrait sa forme arrondie pour revêtir celle d'une ellipse soit à grand diamètre vertical, soit à grand diamètre transversal, suivant la direction du choc. Le malade que je vais avoir l'honneur de vous montrer présente très-manifestement une cornée elliptique à grand diamètre transversal.

« Le second signe indiqué par M. Gosselin est la dépressibilité plus grande du globe oculaire du côté malade que du côté sain, ce qui résulte de la tension moindre du globe après la sortie du cristallin. Mais ce signe me paraît très-délicat à percevoir, et je n'oserais dire que je le constate chez mon malade.

« Tels sont les signes physiques indiqués par les auteurs dans les différentes observations qui ont été publiées.

« J'ai dit que le diagnostic était aisé lorsqu'il existe sur la sclérotique une tumeur bien circonscrite, arrondie, et transparente, rappelant la forme et le volume du cristallin, mais il n'en est pas toujours ainsi, ce qui a fait dire probablement aux auteurs du Compendium que « dans la plupart des cas cités jusqu'à ce jour, on n'a bien apprécié la nature de la lésion qu'au moment où l'incision a été faite. »

« En effet, que la conjonctive soit soulevée par du sang épanché, que le cristallin lui-même soit entouré de sang, et alors la tumeur ne sera plus circonscrite, elle ne sera plus transparente, elle se confondra insensiblement avec les parties voisines, et l'on pourra croire aisément à un simple épanchement sanguin sous-conjonctival. C'est pour cela que j'appelle votre attention sur un signe dont j'ai été frappé en étudiant mon malade, signe qui, je crois, doit toujours exister et que l'on pourra par conséquent invoquer avec fruit dans les cas douteux; je veux parler d'une *déformation* spéciale. La cornée a perdu sa forme convexe, elle est aplatie; mais, dira-t-on, il en est de cet aplatissement comme de la tension, comme du volume relatif du globe oculaire, à moins que ces signes ne soient très-prononcés, ils peuvent passer inaperçus; et en effet, en découvrant les deux yeux de mon malade, je voyais bien que la cornée droite était moins saillante que la gauche, mais ce signe n'était pas saisissant. Il le devient immédiatement, ainsi que vous pourrez vous en assurer, aussitôt que les deux yeux sont recouverts des paupières. Ces deux voiles se moulent exactement sur les globes oculaires et traduisent beaucoup plus exactement la déformation, car l'arcade orbitaire fournit un point de comparaison qui manquait lorsqu'ils étaient écartés.

« C'est ainsi que du côté sain, le globe se dessine sous la forme d'une saillie convexe, proéminente; du côté malade la saillie n'existe pas, la paupière est aplatie. Du côté sain, la peau, soulevée par la tumeur, est régulièrement étalée à sa surface; du côté malade, la peau ridée présente un pli transversal très-manifeste; du côté sain, la dépression orbito-oculaire est profonde; elle est beaucoup moindre du côté malade.

« En sorte, messieurs, que je serais disposé à considérer la déformation palpébrale comme un signe plus généralement certain de luxation sous-conjonctivale du cristallin, que la tumeur scléroticale elle-même, puisque celle-ci peut être masquée, défigurée par un épanchement sanguin, tandis que la déformation résultant du déplacement du cristallin doit être aussi constante que ce même déplacement.

« Cette déformation spéciale, qui reconnaît pour unique cause l'aplatissement de la cornée, se traduit donc par les trois signes suivants :

« 1° La paupière supérieure a perdu de sa convexité;

« 2° Elle présente un aspect ridé et plissé;

« 3° Le creux orbito-palpébral est moins profond que celui du côté opposé. »

M. PERRIN. Je viens d'examiner le malade présenté par notre collègue, et je dois dire qu'en ce moment, la luxation du cristallin ne me paraît point évidente; on trouve seulement les traces d'une contusion de l'œil avec suffusion sanguine, déformation de la pupille et staphylôme de la choroïde. Tout dernièrement, j'ai observé des lésions identiques chez une vieille femme qui avait reçu un coup de fourche, et cependant la luxation du cristallin manquait.

M TILLAUX. Je m'attendais à l'objection que vient de faire M. Perrin. Au moment de l'accident, la petite tumeur était bien circonscrite, transparente; il n'y avait pas de doute; j'ajouterai qu'une ponction exploratrice a confirmé la présence du cristallin luxé sous la conjonctive. Depuis, les choses se sont modifiées, et aujourd'hui, le diagnostic ne laisserait pas que d'être embarrassant si l'on n'avait à sa disposition que les symptômes classiques.

L'objet de ma communication a pour but d'attirer l'attention sur des signes qui permettent de diagnostiquer la luxation à toutes les époques de son existence.

LECTURE.

M. GALÉZOWSKY lit une note relative au traitement des affections de la cornée par les préparations de fève de Calabar. (Commissaires: MM. Perrin, Foucher et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL présente des pièces anatomiques, à l'appui de la communication qu'il a faite dans la séance précédente sur les modifications imprimées aux glandes sudoripares par l'ulcération chancreuse.

— M. BROCA présente une petite tumeur qu'il a enlevée; il ajoute les détails suivants : Un enfant de six ans eut un panaris de l'index, qui fut traité d'une manière assez irrégulière. La chute de l'ongle fut la conséquence d'une suppuration chronique; au bout de quelques mois, l'ongle se reproduisit, mais d'une façon très-anormale. Cet organe se présente aujourd'hui sous l'apparence d'une plaque concave, plus mince dans la partie centrale que vers les bords, qui offrent des cannelures longitudinales. Cet ongle, moins long qu'il ne devrait être, se termine en arrière par un bord, et c'est entre ce bord et l'interligne articulaire, qu'apparaissait la tumeur qui fait l'objet de cette communication; il s'agissait d'une petite saillie abrupte soulevant la peau mince en cet endroit, mais non adhérente. La tumeur était très-dure, jouissait d'une mobilité absolue. J'ai pensé, dit M. Broca, qu'il s'agissait là d'une production irrégulière de tissu unguéal, formée par la partie postérieure de la matrice de l'ongle.

J'ai enlevé ce petit corps, qui ressemble, comme vous le voyez, à une sorte de dent de poisson, et l'examen microscopique a confirmé mes présomptions en démontrant que la tumeur se composait uniquement de cellules épithéliales très-adhérentes entre elles.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les cours de la Faculté de médecine de Paris commenceront le lundi 5 novembre.

Le registre d'inscriptions sera ouvert du 1er au 15 novembre.

— La prochaine séance de la Société de médecine pratique aura lieu le jeudi, 8 novembre, à trois heures et demie, à l'Hôtel de ville, salle de la bibliothèque (troisième étage, n° 31).

Ordre du jour : 1° rapport de M. Le Sourd sur la candidature de M. Victor Révillout;

2° Question médico-légale relative à l'alcoolisme, par M. Legrand du Saulle;

3° Communications diverses.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 NOVEMBRE 1866.

L'école de Paris.

Nous ne sommes pas aussi ancien que M. Amédée Latour dans la pratique du journalisme; nous n'en connaissons pas encore tous les détours, les ruses et les finesses; sans doute n'aurons-nous jamais l'art de les employer aussi bien que lui.

Aussi sommes-nous restés en *émerveillement* quand nous avons vu tout le parti que ce critique émérite a su tirer de coupures habiles dans notre premier-Paris de samedi dernier.

A peine manque-t-il quelque membre à ces phrases qu'il a gracieusement reproduites, et la pensée en a disparu. L'opération est si bien faite, la trace en est si peu visible qu'on douterait, en vérité, si ces cadavres ont pu vivre.

Oui, certes, avec une pareille adresse, on a raison de nommer imprudents ceux qui s'exposent à en ressentir les effets. Aussi, plein de déférence que nous sommes pour ce maître expérimenté dans la polémique médicale, nous n'eussions jamais bravé ses coups si un intérêt de premier ordre ne nous y avait pour ainsi dire contraint.

L'Union médicale s'est engagée dans une croisade dont les résultats peuvent être déplorables. Elle s'est couverte d'un drapeau autour duquel devaient se rallier toutes les sympathies : celui du concours; mais qu'elle nous permette de lui dire que, si tel est son véritable but, sa tactique se trouverait être, par extraordinaire, bien maladroite en cette occasion.

Elle agirait, comme si elle eut voulu déguiser son but véritable, le reléguer au second plan, et, comme une femme, l'envelopper dans une sorte de *post-scriptum*. Elle poserait elle-même des prémisses qui conduiraient à rejeter ses apparentes conclusions,

Comment! vous nous dites que notre école n'a jamais eu ni principes ni doctrines, que c'était là son principal défaut sous l'empire des concours aussi bien qu'aujourd'hui; vous nous dites que plus que jamais elle possède ces individualités méritantes que le concours a pour but de fournir; et vous nous dites : « Unissons nos efforts. » Mais quels efforts alors, et pourquoi faire?

Vous savez aussi bien que nous que nous ne pouvons pas discuter le régime actuel. Nous pouvons seulement, nous autres journalistes, enlever un reste de prestige, même dans le passé, à des institutions auxquelles on ne saurait reprocher, pour le moment, une trop grande force effective. Nous pouvons, par des critiques intempestives, ouvrir la voie à tous les essais, et amener peut-être ce résultat fatal d'une école devenue une coterie, et qui, sous prétexte d'unité de doctrines, fermerait sa porte à quiconque voudrait rester indépendant.

Vous objectez qu'il n'y a plus à craindre de voir dominer une théorie, comme dans les vieux temps du galénisme, ou de Broussais. Mais que veut dire alors votre reproche sur le manque de principes fixes et d'unité doctrinale de Paris? Si la domination d'une doctrine s'imposant, comme il le faut pour qu'il y ait unité; si cet esprit d'exclusivisme n'est point à craindre pour notre siècle, il n'est donc point à désirer; vos vœux ni vos regrets n'auraient rien de pratique; et la logique de votre esprit ne permet pas de supposer que vous ayez écrit simplement pour écrire, ayant nourri dès le début, sur le même point, deux opinions diamétralement contradictoires.

Malheureusement, vous le savez, l'esprit de coterie est toujours possible : la Faculté pourrait en devenir infectée; on pourrait voir, dans les choix à faire, les sympathies remplacer le mérite, et alors, disons-le bien haut, la Faculté serait perdue : non-seulement la Faculté, mais tout cet ensemble qui compose la glorieuse école de Paris.

En effet, je ne puis admettre la confusion que M. Amédée Latour a eu l'art de faire entre ces deux choses, comme entre ces deux expressions. La Faculté, ce sont les professeurs et les agrégés en exercice; l'École, en outre, comprend tous ceux qui ont fait partie de la Faculté ou qui aspirent à en être membres; tous ceux qui sont admis à donner autour d'elle un enseignement complémentaire; tout ce qui prépare ses élèves à affronter ses examens; tout ce qui contribue à former les médecins qui y prennent leurs diplômes.

Voilà l'École de Paris. Toutes les individualités ont pu jusqu'ici y trouver place, parce que l'esprit d'exclusivisme ne régnait pas à la Faculté; parce que les divers professeurs, peu d'accord souvent l'un avec l'autre, ne pouvaient s'entendre pour exiger qu'on se conformât à leurs tendances. L'enseignement non officiel ne peut être important et libre qu'à cette seule condition : et l'enseignement non officiel, celui des hôpitaux, de l'école pratique, etc., etc., a toujours joué le plus grand rôle dans les beaux jours de notre école.

Unissons-nous donc, nous qui voulons que notre école reste grande, unissons-nous pour repousser toute tendance et toute tentative d'unification dans la Faculté. Si dans les questions de voirie c'est une belle chose que l'uniformité, si l'on peut désirer en pareil cas la démolition des vieux édifices dont les saillies vous importunent, critiquer leurs défauts, les faire sauter aux yeux, et provoquer ainsi une intervention subitement transformatrice; lorsqu'il s'agit des destinées de la science dans un pays comme le nôtre, on doit être plus circonspect.

Comme nous l'écrivions l'autre jour, « jamais une doctrine exclusive n'a dominé dans nos colonnes; nous n'avons jamais demandé aux observateurs intelligents, aux savants sérieux, quelles étaient leurs croyances philosophiques, leurs sympathies ou leurs tendances. La *Gazette des Hôpitaux* a du toute sa prospérité à l'application de ces principes. »

Ce n'est donc point au moment d'une attaque contre ces principes de conduite qui ont fait jusqu'ici notre force comme celle de l'École, ce n'est point lorsqu'il y aurait danger de rendre leur application presque impossible pour l'avenir, ce n'est point alors que nous pourrions trahir les intérêts et les goûts scientifiques de nos lecteurs, en faisant de leur nombre un point d'appui pour *l'Union médicale*.

L'espace nous manquerait aujourd'hui pour répondre à d'adroites personnalités. Elles doivent tomber d'elles-mêmes pour qui voudra bien lire avec un peu d'attention notre premier-Paris de samedi dernier, et le feuilleton que nous avons fait paraître le 21 mars 1865, à propos de *l'Année médicale*, publiée par les agrégés de Montpellier.

Voici du reste un court fragment de ce feuilleton qui, malgré sa date, résume toujours notre pensée.

« Les médecins de Paris..... ne croient plus à la vérité absolue des interprétations trop simples; mais ce n'est pas pour prendre le goût des nuages et des brouillards germaniques qu'ils se sont affranchis des doctrines étroites. Ce qui fait la grandeur et la force de leur école, c'est qu'on y professe comme seul principe la phrase ancienne de Galien : « Nous ne voulons « être esclaves d'aucune secte. » — « Hâtez-vous, dit M. Trous« seau dans ses *Leçons cliniques,* hâtez-vous de vous débarras« ser des entraves scolastiques. Hâtez-vous de secouer le joug « du maître, exercez votre esprit et votre jugement, et effor« cez-vous de systématiser vous-même, soit que par l'étude « vous arriviez aux conclusions de vos devanciers, soit que « vous jugiez la médecine d'un autre point de vue qui vous « soit personnel. » — « Cette personnalité, cette indépendance, chacun de nos maîtres la conserve dans les camps les plus opposés. Chez nous on n'adopte pas l'organicisme ou le vitalisme de tel ou tel, mais on prétend s'en créer un pour soi moins incomplet que celui des autres. On marche toujours en avant vers un idéal qui toujours échappe. On interroge la nature avec une curiosité qui n'est jamais pleinement satisfaite, car on sait qu'elle cache encore des secrets que personne n'a pénétrés pour les enfermer dans un axiome dont on puisse les extraire par déduction.

« Les représentants de notre école veulent qu'on leur apporte des faits et non des raisonnements stériles. »

Dr Victor Revillout.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Bouchardat, quand aura sonné l'heure où il devra céder le fauteuil à son successeur, laissera le souvenir du président le plus exact, le plus actif et le plus dévoué aux intérêts scientifiques de la compagnie et à la bonne direction de ses travaux, mais aussi le plus impitoyable envers les journalistes à qui il ne laisse ni trêve ni repos, pas même les loisirs que leur assuraient autrefois les comités secrets. Il est plus que présumable que ces plaintes n'apitoyeront personne et qu'elles resteront sans écho, si même l'écho ne nous la renvoie non en condoléances pour nous mais en félicitations pour le zélé président. Nous nous inclinons d'avance devant ce verdict et poursuivons sans trop murmurer l'accomplissement de notre tâche.

La dernière séance, bien qu'interrompue immédiatement après la correspondance par un comité secret qui n'a pas duré moins d'une heure, n'en a pas été moins bien remplie; et le public, peu nombreux il est vrai, qui a eu la constance de faire antichambre une heure durant, a pu en rentrant dans la salle des séances entendre la lecture de trois mémoires dont un seul lu sur un rhythme naturel eut suffi pour occuper une séance entière.

Deux de ces mémoires sont relatifs à la question de la transmissibilité par voie d'inoculation de la tuberculose. On se rappelle l'étonnement que produisit la lecture du premier mémoire de M. Villemin sur ce sujet. De l'étonnement on est passé au doute, du doute à l'hésitation, et dans plus d'un esprit aujourd'hui l'hésitation semble avoir fait place à la conviction. Après les expériences confirmatives dont M. Hérard a fait connaître les résultats à la Société médicale des hôpitaux et à l'Académie de médecine, après l'ensemble de faits si précis et si concluants qu'a exposés M. Villemin dans cette dernière séance, il n'est plus guère permis, en effet, de se refuser à admettre le fait désormais évident de la transmissibilité de la tuberculose par voie d'inoculation chez certains animaux. Et par une singulière coïncidence, avant d'entendre M. Villemin l'Académie avait déjà entendu par l'organe de M. Bergeron la lecture d'un travail remarquable de M. Lebert, sur le même sujet. Or, bien que le savant professeur de Breslau ne conclue pas, il est aisé de voir à l'énoncé des faits rapportés dans son mémoire, que ceux-ci concluent eux-mêmes dans le même sens que ceux de M. Villemin. C'est donc un fait de pathologie expérimentale et comparée établi. Qu'en conclure par rapport à la transmissibilité de tuberculose chez l'homme? La question est encore presque toute entière réservée. Elle est digne d'un examen sérieux.

Le troisième mémoire est de M. Demarquay, candidat à la place vacante dans la section de pathologie externe. L'objet de ce mémoire a été de constater par des expériences comparatives l'absorption par les plaies, des substances solubles dans l'eau et la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se fait cette absorption selon l'état de la plaie. M. Demarquay a reconnu qu'une substance soluble appliquée sur une grande surface du derme dénudé est absorbée dans un laps de temps de 4, 6 ou 8 minutes; que cette même substance mise dans la sérosité d'un vésicatoire met de 10 à 20 min. pour être absorbée. Une plaie récente absorbe dans un temps qui varie entre une heure, 30 min., et 19 et 15 minutes.

De ces faits, M. Demarquay a été conduit à se demander si, en raison de cette puissance d'absorption, l'élément septique qui amène l'érisypèle et la fièvre puerpérale ne serait point absorbé par la plaie elle-même. Certains phénomènes rapportés à la phlébite, dans les faits d'infection purulente, ne seraient-ils pas explicables aussi par le rôle que joue l'absorption? Ces expériences ont encore une autre conséquence pour la pratique : c'est d'inciter à surveiller les effets de l'absorption des substances injectées dans des cavités morbides, abcès, kystes, etc. On y trouve enfin une confirmation nouvelle des principes de la méthode sous-cutanée, à laquelle M. Demarquay a fourni déjà des éléments considérables dans ses intéressantes recherches expérimentales de pneumatologie, dont nous publierons incessamment une analyse.

Dans la séance en comité secret, l'Académie a entendu le rapport de la section sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe. Voici la liste de candidatures qui a été proposée par la section et acceptée par l'Académie : 1° M. Follin; 2° M. Legouest; 3° M. Demarquay; 4° M. A. Guérin; 5° M. Giraldès; 6° M. Verneuil.

L'élection aura lieu dans la séance prochaine.—Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MENDE. — M. Monteils.

Ostéomyélite du tibia. — Abcès subaigu de l'épiphyse. Arthrite purulente du genou. — Infection purulente. Trépanation et évidement de l'os. — Drainage de l'articulation du genou. — Guérison avec ankylose incomplète de la jointure.

Marguerite D..., de la commune de Mendo, dix-sept ans, tempérament lymphatique, constitution forte, bonne santé habituelle, bien réglée, entre à l'hôpital de Mende le 23 janvier 1865.

Dans le mois de décembre 1863, après une course prolongée sur le sol couvert de neige, elle éprouve, le matin en se levant, une douleur lancinante à la partie moyenne du tibia droit. Sans en tenir compte elle se rend, le même jour, à la rivière qui charriait des glaçons pour y laver le linge de la famille. La douleur augmente, et à son retour, la contraint à prendre et à garder le lit durant trois mois; la jambe se tuméfie, s'abcède et il s'écoule de la sanie purulente par l'ouverture qui reste fistuleuse. Le pus renferme parfois des portions d'os très-minimes. Le cou-de-pied, mais surtout le genou, ne tardent pas à devenir douloureux. La malade reçoit des soins empiriques durant un an, sans éprouver aucune amélioration et réclame enfin son admission à l'hôpital.

On ne remarque, à son entrée, que de légères perturbations dans l'exercice des fonctions générales; le pouls est médiocrement accéléré, l'appétit peu prononcé, le sommeil mal assuré mais à un degré moindre que ne ferait supposer l'intensité de la lésion locale. Celle-ci siége à la jambe droite qui est tuméfiée à partir de 3 centimètres, au-dessous de la rotule jusqu'à 12 centimètres au-dessus du cou-de-pied. Sa circonférence, au niveau du tiers moyen où réside la maladie, est de 39 centimètres, tandis que la jambe saine n'a, dans la même région, qu'un pourtour de 33 centimètres. Elle est en outre, dans l'espace indiqué, percée de trois trous disposés l'un au-dessus de l'autre, à peu près en ligne verticale; la peau qui les entoure est bleuâtre, amincie, en certains points décollée. L'ouverture supérieure amène, par un trajet oblique en bas, le stylet explorateur d'abord sur une surface osseuse, dénudée, superficielle et définitivement dans le canal médullaire où existe un tissu friable que brise la moindre impulsion donnée à l'instrument. L'ouverture moyenne, exclusivement formée par la peau ulcérée, s'arrête à la surface du tibia qui en ce pointest dépourvu de son périoste. L'ouverture inférieure conduit le même stylet à travers un canal, long d'à peu près 3 centimètres, pourvu d'une muqueuse, jusque sur un plan résistant dont on ne peut bien déterminer la configuration. Ces diverses ouvertures ont le calibre d'un tuyau de plume d'oie. La plus basse et celle qui est intermédiaire datent d'un an, l'ouverture supérieure seulement de huit mois. Elles sont éloignées, l'une de l'autre, d'à peu près trois centimètres; néanmoins on peut estimer que la lésion osseuse occupe, au-dessus et au-dessous des points extrêmes, 2 centimètres de plus d'étendue et que le champ de l'opération à effectuer comprendra 13 à 14 centimètres.

Deux heures avant la visite, le 27 janvier 1865, la malade prend, en une seule fois, 60 grammes de liqueur de coing et 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Je pratique, à mon arrivée, l'opération suivante avec le concours intelligent de mes honorables confrères MM. les docteurs Magne, médecin des prisons, et Poussié, médecin de l'hospice de Marvejol. J'effectue, sur la jambe malade, une incision semi-elliptique, à grand diamètre vertical, qui part de 2 centimètres au-dessus de l'ouverture supérieure, passe à 2 centimètres en dedans de l'ouverture moyenne et finit à 2 centimètres plus bas que l'ouverture inférieure ; je dissèque, en partie avec le bistouri, en partie avec la spatule, selon le degré d'adhérence du périoste, ce lambeau et le renverse en dehors; j'applique aussitôt deux couronnes de trépan exfoliatif, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la plaie, et pénètre rapidement dans le canal médullaire du tibia; armé d'une forte pince de Liston je fais, par une double section latérale, sauter le pont osseux de 13 centimètres d'étendue qui comprend les trois ouvertures fistuleuses; je trouve au-dessous une substance blanc rougeâtre, composée de pus et de sang dans laquelle le doigt rencontre et brise des parcelles osseuses très-friables; je sors ce produit de l'inflammation de la gouttière que j'ai pratiquée; puis, avec une gouge plate, j'enlève de ses rebords osseux jusqu'à ce qu'ils perdent cet aspect qui les fait ressembler à un corps de couleur blanc jaunâtre percé de petits trous vides, analogues à ceux du bois vermoulu, et ne m'arrête que quand leur section a un reflet nacré, parsemé d'un pointillé rouge vif; je pénètre ensuite dans la gouttière, j'enlève, avec une gouge à mancho, à tranchant curviligne, en bas, sur les côtés, tout le tissu aréolaire suspect, et ne m'arrête que devant l'apparition, dans le tissu compacte évidé, des mêmes caractères qu'il offre sur ses bords; je retranche en haut et en bas du tissu aréolaire tant que son défaut de consistance, sa friabilité, sa couleur vineuse n'ont pas fait place à un tissu ferme, élastique, de couleur rouge franc; je promène la pulpe du doigt, et le doigt entier dans la gouttière pour m'assurer qu'il ne reste aucune portion d'os malade, et ne constate qu'en un point de sa surface postérieure, vers le tiers supérieur, une dépression de forme circulaire, de l'étendue d'une petite lentille; j'attribue à un degré plus prononcé de l'inflammation l'existence de cette légère excavation et, pour ne pas perforer complétement l'os déjà bien aminci, je me borne, sans examen plus approfondi, à la ruginer superficiellement. J'ai alors sous les yeux une gouttière ou auge qui s'étend de 5 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule à 12 centimètres au-dessus du milieu de la ligne intermalléolaire; creusée en totalité dans la diaphyse du tibia, longue de 13 centimètres et demi, large de 2 centimètres et demi, profonde de plus de 3 centimètres, lisse à sa surface; circonscrite en arrière et latéralement par le tissu compacte évidé, en haut et en bas par le tissu aréolaire dont toute trace d'inflammation morbide a été enlevé. Plein d'assurance sur l'intégrité du tissu osseux que je laisse, je place, à l'angle inférieur de la plaie, un drain, et, rabattant, comme un couvercle, le lambeau cutanéo-périostique sur la gouttière, le fixe, dans ses deux tiers supérieurs, par trois points de suture aux bords de la plaie. Je recouvre d'un linge troué cératé la partie qui vient d'être opérée, place dessus un coussinet mollet de dimensions plus grandes, percé en son centre pour empêcher le pansement de presser sur le milieu du pont cutané et de l'enfoncer dans la gouttière; je termine par l'apposition de gâteaux de charpie, compresses, bande roulée.

Hémorrhagie en nappe considérable durant l'opération, insignifiante après le pansement. Repos de la jambe dans une gouttière en carton.

Potion tonique avec 30 centigrammes d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures; limonade vineuse.

Le 28 janvier, nuit calme, absence de fièvre. Renouvellement de l'appareil imbibé de sang desséché.

Prescription. — Cinq centigrammes d'aconit, chaque matin, durant tout le traitement.

Régime. — Trois potages gras.

Le 1[er] février, absence de fièvre. Appétit, mortification du lambeau à la partie supérieure, au niveau de l'ouverture supérieure et de l'ouverture moyenne, dans l'étendue de 1 centimètre; inutilité des points de suture et mise à nu de la gouttière que l'on peut ainsi facilement observer. Aspect tout opposé des deux tiers inférieurs du lambeau où le périoste était sain. Celui-ci épaissi, tendu, résistant, couvre parfaitement la gouttière.

Traitement local. — Injections alcooliques dans la plaie, plumasseaux de charpie imbibée d'alcool sur le lambeau.

Régime. — Viande aux deux repas, un verre de vin; limonade vineuse au quinquina toujours pour tisane.

Le 10, la malade va aussi bien que possible; la cavité faite au tibia bourgeonne par son fond, par ses bords; la couche osseuse superficielle, soulevée sous forme de petits grains, de lamelles, est absorbée, expulsée par les bourgeons charnus.

Le 15, apparition de douleurs lancinantes dans la tubérosité interne et supérieure du tibia; augmentation de son volume; sensibilité pénible au toucher; empâtement de la région simulant une fausse fluctuation. Marche favorable, néanmoins, de la plaie vers la cicatrisation. Suppression de tout pansement excitant; frictions napolitaines, répétées matin et soir sur l'endroit douloureux.

Le 25, l'inflammation profonde de la tubérosité, après avoir semblé céder durant quelques jours, a reparu; il s'écoule par l'auge ou gouttière, pratiquée par le trépan au tibia, du pus verdâtre, épais, en plus grande abondance que ne le comporte la cavité, ce qui porte à lui assigner une origine plus profonde, telle qu'un abcès formé dans la tubérosité interne du tibia. Mais tout en soupçonnant la provenance du pus, je ne puis constater dans les parois de l'auge sa voie de communication. Frictions napolitaines répétées, cataplasmes de farine de lin. Maintien, dans le repos absolu, au lit, de la malade, qui avait voulu se lever, le membre inférieur muni de son tuteur en carton.

Le 10 mars, état général excellent. Marche régulière de la plaie. Huile de foie de morue et 5 centig. d'iodure de fer le matin à jeun.

Le 22, disparition de la douleur et de la tuméfaction au niveau de la tubérosité interne. Diminution considérable de la suppuration par la plaie.

Le 25 avril, aucun progrès, malgré le temps écoulé; la plaie, réduite aux dimentions d'une lentille, occupe la réunion des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur; elle conduit, par un canal qui mesure directement d'avant en arrière, plus de trois centimètres, sur une surface résistante, dénudée, en un mot, la partie postérieure du tibia nécrosée. La cicatrice, au-dessus de la petite ouverture fistuleuse, là où le périoste était malade ou absent, recouvre un tissu mou qui se déprime sous le contact du doigt; mais au-dessous du même orifice, là où le périoste était sain, la peau a son aspect normal, légèrement épaissie, résistante à la pression aussi bien que le tissu osseux voisin.

Depuis cette époque jusqu'au 5 juin, la malade est soumise au traitement général tonique déjà indiqué : huile de foie de morue à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche par jour, à l'iodure de fer, à la tisane de houblon; elle boit deux verres de vin par jour et se nourrit de viandes rôties. On fait en même temps des injections de liqueur de Villate, affaiblie par moitié d'eau, dans le trajet fistuleux, et l'on introduit, jusque sur la surface osseuse dénudée, une mèche imbibée du même liquide, afin qu'il en provoque l'exfoliation et l'expulsion définitive.

Tout reste inutile, la plaie ne se ferme pas. J'envoie la malade, dans cet état, suivre à Bagnoles-les-Bains, un traitement par les eaux thermales sulfureuses sous forme de bains généraux, de douches locales et en boisson.

La malade est de retour le 25 juin, l'ouverture fistuleuse fermée, recouverte d'une cicatrice mince bleuâtre; la marche s'exécute facilement et sans douleur. Deux jours après, la cicatrice se rompt, et je constate au fond du trajet fistuleux la présence de cette même plaque osseuse dont aucun traitement n'a pu déterminer l'élimination.

Je reviens, durant tout le mois de juillet, sans succès, à l'emploi des injections de liqueur de Villate.

Le 3 août, après avoir préalablement, à l'aide de l'éponge préparée, dilaté le canal fistuleux, pour lui donner le calibre d'une plume d'oie, j'introduis dans son intérieur un cautère chauffé à blanc, et le maintiens durant 2 ou trois minutes sur la partie d'os nécrosée. Il s'établit une suppuration franche et abondante dans le trajet fistuleux, qui se rétrécit progressivement, mais n'éprouve, dans la constitution de son fonds, aucune modification appréciable.

10 septembre. Pâle, amaigrie, sans appétit, la malade paraît sous l'influence d'un séjour trop prolongé à l'hôpital. Aussi, dans le but d'imprimer aux fonctions générales une excitation favorable, je l'envoie à la campagne prendre largement de l'air et du soleil.

Le 12 octobre, je constate à son retour que l'état local a peu changé; la plaque osseuse qui constitue le fond de la fistule donne, au choc avec le stylet, une résonnance particulière indiquant qu'elle est soulevée, et que la largeur seule de ses dimensions, en disproportion avec celles du canal fistuleux, la maintient en place.

Je fais, durant le mois, plusieurs tentatives prudentes pour la fragmenter; mais, les voyant infructueuses, je me décide pour une mesure qui mettra fin à la maladie en ouvrant à la sortie du sequestre une voie spacieuse.

Je pratique, le 24 novembre 1865, une seconde fois, la trépanation de l'os. De chaque côté de l'ouverture fistuleuse j'incise la peau et le périoste de manière à obtenir deux petits lambeaux rectangulaires que je renverse, comme deux valves, latéralement; j'applique, au centre de cette surface osseuse dénudée, la plus forte couronne du trépan, en lui faisant comprendre dans son aire le canal fistuleux; j'arrive ainsi au canal médullaire, complétement bouché en bas par de la matière osseuse solide, incomplétement en haut. La rondelle osseuse enlevée, je trouve avec la pulpe du doigt, au fond de la cavité, ce même trou dont j'avais, lors de l'opération de l'évidement, constaté l'existence, mais ignoré la véritable signification. Plus prudent j'y fais pénétrer un stylet que je recourbe à angle droit, et j'arrive alors dans une autre cavité, distincte de la cavité médullaire, dont elle se trouve séparée par une cloison osseuse perforée, et dans laquelle gît un séquestre, cause unique de la durée interminable de la maladie. Pour abattre ce dernier obstacle, je réintroduis la couronne du trépan, et procède, non sans émotion, à la profondeur de 3 centimètres, à l'enlèvement de cette cloison. J'ai, au fond de la cavité, le sequestre sous les yeux. Celui-ci, dont les extrémités remontent plus haut et descendent plus bas que le champ de la couronne, ne peut, quoique mobile de haut en bas, être saisi. J'ai à en enlever préalablement, avec une petite rouronne du trépan, la partie moyenne; puis, muni d'un davier, j'extrais successivement sa moitié supérieure et sa moitié inférieure. Réunies après leur sortie, elles représentent un os ou sequestre de forme elliptique, à surfaces antérieure et postérieure rugueuses, dépourvues de périoste; à bords irrégulièrement dentelés, longs de 7 centimètres, épais de 5 millimètres, large, en son milieu, d'un centimètre, et finissant, à ses deux extrémités, en pointe. La profondeur de sa situation, sa formo, portent à supposer qu'il appartient à la superficie de la portion postérieure du tibia, nécrosée dans une étenduc limitée. Je constate en même temps, avec le doigt pour la partie centrale, avec le stylet recourbé pour les parties supérieure et inférieure de la cavité, que le lit où reposait le sequestre est constitué par un tissu osseux compacte, anfractueux, où la face postérieure de celui-ci a reçu son empreinte. Son origiue se trouve dans l'ossification du périoste, qui, dans ce point, a renforcé l'os, dont la nécrose avait affaibli la solidité. Je rabats sur la plaie les lambeaux cutanéo-périostiques, et procède à un pansement simple.

La plaie marche régulièrement vers la cicatrisation; la malade se trouve bien, lorsque le 2 décembre, six jours après l'opération, à son réveil, voulant, du côté gauche où elle reposait se porter sur le côté droit, elle éprouve, en se retournant, une douleur subite et atroce dans le genou de la jambe malade. Celui-ci se tuméfie rapidement; la tubérosité interne du tibia grossit davantage et devient plus douloureuse; la fièvre se déclare avec violence, l'appétit disparaît, et il survient de la céphalalgie et des sueurs profuses. Traitement, à l'intérieur : opium 10 contigrammes, à l'extérieur frictions napolitaines et cataplasmes de farine de lin sur tout le genou; immobilité absolue du membre dans une gouttière en carton.

Le 3 décembre, état général comme la veille. L'ouverture faite au tibia, par le trépan, est remplie de pus crémeux. Celui-ci, essuyé, sort en si grande abondance que l'abcès seul de l'épiphyse peut le fournir. Il serait ainsi en double communication avec la cavité articulaire du genou et avec l'extérieur.

Le 6, fièvre très-forte, céphalalgie, nausées, angine, salivation, gonflement des gencives, sueurs, accablement des forces; tuméfaction extrême du genou sans rougeur à la peau; rotule déprimée, comme dans l'hydarthrose, et entourée de quatre bosselures correspondant aux culs de sac synoviaux supérieurs et inférieurs. Suppuration presque nulle par l'ouverture faite au tibia; tentatives inutiles avec le stylet recourbé introduit à un centimètre, directement vers l'abcès de l'épiphyse, pour rétablir sa communication avec l'extérieur. Dans cette situation extrême je pratique avec le gros trois-quart à paracentèse abdominale, une ponction à deux centimètres en bas et en dehors de la capsule articulaire et cheminant sous la peau, le long de la tête du péroné, j'en fais pénétrer la tige dans la cavité du genou. Il s'écoule aussitôt, par la canule, munie d'une peau de baudruche qui plonge dans l'eau, trois quarts de verre de pus épais, blanc, crémeux, que son poids entraîne au fond du vase et empêche de se mêler à l'eau que j'y avais préalablement versée. Pansement : une plaque d'emplâtre diapalme sur l'ouverture de la ponction; cataplasmes laudanisés enveloppant tout le genou et la partie supérieure de la jambe. Gargarisme au chlorate de potasse; collutoire aluné, limonade vineuse au quinquina, un litre de bouillon.

Le 8, état général très-grave, aucun écoulement de pus par l'ouverture du tibia ni par celle, totalement fermée, faite avec le trois-quart à la peau, douleur locale très-vive; reproduction plus considérable de l'épanchement qui provoque une tension extrême de l'articulation.

Procéder à une nouvelle ponction sous-cutanée de la cavité articulaire en présence de la rapidité du renouvellement du liquide purulent me paraît insuffisant; l'articulation, par la portion de tibia qui entre dans sa composition, reçoit incessamment du pus émané de l'abcès de l'épiphyse, et il faut, à une production intarissable, opposer une déplétion continuelle. Je songo au drainage, dont l'année précédente j'ai, pour une lésion de cette même cavité, constaté les bons effets (1), et, avec le concours de mon excellent confrère M. le docteur Magne, je pratique l'opération suivante. J'introduis, à la partie externe et inférieure du genou, un trois-quart courbe à drainage, et pénètre dans l'articulation; retirant aussitôt l'extrémité de la tige de l'instrument dans sa gaîne, je contourne, avec celle-ci désarmée, la face antérieure du condyle fémoral externe, la face postérieure et le bord supérieur de la rotule, et la pousse contre la face interne du cul-de-sac supéro-interne de la synoviale du genou. Je fais alors saillir la tige, à travers la peau, y accroche un drain qui, suivant l'instrument dans son retrait, parcourt en écharpe, de haut en bas, de dedans en dehors, l'articulation. Quelque minime que soit l'opération, elle présente, dans son exécution, une certaine difficulté quand il faut doubler le bord supérieur de la rotule que la contraction tétanique du triceps crural, surexcité par la douleur, maintient fortement accolée à la trochlée fémorale. Il s'écoule aussitôt, dans la proportion de trois quart de verre, non plus, comme dans la première opération, du pus épais, lié, crémeux, mais bien un liquide trouble, séro-purulent. Immobilisation complète du membre inférieur, cataplasmes laudanisés sur le genou. La malade, qui venait d'être prise de ses règlos, deux heures avant l'opération, me cache cette circonstance; celles-ci, supprimées par l'émotion, ne reprennent leur cours normal que quatre mois après leur disparition.

Le 9, pouls large; sommeil; douleur locale moindre. Tuméfaction du genou et de la partie supérieure du tibia très-marquée, dure; injection d'eau tiède dans le drain pour le désobstruer. Traitement toujours tonique; limonade vineuse au quinquina, aconit; régime fortifiant; bouillon, côtelettes, vin.

Le 12, fièvre plus forte, frissons, langue sèche et rouge, anorexie, nausées, diarrhée. A l'augmentation de volume du genou se joint le

(1) Observation relatée dans le Bulletin de la société de chirurgie pour l'année 1865.

gonflement du tiers inférieur de la cuisse; suppuration à peu près nulle, soit par le drain, soit par la cavité pratiquée avec le trépan au tibia. Application d'un bandage de Scultet sur le tiers inférieur de la cuisse pour empêcher, par une compression modérée, l'extension à ce segment du membre inférieur de l'infiltration et de la tuméfaction inflammatoires du genou.

Le 15, fièvre; frissons; langue toujours rouge, sèche; soif vive; diarrhée plus forte; respiration courte, gênée, fréquente. Gonflement de la cuisse, de la jambe et du pied. Suppuration médiocre. Issue par la pression du genou, à travers le drain, de pus verdâtre, sanieux, mais non fétide. Injection pour nettoyer le drain. Addition au traitement prescrit de 40 centigrammes de diascordium.

Le 18, état général aussi grave. Abcès à la partie supérieure et interne du mollet se prolongeant dans le jarret. Ouvert avec le bistouri, il fournit du pus blanc, phlegmoneux, lié, contrastant par ses qualités avec celles du pus que le drain soutire spontanément de l'articulation ou qui en sort par la compression du genou, et dont l'aspect est brunâtre, la consistance nulle, l'odeur fétide.

Lavages de l'articulation avec de l'eau alcoolisée et camphrée. Même traitement et régime.

Le 28, aucun changement favorable; au contraire, la fièvre est plus vive, le visage pâle et décomposé, la langue sèche; il y a des vomissements bilieux, de la diarrhée de même nature, des sueurs profuses. L'affaissement moral de la malade, son découragement, ses traits tirés, ses yeux brillants, la suppuration languissante et de mauvaise nature du genou montrent que la résorption purulente est en voie d'amener une issue fatale. Pour arrêter sa marche, j'emploie le traitement par les alcooliques à haute dose, auquel, en pareille circonstance, je dois de nombreux succès, et je prescris de prendre quotidiennement : tisane de quinquina, deux litres, à laquelle on ajoute, par litre, deux verres de vin, un petit verre de liqueur de coings avec les cinq centigrammes d'extrait d'aconit continués depuis le début du traitement à l'hôpital; quatre bouillons et de la gelée de viande. Le bandage de Scultet a bientôt arrêté la tendance au gonflement qui se manifestait dans le tiers inférieur de la cuisse; il est continué et visité chaque jour.

Le 3 janvier 1866, pouls petit, fréquent; langue humide, naturelle; plus de nausées et de vomissements, diarrhée modérée, respiration libre, sueurs abondantes, surtout dans le sommeil; tremblements dans les mains et dans les jambes; douleur vive à la pointe de la rotule et au genou; écoulement médiocre, par le drain, d'un pus grisâtre, séreux, mal lié, abondant par l'incision du mollet, verdâtre et épais. La cavité du tibia est remplie de fongosités charnues, mais son fond est toujours dénudé.

Le 8 janvier, pouls petit, fréquent; persistance, mais à un bien faible degré, de la diarrhée et des sueurs. Le volume du genou, quoique amoindri, est encore considérable; il mesure 44 centimètres de circonférence, tandis que le genou sain n'en a que 32. La douleur, très-vive au sommet de la rotule, la faible quantité de suppuration qui coule par le drain me porte à le supprimer et à le remplacer par un simple fil qui sert à guider la marche du pus vers l'extérieur. Deux bouts de drain, placés dans les deux ouvertures faites lors du drainage à l'articulation, facilitent l'écoulement permanent de la suppuration. Même traitement et régime.

Le 26, pouls tranquille; appétit; sommeil; régularité de toutes les fonctions; forme normale du genou commençant à se dessiner; volume de l'articulation notablement réduit. Suppuration nulle de la plaie du mollet, insignifiante par les drains et par la cavité du tibia, dont le fond est encore dénudé. J'imprime à la jambe de légers mouvements de glissement sur le matelas, de manière, en ouvrant le genou à des angles de plus en plus prononcés et variables, à en éviter l'ankylose.

Le 27, malgré la prudence qui a présidé à la production des mouvements dans le genou, une violente inflammation s'y manifeste; son volume augmente, il devient très-douloureux au toucher et en l'absence même de tout contact.

Traitement. — Immobilité absolue du membre dans une gouttière, suppression de tout mouvement alors même qu'il doit s'ensuivre l'ankylose; frictions napolitaines et cataplasmes laudanisés sur le genou.

Régime. — Quatre bouillons gras, limonade vineuse au quinquina toujours continuée.

Le 2 mars, l'inflammation se juge par la formation d'un abcès au côté externe du genou. La salivation mercurielle, développée sous l'influence des frictions napolitaines, est arrêtée comme la première fois par les gargarismes avec le chlorate de potasse et les collutoires alunés.

Le 6 avril, la malade a repris, depuis quinze jours, l'usage de l'huile de foie de morue et des préparations d'iodure de fer; ses règles suspendues dans leur écoulement mensuel, depuis quatre mois, ont reparu très-abondantes; les bouts de drain ont été enlevés et les ouvertures qui donnaient accès dans l'articulation sont cicatrisées. Il en est de même de l'incision du mollet et de la cavité du tibia dont le fond s'est enfin recouvert de bourgeons charnus.

Le 14, la malade marche dans la salle avec des béquilles, lève la jambe sans éprouver d'autre difficulté qu'un léger endolorissement au niveau de l'attache du tendon rotulien. Mouvement de flexion de la jambe très-limité.

Le 5 juin, depuis plus d'un mois la malade marche, monte et descend l'escalier avec une simple canne qu'elle oublie même de prendre souvent; la flexion du genou, quoique limitée, est suffisante pour permettre la promenade sur un sol raboteux; la jambe se porte directement en avant sans exécuter ce mouvement de circumduction pareil à celui qu'imprime à son instrument le faucheur. Les dimensions des genoux sont les suivantes : genou sain, 32 centimètres de circonférence; genou malade, 35 centimètres; les dimensions des tibias sont à la réunion du tiers moyen et du tiers supérieur où, dans la jambe droite, les lésions anatomiques étaient les plus développées : pour la jambe saine, 30 centimètres; pour la jambe malade, 32 centimètres.

Connaissant par expérience l'action puissamment résolutive des eaux thermales sulfureuses de Bagnoles sur les affections chroniques des os et les engorgements articulaires, j'envoie la malade, une seconde fois, y suivre un traitement par les douches, les bains, auxquels on joindra l'ingestion de quelques verres d'eau thermale.

Cette observation, en résumé, me semble prouver :

1° Au point de vue de l'anatomie pathologique, la nécessité, dans les fistules consécutives à l'ostéite, à la carie, à la nécrose, qui occupent la partie antérieure de l'os, de bien observer les conditions normales ou morbides de la partie de l'os symétriquement située en arrière. Elle fait voir également la funeste tendance des abcès épiphysaires, quoique peu éloignés de l'extérieur ou même en relation indirecte avec la cavité médullaire, à s'ouvrir dans l'articulation.

2° Au point de vue de la physiologie pathologique, elle affirme, une nouvelle fois, le rôle ostéogène du périoste réparant dans l'os altéré la brèche faite par la maladie ou l'instrument de manière à reproduire exactement le type primitif.

3° Au point de vue clinique, elle démontre l'importance de la méthode de l'évidement de M. le professeur Sédillot dans la thérapeutique des lésions des os; elle fait sentir l'utilité de l'ouverture prématurée, par le trépan, des abcès épiphysaires pour éviter leur épanchement dans l'articulation voisine; elle enseigne surtout, par le succès qui a couronné l'opération, que, dans l'inflammation purulente d'une grande articulation, le drainage de la jointure peut conserver le membre, avec la liberté seulement restreinte de ses mouvements.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 octobre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la marine adresse une demande de vaccin pour la Cochinchine et la Guyane française, et une Note relative aux modifications à apporter aux envois de vaccin dans les colonies.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Chassaignac, priant l'Académie d'accepter le retrait de sa candidature dans la section de pathologie externe où il s'est, dit-il, présenté trop tardivement;

2° Une lettre de M. le docteur Pichot (de la Loupe), sur l'industrie des nourrices et la mortalité des nourrissons. (Commissaire : M. Blot.)

3° Une Note de M. le docteur Josat, sur l'allaitement artificiel des enfants. (Même commissaire.)

4° Une observation intitulée : *Extirpation d'une tumeur fibreuse de la matrice, du poids de 4,500 grammes, avec amputation de la partie sus-vaginale de l'utérus; 17 litres de sérosité ascitique; adhérence pelvienne divisée avec le cautère actuel; guérison;* par M. le docteur Kœberlé (de Strasbourg), présentée par M. Larrey. (Commissaires : MM. Nélaton et Huguier.)

5° Une lettre de M. le docteur Bertrand, médecin-major, accompagnant l'envoi d'une brochure sur le recrutement du département de l'Indre. (Commission des épidémies.)

6° Un rapport de M. le docteur Piedvache, sur les épidémies de l'arrondissement de Dinan, de 1850 à 1866. (Commission des épidémies.)

7° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Krishaber, renfermant la description d'une canule trachéale et d'un appareil respiratoire. (Accepté.)

8° M. le docteur Morpain présente à l'Académie une nouvelle modification du révulseur.

Cet instrument diffère du révulseur de M. le docteur Dreyfus, construit il y a quelques années par M. Mathieu, en ce que l'on peut graduer avec lui la puissance en poids du choc des aiguilles.



Ainsi, en partant de 2 kilogrammes, on arrive progressivement à se servir d'une force graduée en poids de 7 kilogrammes.

On peut donc régler la pénétration des aiguilles dans les différentes régions que l'on veut soumettre à ce genre de révulsion.

Ce nouvel appareil, fabriqué selon mes indications par M. Galante, se compose d'un cylindre en métal, dans lequel se meut, au moyen d'un ressort à boudin, une rondelle garnie de trente-sept aiguilles.

Cette rondelle présente *cette modification*, qu'elle *joue librement* sur la tige, ce qui lui permet un mouvement *de recul* sans lequel les aiguilles pénétreraient trop dans les tissus frappés, et seraient très-sujettes à se briser.

Pour manœuvrer l'appareil, on tire sur la barrette jusqu'à ce que la tige vienne accrocher dans un ressort fixé à l'extrémité supérieure de l'instrument. La tige étant graduée, permet de régulariser la force à donner à la projection des aiguilles.

Il suffit alors de pousser sur un bouton pour faire partir les aiguilles.

Le même instrument a été réduit, pour trouver place dans la trousse ordinaire.

Ce petit modèle contient dix-sept aiguilles.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Léon Le Fort, renfermant la description et la figure d'un médaillon peint en 1521, qui se trouve dans la grande salle de l'hôtel de ville de Nuremberg, et représente le supplice du fils de Maulius Torquatus, décapité par ordre de son père au moyen d'une machine analogue à la guillotine.

— M. LARREY dit à ce propos, qu'il possède un ancien dessin, qu'il a fait voir à M. Dubois (d'Amiens), et qui représente le martyre de sainte Constance, décapitée aussi à l'aide d'une machine semblable.

— M. ROBINET dépose sur le bureau, de la part de M. Bourdaloue (de Bourges), une lettre qui annonce qu'ayant analysé les eaux de deux maisons dont les habitants ont successivement succombé aux diverses invasions du choléra, il a constaté que ces eaux marquaient de 70 à 73 degrés à l'hydrotimètre.

— M. LARREY présente :

1° Un ouvrage de M. le docteur Marion Sims, intitulé : *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*;

2° Une brochure de M. le docteur Colta, médecin-major, sur le recrutement du Pas-de-Calais;

3° Un mémoire de M. le docteur Aimé Paris (d'Angoulême), sur le drainage chirurgical.

— M. GUBLER présente un opuscule imprimé, de M. le docteur Cotting, ayant pour titre : *La maladie dans le plan de la création*, discours prononcé à la Société médicale de Massachusetts; traduit de l'anglais par M. G. Garnier.

— M. VELPEAU présente, en hommage à l'Académie, au nom de MM. Bouchut et Després, la troisième et dernière partie du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

A trois heures et demie l'Académie se forme en comité secret, pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe et des rapports de prix.

La section propose la liste suivante de candidats dans la section de pathologie chirurgicale :

En première ligne	MM. Follin.
En deuxième ligne	Legouest.
En troisième ligne	Demarquay.
En quatrième ligne.	Guérin (Alphonse).
En cinquième ligne.	Giraldès.
En sixième ligne	Verneuil.

L'Académie rentre en séance publique à quatre heures et demie.

LECTURES.

Inoculation des tubercules. — M. BERGERON donne lecture, pour M. Lebert, membre associé étranger, d'un mémoire ayant pour titre : *Quelques expériences sur l'inoculation des tubercules.*

M. Lebert, au lieu d'employer l'inoculation ou l'injection dans les veines, a eu recours à l'injection sous-cutanée; la matière tuberculeuse employée variait de 50 centigrammes à 1 gramme, délayée et triturée avec de l'eau distillée. La peau de la nuque était la place choisie de préférence. Ces expériences ont été faites sur des cochons d'Inde et des lapins, tantôt avec de la matière tuberculeuse jaune ou grise, tantôt avec le liquide renfermé dans une caverne. Il a trouvé, à la suite de ces injections, des tubercules dans les poumons, dans le foie, dans la rate, dans les plèvres et dans tout le système lymphatique. L'examen au microscope a démontré l'identité de ces tubercules avec ceux de l'homme.

La transmissibilité des tubercules par contact et absorption provoquée, prouve, suivant M. Lebert, qu'il ne s'agit point là d'un simple travail phlegmasique qui s'est répandu et propagé de proche en proche, mais d'un élément spécial et propre à la maladie tuberculeuse, aussi bien qu'il y en a pour la variole, la syphilis et la morve.

Le travail de M. Lebert sera inséré *in extenso* dans le Bulletin.

Cause et nature de la tuberculose. — M. VILLEMIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit un deuxième mémoire sur la cause et la nature de la tuberculose. Dans une première communication remontant à l'année dernière, nous avons démontré expérimentalement, dit l'auteur, que la tuberculose est une maladie inoculable et partout virulente. Nous avons fait depuis d'autres expériences et de nombreuses recherches sur cet important sujet; elles ont entièrement confirmé nos premiers résultats et établi que la phthisie est une affection spécifique au même titre que la morve, la syphilis, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la clavelée, le typhus des bêtes à cornes, etc., etc.

Comme ces dernières, en effet, la tuberculose n'exerce ses ravages que sur un nombre limité d'espèces zoologiques. Dans un travail en cours de publication, nous avons essayé de montrer à la suite de quelles erreurs la croyance à l'universalité de la phthisie chez les animaux a pu s'accréditer. (*De la phthisie et des maladies qui la simulent dans la série zoologique, in Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1866, 19 octobre et suiv.) Nous avons fait voir dans cette esquisse : 1° que c'est en considérant toute petite tumeur comme un tubercule spécial, en regardant les consistances caséeuse, plâtreuse et crétacée, comme le caractère spécifique de la matière tuberculeuse, enfin en prenant pour des symptômes de tuberculisation, les accidents de consomption de causes diverses, que l'on a conclu à la phthisie de beaucoup d'animaux; 2° Qu'en dehors de l'homme, il n'y a guère que le singe, la vache et peut-être le lapin, qui offrent des exemples incontestables de phthisie tuberculeuse; 3° que les soi-disant tubercules trouvés sur la plupart des autres espèces animales sont en grande partie des lésions déterminées par des parasites ou indirectement provoquées par eux.

Les expériences nouvelles auxquelles nous nous sommes livrés, sont encore insuffisantes et incomplètes; elles le sont surtout en ce que nos inoculations auraient dû porter sur les singes et les vaches que l'aptitude à la tuberculisation indiquait naturellement comme des sujets d'expérimentations avantageux. Ce n'est pas sans regret que nous nous sommes vu forcé de laisser à d'autres le plaisir scientifique de ces curieuses expériences. Toutefois, les moyens dont nous avons pu disposer, nous ont permis de confirmer amplement les résultats de notre première communication et de résoudre plusieurs questions afférentes à la nature de la phthisie, à son influence héréditaire, à la durée de son incubation, à l'immunité de certaines espèces animales, etc.

Inoculation de l'homme au lapin. — Sur neuf lapins inoculés avec du tubercule de provenance humaine, un seul s'est montré in-

demne. En sorte que si nous joignons à ces neuf animaux les neuf autres qui font le sujet de notre première communication, ainsi que les quatre qui seront mentionnés dans les expériences suivantes, nous aurons un total de 22 lapins sur lesquels 2 seulement ont échappé aux conséquences de l'inoculation du tubercule pris sur l'homme. Et encore un de ces insuccès tient-il au procédé opératoire et concerne un individu auquel nous avions injecté par la trachée de la matière tuberculeuse délayée dans de l'eau. L'autre nous semble dû à la matière inoculée qui était trop grise et d'une évolution trop incomplète.

Inoculation de la vache au lapin. — La phthisie de la vache connue sous le nom de *pommelière,* donne lieu à un processus anatomique dont la nature tuberculeuse a été contestée. On a voulu le rapporter à une affection différente de la phthisie de l'homme. Ce point litigieux difficile à résoudre par les moyens ordinaires, l'a été péremptoirement par l'inoculation.

Un lapin, inoculé avec du tubercule de vache, a été atteint d'une phthisie aiguë et généralisée, d'une intensité ordinaire. Au bout de deux mois, il était arrivé au marasme le plus complet et présentait à l'autopsie des tubercules excessivement abondants dans les poumons, la plèvre, la rate, le foie, les côtes, les reins, le péritoine, l'intestin, les ganglions mésentériques, etc.

Inoculation du lapin au lapin. — On nous a fait l'objection qu'en inoculant du tubercule pris sur un homme mort depuis vingt-quatre à trente-six heures, nous inoculions par le fait une matière cadavérique à laquelle étaient peut-être dus les accidents produits. Pour trancher cette question, nous avons inoculé trois lapins avec du tubercule pris sur un autre lapin, inoculé lui-même depuis quelque temps, et qui venant d'être sacrifié à l'instant, était tout chaud, le cœur battant encore. Les trois lapins présentèrent après très-peu de temps une tuberculisation généralisée. L'un d'eux succomba au bout de deux mois juste. La marche de l'affection avait revêtu un tel degré d'acuité, que les poumons contenaient à peine quelques parcelles de tissu sain. Le foie, la rate, les reins, la plèvre étaient aussi semés de tubercules. Les mêmes lésions furent constatées chez les deux lapins, à des degrés moindres.

Ces expériences tendraient à prouver que la matière tuberculeuse, comme tous les virus, est d'autant plus active que son état est plus frais. Mais peut-être aussi cette activité varie-t-elle selon l'analogie plus ou moins grande entre l'organisme qui donne le virus et celui qui le reçoit.

Inoculation de l'homme au cochon d'Inde. — Le cochon d'Inde semble être, aussi bien que le lapin, un réactif sensible à l'agent étiologique de la tuberculose. Deux de ces rongeurs ont succombé, l'un après deux mois d'inoculation et l'autre après trois mois et quelques jours. Ils ont présenté tous deux des tubercules extrêmement abondants dans la plupart des organes : poumons, foie, rate, ganglions lymphatiques.

Inoculation de l'homme au chien. — Y a-t-il des chiens phthisiques? Les médecins vétérinaires ne le croient généralement pas. Nous n'en avons trouvé aucune observation, tandis qu'en revanche, il y a des exemples détaillés d'affections vermineuses des poumons chez les chiens et le renard, qui simulent de la façon la plus surprenante les tubercules de la phthisie.

L'inoculation pouvait résoudre la question de savoir si le chien est réfractaire à la tuberculose. Nous avons inoculé quatre de ces animaux, et un seul a présenté après cinq mois quelques rares tubercules dans un poumon et dans les ganglions bronchiques. Un autre est tombé dans le marasme et n'a offert que des ulcérations dans l'œsophage et dans le gros intestin. Ces derniers avaient pour siége les follicules clos.

(La suite prochainement.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 17 octobre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

Les *Comptes rendus des séances des mémoires de la Société de biologie.*

— M. Larrey présente à la Société, au nom de M. Rizet, médecin-major du 1er régiment du génie, une observation de *luxation irréductible en arrière de la phalange unguéable du pouce du pied droit* (avec planche) ; au nom de M. le docteur Joly, une brochure intitulée : *Études sur un monstre exencéphalien né à Toulouse.*

— M. Trélat présente, au nom de MM. les docteurs Oré (de Bordeaux) et Béro, ingénieur civil, *un projet de maternité et d'école d'accouchement* (avec planches). Commissaires : MM. Guyon, Broca, Trélat et Tarnier.

— M. Verneuil fait hommage, au nom de M. Gyoux, d'une brochure intitulée : *De la suppression des tours,* au double point de vue de la morale et de la société.

— M. Broca fait hommage, au nom de M. Berchon, d'une revue critique : *La commission sanitaire des États-Unis.*

— M. Giraldès fait hommage, au nom de l'auteur M. Oliver Pemberton, demandant le titre de membre correspondants plusieurs brochures :

1° *Sur la résection du genou ;*

2° *Rapport sur les progrès de la chirurgie,* 1857 ;

3° *Un cas d'anévrysme variqueux ;*

4° *Rétrécissement de l'urètre ;*

5° *Fracture et fissure du crâne ;*

6° *Observation sur l'histoire, la pathologie et le traitement des maladies cancéreuses.*

M. Larrey annonce à la Société que M. Daniel Brainard, membre correspondant étranger, à Chicago (Illinois, nord Amérique), vient de mourir du choléra, au retour d'un voyage en France. Sa famille restée à Paris, en a reçu la nouvelle par le télégraphe transatlantique, et m'a chargé d'en informer la Société de chirurgie.

RAPPORT.

M. DESPRÉS lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le docteur Monteils, de Mende (voir plus haut).

M. VELPEAU. Dans l'observation dont il vient d'être question, on parle d'une infection purulente qui aurait guéri par le drainage. Rien ne justifie l'existence de cette grave complication, et il faut bien se garder d'accepter trop facilement les guérisons de la pyohémie.

M. DESPRÉS. Dans l'observation il est simplement dit qu'il y avait imminence d'infection purulente.

M. BLOT. M. le Rapporteur a beaucoup insisté sur les avantages du drainage dans les arthrites purulentes, je lui demanderai s'il connaît beaucoup de faits qui démontrent l'utilité de cette méthode. On obtient, ainsi que je l'ai démontré dans un mémoire, la guérison des arthrites purulentes, et cela sans roideur articulaire, au moyen de l'immobilité et des larges incisions.

M. LARREY. J'ai récemment fait le relevé de presque toutes les observations de plaies pénétrantes du genou avec arthrite purulente, et j'ai pu m'assurer qu'il y avait un bon nombre de guérisons. Quant à l'infection purulente confirmée, je partage l'opinion de M. Velpeau, et je crois qu'il faut accepter avec réserve les cas de guérison.

M. VERNEUIL. La question n'est point de savoir si l'arthrite purulente du genou, suite de plaie, guérit avec ou sans conservation des mouvements : le point capital, c'est de trouver les malades. Il faudrait déterminer si réellement le drainage peut être utile en pareille circonstance. Tout récemment, j'ai obtenu un réel avantage en passant sept tubes à drainage dans une articulation du genou remplie de pus.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance. M. Chassaignac est inscrit pour prendre la parole.

La Société décide que l'observation de M. Monteils et le rapport de M. Després seront renvoyés au comité de publication.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

1° Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de professeur-adjoint d'histoire naturelle des médicaments, vacante à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

2° M. Kœberlé, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est maintenu en activité (hors cadre) jusqu'au 1er novembre 1867.

— M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, vient, comme nous l'avions annoncé, d'être nommé inspecteur général des services sanitaires, en remplacement de M. Mêlier.

M. Fauvel est également nommé membre titulaire du comité consultatif d'hygiène de France.

— M. le docteur Léon Gros est nommé médecin en chef du chemin de fer du Nord, en remplacement de M. le docteur Cahen, décédé.

— Le docteur Ancelon vient de publier le récit véridique et impartial de la fuite et de l'arrestation de Louis XVI à Varenne. Ce beau livre, imprimé sur papier cavalier, contient encore deux plans un fac-simile, deux vues et cinq portraits inédits jusqu'à ce jour y compris ceux de la reine et du dauphin. Il est indispensable aux amateurs ainsi qu'aux historiens. (Dentu, éditeur.)

— MM. Ranvier et Cornil reprendront leurs cours d'histologie normale et pathologique, le 6 novembre, à midi, dans leur laboratoire, rue Christine, 2.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 129. — MARDI 6 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 6 NOVEMBRE 1866. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Séance de rentrée de la Faculté de médecine. Éloge de Malgaigne. Prix proposés pour l'année prochaine. — De l'importance du délire des actes, pour le diagnostic médico-légal de la folie raisonnante. Nouvelles.

PARIS, LE 5 NOVEMBRE 1866.

Séance de rentrée de la Faculté de Médecine.

Les tristes circonstances dans lesquelles a eu lieu l'inauguration de la nouvelle scolarité donnaient un intérêt particulier à cette séance, où l'on s'attendait à voir le nouveau doyen exposer la situation actuelle et les espérances de notre école. C'est en effet par des paroles de deuil et de regret que M. Wurtz a commencé son allocution ; mais bientot notre confiance s'est trouvée relevée par le programme des améliorations et des progrès que la nouvelle administration de l'École se propose de réaliser. On y voit figurer avec plaisir les applications pratiques des sciences biologiques embrassées dans tout leur ensemble. Nous ne pouvons qu'applaudir à ce programme qui représente l'un des côtés de l'enseignement les plus utiles à l'éducation des jeunes médecins et au progrès de la science ; mais non sans faire remarquer combien il nous paraît essentiel de fortifier en même temps l'enseignement clinique.

Après l'allocution de M. le doyen, M. Jarjavay a payé, au nom de ses collègues, l'hommage dû à la mémoire de Malgaigne. Le savant professeur a su, dans un discours écrit avec la plus grande distinction, faire revivre la figure si originale et si accentuée de l'éminent chirurgien, et apprécier avec autant de justesse que d'impartialité ses importants travaux.

Un dernier mot. Les ennemis de l'École ont dû être heureux samedi dernier ; nous, nous sommes sortis vraiment peinés de la séance de la Faculté.

A cette séance, il s'était glissé dans la foule des étudiants en médecine, un certain nombre de jeunes étourdis qui certainement leur étaient étrangers ; mais qui ont couvert à plusieurs reprises de leurs clameurs, sans signification pratique et sans portée, la voix de M. le doyen pendant sa courte allocution et celle de M. Jarjavay, prononçant l'éloge de Malgaigne.

De pareils faits sont déplorables, car ils compromettent la dignité de tout le corps des étudiants en médecine. On se plaît à faire retomber sur eux et même sur l'École toute entière, la responsabilité de manifestations qui ne pouvant être considérées comme dirigées, ni contre un doyen estimé, respecté de tous, ni contre le souvenir d'un maître regretté, ressembleraient à ces espiègleries qu'on se permet parfois dans les colléges.

Nous aimons trop les étudiants pour ne pas être profondément affectés de les voir ainsi laisser compromettre cette légitime force morale qu'ils devraient sauvegarder toujours avec le soin le plus vigilant.

Cinq professeurs de la Faculté viennent d'être mis à la retraite, comme on le verra plus loin, et cinq chaires viennent d'être déclarées vacantes.

Les maîtres qui nous quittent ainsi d'une manière définitive, ne sont pas de ceux qu'il est facile de remplacer. Presque tous parvenus par les concours, formés par eux, ils ont puissamment contribué à maintenir l'éclat de notre école.

On compte maintenant les professeurs qui nous restent de cette époque ; puissions-nous longtemps les conserver!

Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE ANNUELLE DU 3 NOVEMBRE 1866.

M. LE DOYEN WURTZ ouvre la séance par l'allocution suivante :

Messieurs,

La Faculté est en deuil. Naguère la tombe se fermait prématurément sur Malgaigne, ce vaillant champion d'une science militante. Rostan succombait hier chargé d'années et de gloire. Aujourd'hui Jobert nous offre le douloureux spectacle d'un homme qui s'affaisse lentement aux prises avec une étreinte plus cruelle que la mort.

Ainsi décimés, pourquoi faut-il que nous ayons à déplorer encore l'absence forcée de deux de nos collègues les plus aimés et le départ volontaire de quelques-uns de nos illustres vétérans, dont cette école gardera le souvenir ineffaçable.

Pour nous, qui demeurons, de graves devoirs nous sont imposés. Redoublons d'efforts pour remplir dignement notre double mission de membres enseignants d'une faculté professionnelle et de promoteurs de la science. Pour soutenir l'éclat de notre enseignement, marchons résolûment dans la voie du progrès, et ce progrès, qui est la loi de notre existence, nous viendra plus que jamais de la culture et de l'application des sciences biologiques. Un premier pas va être fait pour le développement de ces études. Une école de physiologie pratique sera fondée. Dès l'été prochain, les principales expériences des cours seront répétées devant tous les élèves, admis par séries, à prendre part à ces exercices. Ceux d'entre eux qui seraient attirés par leurs goûts et leurs aptitudes vers des études plus approfondies, pourraient être admis plus tard dans le laboratoire du professeur. Initiés aux travaux du maître, ils deviendront des aides pour lui et des démonstrateurs pour leurs camarades. C'est ainsi que nous fonderons un institut physiologique, qui sera l'école préparatoire de nos savants médecins, comme notre institut anatomique a été la pépinière de nos grands chirurgiens.

Mais nos efforts demeureraient infructueux si, voulant inaugurer les études pratiques de physiologie et d'histologie, nous ne songions en même temps à améliorer l'instruction clinique et à fortifier l'éducation de nos futurs médecins. Et comment la fortifier sinon en organisant des exercices pratiques de chimie, de physique, d'histoire naturelle. De tels exercices seront institués gratuitement pour tous les élèves capables de les suivre avec fruit. Grâce à la sollicitude de M. le ministre, une somme considérable a été mise à la disposition de la Faculté pour la création de ces nouveaux services. Leur installation ne pourra être faite du premier coup, à cause de l'insuffisance déplorable de nos locaux. Il serait urgent d'y remédier et nous ne cessons de le demander avec instance. Le ministre sait que nous sommes à l'étroit dans cette maison et se souvient sans doute du mot d'Horace :

..... Virtutibus obstat
Res angusta domi.

Mais ce qu'il vient de faire nous rassure sur ce qu'il compte faire, les besoins de la Faculté lui étant connus.

Courage donc, jeunesse studieuse, vos intérêts ne seront point négligés, aussi bien sont-ils ceux de la science et touchent-ils de plus aux intérêts les plus élevés de la nation, car les nations comme les individus triomphent par l'intelligence, fécondant le travail. Travaillez donc et n'oubliez pas qu'un des premiers devoirs de l'étudiant c'est d'étudier.

Et vous maîtres qui m'entourez, les uns entrant dans la carrière avec l'ardeur de la jeunesse, les autres mûris par l'expérience et supportant le poids du jour, courage et serrons nos rangs. Suivons la trace des glorieux vétérans qui nous restent ; unissons-nous dans un même esprit d'amour de la science et du progrès, et que nos efforts communs se résument en ce seul mot, *laboremus*.

— La parole est à M. le professeur Jarjavay, pour la lecture de l'éloge de Malgaigne.

ÉLOGE DE MALGAIGNE.

En abordant cette séance solennelle, je ne puis, messieurs, me défendre d'un profond sentiment de tristesse. Je vois des places vides dans cette enceinte où la maladie et la mort ont décimé les rangs. Aux joies qu'un succès légitime inspire à ceux d'entre vous qui ont subi de brillants concours, à la satisfaction de vos juges heureux de proclamer les noms des lauréats, je suis contraint de mêler les accents de nos regrets. Hier encore, nous accompagnions Rostan à sa dernière demeure, Rostan, ce praticien exact qui ne dédaignait pas de vous réunir autour de lui pour vous guider dans l'examen des malades, ce maître plein d'urbanité, qui savait si bien allier la dignité à la bienveillance. Avant lui, c'était Malgaigne, dont le nom réveille vos sympathies, dont l'enseignement vous attirait en foule dans cet amphithéâtre, Malgaigne, élevé par la puissance du travail, au travers de mille obstacles, de la position la plus humble à la fortune, aux honneurs, à la réputation scientifique la mieux établie. Un autre vous dira la vie et les travaux du clinicien de l'Hôtel-Dieu ; pour moi, j'ai reçu la périlleuse mission de vous exposer la vie et les travaux de Malgaigne, et, plein de bonne volonté, je me suis mis résolûment à l'œuvre, sans calculer l'étendue de ma tâche, sans avoir l'espérance de pouvoir enfermer un éloge académique dans les limites d'un discours.

Né à Charmes, dans le département des Vosges, Malgaigne était fils et petit-fils d'officiers de santé. Une maison, un jardin, quelques champs, c'était là le patrimoine de la famille. Le grand-père avait succombé à la fatigue en donnant ses soins aux nombreux soldats atteints du typhus pendant la funeste retraite de 1813, et le père, qui avait servi dans les armées en qualité de chirurgien, s'était empressé de rentrer dans son pays natal pour y recueillir le modeste, mais glorieux héritage que lui laissait une des plus nobles victimes de l'épidémie. Convaincu que le typhus est contagieux, il voulut établir dès son arrivée une ambulance isolée et s'éleva contre la dissémination des malades chez les habitants de la petite ville. Un sentiment d'humanité mal comprise fit rejeter ses avis. Il eut la douleur de voir des familles entières disparaître ; la neuvième partie des habitants succomba. Il avait un fils, Malgaigne votre professeur éminent, dont il ne voulait faire qu'un officier de santé. Son père et lui avaient suffisamment montré qu'il n'est pas besoin d'être savant pour être homme de cœur et homme de bien.

L'éducation première de Malgaigne fut donc confiée à l'instituteur de Charmes. Heureusement pour lui et pour nous, un digne ecclésiastique, homme supérieur, consacrait le temps que lui laissaient les soins de son ministère à l'instruction des enfants. Il avait fondé un petit collége très-renommé dans le pays, et dans lequel le courant général entraîna le fils de l'officier de santé. Le jeune élève était sérieux. Ardent à l'étude, ardent au jeu, il saisissait toutes les explications avec une facilité extraordinaire, et partageait avec non moins de vivacité les divertissements de ses camarades. Il fixa bientôt l'attention de son professeur, qui cultiva avec un soin particulier cette nature exceptionnelle. Honneur, messieurs, honneur au curé Lutsuque, qui sut comprendre son disciple et qui lui prédit une haute position dans l'avenir !

En 1821, Malgaigne se rendit à Nancy où, selon les vœux de son père et selon ses goûts, il commença ses études en médecine. Il y termina aussi ses études classiques, qu'il ne pouvait laisser inachevées après l'excellente direction qu'il avait reçue. Il obéissait en même temps à ses goûts littéraires en publiant quelques articles dans le journal *le Propagateur de la Lorraine*. Il fut reçu, à l'âge de dix-neuf ans, officier de santé devant une commission d'examen que présidait Fodéré, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ce diplôme satisfaisait l'ambition de son père ; mais les aspirations de Malgaigne s'élevaient plus haut. Entre ces deux volontés également fermes une transaction fut impossible. Dès lors commença pour Malgaigne la lutte avec le besoin, cette lutte qui abat les âmes vulgaires, mais qui grandit au contraire celles que réchauffe le feu sacré du travail et de la science.

Au milieu de ses incertitudes, il reçut la visite de l'imprimeur qui publiait le journal où ses écrits avaient été remarqués. Celui-ci lui en offre la direction. Après quelques hésitations de part et d'autre sur le chiffre des honoraires, une convention est conclue et signée. Mais la fougue du nouveau rédacteur en chef ne tarda pas à éveiller la susceptibilité des autorités locales. Menacé dans ses intérêts, l'éditeur prit bien vite le parti d'offrir une indemnité à notre écrivain et le plaça en qualité de secrétaire auprès du chevalier de Villeneuve qui travaillait alors à son histoire de l'Ordre de Malte. Qui pourrait s'imaginer qu'en même temps Malgaigne avait fait l'ébauche d'une tragédie, et que, pour juger de l'effet de son œuvre, il transformait en acteurs toute une famille d'artisans qui la jouait en sa présence dans une arrière-boutique, à la lueur d'une lampe ? Ce journaliste, cet apprenti poëte n'avait pas encore vingt ans !

Mais à mesure que ses facultés se développaient, Malgaigne était tourmenté du désir de s'instruire encore. Il dirige ses vues vers Paris ; il part. Il va donc aborder les fortes études ; les musées, les amphithéâtres, les grands hôpitaux, les leçons des premiers maîtres vont s'offrir de toutes parts à son inépuisable activité. Seuls, les moyens d'existence lui font à peu près défaut. Quatre-vingt-cinq centimes par jour ! voilà le budget de l'intrépide étudiant qui eut bientôt épuisé les modiques ressources que lui avait procurées le journal de Nancy, s'il n'avait trouvé en lui-même le courage, la volonté de se suffire. Ce qu'il avait appris en anatomie et en physiologie dans l'École de sa province, il l'enseigne, et sa main déjà savante dirige la main novice des nouveaux venus dans l'art des dissections ; il recueille des observations dans les cliniques et publie des articles dans les journaux de médecine. Au bout de quelque temps, il partage avec une sœur l'héritage paternel et en consacre le produit au maintien de ses études. Cependant il se fût quelquefois trouvé dans le dénûment si un homme non moins recommandable par les qualités du cœur que par celles de l'esprit, M. Chardin, un ami d'enfance, n'avait été là pour lui prêter appui.

Pendant ces premières années, uniquement vouées au travail le plus constant, trois concours successifs avaient fait nommer Malgaigne élève de l'École pratique en 1826, externe des hôpitaux en 1827, élève du Val-de-Grâce en 1828. La carrière de la chirurgie militaire, qu'il venait d'embrasser, comblait ses vœux, car elle lui donnait la sécurité dans ses chères études. Cette même année, la Société médicale d'émulation lui décernait un prix au sujet d'un mémoire sur une nouvelle théorie de la voix humaine, mémoire fort remarqué et digne de l'être. Cette même année encore il remporta le second prix des élèves surnuméraires. Ceux qui étaient sortis les deux premiers du concours avaient le droit de rester attachés au Val-de-Grâce, d'où cependant Malgaigne devait partir six mois après pour rejoindre un régiment et y remplir les fonctions de son grade. Il vit dans cette mesure, qui était commandée sans doute par la nécessité du service, un déni de justice, et donna sa démission. Il se hâta de passer sa thèse inaugurale pour le doctorat en médecine, impatient d'obéir à son esprit d'entreprise et au généreux élan de sa jeunesse.

C'était en 1831. La scène du monde était alors agitée par les événements les plus graves ; tous les peuples de l'Europe ressentaient l'impulsion de la révolution de juillet. Des secours en hommes et en armes partaient de nos ports et se dirigeaient par mer vers la Pologne qui tentait un sublime effort pour recouvrer son indépendance. Malgaigne n'hésite pas. Il veut servir cette autre France, trop voisine de la Russie. Il prend un engagement avec les députés du gouvernement national en résidence à Paris. J'en ai lu les conventions, et je dois proclamer qu'elle sont toutes à son honneur. Il est chef d'une

ambulance composée de neuf chirurgiens et de dix sous-aides, il ne recevra d'ordre que des généraux ou du chirurgien en chef de l'armée; les membres de l'ambulance ne reconnaîtront d'autre pénalité que celle qui est prescrite par les lois françaises. Durant cette courageuse, mais inutile expédition, il lutta énergiquement pour conserver les attributs de son grade, et, malgré de justes sujets de plainte, il ne quitta le sol polonais que quand l'eut quitté son dernier défenseur. A l'assaut de Varsovie, il avait été décoré de l'ordre du mérite militaire de Pologne.

A dater de cette époque, Malgaigne va devenir l'homme qu'avait annoncé son premier mémoire sur la théorie de la voix. L'élève qui avait, en 1828, disséqué avec tant de soin des larynx humains pris sur des individus des deux sexes, de tous les âges, et comparativement des larynx d'animaux divers ; qui avait constaté dans la série les différences de chaque cartilage ; qui avait répété les expériences antérieures, en avait créé de nouvelles ; qui avait si justement déterminé l'action des muscles, constaté *de visu* la vibration des lèvres de la glotte, leur écartement dans l'inspiration, la corrélation qui existe entre le développement des fosses nasales et celui de l'organe de la voix ; qui avait senti tout ce qu'il y a de contradictoire entre les théories de Dodart, de Ferrein, de Cuvier, de Dutrochet, de Magendie, de Savart, et conclu au mécanisme d'une anche à deux lèvres membraneuses, cet élève avait solidement marqué sa place dans la science. Aussi le voyons-nous, pendant dix-huit ans, multiplier ses recherches en physiologie, en pathologie externe, en histoire ; verser le résultat de tant de travaux soit dans des mémoires, soit dans l'enseignement privé, parcourir avec une grande distinction la carrière des concours, et, au milieu de tant de labeurs, publier des ouvrages qui sont la gloire de la chirurgie contemporaine. Qui pourrait, en présence d'une telle vie, répéter contre les concours ce pauvre argument qu'ils enlèvent aux candidats toute spontanéité ?

Le concours a fait nommer Malgaigne agrégé à la Faculté de médecine de Paris, en 1835. Mais déjà la *Gazette médicale* avait fait connaître un travail du candidat sur la médecine et la chirurgie polonaises, une note sur l'emploi du camphre à l'extérieur, comme réfrigérant dans les inflammations externes, un nouveau moyen de diagnostic entre les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus et les luxations de cet os, un mémoire plein de verve et d'originalité sur les luxations du poignet et les fractures qui les simulent, alors que la doctrine de Dupuytren n'était que lentement acceptée, tant était grande la résistance à se défaire des idées qui avaient régné pendant tant de siècles, quoique sans fondement ! Malgaigne, en démontrant qu'il n'existait en vérité dans la science que trois observations de luxation du poignet, et encore fort contestables, entraîna, du moins en France, toutes les adhésions. Enfin, avait paru le *Manuel de médecine opératoire*, qui devait un jour atteindre sa septième édition et être traduit en anglais, en italien, en arabe. Ce livre excellent a été fait pour vous, messieurs. Avant de décrire une opération, il contient un aperçu de l'anatomie qui est indispensable au lecteur ; rien de plus, rien de moins. Il expose les méthodes, les procédés en donnant à chaque auteur ce qui lui appartient. Malgaigne n'oubliait pas que c'est là un devoir mutuel, et que souvent un auteur n'a d'autre récompense que celle de voir son nom cité. Dans l'appréciation, il discute chaque procédé en termes précis, clairs, simples, et en détermine le choix selon les circonstances ; il reste toujours un juge calme et impartial. Quand il examine un moyen nouveau, il se garde bien de l'admettre ou de le repousser imprudemment ; il s'en remet à l'expérience ultérieure. Rappelez-vous avec quelle netteté il expose les règles qui doivent présider à la ligature d'une artère ; les préceptes, les points de ralliement dont il fait un système, sont numérotés pour ainsi dire. C'est bien là le cachet d'un ouvrage utile aux élèves, aux praticiens. Aussi ce manuel a été pour les étudiants un *vade-mecum* aussi indispensable dans l'exercice des manœuvres opératoires que l'est un ouvrage d'anatomie descriptive pour les dissections. Voilà les titres que Malgaigne ajoutait à ses épreuves dans le concours de l'agrégation d'où il sortit parmi les élus. A la suite d'un autre concours, il était nommé dans la même année chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris.

Loin de se ralentir, le nombre de ses publications ne va désormais que s'accroître. A peine est-il sorti d'un service intérimaire à l'hôpital Saint-Louis, qu'il donne une intéressante relation des cas qu'il a observés ; il commence une polémique hardie sur le siége et le diagnostic différentiel des luxations de l'épaule ; il adresse une série de lettres à l'Académie sur la luxation ilio-fémorale, sur quelques points de l'histoire des hernies ; il entreprend des recherches sur la rétraction musculaire, à laquelle il fait jouer un grand rôle dans la persistance du déplacement des fragments quand un os est fracturé ; en thérapeutique, il appelle l'attention des chirurgiens sur le traitement consécutif à la réduction des luxations. Un des travaux les plus célèbres publiés dans cette période de deux ans est celui qui détermine les diverses espèces de luxation de la rotule. Vous n'aurez pas, messieurs, l'occasion de rencontrer souvent cette lésion. Durant le cours de leur longue pratique, Boyer et A. Cooper ne l'avaient vue qu'une fois ; elle ne s'était présentée que trois fois à l'observation de Dupuytren. Aussi l'histoire en avait-elle été faite dans le silence du cabinet, bien plus au moyen de raisonnements que par l'examen des faits. Malgaigne conçut l'idée de débrouiller ce chaos. Il réunit les observations éparses dans les journaux, dans les livres, en ajouta de nouvelles qui lui furent communiquées par des collègues, et arriva au chiffre de vingt-cinq. Il leur appliqua cette pénétrante analyse, ce don merveilleux de critique dont il était doué, et établit une classification qui fait aujourd'hui loi dans la science.

J'allais omettre, messieurs, l'enseignement particulier de l'école pratique, où se sont formés au professorat tant d'hommes illustres, en même temps qu'ils étaient les laborieux auxiliaires de la Faculté. Malgaigne a brillé parmi eux au premier rang. Pendant quatre années consécutives, il enseignait, à un auditoire avide de l'entendre, l'anatomie chirurgicale, cette science nouvelle dont Roux, Velpeau, Blandin, Bouvier, Gerdy, avaient aplani les difficultés dans leurs ouvrages ou dans des leçons publiques. Il entra franchement dans la voie qu'ils avaient ouverte, mais il la parcourût entraîné par la critique, le caractère dominant de son génie. Ses devanciers s'étaient proposé d'expliquer par l'anatomie certains points de la pathologie externe et de la médecine opératoire. Malgaigne était heureux et fier quand, au contraire, après l'avoir établie par des faits, il pouvait signaler une contradiction. Adversaire impitoyable de tout ce qui lui paraissait être une vue de l'esprit, il s'appliquait à prémunir ses auditeurs contre les déductions faciles et sans preuves. Il poussa l'ardeur jusqu'à l'excès. Il s'en prit aux anatomistes, aux physiologistes. Comme Scarpa, A. Cooper, avaient jeté un grand jour sur l'anatomie de l'aine, Langenbeck et Dupuytren sur celle du périnée, Petit sur celle de l'œil; comme J. L. Petit, Jones, Amussat, avaient fait d'importantes expériences sur les artères, B. Travers, Reybard, Jobert, sur les plaies intestinales, il ne craignit pas d'être accusé de paradoxe en affirmant que les anatomistes de profession ne possèdent que très-imparfaitement l'anatomie, et que les physiologistes n'avaient payé qu'un maigre tribut à la chirurgie expérimentale (1). Malgaigne se fût bien gardé de cette espèce de croisade, s'il avait songé que le chirurgien lui-même ne prend garde à tel ou tel point d'anatomie ou de physiologie, qu'autant que ses recherches sont inspirées par un besoin actuel, celui de résoudre un problème difficile dans un cas donné de clinique. D'ailleurs, rien n'est inutile en anatomie ou en physiologie. Si nous ne saisissons pas aujourd'hui une application immédiate à la pathologie dans un fait ressortissant à l'une ou l'autre de ces deux sciences, demain peut-être quelqu'un de vous saura le rendre fécond. L'esprit dans lequel il professait à l'école pratique se reflète tout entier dans le traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale qui parut en 1838, et dont Malgaigne ne serait pas blessé d'entendre dire ici qu'il est bien plus l'œuvre d'un chirurgien que celle d'un anatomiste.

J'aurais voulu, messieurs, reposer un instant votre attention sur des sujets moins sévères; j'aurais désiré vous faire assister à ces discussions animées que Malgaigne entrecoupait de saillies inattendues où tantôt petillait l'esprit le plus vif, tantôt grondaient le sarcasme et l'ironie. Mais il m'a semblé entendre un reproche : quoi! vous mettriez en relief des qualités accessoires et vous placeriez sur le second plan les progrès que Malgaigne a fait faire à la pathologie! La théorie de J. L. Petit, exagérée par Vacca Berlinghieri, sur les fractures des côtes, régnait dans les écoles, et vous ne feriez par remarquer que Malgaigne en a repris l'histoire en lui donnant pour base l'observation clinique et l'expérimentation, qu'après avoir examiné dans ce travail tous les moyens de contention depuis Hippocrate jusqu'en 1838, il en a proposé un qui est à la fois simple et efficace! Vous omettriez peut-être de signaler son mémoire sur le rectocèle vaginal, sous le prétexte que cette affection est au moins infiniment plus rare qu'il ne l'a annoncé! Si vous voulez donner une idée des travaux de Malgaigne, il faut le suivre d'un pas égal et sans arrêt.

Eh bien, messieurs, les leçons d'anatomie chirurgicale finies avant le semestre d'hiver, Malgaigne consacra sans interruption le semestre d'été à exposer des vues nouvelles sur beaucoup de points des fractures et des luxations, et, l'hiver suivant, il ouvrit un enseignement qui devait avoir encore plus de retentissement que les deux autres. Il n'était cependant pas facile de réunir à ce moment un grand nombre d'élèves, car ils étaient disséminés dans des cours importants qui gravitaient autour de l'enseignement général de la Faculté. A l'exemple de Pinel et d'Esquirol, Ferrus avait commencé des leçons théoriques sur les maladies mentales et nerveuses; Cazenave professait les idées de Biett sur les affections cutanées; Donné avait entrepris de montrer l'application du microscope à la physiologie et à la pathologie; bien d'autres encore occupaient régulièrement les amphithéâtres de l'école pratique. C'est au milieu de ce concours que Malgaigne, profitant de son passage au bureau central dans un service qui avait paru stérile et ingrat à tant d'autres, exposa la série de ses observations sur les hernies. Deux heures étaient consacrées à l'examen des malades et à l'application des bandages; immédiatement après venait la leçon ; et rendez-vous était donné pour plus tard dans les pavillons de dissection afin d'étudier la région qui était le siége du déplacement. Il s'éleva contre l'oubli qu'avaient commis les chirurgiens en abandonnant aux bandagistes le soin de maintenir les viscères, depuis que, vers le milieu du XVIe siècle, Franco avait décrit l'opération du débridement. Avant lui, on avait dressé des statistiques, abstraction faite de l'âge, du sexe, des classes de la société, des professions, de la taille, des lieux géographiques, du nombre et de l'espèce des hernies; il entreprit cette étude et arriva à des conclusions inattendues. Nul ne s'était encore élevé contre l'étranglement par les anneaux dans la hernie inguinale; il déclara bien haut que cet accident est dû au collet du sac, mais il eut le tort d'être trop absolu, surtout en niant d'une manière systématique qu'il puisse se produire à l'anneau interne. Je ne saurais non plus admettre qu'il ait eu raison de placer le siége de l'étranglement de la hernie crurale exclusivement dans un orifice du fascia cribriformis. Il insista sur certaine forme de la paroi abdominale qui prédispose à la hernie inguinale; il ne trouva aucun fait probant en faveur de la hernie véritablement congénitale et exposa l'historique le plus complet qui ait été fait sur les bandages. Remarquons enfin le précepte utile qu'il a donné de faire porter la pelote sur toute la longueur du trajet inguinal. Ce fut, messieurs, un beau triomphe pour Malgaigne, que celui de pouvoir rassembler dans l'amphithéâtre du bureau central des hôpitaux, à côté des chaires de clinique de l'Hôtel-Dieu, non-seulement les élèves, mais encore les plus vieux comme les plus jeunes praticiens de la ville et des médecins de toutes les nations.

Cependant tant de recherches n'avaient pu le distraire d'un sujet qu'il affectionnait entre tous, et sur lequel il avait émis déjà quelques propositions dans sa thèse inaugurale. Frappé du vide qui régnait dans les livres et dans l'enseignement, il avait conçu l'idée d'un grand ouvrage sur l'histoire de la chirurgie. Il n'entendait point par là exposer les doctrines, les découvertes, la succession des hommes qui avaient illustré cette branche de la science, mais bien instituer de grandes époques d'après l'auteur qui les avait dominées et publier tous ses écrits soit avec les textes originaux, soit par des traductions fidèles. C'eût été une espèce de galerie historique des ouvrages de nos prédécesseurs autour desquels seraient venus se grouper au moyen de notes ou d'introductions les écrivains de second ordre. Ainsi, à la chirurgie d'Hippocrate et de Celse, il aurait, dit-il, facilement rallié celle de Galien, d'Aétius, de Paul d'Égine; il aurait pris Albucasis pour type de la chirurgie des Arabes, qu'il eût complétée avec des extraits de Rhazès, d'Ali Abbas et d'Avicenne ; il aurait rattaché Guy de Chauliac aux arabistes, à A. Paré tous les chirurgiens du XVe et du XVIe siècle (2). Voilà le plan qu'il nous a fait connaître dans la préface à l'édition des œuvres d'A. Paré. Que de veilles n'a-t-il pas dû consumer à feuilleter les anciens livres, les manuscrits, les compilations scientifiques du moyen âge, les chroniques! quelle sagacité a présidé à l'appréciation de tant de documents pour en déduire des conséquences claires, pour établir des époques tranchées, pour montrer l'origine, la filiation, la fin des écoles qui ont tour à tour jeté un grand éclat à Salerne, à Bologne, à Paris, en Allemagne! Est-il possible de tracer d'une main plus sûre une histoire qui ne se trouvait nulle part, celle des Barbiers auxquels on n'enseignait que les chapitres de Guy de Chauliac sur les plaies, les tumeurs et les ulcères, et qui cependant s'emparaient presque partout de la pratique de l'art, tandis que le collége de Saint-Côme s'endormait dans l'orgueil et l'ignorance? Travail immense, vaste érudition, exactitude sévère, style clair et précis, verve, chaleur, éloquence, toutes les qualités du chirurgien, de l'écrivain et du philosophe sont réunies dans l'introduction à l'édition des œuvres du grand réformateur du XVIe siècle. Chose bien remarquable! Malgaigne l'a publiée en 1840, et pas une voix ne s'est élevée pour contester la supériorité de son talent.

Au contraire, quelques-unes des publications subséquentes ont soulevé des tempêtes et fait crier à l'hérésie. Il était depuis peu de jours chirurgien en chef de Bicêtre, qu'il convoqua ses élèves dans la salle d'autopsie pour leur démontrer l'anatomie pathologique de la cataracte. On admettait alors dans les écoles la variété cristalline dont Beer avait assigné le développement dans le noyau de la lentille, la capsulaire à laquelle on rattachait plusieurs variétés; la capsulo-lenticulaire que Dupuytren et Samson croyaient être de toutes la plus commune; enfin la cataracte de l'humeur de Morgagni. Malgaigne allait donc présenter un noyau et une capsule opaque; la capsule et le noyau étaient transparents. Des recherches ultérieures lui donnent le même résultat. Aussitôt de voir un article de foi scientifique à renverser. Il arrive à l'examen de vingt-cinq yeux cataractés et s'empresse de déclarer devant l'Académie des sciences que l'opacité du cristallin débute toujours dans les couches corticales, et que celle de la capsule a été adoptée sans preuves suffisantes. En Belgique et en Allemagne, l'opposition qui s'éleva fut des plus vives. Les *Annales d'oculistique* proposèrent pour sujet de prix l'anatomie pathologique de la cataracte avec l'indication de s'attaquer surtout à l'examen critique de la doctrine de Malgaigne. Toutes les polémiques ne purent éclaircir la question. Le temps seul l'a jugée. Malgaigne avait eu le mérite de rejeter l'existence de l'humeur de Morgagni, la cataracte de cette humeur n'est plus admise. Si l'opacité se développe quelquefois par le centre du cristallin, il n'en est pas moins vrai que le plus souvent elle débute par les couches corticales; si les observations microscopiques ont démontré que des dépôts calcaires peuvent obscurcir la transparence de la capsule, il est juste de reconnaître, à l'honneur du chirurgien français, que la cataracte capsulaire simple est très-rare.

Et cet autre mémoire sur les étranglements herniaires! Exagération, dira-t-on encore, travers d'un esprit qui s'en prend inévitablement à une idée, par cela seul qu'elle a cours dans la science depuis longtemps! Mais qui donc peut se flatter d'atteindre toujours la juste mesure, la vérité absolue? Faut-il jeter le blâme et le découragement sur les recherches scientifiques, quand un auteur a outré les conclusions dans une question qu'il a soulevée et qu'ignoraient les autres? Non, messieurs, il faut au contraire déterminer sa part dans le progrès général et avoir pour lui estime et considération. En substituant l'inflammation à l'étranglement, le travail de Malgaigne a eu pour résultat une circonspection beaucoup plus grande de la part des chirurgiens avant de pratiquer la kélotomie; aussi ne voit-on plus le débridement des anneaux contre l'épiplocèle enflammée comme il en avait fait connaître des exemples malheureux.

Depuis la révélation de Boucher et de Faure devant l'Académie royale de chirurgie sur la mortalité après les grandes amputations, des débats s'étaient élevés pendant près d'un siècle et n'avaient abouti qu'à des affirmations contradictoires. Tandis que Bilguer déclarait que pendant les premières années de la guerre de sept ans presque tous les amputés avaient succombé; que Roux, le chirurgien honnête par excellence, annonçait des résultats qui, tout remarquables qu'ils étaient, n'en constataient pas moins un grand nombre de morts, Benjamin Bell, pour exalter les avantages de la réunion immédiate, croyait qu'il ne périt qu'un malade sur vingt opérés, et Fercoc se flattait de n'avoir eu qu'un insuccès sur soixante amputations immédiates; Percy renchérissait encore en disant qu'il n'avait perdu que six hommes sur quatre-vingt-douze qu'il avait amputés sur le champ de bataille de Newbourg. Malgaigne fit remarquer que l'habitude de demander compte de ses succès à la mémoire devait nécessairement conduire à l'erreur. Dans toute statistique il faudrait, écrivait-il, avoir égard à ces séries singulières de succès ou de revers qui se présentent dans la pratique de tous les chirurgiens, faire entrer en ligne de compte le sexe, l'âge, les localités, les circonstances, la cause traumatique ou pathologique, et surtout le membre amputé. En un mot, il établit les bases de la statistique en chirurgie, en entreprit une qui a servi plus tard de modèle et parvint à dessiller les yeux sur le chiffre de la mortalité.

La série des publications dont vous venez, messieurs, d'entendre le récit, l'enseignement particulier dont vous avez suivi le tableau, soit dans les amphithéâtres de l'école pratique, soit dans celui de l'administration centrale des hôpitaux de Paris, annonçaient dans Malgaigne un candidat digne de lutter avec ses vaillants devanciers dans les concours mémorables du professorat, où l'opinion, en saluant le vainqueur, ne connaissait pas de vaincus. La chaire de médecine opératoire fut conquise par Blandin, une première de clinique externe par A. Bérard ; une seconde par M. Laugier ; un quatrième concours nous donna Malgaigne dans cette même chaire pour laquelle il avait combattu la première fois et qu'avait laissée vacante une mort prématurée. Solide en même temps que brillant dans les autres épreuves, il était redoutable par son érudition et son esprit dans les argumentations.

Quelle prodigieuse aptitude pour le travail! Au milieu des préoccupations de sa candidature, Malgaigne menait de front des études chirurgicales sur la Bible, un essai sur l'histoire et l'origine de la médecine avant Hippocrate, des discussions à l'Académie qui venait de l'accueillir dans son sein, la publication d'un journal qui a toujours fidèlement représenté le mouvement et la physionomie de notre époque en chirurgie, enfin le traité que vous connaissez tous, où se trouvent accumulés tant d'observations et de détails sur les fractures et les

(1) *Anatomie chirurgicale*, t. I, préface, p. VII.

(2) Préface, p. VI.

luxations. « La réalité, écrivait-il, tel est le caractère que je me suis efforcé de donner à mon ouvrage. » Aussi n'a-t-il rien affirmé qu'il n'ait appuyé sur son expérience ou sur celle des autres. Quand l'observation clinique lui a fait défaut, il a eu recours à l'expérimentation. Il a invoqué la statistique, sa méthode de prédilection. Il a étudié avec un soin minutieux les pièces pathologiques que possèdent les musées nationaux ou étrangers. Nous lui devons une description complète des fissures dont il a démontré la gravité, celle de la double fracture verticale du bassin, la notion des dentelures sur les surfaces des fragments dans les fractures qu'on appelait en rave ou transversales, un examen approfondi du déplacement, dont aucun n'avait montré tant de variétés. Vous verrez, en parcourant ces pages qui témoignent toutes de la vaste étendue des sources où il a puisé, qu'il n'a pas seulement rapporté la pratique des autres, mais qu'il l'a commentée, et qu'au moyen de rapprochements il a fait des déductions qui ont enrichi la science. Quand les observations lui paraissent en nombre insuffisant, il les expose simplement comme une base pour les recherches à venir. Avant qu'on puisse déclarer qu'un malade est guéri de sa fracture, il impose la condition du retour complet des fonctions du membre à l'état normal, et, pour prévenir la roideur des articulations, il détermine le moment où l'exercice devient un moyen de traitement. Nul auteur avant Malgaigne n'avait réuni dans un travail d'ensemble les luxations pathologiques; nul n'avait étudié pour chaque jointure les mouvements dont est susceptible une luxation non réduite. A côté de cet ouvrage en est un autre non moins utile, publié par MM. Guyon et Panas. Il renferme tout ce que Malgaigne avait consigné dans des mémoires ou dans des discussions académiques sur les déviations des membres. Les *Leçons d'Orthopédie* comblent une lacune par l'étude approfondie du traitement que réclament les difformités et par l'appréciation des nombreux procédés que les spécialités leur opposent.

Tous les écrits de Malgaigne sont empreints d'un rigorisme qui témoigne de son ardeur dans la recherche de la vérité. Il aimait à professer que trois grands dogmes avaient tour à tour régné dans les écoles : l'un, qu'il rattachait à la foi et dont auraient bénéficié les Arabes dans le moyen âge, les anciens dans le xvie siècle ; l'autre à la raison, qui aurait dominé le xviiie ; et le troisième à l'expérience, tant préconisée par Bacon (1). Ne vous semble-t-il pas que Bacon et Descartes seraient surpris de ces divisions exclusives, et que les chirurgiens qui nous ont précédés devaient décrire les affections qu'ils avaient traitées sans songer à aucune de ces méthodes philosophiques? Mais si Malgaigne a voulu désigner par un nom la manière exacte ou trop facile dont ont procédé tels ou tels hommes dans l'étude de la chirurgie, nous serons volontiers d'accord avec lui, d'autant plus qu'il avait fini par reconnaître que « les faits ne peuvent pas plus se passer du raisonnement qui les rapproche et les compare, que le raisonnement ne peut se passer des faits; et que, ajoutait-il, sans une juste foi « dans l'autorité, sans l'histoire qui nous conserve le dépôt des faits « antérieurs, chaque génération passée, emportant avec elle le dépôt « de ses découvertes, obligerait chaque génération nouvelle à recommencer la science (2). » Quand donc Malgaigne proclamait l'excellence de la méthode baconienne, au fond il était passablement éclectique. Il voulait dire que le médecin ne doit émettre une généralité qu'après avoir consulté, non de vagues souvenirs, mais les observations et la statistique, et, sous ce point de vue, nous reconnaîtrons avec empressement qu'il a fait école et exercé sur ses contemporains une salutaire influence.

Professeur, Malgaigne avait le don de captiver son auditoire. Sa parole claire, vive, accentuée, entraînante, était secondée par un geste, une physionomie qui respirait la vigueur de l'intelligence. Nul n'était plus habile à découvrir dans une question le côté faible, plus prompt à le frapper d'un trait acéré. Fallait-il appeler l'attention sur un de ces préceptes que les praticiens ne doivent point oublier, il trouvait dans la prodigieuse souplesse de son esprit le mot propre ou pittoresque, plaisant ou grave, qui le fixait à jamais dans la mémoire. Judicieux commentateur des écrivains de l'antiquité, du moyen âge et des temps modernes, il vous conduisait à travers les siècles, montrant les modifications successives d'un instrument, d'un appareil, d'un procédé ou d'une méthode. Mais quand il arrivait aux contemporains, il devenait abondant, se laissait aller jusqu'à donner à la leçon le ton de la polémique, et il était couvert d'applaudissements malgré sa critique parfois injuste envers Boyer et Dupuytren. Singulier contraste! son manuel est plein de modération et de sagesse, son enseignement se complaît dans les questions brûlantes et passionnées; il insiste sur les moindres détails d'une opération, et il n'avait ni le goût ni la dextérité d'un opérateur; esprit subtil et profondément analytique quand il dépouillait les observations des autres, il perdait son avantage quand il devait prendre lui-même une observation; examinateur, il enflait sa colère contre l'élève effrayé, et, dans le jugement final, il laissait tomber avec un sourire indulgent la note la plus bienveillante; jaloux d'être exact à son cours, il n'avait qu'un zèle modéré pour son service d'hôpital; il a donné sa démission de chirurgien de l'assistance publique, il n'eût jamais échangé sa chaire de médecine opératoire.

Praticien, Malgaigne n'avait plus le même prestige; on eût dit que les exercices de la main contrariaient en lui l'essor de la pensée. Cependant il était entreprenant, toujours prêt à trouver un moyen nouveau. Avec le diachylon, il a réussi à simplifier les moyens de contention, tout en leur donnant plus de solidité. Il a imaginé contre le déplacement du fragment supérieur dans les fractures de la jambe, contre l'écartement des fragments de la rotule, deux instruments qui lui ont donné des succès incontestables. La plupart de ses observations cliniques sont consignées dans le journal de chirurgie qu'il avait fondé, qu'il avait rédigé lui-même pendant douze ans, et pour le succès duquel il avait demandé et obtenu le concours des plus grandes notabilités de Paris et de la province. Vous y remarquerez l'histoire toute nouvelle de la fracture du calcanéum par écrasement, l'exposé de sa méthode pour l'opération du bec-de-lièvre, de son procédé dans la désarticulation sous-astragalienne, la guérison d'un anévrysme artério-veineux par une double ligature placée au-dessus et au-dessous de la tumeur sans l'ouverture du sac, comme avait lui l'avait fait Norris de Philadelphie. Critique fin, enjoué, incisif, il charmait le lecteur par ses lettres à un chirurgien de province sur l'orthopédie, par ses écrits sur le mouvement des Écoles hippocratiques et vitalistes. La vivacité de ses controverses finit par l'engager dans un conflit trop célèbre, que j'aurais laissé dans l'oubli, si Malgaigne n'avait étonné par son éloquence les plus grands orateurs du barreau de Paris.

Oui, Malgaigne, lui aussi, était orateur. Il en avait donné la preuve en 1846, quand, élevé par hasard à la présidence d'une réunion préparatoire aux élections d'un collége du département de la Seine, il changea, par le seul attrait de sa parole, l'opinion de toute une assemblée qui l'adopta spontanément pour candidat de l'opposition. Un an plus tard, près de deux cents voix de majorité l'appelaient à la Chambre des députés. Mais la révolution de 1848 les dispersa bientôt, et rendit le nouvel élu au travail et à la science. Il était encore orateur quand, à la tribune académique, il s'enivrait, pour ainsi dire, dans la défense des idées les plus contestées, soit qu'il prît part aux discussions sur les amputations primitives ou secondaires à la suite des plaies d'armes à feu, sur la syphilisation, sur les déviations utérines, question dont il avait nettement envisagé le côté critique, et dont la partie dogmatique lui avait complétement échappé; soit que, à l'occasion de la curabilité du cancer, il distinguât le *diagnostic pratique* du *diagnostic scientifique* des tumeurs, ou que, jouteur infatigable, il s'attaquât à un adversaire non moins puissant et érudit, M. Bouvier, sur l'utilité du séton en thérapeutique. Mais quand son discours frappait juste, comme dans la discussion sur la surdi-mutité, il commandait à la fois dans la docte assemblée l'hilarité et la conviction.

Et cependant, messieurs, c'est là que devait s'accomplir un douloureux événement. C'est dans cette Académie que Malgaigne avait tant de fois passionnée de son talent, que son talent devait s'évanouir. Amère ironie du destin! appelé à la présidence en 1865, il n'en a occupé le fauteuil que pour y mourir. C'est une mort, en effet, que le coup subit d'une affection cérébrale qui enlève toutes les plus nobles facultés de l'âme, qui éteint les éclairs d'une intelligence d'élite. En vain ses collègues les plus expérimentés, en vain l'un de ses élèves, un des meilleurs dans la phalange des agrégés, M. Lefort, qui était devenu son fils, l'entourèrent des soins les plus affectueux et les plus assidus, le ressort de la vie était brisé. Malgaigne finit son existence lentement, étranger dans ce monde, à l'âge de cinquante-neuf ans, en laissant après lui le souvenir d'une grande figure dans la chirurgie du xixe siècle.

Messieurs,

La séance de rentrée a pour but un enseignement bien plus qu'un hommage rendu à la mémoire de ceux que nous avons perdus. Vous ne devez pas, en effet, seulement voir dans l'éloge d'un professeur le juste tribut de nos sentiments d'estime, mais encore y puiser des leçons utiles. Si vous rapprochez les deux extrémités de cette vie, dont le récit vous a mieux persuadés que tous les discours, vous ne serez point tentés d'en rapporter la marche à l'influence du hasard ; vous n'aurez pas cette admiration naïve des gens du monde qui, le plus souvent, ne regardent que le résultat sans chercher à déterminer la cause. C'est ainsi qu'un journal de Lorraine, l'*Écho de l'Est*, heureux des succès de son compatriote, disait en 1847 « que son histoire avait presque la magie d'un conte d'Hoffmann. » Mais, messieurs, cette fée qui transforme les existences, qui a élevé l'officier de santé des Vosges au point culminant où il est parvenu, vous la connaissez, c'est l'étude, c'est la persistance dans le travail, c'est l'énergie d'une volonté invincible dans la mauvaise comme dans la bonne fortune. Ses merveilles ne sont pas rares. Je les vois ici, au milieu de nous, dans ces vétérans du professorat, ces maîtres vénérés (1) dont les noms sont la gloire de la Faculté de médecine de Paris, et qui nous ont donné la leçon et l'exemple. Vous saurez mettre à profit un enseignement si précieux. Sans doute, il ne sera donné qu'à un petit nombre d'atteindre le sommet de la science où est monté Malgaigne, car il faut faire la part du génie, mais du moins, j'en ai la confiance, riches d'une solide instruction, vous remplirez tous les exigences de votre profession avec honneur, et serez tous, comme l'étaient son père et son aïeul, des hommes de cœur et des hommes de bien.

On procède ensuite à la proclamation des prix, récompenses et encouragements décernés au nom de la Faculté.

Voici le programme des prix décernés et des prix proposés pour l'année prochaine :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Chaque année, au mois de juillet, tous les élèves de l'École pratique sont admis à prendre part au concours des prix.

Les épreuves de ce concours consistent en une question écrite, la même pour tous les compétiteurs, et en une série de questions orales roulant sur toutes les branches de l'enseignement de la Faculté.

Les prix comprennent : un premier grand prix, deux autres premiers prix, et trois seconds prix. Des mentions honorables peuvent être accordées d'après le nombre des concurrents.

Le premier grand prix donne droit à la remise des frais des quatre dernières inscriptions, et à la gratuité complète des examens, certificats d'aptitude, thèse et diplôme; plus à une médaille d'or de la valeur de 350 francs, et à des livres pour une valeur de 50 francs.

Les deux autres premiers prix donnent droit à la remise des frais d'examen, de certificat d'aptitude, de thèse et de diplôme : plus à une médaille d'argent, et à des livres pour une valeur de 125 francs.

Chaque second prix donne droit à la remise des frais de diplôme, à une médaille d'argent, et à des livres pour une valeur de 125 francs.

Concours de 1866. — Membres de la commission : MM. Gavarret, Laugier, Béhier, Baillon, Regnauld.

Premier grand prix : M. Terrier (Louis-Félix), né à Paris, le 31 août 1837, interne des hôpitaux.

1er premier prix : M. Labbée (Louis-Anselme-Ernest), né à Gueux (Marne), le 13 juillet 1838, interne des hôpitaux.

PRIX CORVISART.

Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné ;

2° La réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux, et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1866. — La question proposée était :

« Établir, d'après des observations recueillies dans les cliniques « médicales de la Faculté, des considérations diagnostiques et théra- « peutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires. »

Membres de la commission : MM. Monneret, Bouillaud, Piorry, Béhier, Tardieu.

Question proposée au concours pour l'année 1867. — « Étudier, « à l'aide des faits recueillis dans les cliniques de la Faculté, la part « des complications bronchiques dans la terminaison des maladies « aiguës et chroniques. »

PRIX MONTYON.

Le prix Montyon, qui consiste en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au bureau de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Concours de 1866. — Membres de la commission : MM. Trousseau, Bouchardat, Depaul, Velpeau, Richet.

La Faculté n'a reçu aucun mémoire.

PRIX BARBIER.

D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet.

Concours de 1866. — Membres de la commission : MM. Velpeau, Laugier, Denonvilliers, Regnauld, Monneret.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, mais elle a accordé, à titre d'encouragement :

1° Une somme de 1,000 francs, à MM. Legros et Anger, internes des hôpitaux de Paris, auteurs d'un mémoire sur les tractions continues et leur application en chirurgie ;

2° Une somme de 500 francs à M. le docteur Marey, pour de nouvelles applications de sa méthode d'exploration graphique ;

3° Une somme de 500 francs à M. le docteur Groult, pour son appareil médical propre à l'administration des bains de vapeur.

PRIX CHATAUVILLARD.

Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Concours de 1866. — Membres de la commission : MM. Bouchardat, Monneret, Trousseau, Laugier, Richet.

Prix de la valeur de 2,000 francs, décerné à M. le docteur Empis, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux civils, pour son ouvrage intitulé : *De la granulie*.

Mention honorable : à MM. les docteurs Olivier et Bergeron, pour la traduction avec notes et avec de nombreuses additions de l'ouvrage de M. Beale, intitulé : *De l'urine et des dépôts urinaires*.

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

Membres de la commission : MM. Wurtz, Richet, Béhier, Regnauld, Baillon.

La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire 1865-1866, en a désigné 37 qui lui ont paru dignes d'être signalées à Son Excellence, et qu'elle a partagées en quatre classes, savoir :

1re Classe hors ligne. — *Médailles d'argent :* MM. Thomas (Albert-Louis-Constantin), né à Ligueil (Indre-et-Loire), le 21 mai 1839. Du pneumatocèle du crâne. — Gougueheim (Achille), né à Metz (Moselle), le 19 janvier 1839. Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau. — Polaillon (Joseph-François-Benjamin), né à Lyon (Rhône), le 17 février 1836. Étude sur les ganglions nerveux périphériques. — Galezowski (Xavier), né à Lipowieo (Pologne), le 5 janvier 1832. Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent.

2e Classe. — *Médailles d'argent :* MM. Bergeron (Georges-Joseph), né à Blois (Loir-et-Cher), le 16 décembre 1838. Recherches sur la pneumonie des vieillards. — Bocquillon (Henri), né à Crugny (Marne), le 5 juin 1834. Mémoire sur le groupe des tiliacées. — Cabot (Pierre-Philippe), né à Dandouque (Tarn), le 14 janvier 1838. De la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents. — Demoulin (Jules-Charles), né au Quesnoy (Nord), le 28 septembre 1839. De quelques productions hétérotopiques de muqueuse à épithélium prismatique cilié. — De Font-Réaux (Louis-Junien), né à Saint-Junien (Haute-Vienne), le 29 février 1840. Localisation de la faculté spéciale du langage articulé. — Goujon (Étienne), né à Pont-de-Veyle (Ain), le 28 avril 1839. Étude sur quelques points de physiologie et d'anatomie pathologique. — Lematire (Gustave-Charles-Auguste), né à Dunkerque (Nord), le 7 janvier 1839. Du mode d'action physiologique des alcaloïdes. — Maurin (Michel-Alcida), né à Crest (Drôme), le 23 juin 1834. Des accidents laryngés dans la fièvre typhoïde. — Obédénare (Michel-Georgiad), né à Bucharest (Valachie), le 6 novembre 1839. De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique. — Poumeau (Jean-Yvan), né à Bergerac (Dordogne), le 23 dé-

(1) *Revue médico-chirurgicale*, t. I, p. 64.
(2) *Journal de chirurgie*.

(1) MM. les professeurs Velpeau et Cruveilhier.

cembre 1838. Du rôle de l'inflammation dans le ramollissement cérébral.

3e Classe. — *Médailles de bronze :* MM. Auvray (Louis-Albert), né à Vire (Calvados), le 13 juillet 1840. Étude sur la gastrite phlegmoneuse. — Dumoutier (François-Napoléon), né à Aire (Pas-de-Calais), le 17 juin 1840. Considérations sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds. — Dusart (Oscar), né à Saint-Amand (Nord), le 2 mai 1838. Hérédité de l'épilepsie. — Grandeau (Louis-Nicolas), né à Pont-à-Mousson (Meurthe), le 28 mai 1834. Recherches chimiques sur l'eau thermale sulfurée de Schinznach (Suisse). — Jolyet (Jean-Baptiste-Henri-Félix), né à Pierre (Saône-et-Loire), le 4 janvier 1841. Essai sur la détermination des nerfs qui président aux mouvements de l'œsophage. — Onimus (Nicolas-Joseph-Ernest), né à Bantzenheim (Haut-Rhin), le 6 décembre 1840. De la théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques. — Padieu (Alfred-Marie-Alexandre), né à Amiens (Somme), le 6 décembre 1840. De la coxalgie chez le fœtus et le nouveau-né. — Rigal (Auguste-Antoine), né à Neuvialles (Cantal), le 8 novembre 1839. De l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les maladies cardiaques. — Rondeau (Auguste-Michel), né à Saint-Avertin (Indre-et-Loire), le 27 septembre 1835. Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique. — Rousse (Auguste-Léon), né à Fontenay-le-Comte (Vendée), le 18 juin 1843. De la douleur provoquée chez les choréiques. — Spiess (Charles), né à Genève (Suisse), le 26 novembre 1836. Do l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine. — Stouflet (François-Léon), né à Grandrange (Moselle), le 7 octobre 1826. Le choléra à l'hôpital Larihoisière en 1865. — Taule (Jean-Baptiste-Ferdinand), né à Queyssac-Bas (Corrèze), le 12 août 1835. Notions sur la nature et les propriétés de la matière organisée. — Vergely (Lucien-Paul-Martin), né à La Havane (Cuba), le 16 juillet 1839. Essai sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire chronique primitif.

4e Classe. — *Mentions honorables :* MM. Dodeuil (Constant-Marie-Timoléon), né à Ham (Somme), le 23 novembre 1839. Recherches sur l'altération sénile de la prostate et sur les valvules du col de la vessie. — Duguet (Nicolas-Jean-Baptiste), né à Chamery (Marne), le 12 mai 1837. De la hernie diaphragmatique congénitale. — Goudet (Henri-Pierre), né à Chênes-Cougeries (canton de Genève), Considérations sur la chorée. — Janets (Edmond-Jean), né à Vincennes (Seine), le 26 juin 1838. Considérations sur la convalescence des maladies aiguës et sur les accidents qu'elle peut présenter. — Landois (Eugène-Alphonse-Félix), né au Poiré (Vendée), le 26 décembre 1841. De la coloration bronzée de la peau dans les maladies. — Leplay (Jean-Albert), né à Graville (Seine-Inférieure), le 27 juin 1842. De l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther, et description d'un nouveau pulvérisateur par le gaz acide carbonique. — Méhu (Jean-Marie-Camille), né à Auxonne (Côte-d'Or), le 10 mars 1835. Étude chimique et physique de l'érytho-centaurine et sur la santonine. — Ravier (Marie-Léon), né à Morteau (Doubs), le 31 janvier 1837. Des hypergénèses et hétérotopies constituant les productions dites cancéreuses.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT.

M. Joseph Girod de Vienney, haron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir, qui seront reçues jusqu'au 1er juillet.

Membres de la commission : MM. Gavarret, Bouchardat, Baillon, Pajot, Richet.

La somme de 1,000 francs a été partagée, cette année, entre quatre élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

DE L'IMPORTANCE DU DÉLIRE DES ACTES,

Pour le diagnostic médico-légal de la folie raisonnante,

Par M. A. Brierre de Boismont.

Mémoire présenté à l'Académie des sciences (séance du 15 octobre 1866).

Conclusions. — 1° Il existe une variété de l'aliénation mentale, dans laquelle les malades peuvent s'exprimer avec toutes les apparences de la raison, et qu'on a désignée sous le nom de *folie raisonnante ;*

2° On observe cette variété de l'aliénation dans ses divers types, mais plus particulièrement dans l'excitation maniaque, la mélancolie, la monomanie impulsive et la folie à double forme.

3° Cette manifestation de la folie, qui n'est qu'un symptôme, peut être parfois tellement prédominante, que l'accessoire semble le principal; une observation prolongée finit le plus ordinairement par y constater quelques-uns des autres symptômes de l'aliénation.

4° La folie raisonnante a pour caractères tranchés le délire des actes, contrastant avec les paroles sensées et les mauvaises tendances instinctives. L'observation apprend que, quand l'esprit n'est plus surexcité ou sur ses gardes, le désordre intellectuel peut apparaître dans les discours.

5° La persistance du raisonnement dans les discours des aliénés, attribut puissant de cette faculté presque indestructible, peut se montrer dans les écrits; mais lorsqu'on a ces malades longtemps sous les yeux, le délire des actes se décèle aussi dans les écrits.

6° La connaissance de la folie raisonnante est d'autant plus utile au point de vue de la médecine légale, que ces aliénés sont pour la plupart enclins à mal faire et peuvent aller jusqu'au crime.

7° Un caractère différentiel important doit être établi entre les individus sains d'esprit et les fous raisonnants : les premiers, lorsqu'ils ne sont pas criminels, repoussent, en général, les mauvaises impulsions, ou s'en repentent, quand elles les ont entraînés; les seconds, ne se croyant pas malades, ne s'en préoccupent que très-médiocrement, et presque jamais ne les trouvent répréhensibles.

8° Lorsque le fou raisonnant dissimule ses conceptions délirantes, fait naître le doute, ne commet pas d'acte nuisible; le seul parti à prendre est de le laisser en liberté.

UNIVERSITÉ DE FRANCE.

ACADÉMIE DE PARIS.

Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir aux chaires de :

Matière médicale et thérapeutique,
Pathologie et thérapeutique,
Clinique chirurgicale,
Clinique médicale,
Anatomie pathologique,

vacantes à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à ces chaires sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le 17 novembre courant, à trois heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 3 novembre 1866, MM. Andral, Cruveilhier, Piorry et Trousseau, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, ont été admis, sur leur demande, à faire valoir leurs droits à une pension de retraite.

— Par décret en date du même jour, M. Johert (de Lamballe), professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été admis, pour raison de santé, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— Par décret en date du 3 novembre 1866, M. Piorry, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur. (Chevalier du 29 avril 1838.)

— Par décision en date du même jour, MM. Andral, Cruveilhier et Trousseau, anciens professeurs de la Faculté de médecine de Paris, ont été nommés professeurs honoraires.

— Par décret en date du 31 octobre 1866, M. Clavier, médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Maurice Raynaud, professeur agrégé, est chargé de la suppléance de la chaire de clinique médicale vacante à l'Hôtel-Dieu, par suite de la mise à la retraite de M. le professeur Piorry.

— Parmi les compétiteurs que désigne l'opinion publique pour la chaire de clinique chirurgicale, M. Broca semble réunir à Paris le plus grand nombre de suffrages.

— Par suite de l'usage établi des permutations, une des chaires de clinique vacante paraît devoir être occupée, soit par M. Monneret, soit par M. Béhier.

— Si nous sommes bien informés, on est décidé à confier à des agrégés stagiaires, une série de cours complémentaires près la Faculté de médecine de Paris. Un crédit de 13,000 francs a été alloué à l'École, et comme on a pu le voir dans l'allocution de M. le Doyen, ce crédit sera surtout affecté au développement des études pratiques.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 130. — JEUDI 8 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 8 NOVEMBRE 1866. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe. Les six candidats qui ont maintenu leur candidature — on se rappelle que M. Chassaignac s'est désisté à la dernière heure, — ont été classés dans l'ordre suivant : 1° M. Follin, 2° M. Legouest, 3° M. Demarquay, 4° M. A. Guérin, 5° M. Giraldès, 6° M. Verneuil. On s'attendait à voir les voix se répartir entre les trois premiers candidats et la victoire se débattre surtout entre M. Follin et M. Demarquay. En effet, au premier tour de scrutin, M. Demarquay et M. Follin ont été à 2 voix de distance, 27 et 29, la majorité absolue étant de 38 ; une minorité respectable de 17 voix a été réservée à M. Legouest.

Un second tour de scrutin a fait pencher la balance du côté de M. Follin qui a gagné 11 voix sur ses deux compétiteurs. M. Follin, a été, en conséquence, proclamé élu.

La nomination de M. Follin est sans contredit une bonne acquisition pour l'Académie, et, pour lui-même une faveur bien légitimement acquise. Nous l'en félicitons de grand cœur. Espérons qu'à la première élection que l'Académie aura à faire dans l'une des sections de chirurgie, celui de ses compétiteurs qui a approché de si près le but, l'atteindra à son tour.

Avant l'élection, l'Académie a entendu la lecture d'un rapport favorable de M. Barth sur un mémoire de M. le docteur Régis relatif à un nouveau mode de traitement du catarrhe bronchique.

L'élection terminée, l'Académie a repris son ordre du jour interrompu sur la question de la mortalité des nourrissons. M. Devilliers a lu la première partie d'un travail étendu sur ce sujet. Nous en donnons un résumé très-sommaire dans le compte-rendu. La discussion sera reprise et continuée dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

ECOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La paralysie générale, étudiée au point de vue médico-légal (1).

Des rémissions. — Il se passe fréquemment, à la fin de la période initiale de la paralysie générale, un phénomène de rétrocession pathologique dont la valeur médico-légale peut donner lieu aux interprétations les plus diverses et les plus contradictoires, et qu'il importe de préciser nettement. Voici ce qui arrive : le malade abandonnant, dans l'espace de quelques jours, ses conceptions orgueilleuses et descendant sans transition des hauteurs de son délire, vient à se montrer très-calme, réservé, un peu triste et respectueusement soumis ; il raisonne avec justesse, demande à voir sa famille, se préoccupe de ses affaires, avoue qu'il a été très-souffrant, et exprime le désir de reprendre la gestion de sa fortune, de son négoce ou de ses intérêts professionnels; il s'émeut pour la moindre chose et larmoie très-facilement, mais il bégaye beaucoup moins, a la marche plus ferme, le teint meilleur et la physionomie plus expressive, quoique un peu niaise encore. Au bout de quelques jours, cet état s'est affirmé davantage et la *rémission* est un fait acquis.

Et d'abord, quelle explication anatomique peut-on donner de cette transformation si extraordinaire? Il est infiniment probable que les accidents permanents de congestion cérébrale viennent à cesser et que leur disparition arrête le ramollissement de la substance corticale. Le ramollissement, en effet, n'est que la conséquence forcée de l'inflammation lente et chronique du cerveau ; or, dès que la phlegmasie cesse, le ramollissement s'arrête et le cerveau se répare. Aussi, malgré les nombreuses adhérences qui se sont formées entre le cerveau et les membranes, l'intelligence reparaît-elle en grande partie. A ce moment encore, les désordres de la motilité s'éloignent ou se masquent.

Lorsque la rémission se prolonge, « à peine reste-t-il, dit M. Lasègue, un embarras insignifiant de la parole, sans tremblement, sans spasmes, sans douleurs. L'intelligence a récupéré sa liberté, le malade est guéri momentanément ; le caractère seul se ressent des atteintes, la volonté a baissé, la docilité est excessive, les habitudes d'esprit sont demeurées presque enfantines. » Malgré la grande autorité dont M. Lasègue jouit à tant de titres, non-seulement je ne crois pas que le paralysé général soit *momentanément guéri,* mais je pense que, dans la pratique de la médecine légale, cette opinon pourrait recevoir plus d'une application regrettable.

Dans la rémission le délire cesse, mais la démence reste : et par le mot *démence,* j'entends ici l'affaiblissement progressif du niveau intellectuel. Le malade, par exemple, est changeant, mobile, susceptible et imprévoyant; il attache de l'importance à un détail, oublie des intérêts graves, néglige le principal et s'occupe de l'accessoire ; il n'a plus la même sûreté d'appréciation, se méprend volontiers sur la valeur des hommes ou des choses, se laisse circonvenir par son entourage et accepte sans résistance une opinion toute faite ; accessible à la louange et à la flatterie, il subit avec souplesse l'impression d'autrui, tend affectueusement la main à son ennemi ou se brouille avec ses parents; très-facile, en un mot, à conduire, à dominer et à capter, il peut s'aventurer dans les plus sottes entreprises, hasarder sa signature, répondre pour un ami insolvable, observer les plus austères pratiques d'une dévotion soudaine ou commettre les plus grands excès alcooliques ou vénériens. Causez avec cet homme, témoignez-lui quelque intérêt, et il va vous faire des protestations chaleureuses, il s'attendrira et ne pourra pas retenir quelques larmes. Au demeurant, il a pour lui les meilleures apparences, se tient bien dans le monde et prend part aux futiles conversations d'un salon ; mais chacun remarque le contraste qui existe entre ce qu'il était autrefois et ce qu'il est aujourd'hui : en un mot, il a *baissé*.

En 1852, j'ai connu et soigné à la maison de Charenton, le docteur F..., atteint de paralysie générale. La rémission la plus franche se déclara au bout de quelques mois, et malgré l'avis contraire de M. Calmeil, mon chef de service, j'engageai la femme du malade à réclamer la sortie de son mari. Le docteur F..., ne pouvant plus reprendre les fonctions qu'il avait exercées autrefois, alla se fixer dans le département du Jura, y exerça la médecine pendant neuf mois de la façon la plus infructueuse possible, devint apathique, oublieux, négligent, et ne tarda pas à délirer de nouveau, à s'agiter et à gâter. Ce malheureux confrère avait épuisé la plus grande partie de ses ressources et augmenté sa famille; aussi fallut-il le placer comme indigent dans un asile public d'aliénés. Il y mourut très-rapidement. Je me suis toujours repenti d'avoir été l'ardent promoteur d'une tentative dont les résultats ont été si calamiteux!

En dehors de la rémission vraie et complète, qui se distingue à la marche rétrograde des troubles psychiques et des désordres physiques et aux aveux francs du malade, on rencontre parfois dans le cours de la paralysie générale des phases suspensives dans lesquelles il y a simplement retour à la raison, mais persistance du bégayement et des autres symptômes de l'ordre somatique. On ne se trouve plus alors en face d'une rémission, mais d'une *intermission,* et l'on remarque une différence très-tranchée entre les deux malades : l'un convient de son délire, déplore les excès qu'il a commis, regrette profondément les actes inconsidérés ou désastreux dont il a été l'auteur, s'excuse d'avoir été vaniteux, orgueilleux et absurde, et se trouve sincèrement humilié; l'autre nie ses convictions délirantes passées, essaye de donner le change et dissimule son état; il n'a jamais été malade, dit-il, et on l'a enfermé injustement; il est arrogant, réclame impérieurement sa sortie, et, dans une lettre très-hautaine qu'il adresse au procureur impérial ou au préfet de police, il proteste de l'intégrité de sa raison, et dénonce le directeur de la maison de santé. Le presse-t-on de questions, il ne répond que par des mensonges. C'est bien à lui que l'on peut appliquer l'obligation dont parle la loi romaine, à propos des intervalles lucides : *incumbit onus probandi sanam mentem.*

La rémission a une durée très-variable. Sur dix-neuf cas réunis par M. Baillarger, le retour des accidents a eu lieu après un mois, quelques mois, un an ou deux ans. M. Girard de Cailleux a recueilli, à l'asile d'Auxerre, des faits qui témoignent de rétrocessions pathologiques beaucoup plus persistantes. Sur six cas observés par moi depuis quelques années seulement, j'ai vu la rechute survenir quatre fois au bout de dix à onze mois, une fois au bout de dix-huit mois et une fois au bout de trois ans. L'intermission, au contraire, n'a qu'une durée éphémère et elle se prolonge rarement. Le trait de lumière a été rapide, mais il n'a pas été de bon aloi. Un éclair a percé des ténèbres, mais pour ne projeter qu'un faux jour. Au point de vue médico-légal, le diagnostic différentiel ne peut plus, ce me semble, laisser de prise à l'erreur.

Une difficile et grave question se présente maintenant. Le malade, qui éprouve une rémission bien nette, doit-il être rendu à la liberté ? Cela est évident. La loi veut que tout individu qui a récupéré ses attributs intellectuels, sorte immédiatement de l'asile qui a abrité sa souffrance. Seulement, il est du devoir du médecin de prévenir les familles du danger de la situation et d'exiger d'elles, autant que possible, une attentive surveillance. Il conseillera, en outre, l'éloignement des affaires ou des occupations d'autrefois, le séjour à la campagne, loin du bruit et de l'activité des grandes villes, et les voyages à l'étranger, sous la direction d'un jeune médecin ou d'un interne d'un service d'aliénés.

Si vous m'entendez raisonner ainsi, c'est que le paralysé général appartient le plus souvent à la classe aisée ou riche. Mais si le malade est militaire, artisan ou laboureur, il rentre dans son milieu, reprend ses anciennes habitudes, échappe beaucoup plus à la sollicitude incessante des siens, est exposé à plus d'un péril et retombe plus vite. On a dit qu'il serait bien préférable de conserver indéfiniment ces malades dans l'établissement, de les affranchir un peu de la règle commune, de les occuper à un travail spécial, de leur procurer quelques distractions, et, au besoin, de leur permettre des promenades et des sorties en ville, pendant toute la durée de la trêve. Je me rangerais volontiers à ces vues que dicte une philanthropie sincère, mais elles sont difficilement réalisables et peu pratiques. Le code n'a pas deux poids et deux mesures. Lorsqu'une loi protége la personne et sauvegarde la liberté des citoyens, il faut la respecter, même dans ce qu'elle peut avoir d'excessif. Les malades doivent donc être rendus à leurs familles. Seulement, la prudence veut que le médecin ne signe jamais, dans ce cas, un certificat de guérison.

Si le paralysé général a pu être en butte, dans le cours de la période initiale, à des impulsions kleptomaniaques, suicides, homicides ou incendiaires, je dois dire qu'il est totalement affranchi de ces mouvements impétueux et irrésistibles, dès que la rémission est complète. En général, il est doux, inoffensif et docile. Toutefois, il n'est pas rare d'observer dans son langage, dans ses allures et dans ses mœurs, des expressions, des actes et des excès, qui trahissent la persistance de l'ardeur génésique. C'est ainsi que l'on voit des hommes d'un rang élevé prendre leur servante pour maîtresse ou pour femme, se complaire dans la société de filles publiques ou commettre d'outrageants attentats à la pudeur. J'ai connu une vieille demoiselle, appartenant à une ancienne et grande famille, qui, à la suite d'excès alcooliques, tomba en paralysie générale. Traitée chez elle, à la campagne, mais livrée seulement à la sollicitude de quelques serviteurs, elle entra au bout de peu de temps dans une phase suspensive très-nette, prit son jardinier pour amant, et lui fit des dons manuels d'une importance considérable. La rémission dura dix mois, puis des accidents épileptiformes survinrent tout à coup, et la malade succomba très-promptement.

Il est souvent bien difficile de sauvegarder les intérêts et l'honneur des familles. J'ai publié récemment l'observation d'un ex-capitaine du génie, qui, accompagné de sa domestique, partit pour le Mexique, se mit à délirer à Mexico, et essaya de se donner la mort avec un rasoir. Vingt-cinq jours après cette tentative de suicide, ce malade épousa sa domestique, lui fit d'abord un legs de 40,000 francs, puis un don de 25,000 francs, et l'institua enfin sa légataire universelle. Ramené à Paris, on constata chez lui un affaissement intellectuel des plus prononcés, de l'amnésie, de l'hésitation dans l'articulation des mots, un tremblement involontaire dans les muscles de la face, de l'incertitude dans la marche, etc. Son interdiction fut prononcée. Quant à son mariage, il fut confirmé par le tribunal civil de la Seine, mais déclaré « nul et de nul effet » par la Cour impériale de Paris. Ce mariage a pu être cassé, et l'on avouera que c'était justice; mais il n'en est pas toujours ainsi, loin de là.

Ne soyez donc pas trop surpris si vous voyez parfois des individus contracter des mariages disproportionnés, déraisonnables, scandaleux ou honteux, sous l'influence certaine des accidents qui signalent le début ou les rémissions de la paralysie générale. Dans ce cas, le contrat de mariage est rédigé dans le sens le plus favorable à la femme; le mari meurt dans un délai assez court et la fortune passe en des mains indignes! Lorsque le contrat renferme quelques clauses restrictives, l'idée

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23 et 30 octobre 1866.

d'un testament est bien vite suggérée et plus vite acceptée encore.

Je ne peux pas trop le répéter : le paralysé général est un objet de convoitise. Le vol s'organise autour de lui et l'intimidation s'exerce sur sa faiblesse.

Lorsqu'un malade, qui jouit des bénéfices d'une rémission, vient à être poursuivi pour un acte délictueux et que son état mental est déféré à votre examen, il faut nécessairement étudier avec le soin le plus attentif les circonstances particulières du fait, descendre en quelque sorte dans l'intimité du sujet, analyser les conceptions délirantes antérieures et les rapprocher de l'acte incriminé, discuter à part soi les questions relatives à la préméditation du fait, au mobile possible et à l'intérêt probable de l'accusé, et conclure selon sa conscience. Quand la rémission est de bon aloi et que l'acte incriminé n'a aucun rapport direct ou indirect avec le délire passé, la théorie de la responsabilité partielle ou proportionnelle trouve là une saisissante application. La rémission n'est-elle, au contraire, qu'une simple intermission; il ne peut y avoir ni liberté morale, ni responsabilité. S'agit-il enfin de cet affaissement mental progressif avec paralysie sans délire, le fait n'est pas imputable et son auteur est par conséquent exonéré de toute pénalité.

Quelle opinion peut-on se faire sur la validité des dispositions testamentaires prises par un paralysé général, pendant une rémission? « Si le fou, disait la loi romaine, a recouvré la raison ou s'il a fait un testament dans un intervalle lucide, le testament est réputé valable. » La loi française, jugeant peut-être que tout serait douteux et arbitraire si l'on arrivait à admettre l'intervalle lucide, n'a point autorisé cet état intermédiaire, et elle s'est intentionnellement abstenue. Les arrêts des parlements ne font mention d'aucune distinction à ce sujet, et l'article 901 du code Napoléon se contente seulement de dire : « Pour faire un testament, il faut être sain d'esprit. »

C'est par une extension un peu forcée que je rapproche ici la rémission de l'intervalle lucide, car ce sont deux états différents. Pendant l'intervalle lucide, l'esprit du maniaque est d'une clarté parfaite; pendant la rémission, l'intelligence du paralysé général est abaissée de niveau. Le premier de ces malades s'aperçoit des pièges que la captation dresse autour de lui, mais sa volonté reste énergique et souveraine; le second, accessible aux cajoleries d'un entourage avide, peut livrer sa confiance à qui la veut et signer avec docilité.

L'état mental si particulier, qui s'observe dans les trêves paralytiques, ne permet pas aux malades d'exprimer toujours librement leurs volontés dernières. Il doit donc être souvent possible d'attaquer, pour cause d'incapacité d'esprit, les dispositions testamentaires prises par eux. Je veux, à cette occasion, vous citer deux faits assez récents.

P..., officier, atteint de paralysie générale, entra à l'asile de Marseille le 10 juin 1851. Une rémission survint. Un frère, contre lequel existaient divers motifs de répulsion, mit de l'empressement à venir le voir, le fit sortir, en prit soin chez lui, et le fit tester en sa faveur. P... s'agite, délire de nouveau et est remis en traitement. Une seconde rémission se produit, et un autre frère, que le malade avait toujours affectionné, arrive en France, se hâte d'accourir à l'asile, se doute de ce qui s'est passé, cherche à faire la contre-partie de ce qui a eu lieu déjà, et se fait instituer héritier par un second testament olographe. P... mourut le 23 novembre 1854. Un procès a été sur le point de s'engager, mais la crainte du scandale a conduit les deux frères à une transaction amiable.

En 1860, M. Brierre de Boismont reçut communication du dossier d'un individu originaire de Suisse qui venait de mourir des suites d'une paralysie générale, dont le début remontait au mois de juillet 1857. Le malade, en 1858, pendant une phase de rémission, était rentré chez lui, n'ayant plus qu'un léger bégayement. Sa femme, après avoir obtenu la mainlevée de l'interdiction, se fit instituer légataire universelle. Le testament fut attaqué en nullité par les trois frères du malade, mais la veuve eut gain de cause.

Période d'état. — Le paralysé général n'est plus ce que vous l'avez vu jusqu'ici; il entre à grands pas dans la phase de dégradation physique et d'abrutissement moral. En proie à une sorte d'excitation automatique, il va, vient, entre, sort, s'assoit, se lève, bredouille quelques mots incohérents, emplit ses poches de feuilles d'arbres ou de cailloux, se déshabille, arrache les boutons de son habit, déchire ses autres vêtements, lave sa chemise dans l'urine, change de place les meubles de sa chambre et perd graduellement la notion du temps, des lieux et de son identité. Les ténèbres l'environnent : il oublie son nom et son âge, ne se souvient plus de la profession qu'il a exercée, ne reconnaît plus ses amis, et ne sait plus s'il a encore sa mère, s'il est marié et s'il a des enfants. Parcourant tour à tour des alternatives de calme et d'agitations, tantôt il est silencieux et d'une douceur enfantine, tantôt il est irascible et d'une brutalité dangereuse. Sa parole est extrêmement embarrassée, sa marche est des plus titubantes. Il a de temps à autre un grincement de dents très-prolongé, très-désagréable et tellement strident qu'il s'entend de l'extrémité d'une salle d'hôpital à l'autre. A travers tout ce désordre cérébral, quelques conceptions délirantes orgueilleuses ou hypochondriaques peuvent apparaître encore, et c'est ainsi qu'un paralysé, questionné sur la cause de son grincement de dents, put répondre : « je broie des diamants. »

Malpropre, glouton et vorace, le malade mange d'une façon repoussante, mâche à peine ses aliments, digère néanmoins parfaitement et engraisse. A la fin de cette période, il devient *gâteux,* c'est-à-dire qu'il laisse involontairement échapper l'urine et les matières fécales. Dès que cette manifestation ultime de la maladie devient permanente, le paralysé, de plus en plus sujet à de petites congestions cérébrales, arrive graduellement à sa dernière étape. Si les circonstances exigent que l'interdiction soit provoquée et prononcée, le moment ne saurait être mieux choisi.

Période terminale. — Tous les phénomènes de la vie ne consistent plus que dans l'accomplissement de fonctions purement végétatives : les sentiments, les instincts, la sensibilité, la parole, la marche, la contractilité musculaire, tout est aboli. La nutrition et l'assimilation échappent seules au désastre et prolongent parfois l'existence d'une façon vraiment inattendue..... La mort s'est fait attendre, mais la voici venue.

Ici encore, on peut se trouver en présence d'un acte de dernière volonté, qui n'aura plus été signé cette fois pendant une phase de rémission, mais bien à une époque quelconque de la vie, et l'on se demandera peut-être si le testateur a été libre et s'il a obéi à ses seules incitations. Le secret professionnel me met, à mon très-grand regret, dans l'impossibilité de vous lire plusieurs testaments de paralysés généraux qui ont été récemment discutés ou attaqués et à l'occasion desquels j'ai émis une opinion médico-légale, mais je peux tout au moins puiser dans des recueils juridiques des notions relatives à quelques affaires déjà un peu anciennes.

En mars 1846, un officier en retraite de la ville de *** déshérita sa famille et institua sa domestique pour légataire universelle. Quatre mois après, il mourut des suites d'une résorption purulente déterminée par une grave lésion des voies urinaires, mais après avoir présenté, *à une époque antérieure au testament,* de la somnolence, de l'incertitude dans la marche, de l'embarras de la parole, une légère agitation des muscles de la face, de la gêne dans les mouvements de la tête, du tremblement dans les mains, etc., etc. Parchappe fut consulté et se prononça en faveur de la validation de l'acte. Le testament fut confirmé.

M. L. de V..., possesseur d'une fortune extrêmement considérable, écrivit, signa et data de sa main le testament olographe suivant : « Ceci est mon testament. Je, soussigné, L. de V..., dans la vue de la mort, léguer, 1° à E. Ch., épouse de M. P. de Ch., la somme d'un million à prendre sur les biens les plus clairs de ma succession; 2° de ma propriété du Daga, garnie de ma clouterie. » Dix-sept mois auparavant, M. L. de V... se plaignait déjà « de grandes souffrances et de pesanteur de tête, de trouble dans les idées, » et il déclarait par écrit qu'il avait de la peine à s'occuper d'affaires à son bureau. Il devint très-irascible et très-facile à émouvoir, manqua bientôt d'énergie, de volonté et de mémoire, s'affaiblit, trébucha en marchant, s'exalta et délira.

Deux jours après avoir fait son testament, M. L. de V... écrivait la lettre incohérente que voici : « Henri est toujours en bonne voie pour avoir un commandement. M. C. G. presse-le, moi, hier, à déjeuné que je lui avais demandé sans façon, comme cela m'arrive de temps en temps, et dimanche dernier chez nous, où il est venu passer une heure, il m'a dit et répété, dans une conversation avec le ministre, etc., etc. »

M. Moreau (de Tours) a connu et soigné ce paralysé général, et, comme preuve de son délire éminemment ambitieux, il a cité de lui cette lettre : « Je préviens M. T... que je suis empereur universel de France, de France. Le comte T... président de M..., en remplacement du président actuel, qui sera averti que je suis l'empereur de l'univers Henri V et que je vous prie de dîner avec jeudi prochain. *Signé* l'empereur Charles V. »

Le testament fut attaqué. Les tribunaux s'arrêtèrent, paraît-il, à une sorte de partage et l'immense fortune de M. L. de V... fut remise entre les mains de la légataire et entre celles des héritiers naturels.

Me voici parvenu au terme de ma tâche. Laissez-moi vous dire encore que le médecin, consulté sur les nombreuses et délicates questions médico-légales que soulève la paralysie générale, ne saurait apporter trop de précaution dans l'exercice d'un mandat où plusieurs écueils peuvent faire sombrer sa rectitude d'esprit et son amour du juste. Les familles des malades nous donnent souvent, en effet, des renseignements entachés d'insuffisance, de passion ou d'erreur, et nous pouvons être égarés par leurs témoignages. Il faut donc s'attacher à discerner le faux du vrai, le possible de l'improbable, et ne s'en rapporter scrupuleusement qu'aux données de l'observation, de la science et de l'expérience. On arrive ainsi à la constatation flagrante de la vérité, et, fort de sa conviction, on finit par éclairer la conscience du juge et par influer sur sa décision. Le succès est à ce prix.

DU BUBON SYPHILITIQUE (1),

Par M. le Dr Fournier, médecin des hôpitaux de Paris.

Pronostic, diagnostic. — I. L'adénopathie du chancre infectant est *essentiellement bénigne.* Elle se résout d'elle-même; elle ne présente aucun accident sérieux.

Vient-elle à s'enflammer, son pronostic est celui d'une adénite simple, qui peut se résoudre et suppurer, mais qui reste toujours indemne des dangers propres au bubon chancreux (ulcération spécifique consécutive à l'ouverture de l'abcès, phagédénisme).

Sa seule complication un peu importante, c'est la dégénérescence strumeuse, laquelle, à vrai dire, est moins imputable à la maladie qu'à la constitution même du malade.

En revanche, ce bubon est l'indice d'une affection grave. Au même titre que l'induration chancreuse, il annonce l'infection de l'organisme; c'est un indice précurseur des manifestations dites constitutionnelles; c'est un symptôme de syphilis.

II. Le diagnostic n'offre ni embarras, ni difficultés. Ce bubon, en effet, a des caractères tellement nets, tellement accentués, qu'il se distingue aisément de toute autre tumeur. Il reçoit d'ailleurs sa signification propre du chancre qui le précède et dont il dérive.

En tant qu'engorgement glandulaire, il ne saurait être confondu qu'avec certains états morbides des ganglions de caractère non inflammatoire, indolent et chronique (hypertrophie ganglionnaire, adénite chronique, adénite, etc.). Il est, par exemple, certains sujets qui en dehors de toute contamination syphilitique, présentent dans les aînes un ou plusieurs ganglions hypertrophiés, durs, indolents et assez analogues à ceux du bubon spécifique. C'est là ce que Ricord appelait *les ganglions du malade,* par opposition aux ganglions de la maladie.

Ces diverses adénopathies peuvent bien se rapprocher plus ou moins du bubon syphilitique par quelques-uns de leurs caractères; mais elles en seront facilement distinguées par l'ensemble des phénomènes morbides, par les commémoratifs, et surtout par l'absence du chancre ou de l'induration cicatricielle qu'il laisse après lui.

Quant au bubon du chancre simple, il ne court pas risque d'être confondu avec le bubon syphilitique. Il en diffère à ce point, sous l'une ou l'autre de ses formes, qu'on aurait peine à l'en rapprocher par quelque analogie de symptômes. Cela ressort des caractères que nous avons assignés à chacune de ces entités morbides et qu'il ne sera peut-être pas sans avantage, au point de vue doctrinal, de résumer ici parallèlement.

BUBON DU CHANCRE INFECTANT :	BUBON DU CHANCRE SIMPLE :
I. C'est un symptôme *constant,* à de très-rares exceptions près. Il se produit presque fatalement à la suite de l'accident originel de la syphilis.	I. C'est une complication *éventuelle* du chancre simple. Il ne se produit environ que dans un cas sur trois.
II. Il a son *époque d'apparition fixe, régulière.* Il se développe toujours dans le cours du premier ou du second septénaire après le début du chancre.	II. *Il n'a pas d'époque fixe* de développement. S'il se produit, en général, dans les premières semaines qui suivent l'apparition du chancre, il peut aussi bien ne se manifester qu'à une période plus reculée.
III. C'est une adénopathie toute spéciale, spécifique même, ayant pour caractères distinctifs :	III. C'est tantôt une *adénite simple,* tantôt une inoculation ganglionnaire par le pus chancreux (*bubon chancreux*). — Sous l'une ou l'autre de ces formes, ce bubon diffère essentiellement, comme symptômes, de l'adénopathie syphilitique :
1° Une tuméfaction ganglionnaire de volume moyen ou peu considérable;	1° Tuméfaction bien plus considérable, la phlegmasie n'affectant pas seulement la glande, mais retentissant sur les tissus périphériques.
2° Une *dureté* spéciale de la glande ou des glandes affectées;	2° La tumeur ne présente que la rénitence propre aux engorgements inflammatoires;
3° L'*absence de phénomènes inflammatoires,* sinon toujours, du moins dans l'énorme majorité des cas. Ainsi :	3° Bubon *essentiellement inflammatoire.* Ainsi :
Pas de rougeur des téguments;	Rougeur plus ou moins vive des téguments;
Indolence presque absolue;	Phénomènes douloureux de l'adénite aiguë;
Indépendance de la glande qui ne contracte pas d'adhérence, reste mobile et glisse librement sous le doigt. — L'état morbide de la glande ne retentit pas sur le tissu cellulaire périphérique.	Empâtement général de la région (*périadénite*); la glande se trouve englobée et confondue dans le phlegmon périphérique.
4° Dans les régions à ganglions multiples, le bubon est le plus souvent *polyganglionnaire,* et forme des *pléiades* spécifiques.	4° Ce bubon est le plus souvent *mono-ganglionnaire* (monadénite de Ricord). Jamais on ne rencontre de pléiades inflammatoires ou chancreuses, analogues aux pléiades syphilitiques.
IV. Terminaison presque constante par *résolution* progressive. — *Jamais de suppuration,* si ce n'est en des cas très-exceptionnels et sous l'influence de complications étrangères (phénomènes inflammatoires, dégénérescence strumeuse).	IV. Le bubon simple peut se résoudre ou suppurer. — Le bubon chancreux suppure fatalement.
V. Dans les cas très-rares où la suppuration se fait : 1° le pus du bubon n'est *jamais inoculable* au malade;	V. Lorsque le bubon est chancreux : 1° le pus qu'il fournit est *inoculable* au malade et reproduit un chancre simple;
2° *L'abcès ganglionnaire ne se convertit jamais en ulcère chancreux;*	2° Le foyer ganglionnaire est un véritable *chancre,* qui peut s'étendre aux parties voisines;
3° *Il n'est jamais envahi par le phagédénisme.*	3° Le chancre ganglionnaire peut être l'origine de *complications phagédéniques.*
VI. Pronostic essentiellement *bénin.* Jamais de complications sérieuses.	VI. Pronostic plus sérieux, parfois grave. Ce bubon est susceptible de complications de deux ordres : 1° complications communes de l'adénite (décollements, fistules consécutives, fusées, accidents inflammatoires, etc.); — 2° complications spéciales, propres au chancre simple (tendance extensive, phagédénisme).
En revanche, ce bubon est l'indice, au même titre que l'induration chancreuse, d'une infection constitutionnelle.	En revanche, pronostic d'avenir très-favorable. Pas d'accidents ultérieurs à redouter.
VII. Ce bubon se résout de lui-même, sans traitement.	VII. Utilité évidente, nécessité d'une médication locale, laquelle peut enrayer le bubon simple, limiter le bubon chancreux, prévenir ou atténuer les complications.
Inutilité absolue d'une médication locale, sauf dans les cas de complications.	Inutilité absolue de la médication antisyphilitique.
Le traitement général lui-même par les antisyphilitiques n'exerce sur ce bubon qu'une action très-peu marquée, lente, et presque contestable.	

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13, 20 et 30 octobre.

Du prétendu bubon d'emblée. — Je ne consacrerai qu'une courte mention au prétendu bubon d'emblée, qui, après avoir soulevé de nombreux débats, ne saurait plus être considéré de nos jours comme constituant une espèce nosologique distincte.

On décrivait autrefois sous ce nom un engorgement ganglionnaire se produisant *d'emblée* comme premier symptôme de l'infection vénérienne, c'est-à-dire sans être précédé d'aucune lésion locale.

Ce bubon, de nature virulente et à pus auto-inoculable, était considéré comme pouvant, au même titre que le chancre ou la blennorrhagie, servir de prélude à l'infection constitutionnelle. C'était un des modes de la pénétration du virus dans l'économie, une des *formes primitives* de la vérole.

La doctrine du bubon d'emblée a joui d'une longue faveur. Acceptée par des hommes éminents (Fallope, Astruc, Hunter, etc.), elle a été vivement soutenue dans notre siècle par Baumès, H. de Castelnau, Bertherand, Aug. Vidal, etc. Elle n'est tombée que sous les attaques et la critique de notre maître.

Je ne crois pas devoir reproduire ici toutes les objections qui ont été dirigées contre cette doctrine. C'est là une de ces questions épuisées qu'il serait superflu de discuter à nouveau. Je ne ferai donc que mentionner d'une façon sommaire les arguments principaux qui ont exclu le bubon d'emblée du cadre pathologique.

I. Tout d'abord il est faux, absolument faux, que le virus syphilitique pénètre dans l'économie par une sorte d'absorption latente, qu'il traverse l'enveloppe cutanée ou muqueuse pour s'insinuer jusqu'aux ganglions sans laisser trace de son passage sur les surfaces où il a été primitivement appliqué. Tout ce que nous apprend la clinique, tout ce que nous enseigne l'inoculation, dément un tel mode de pathogénie. Dans tous les faits qui ont été sérieusement et complétement observés, on a toujours constaté le développement d'une lésion locale sur le point même où le virus syphilitique avait été déposé. Dans les expériences d'inoculation, jamais l'on n'a vu la piqûre se cicatriser et les ganglions s'affecter primitivement. Toujours, au contraire, l'évolution pathologique s'est faite de la façon suivante : production au niveau de la piqûre d'une lésion spéciale, d'un *chancre*, lequel, pour ainsi dire, ouvre la scène sans jamais faire défaut; et secondairement, invasion des glandes par l'adénopathie symptomatique.

C'est qu'en effet, comme l'a dit Ricord, la syphilis *ne pénètre jamais sans effraction*. Elle fait son empreinte sur le point qui lui sert de porte d'entrée dans l'organisme, et cette empreinte, c'est l'accident initial de la diathèse, c'est le chancre. Quant à l'engorgement ganglionnaire, il n'est jamais que consécutif; jamais surtout il ne se produit seul, à l'exclusion du chancre.

II. Il est tout aussi faux que la syphilis puisse débuter par un bubon virulent, à pus auto-inoculable. Le propre du bubon syphilitique, c'est, comme nous l'avons établi précédemment, de ne pas suppurer ou de ne suppurer que par le fait de complications accidentelles ou étrangères; et de plus, le propre des suppurations syphilitiques, c'est de ne pouvoir être inoculées aux malades qui les fournissent.

III. Quant aux quelques faits qui ont été donnés comme exemples de bubons d'emblée, ils ne résistent pas à une analyse sérieuse. S'ils pouvaient déjà passer pour suspects à une époque où les connaissances syphiliographiques étaient bien moins avancées qu'elles ne le sont de nos jours, ils ont en vérité perdu toute valeur pour les pathologistes contemporains. Ce sont, il faut le dire, des faits mal observés ou mal interprétés. En les relisant aujourd'hui on se convainct facilement que ces prétendus bubons d'emblée n'étaient que des adénites simples, réputées vénériennes pour cette seule raison qu'elles siégeaient à l'aine, ou bien des bubons symptomatiques de chancres méconnus, ou bien encore des adénopathies d'ordre divers développées chez des sujets syphilitiques, etc.

En somme, il n'existe pas de bubon d'emblée; il n'est pas d'adénopathie à laquelle on puisse appliquer cette dénomination.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 octobre 1866. (Fin.) — Présidence de M. Bouchardat.

Inoculation de l'homme au chat. — On croit généralement à la phthisie du chat; mais nous rappellerons l'observation consignée dans notre mémoire (*loc. cit.*) pour montrer ce que peuvent être, quelquefois du moins, les exemples de tuberculisation dans la race féline. L'inoculation pratiquée à trois jeunes chats a donné un résultat douteux chez l'un et a réussi chez un autre. Ce dernier a offert quelques granulations tuberculeuses dans les deux poumons.

A en juger par nos expériences, la tuberculose semble difficile à provoquer chez les carnassiers, et l'on peut regarder le chien et le chat comme relativement réfractaires à cette affection. Nous n'avons obtenu d'effet qu'en pratiquant l'inoculation à plusieurs reprises successives, et encore les tubercules ont été rares.

Inoculation de l'homme au mouton. — Le mouton passe pour être souvent phthisique, mais les soi-disant tubercules de ce ruminant sont des lésions vermineuses et des dilatations bronchiques (voy. notre mémoire, *loc. cit.*). Malgré de nombreuses recherches, nous n'avons pu trouver, chez le mouton, d'altérations qui rappellent le tubercule de l'homme ni la vraie pommelière de la vache.

De quatre moutons inoculés, trois ont été sacrifiés et n'ont pas présenté de tubercules, l'autre est encore vivant et n'a aucune apparence de phthisie ; il en est de même d'une chèvre.

Inoculation de l'homme aux oiseaux. — Nous avons fait voir (*loc. cit.*) ce qu'est la prétendue phthisie des oiseaux. Il était donc à prévoir que l'inoculation du tubercule à ces animaux ne donnerait aucun résultat. En effet, un coq et un ramier n'ont présenté aucune trace de tuberculisation après plusieurs mois d'inoculation.

Injections de matière tuberculeuse dans la trachée-artère. — Il nous avait paru curieux de rechercher si l'absorption par les voies respiratoires pouvait amener l'infection tuberculeuse. Pour essayer de résoudre cette question, nous avons pris sur un homme de la matière tuberculeuse ramollie, nous l'avons triturée sur les bords d'une assiette et délayée dans de l'eau en rejetant les débris un peu gros ; puis, au moyen d'une seringue à dard, nous avons injecté dans la trachée de deux lapins un demi-centimètre cube de cette eau troublée par le tubercule délayé. La trachée avait été préalablement découverte par une incision.

Un de ces lapins devint tuberculeux et l'autre résista.

Cette expérience ne remplit pas son but. De la matière tuberculeuse peut tomber sur la plaie et reproduire, par conséquent, les conditions d'une inoculation ordinaire.

Inoculation de la matière prise dans le tubercule développé au lieu d'inoculation. — Une des questions les plus importantes qui se soient offertes à notre esprit a été celle de savoir si, à l'exemple des autres maladies inoculables bien connues, le principe morbide de la tuberculose se reproduit au point d'inoculation. Ce fait a été résolu de la manière suivante :

Nous inoculons deux lapins avec de la matière caséeuse exprimée du tubercule développé sous la piqûre d'inoculation que portait un un lapin vivant et inoculé lui-même depuis vingt jours. Ces deux lapins offrent, au bout de quatre à cinq mois, une abondante tuberculisation.

Ces expériences montrent une fois de plus la grande analogie entre la tuberculose et les maladies virulentes.

Durée d'incubation de la tuberculose. — L'éruption des granulations tuberculeuses dans les organes internes se fait un certain temps après l'inoculation, et qui doit probablement varier selon les cas. Nous avons essayé de déterminer à peu près l'époque de l'apparition des tubercules dans les poumons et les autres viscères. La loi de M. Louis s'est toujours manifestée avec la plus entière constance. On verra, en outre, par les trois exemples qui suivent, que l'éruption tuberculeuse du poumon semble commencer du dixième au vingtième jour, et que dans les cas où les tubercules se généralisent, ils apparaissent déjà dans les reins et la rate avant le vingt-huitième jour.

Un lapin inoculé pendant qu'il avait la diarrhée, succomba à cette maladie dix jours après son inoculation en présentant une petite granulation transparente dans un des poumons.

Un autre lapin, pris au hasard parmi ceux qui étaient inoculés depuis vingt jours, avait dans un poumon deux petites granulations naissantes, d'une transparence remarquable, dures et résistantes.

Un lapin inoculé avec du tubercule pris sur un autre lapin qui venait d'être tué, offrit, au bout de vingt-huit jours, des tubercules nombreux dans les poumons, la rate et les reins.

Influence de la tuberculose sur la parturition et son produit. — La question de l'hérédité occupe une grande place dans l'histoire de la phthisie, et la solution de ce problème est fort complexe. Les faits qui s'y rattachent pourront facilement s'éclairer par l'expérimentation sur les animaux, dont les accouplements se font à notre gré.

La tuberculose a eu pour effet, chez les lapins et les cochons d'Inde, l'avortement ou la mort prématurée des petits. Cette mort doit être attribuée, selon nous, à l'insuffisance de la sécrétion lactée des mères et à leur négligence à l'égard de leur lignée. Sur le plus grand nombre des petits lapins qui avaient succombé le jour de leur naissance ou bien un ou deux jours après, nous avons trouvé l'estomac vide, une seule fois excepté. Ce qui tendrait à faire croire que la mort avait été causée par l'inanition. Aucun d'eux n'avait de tubercules.

Deux seulement ont vécu environ cinq mois, mais ils sont toujours restés chétifs, rabougris et n'ont atteint guère plus de la moitié de la taille des sujets de leur âge. Ils ont présenté un développement excessif de l'abdomen avec pelage terne et laid, et sont morts d'une affection étrangère à la tuberculose en même temps que plusieurs autres jeunes lapins de bonne provenance. Ces deux lapins descendants de parents phthisiques n'ont présenté aucune trace de tuberculisation. (Renvoyé à la Commission précédemment nommée.)

Absorption par les plaies. — **M. DEMARQUAY**, candidat pour la section de pathologie externe, donne lecture d'un mémoire sur l'absorption par les plaies.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Il résulte des recherches auxquelles je me suis livré, qu'une substance soluble dans l'eau comme l'iodure de potassium est très-rapidement portée dans le torrent circulatoire et éliminée par la salive, lorsqu'elle est appliquée sur une grande surface du derme dénudé. Dans ce cas l'élimination a lieu en 4, 6, et 8 minutes ;

2° Que cette même substance, mise dans la sérosité du vésicatoire, pénètre bien moins promptement dans l'organisme en raison d'une couche albumineuse qui recouvre le derme, cela a lieu en 9, 10, 15 et 20 minutes;

3° Une solution d'iodure de potassium injectée dans le tissu cellulaire, est absorbée et éliminée par la salive dans une période de temps qui varie entre 10 et 20 minutes;

4° Cette même solution, mise dans une plaie récente, pénètre dans l'organisme et permet de constater sa présence par une élimination salivaire dans un temps qui varie entre une heure 30 minutes et 19 et 15 minutes;

5° Quand les plaies sont parfaitement organisées, elles absorbent avec une grande puissance au bout de 10, 8, 6 et 4 minutes et même moins. On trouve des traces d'iode bien évidentes dans la salive. Il y a donc lieu de se demander si, en raison de cette puissance, l'élément septique qui amène l'érisypèle et la fièvre puerpérale, ne serait point absorbé par la plaie elle-même ;

6° Dans la complication si grave des plaies connues sous le nom d'infection purulente, ne doit-on pas se demander si cette puissance d'absorption si peu étudiée jusqu'à ce jour, ne jouerait point un rôle considérable et ne pourrait-elle point expliquer certains phénomènes généralement rapportés à la phlébite ;

7° Les injections iodées et iodurées faites dans des abcès chauds, dans les abcès froids et dans les cavités kystiques enflammées ou non, sont absorbées avec rapidité. J'ai constaté que l'élimination avait lieu par la salive dans un temps qui vario entre 45 minutes et 3 minutes ;

8° Que si ces injections sont faites en trop grande quantité, ou si elles sont trop souvent répétées, l'iode sans cesse introduit dans l'organisme, peut avoir une action souvent fâcheuse ;

9° L'iode et l'iodure de potassium introduits dans l'économie par les diverses voies que nous venons d'indiquer, est généralement éliminé par la salive ou les urines dans une période de quatre à cinq jours. (Renvoyé à la section, rapporteur M. Gosselin.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 6 novembre 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur Kuhn, sur le service médical de l'établissement thermal de Niederbrown pendant l'année 1863. (Comm des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Marrotte, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique;

2° Une lettre de M. le docteur Morel (de Saint-Yon), qui sollicite le titre de membre correspondant.

— **M. ROBIN** présente, au nom de M. le docteur Magitot, une brochure intitulée ; *De la salive, considérée comme cause de la carie dentaire.*

— **M. BÉHIER**, au nom de M. le docteur Chauffard, présente un ouvrage sur la spontanéité dans les maladies.

— **M. LARREY** dépose sur le bureau :

1° Une observation de M. Chapman, chirurgien anglais, relative à une fracture comminutive de la jambe avec complications graves indiquant l'amputation du membre et guérie par l'irrigation intermittente et la désinfection de la plaie à l'aide du calomel;

2° De la part de M. le docteur Gipson, directeur général du service de santé, la statistique sanitaire et médicale de l'armée anglaise, pour l'année 1864.

— **M. DEPAUL** offre en hommage, les 2[e] et 3[e] parties du *Traité d'accouchement de Cazeaux* (7[e] édition), revue et annotée par M. Tarnier ; et un ouvrage sur le rhumatisme et la diathèse rhumatismale, par M. le docteur Chevalier Macario.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que l'Académie se formera en comité secret, entre quatre heures et demie et cinq heures moins un quart, pour entendre les rapports des commissions permanentes.

RAPPORT.

M. BARTH lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Régis, relatif à un nouveau mode de traitement de catarrhe bronchique.

« Messieurs, M. le docteur Régis, médecin cantonal et médecin de l'hôpital d'Auterive (Haute-Garonne), vous a soumis un mémoire intitulé : *Quelques réflexions sur la thérapeutique du catarrhe des bronches, en vue d'instituer un traitement méthodique de cette affection.*

« Le but de ce travail est de proposer un agent médicamenteux préférable à tous les moyens usités jusqu'à ce jour, remède nouveau par sa composition et son mode d'administration, peu coûteux d'ailleurs, d'un usage facile, et très-efficace par la continuité de son action.

« Dans ce travail, M. Régis émet la proposition que les diverses médications actuellement usitées contre les diverses formes de bronchite sont insuffisantes; que cependant les catarrhes pulmonaires sont des maladies fréquentes, souvent rebelles, entraînant fréquemment à leur suite d'autres maladies de l'appareil respiratoire; et que cette insuffisance de l'art peut être attribuée à l'incertitude qui, suivant M. le docteur Régis, règnerait encore sur la nature et le siége intime de la bronchite chronique.

« D'après l'auteur du mémoire, l'élément organique que le catarrhe pulmonaire affecte d'une manière spécial, serait surtout l'appareil glanduleux, c'est-à-dire les follicules de la membrane muqueuse des bronches. Et c'est de ce point de vue que M. Régis part pour instituer un traitement qu'il considère comme un genre de médication plus efficace que tous les moyens connus jusqu'à ce jour, moyens dont l'insuffisance tiendrait surtout au mode défectueux de leur emploi. En effet, dit M. Régis, les sirops, pâtes, tablettes, ne tardent pas à devenir un objet de répugnance; les inhalations, les fumigations, telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui et administrées par les procédés usuels, ne produisent qu'une action passagère, des effets intermittents et des résultats infidèles; elles sont, de plus, d'un emploi instrumental difficile et incommode.

« M. le docteur Régis attribue encore l'inefficacité des moyens actuellement employés à ce qu'ils s'adressent soit à l'estomac, soit aux voies respiratoires uniquement. Il pense que, pour obtenir un résultat thérapeutique avantageux, il importe d'utiliser simultanément ces deux grandes voies d'absorption; et qu'il faut, de toute nécessité, agir à la fois sur l'air qu'on respire et sur la salive qu'on avale, en les saturant l'un et l'autre d'une manière continue et prolongée, de certains principes médicamenteux.

« Pour réaliser cette combinaison et cette simultanéité d'actions, M. Régis a fait confectionner des bols, composés de baume de tolu, de myrrhe, d'essences de plusieurs labiées, de camphre et d'iode, ayant pour excipient la cire jaune, qui a la propriété de conserver sans altération la plupart des agents médicamenteux qu'on lui incorpore.

« Ces bols placés dans la bouche y conservent leur solidité et abandonnent peu à peu à la salive et à l'air leurs principes constituants.

« Comme condition essentielle de son efficacité, le bol doit être maintenu dans la bouche, jour et nuit (dans cette recommandation, l'auteur ne se préoccupe peut-être pas assez de la chute possible du corps étranger dans le larynx). Le malade doit avoir soin, ajoute-t-il, de faire circuler le bol dans la cavité buccale; il doit s'attacher à respirer surtout par la bouche et utiliser soigneusement par la déglutition tout le mucus salivaire, dont la quantité se trouve augmentée par l'action du remède sur les glandes qui l'élaborent.

« M. Régis considère la cavité buccale, ainsi munie d'un de ses bols, comme le foyer d'un appareil à inhalation continue, dans lequel se dégagent d'une manière incessante des vapeurs iodées et balsamiques, qui, en se mélangeant à l'air inspiré, vont exercer une action directe et topique jusque sur les parties les plus profondes de la membrane muqueuse des bronches pathologiquement altérée. Si bien que, dans la pensée de l'auteur, cette médication aurait surtout l'avantage de constituer un mode particulier d'inhalation médicamenteuse se distinguant essentiellement des procédés usuels par la continuité de son action, par l'absence de tout appareil instrumental, et en ce que le remède est en tout temps et en tous lieux à la disposition du malade.

« A l'appui de son travail, M. Régis a joint un certain nombre d'observations relatives à des malades atteints de catarrhe bronchique, et qui ont éprouvé de l'usage du bol pectoral une amélioration rapide et prononcée.

« M. Régis, et d'autres médecins qui, d'après ses indications, ont employé les bols pectoraux iodo-balsamiques, assurent en avoir également obtenu des résultats satisfaisants dans le coryza, dans la laryngite, dans l'asthme des emphysémateux, dans le mal de gorge, dans

l'enrouement et dans l'aphonie résultant de la fatigue de la voix chez les orateurs ou les chanteurs. L'auteur rapporte notamment l'exemple d'un éminent professeur de l'École de droit de Toulouse qu'une aphonie consécutive à une laryngite chronique retenait, depuis un an, éloigné de sa chaire, et qui a pu, grâce à l'usage des bols iodo-balsamiques, recouvrer la voix et reprendre son enseignement.

« Nous aurions voulu pouvoir joindre à ces observations un nombre de faits suffisant pour nous permettre de juger ce médicament avec quelque autorité. Mais il est rare que les malades entrent à l'hôpital pour les catarrhes simples; et l'application du bol aux bronchites symptomatiques ne pouvait donner la mesure de son efficacité...

« Les quelques faits que nous avons recueillis ne nous permettent pas de juger par notre propre expérience la valeur réelle de la nouvelle médication; et notre rôle se trouve réduit à une appréciation sommaire du mémoire de M. le docteur Régis.

« Sans adopter toutes les propositions énoncées par l'auteur pour justifier son invention, nous reconnaissons volontiers que son bol pectoral est un moyen de plus à ajouter à ceux dont l'expérience a consacré les bons effets jusqu'à ce jour, et qu'il constitue une médication économique et d'un usage facile, dont les observations de M. Régis, mieux que les nôtres, tendent à démontrer l'efficacité. »

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe.

Voici la liste de présentation arrêtée par l'Académie :

1° M. Follin; 2° M. Legouest; 3° M. Demarquay; 4° M. A. Guérin; 5° M. Giraldès; 6° M. Verneuil.

Au premier tour de scrutin, le nombre des membres présents et prenant part au vote est de 74; majorité, 38.

M. Follin obtient.	29 voix.
M. Demarquay.	27 —
M. Legouest.	17 —
M. A. Guérin	1 —

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, on procède à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des membres votants est de 73; majorité, 37.

M. Follin obtient.	40 voix.
M. Demarquay.	24 —
M. Legouest.	9 —

M. Follin ayant réuni la majorité des suffrages, est élu membre de l'Académie de médecine.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

La parole est à M. Devilliers.

Suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. DEVILLIERS ne se dissimulant pas les nombreuses difficultés que présente la question et n'ignorant pas que les causes de la mortalité des enfants en bas âge sont complexes, et qu'il est très-difficile, pour ne pas dire souvent impossible, de les dégager les unes des autres, a désiré cependant ajouter pour sa part quelques traits au tableau déjà si sombre qui a été présenté. Pour atteindre son but, il a interrogé plusieurs confrères occupant des positions importantes dans les principales villes de l'est et du sud-est de la France.

Voici d'une manière très-abrégée le résultat du dépouillement des réponses que M. Devilliers a reçues de ses confrères.

Pour l'Isère, où tous les enfants sont élevés au sein et où tout semble être pour le mieux au point de vue de l'allaitement, la proportion des décès des jeunes enfants avec le chiffre des naissances est de 19 à 20 pour 100.

A Marseille, sur 100 enfants exposés sur la voie publique, dans les tours ou déposés administrativement (dans cette ville on ne peut avoir de renseignements statistiques exacts que pour l'administration hospitalière), 33 ou 1/3 meurent pendant le premier septenaire, 26 ou 1/4 meurent en nourrice pendant la première année, 41 ou moins de la moitié survivent au bout de cette année.

Dans le Puy-de-Dôme, à Clermont comme à Marseille, on ne peut avoir aucun renseignement sur les enfants de la ville placés chez les nourrices de la campagne, il n'y a ni bureaux, ni surveillance. Pour les enfants assistés, on compte moyennement que les décès représentent le tiers des admissions. C'est toujours le défaut de soins donnés pendant la première enfance, le mauvais choix des nourrices, l'alimentation trop précoce et trop abondante, le sevrage prématuré, qui sont les causes de l'élévation du chiffre de la mortalité.

Dans le Doubs, notamment à Besançon, les enfants sont élevés les uns au sein, les autres au biberon. Ce dernier mode d'allaitement paraît y être très-commun. En voici les résultats. Dans une période de dix années, sur 143 enfants élevés au biberon, 132 étaient morts de la diarrhée, tandis que sur 152 élevés au sein se trouvaient seulement 27 enfants morts de cette même maladie.

Pour le département du Rhône et Lyon en particulier, M. Devilliers entre dans des développements beaucoup plus considérables, que le manque de temps ne lui a pas permis de développer entièrement. Nous en présenterons le résumé avec la fin de la lecture qui est renvoyée à la séance suivante.

A quatre heures quarante minutes, l'Académie se forme en comité secret.

Si nous en croyons les bruits qui circulent sur les candidatures aux diverses chaires vacantes à la Faculté, on pourrait s'arrêter aux noms suivants. Nous les donnons par ordre alphabétique :

M. Monneret quitterait sa chaire de pathologie interne et prendrait la chaire de clinique médicale, vacante par la retraite de M. Piorry.

Trois candidats surtout se trouvent en présence pour occuper la chaire de M. Monneret, ce sont : MM. Axenfeld, Hérard et Laboulbène.

M. Gosselin prenant la chaire de clinique chirurgicale vacante par la retraite de M. Jobert, abandonnerait sa chaire de pathologie externe pour laquelle on désigne M. Broca.

La chaire d'anatomie pathologique serait disputée par MM. Barth et Vulpian. M. Charcot aurait renoncé à sa candidature en faveur de M. Vulpian.

Les candidats à la chaire de pathologie générale seraient MM. Bouchut, Chauffard et Lasègue.

Enfin, trois compétiteurs se présenteraient pour la chaire de matière médicale et thérapeutique; ce seraient MM. Gubler, Hardy et G. Sée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 27 octobre 1866, les soixante-deux médecins stagiaires dont les noms suivent, ont été nommés médecins aides-majors de 2e classe, pour prendre rang au 31 décembre 1866 :

MM. Robert, Kelsch, Michel, Monnier, Hellami, Corties, Remond, Eustache, Dontet, Coulet, Guillemin, Isaac, Ditaudy, René, Percheron, Rochet, Mathias, Leclercq, Schindler, Bauer.

MM. Roeckel, Ferron, Labrevoit, Kiéner, Chabanier, Regnier, Perret, Massoutié, Lacrampe, Hinglais, Alibran, Soulbien, Tessier, Sabatier, Vieusse, Derozey, Kessler, Rapp, Ducourneau, Hintzy.

MM. Vivier, Abot, Feuvrier, Challan, Liénard, Echinger, Folquet, Vedel, Bar, Dissaux, Dubois, Roze, Charton, Salloir, Goux, Lescœur, Hahn, Bargy, Bolard, Scovazzo, Huchard, Minzior.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Racle, agrégé, est nommé suppléant de la chaire de pathologie et thérapeutique générales près la Faculté de médecine de Paris.

M. Bucquoy, agrégé, est nommé suppléant de la chaire de clinique médicale (M. Natalis Guillot), près ladite Faculté.

M. Fournier, agrégé, est nommé suppléant de la chaire de clinique médicale (M. Grisolle), près ladite Faculté.

M. Houel, agrégé, est chargé de la suppléance de la chaire de clinique chirurgicale, vacante par la retraite de M. Jobert (de Lamballe).

M. Bussy, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1866-1867, par M. Riche, agrégé près ladite École.

— M. le docteur Caffe, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin du lycée Napoléon (ancien collége Henri IV), en remplacement de M. le professeur Grisolle, empêché pour cause de maladie.

— La gratuité des droits qui restent à acquitter, au profit du Trésor public, par M. Mollien, étudiant à la Faculté de médecine de Paris, à partir du 1er novembre 1866, pour l'achèvement de ses études médicales (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude et diplôme de docteur), est accordée à cet étudiant, qui a été signalé pour son dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra dans la commune de Tagny (Somme).

— M. Bouchut reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, le vendredi, 9 novembre, à huit heures, à l'hôpital des Enfants-malades.

La leçon à l'amphithéâtre aura lieu à neuf heures.

— M. Raynaud, agrégé de la Faculté, chargé du cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, commencera ce cours le lundi 12 novembre, à neuf heures.

Visite et interrogation des malades tous les jours à huit heures.

— M. Liebreich commence ses conférences cliniques sur les maladies des yeux, aujourd'hui jeudi, 8 novembre, à une heure et demie, et les continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure, 11, rue Gît-le-Cœur.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 9 novembre à huit heures, à l'École de médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 131. — SAMEDI 10 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 10 NOVEMBRE 1866. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Choléra (1).

Traitement. — La plupart des médecins des hôpitaux, se basant sur les résultats d'une expérience déjà ancienne, n'ont apporté dans leur thérapeutique que des modifications de détail :

Il ne sera question ici que de quelques tentatives nouvelles qui méritent particulièrement d'attirer l'attention. Quelques mots d'abord de la médication évacuante.

Médication évacuante. — L'indication générale des vomitifs, de l'ipécacuanha en particulier, a paru tellement commune que bon nombre l'ont administré uniformément à la plupart des malades au début. M. Woillez a continué à se louer de l'usage de l'ipéca administré à tous les entrants ; plusieurs ont vu les accidents cesser à partir du moment de son emploi. Dans certains cas, M. Oulmont n'hésitait pas à renouveler la prise du médicament deux et trois fois. Au début des accidents, M. Horteloup administrait communément l'ipéca, tantôt comme évacuant, lorsque les malades n'avaient pas encore eu de vomissements, mais seulement des efforts de vomissement; plus souvent encore comme perturbateur et dans le but de mettre un terme à des vomissements prolongés. A Saint-Antoine, M. Mesnet, à Saint-Louis, M. Guibout, à la Charité, M. Isambert, se louent également de l'administration de l'ipécacuanha. A Lariboisière, M. Moissenet donne l'ipéca en poudre à la dose de 2 grammes dans un verre d'eau tiède, à la période algide, dans tous les cas sans exception où l'état de la langue indique son administration. Il n'y ajoute l'émétique à la dose de 5 centigrammes, que lorsqu'il y a constipation, ce qui est rare. Plus tard, quand les selles tardent à devenir bilieuses, M. Moissenet n'hésite pas à administrer le calomel à la dose de 0gr,2 à 0gr,30, soit pur, soit mêlé à double dose de scammonée purifiée. Cette purgation a été donnée parfois deux jours de suite, ou aidée dans ses effets par l'huile de ricin. M. Isambert, à la Charité, a donné l'ipéca à doses fractionnées, associé au calomel, comme dans le traitement de la dysenterie, dans le but de ramener les selles bilieuses, mais le résultat n'a pas répondu à son attente.

Médication saline. — M. Moissenet a eu particulièrement recours pendant cette épidémie à la médication suivante :

Après le vomitif, un bain chaud additionné de :

Moutarde.	2 kilogrammes.
Sel gris.	3 à 4 —
Sous-carbonate sodique. . .	250 grammes.

(1) Voir les Revues cliniques du 20 et du 27 octobre.

Après le bain, potion composée de :

Eau pure.	90 à 100 grammes.
Chlorure de sodium	4 grammes.
Sirop.	30 à 45 grammes.
Eau de fleurs d'oranger. . .	15 grammes.
ou Essence de menthe anglaise.	1 goutte.

On donne cette potion par cuillerées à bouche d'heure en heure, soit entre deux morceaux de glace, soit dans une plus grande quantité d'eau froide : elle est souvent renouvelée deux fois dans les vingt-quatre heures.

En même temps, et dans les intervalles, M. Moissenet autorise, à discrétion, l'eau pure, l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, ou bien une tisane additionnée de 2 grammes de bicarbonate de soude par pot. De plus, matin et soir, un lavement dans lequel on fait dissoudre 30 à 40 grammes de chlorure de sodium. Cette médication est continuée même après la réaction, jusqu'à ce que l'on ait obtenu la conversion des selles blanches ou rouges en selles bilieuses.

Statistique : 44 cas décomposés en 26 graves, 12 moyens, 6 légers; 11 décès seulement, 33 guérisons.

La médication saline, combinée ou non avec le vomitif et les purgatifs ordinaires, a semblé à M. Moissenet diminuer beaucoup les dangers de la réaction.

Cette médication, suivant ce médecin, agit souvent elle-même comme les purgatifs salins à dose fractionnée, et, comme telle, elle est cholagogue. Mais il lui attribue un autre mode d'action plus important encore, qui consiste probablement à rétablir artificiellement l'oxygénation du sang si profondément troublée par l'empoisonnement cholérique. Quoi qu'il en soit, il la signale comme vraiment utile et digne d'être expérimentée encore sur une plus vaste échelle.

Préparations arsenicales. — Dans 5 cas, M. Gallard a administré la *solution Boudin* à la dose de 10 à 15 grammes par jour, représentant 1 centigramme à 1 centigramme 1/2 d'acide arsénieux donné par fractions, 1 milligramme environ toutes les heures : 2 guérisons, 2 morts, jamais de réaction franche.

Nitrate d'argent. — M. Isambert signale les bons résultats qu'il a obtenus des lavements de nitrate d'argent donnés dans quelques cas, et qui ont très-rapidement modifié la couleur des selles.

Chlorure de potassium. — Employé à haute dose à l'intérieur et en bains, par M. Oulmont à l'hôpital Lariboisière, sur des indications théoriques fournies par M. Sainte-Claire Deville. Aucun effet favorable ni défavorable.

Extrait et teinture de cannabis indica. — Dans un cas de choléra à marche lente, avec vomissements incoercibles, M. Féréol supprima toute boisson, et fit donner toutes les heures au malade un morceau de sucre imbibé de quelques gouttes du mélange suivant :

Teinture de hachisch. . . .	*ââ* 1 gramme.
— de noix vomique. .	
Eau de mélisse.	5 —

Les vomissements cessèrent.

M. Delpech continue à se louer de l'emploi de la teinture de cannabis à la dose de 20 à 30 gouttes dans une potion, dirigée surtout contre les vomissements. M. Desnos, pour satisfaire à la même indication, a eu recours à l'extrait. M. Woillez, de son côté, continue également à faire usage de la teinture de hachisch.

Sulfate de cuivre. — Malgré le mauvais résultat de la tentative autorisée en 1865 par M. Pidoux, M. Horteloup, voulant obtenir une preuve décisive à cet égard, a employé le sel de cuivre chez 72 sujets : le sulfate de cuivre a été donné en potion à la dose de 30 centigrammes dans 120 grammes de julep gommeux ou diacodé, administrée par cuillerées à bouche, toutes les vingt ou trente minutes dans les cas graves, toutes les heures seulement dans les cas de moyenne intensité ; on donnait, en même temps, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, un quart de lavement avec 40 centigrammes de sulfate cuprique. Or voici, d'après la relation de l'interne du service, ce qui s'est passé : presque toujours, la potion faisait vomir violemment les malades au début, et très-souvent les vomissements persistaient tant que durait cette médication ; quelques-uns cependant ont conservé plusieurs potions, mais il est arrivé plusieurs fois de les retrouver dans l'estomac après la mort. Aucun des malades traités par le cuivre n'a éprouvé de symptômes d'intoxication cuprique.

Quant au résultat, le voici ;

5 cas légers, — 5 guérisons ;

23 cas de moyenne intensité, — 14 guérisons, — 9 morts;

44 cas graves, — 43 morts.

Une seule malade, phthisique, a guéri ; encore a-t-elle succombé quinze jours après être repassée dans la salle où elle était avant d'avoir été prise du choléra.

Injections veineuses. — Une seule expérience nouvelle a été tentée par M. Oulmont, qui a injecté dans les veines un liquide semblable à celui que M. Hérard avait précédemment employé. La malade, qui était agonisante au moment où l'injection a été pratiquée, a survécu vingt-quatre heures à l'opération.

Injections capillaires : curare, sulfate d'atropine, sulfate de quinine, etc. — M. Isambert a eu l'idée d'appliquer le curare au traitement du choléra, non pas empiriquement, mais en raison des idées récemment émises sur la physiologie pathologique du choléra par M. Marey, à savoir : le spasme ou les crampes des vaso-moteurs dans les phénomènes de l'algidité, de la suppression des urines, de la bile, etc. De là l'indication du curare comme agent paralysant du système vaso-moteur, tandis que, d'autre part, les expériences cliniques de M. Auguste Voisin, à Bicêtre, montraient que le curare déterminait promptement la diurèse abondante et la calorification générale, la sueur, etc. Les expériences ont été faites suivant les indications posologiques de M. Voisin, par la méthode hypodermique, et chez deux femmes atteintes de choléra de moyenne intensité ; elles ont reçu, la première, 15 centigrammes de curare en cinq fois dans l'espace de trente heures ; la seconde,

ESSAI DE PNEUMATOLOGIE MÉDICALE.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES GAZ.

Par M. le docteur DEMARQUAY (1).

Dans cet ouvrage, dont nous allons donner une analyse succincte, l'auteur a eu pour but d'étudier les maladies dans lesquelles les gaz jouent un certain rôle comme dans les pneumatoses et les emphysèmes, et de rechercher les applications que l'on peut faire des gaz à la thérapeutique. Le but cherché dans ce livre légitime donc parfaitement le titre et le distingue d'autres ouvrages ayant un titre analogue. Ce livre, résultat de nombreuses recherches et d'expérimentations physiologiques, comble une lacune et classe définitivement dans la pathologie médico-chirurgicale l'étude des pneumatoses. Nous espérons que les travaux auxquels s'est livré M. Demarquay seront le point de départ de recherches nouvelles sur ce sujet si intéressant, au point de vue physiologique et thérapeutique. L'ouvrage est divisé en trois grandes parties ; dans la première, l'auteur étudie les gaz du sang auquel il consacre un très-long chapitre, et il fait une étude attentive des pneumatoses gastro-intestinales, des organes génito-urinaires et des grandes collections purulentes qui se développent dans la région abdominale.

Dans cette même catégorie, nous avons lu avec grand intérêt le chapitre consacré à la pneumatose sanguine. Les travaux de Magnus et de Claude Bernard ont bien fait connaître les gaz du sang; mais les conditions de leur fixation dans l'économie ne sont point encore bien connues; on ne sait point non plus si le volume de ces gaz ne pourrait point varier dans certaines conditions pathologiques ; il est des cas de mort subite dans lesquels on a trouvé des gaz en grande quantité dans le torrent circulatoire. C'est ce que l'on a constaté souvent chez des femmes récemment accouchées et chez des individus atteints de rougeole ou de scarlatine.

M. Demarquay a réuni dans ce chapitre tous les faits intéressants qu'il a trouvés dans la science, les a discutés, et il a cherché, par l'expérimentation directe sur les animaux, à se rendre compte des faits. En nous plaçant au point de vue de l'auteur, nous regrettons que l'on n'ait point fait encore, pour les gaz du sang, des recherches analogues à celles de MM. Andral et Gavarret sur la fibrine, l'albumine et les globules sanguins. Les gaz du sang jouent un rôle trop important pour qu'ils ne méritent point une étude spéciale dans l'état de santé et de maladie, et il nous paraît certain que cette étude jetterait un jour nouveau sur certains points de physiologie pathologique.

La seconde partie de l'ouvrage de M. Demarquay est consacrée à l'étude de l'emphysème du pneumo-thorax, du pneumo-péritoine, du pneumo-péricarde, de l'emphysème de la tunique vaginale et de l'emphysème articulaire. Toutes ces maladies, dans lesquelles les gaz jouent un grand rôle, ont été étudiées avec soin. Les recherches de l'auteur sur l'emphysème et le pneumo-thorax lui ont permis de donner de ces maladies une étude très-complète et très-approfondie, et d'expliquer une foule de points inconnus et mal compris avant lui. Les recherches auxquelles l'auteur s'était livré avec M. Leconte sur l'étude des gaz injectés dans l'économie, lui ont permis d'expliquer le peu de gravité de l'emphysème dégagé de la cause qui lui a donné naissance. Indépendamment des expériences personnelles auxquelles il s'est livré pour éclairer l'histoire de l'emphysème, M. Demarquay a résumé avec un très-grand soin les travaux importants qui ont été faits dans ces derniers temps par MM. Velpeau et Morel Lavallée, sur l'emphysème traumatique des membres. L'histoire de l'emphysème occupe une très-grande place dans l'ouvrage de M. Demarquay; non-seulement il y étudie l'emphysème lié aux maladies des voies respiratoires, étude à laquelle M. Roger a consacré un mémoire très-intéressant, mais il étudie aussi celui qui peut dépendre d'une lésion physique des voies digestives; l'emphysème par lésion traumatique des membres a été étudié avec tous les soins désirables. Enfin disons, en terminant cette analyse, que M. Demarquay, sous le nom d'emphysème faux, a consacré un chapitre intéressant à l'emphysème par traumatisme, qui se développe quelquefois dans les membres à la suite de violence, sans qu'aucune lésion extérieure puisse en expliquer l'origine, et qui dépend très-certainement de l'exhalation des gaz du sang. Nous ne nous arrêterons pas sur les autres chapitres dont nous avons parlé plus haut, quoique les recherches de l'auteur sur le pneumo-thorax et ses expériences sur les animaux soient intéressantes au point de vue de l'histoire de cette maladie si commune chez l'homme. Ces deux grandes parties du livre de M. Demarquay sont donc consacrées, comme on le voit, à la pathologie médico-chirurgicale des emphysèmes et des pneumatoses. On trouvera donc dans cet ouvrage, indépendamment des recherches personnelles de l'auteur, l'étude la plus complète que comporte l'état de la science sur ces divers sujets.

Dans la troisième partie, M. Demarquay étudie l'application des gaz à la thérapeutique; ses recherches personnelles sur l'acide carbonique, l'oxygène et l'azote rendent cette partie de l'ouvrage tout à fait intéressante. Il résulte, en effet, des études auxquelles s'est livré

(1) Chez Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille ; volume in-8° avec figures intercalées dans le texte.

une première dose de 5 centigrammes, et une seconde de 10 centigrammes. Dans l'un et l'autre cas, il a été certain que le curare n'était pas absobé à la période algide ; aucun des phénomènes physiologiques mentionnés par M. Voisin ne s'est produit ; la température, observée avec grand soin d'heure en heure, n'a présenté aucune variation ; il n'y a pas eu de diurèse. Lorsque après deux jours la période de réaction s'est produite, l'une des deux malades a eu un frisson avec claquement de dents ; l'autre s'est senti les membres brisés, la paupière appesantie pendant toute une journée, ce qui semblait prouver qu'il y avait eu une absorption consécutive du curare ; cependant la diurèse n'en a pas été la conséquence marquée. M. Isambert pense qu'en raison de cette absorption possible, il y aurait imprudence à accumuler les doses à la période algide, et que l'on pourrait, dans un cas très-grave, élever la dose à 15 centigrammes en une fois, dose que M. Voisin a donnée à l'état physiologique sans produire d'accident sérieux. Mais le fait de la non-absorption le porte à douter qu'il y ait avantage à continuer ces expériences ; et il se demande si, dans un de ces cas graves, presque désespérés, qui autorisent en quelque sorte toutes les tentatives, on ne pourrait pas essayer l'injection directe dans une veine. C'est là un point sur lequel il ne voudrait prendre aucune détermination sans consulter ses collègues.

M. Isambert a, en outre, fait deux expériences d'injections hypodermiques au sulfate de quinine, à la dose de 1 à 2 grammes ; le résultat en est resté douteux. D'autre part, M. Lailler a essayé sans succès contre les vomissements opiniâtres les injections hypodermiques avec une solution de sulfate d'atropine.

On le voit aisément, l'écueil de toutes ces tentatives est le même ; le défaut d'absorption, et, par conséquent le défaut d'action tant que celle-ci ne s'est pas rétablie.

Affusions froides. — A l'hôpital Necker, M. Bouley a soumis 12 malades sur 54 qu'il a eu à traiter, aux affusions froides ; 7 malades ont guéri, 5 sont morts. Ce chiffre, fait remarquer M. le rapporteur, serait encourageant d'une manière générale, si tous ces cas avaient été des plus graves ; mais, en toute occurrence, l'expérience est numériquement insuffisante pour qu'il soit possible d'en tirer une conclusion positive.

Chargé, lui-même, pendant quelques jours du service de cholériques hommes de l'hôpital Saint-Louis, M. Besnier a soumis 11 malades atteints de choléra confirmé, dont 8 très-gravement, à l'enveloppement dans un drap mouillé : 5 malades ont guéri, 6 ont succombé. Il a obtenu constamment par ce moyen un soulagement dans le malaise et dans l'anxiété générale ; en outre, la plupart des malades, enveloppés au sortir du drap mouillé dans une couverture de laine chauffée, n'ont pas tardé à se réchauffer, et chez ceux qui ont guéri la rapidité de l'amélioration a été extrême.

A Lourcine, M. Simon a employé dans deux cas, avec un succès apparent, pendant les premières heures, mais seulement temporaire, les affusions froides, et il n'a pas cru prudent d'y avoir recours chez les vieilles femmes de la Salpêtrière. Enfin M. Delpech, ayant eu recours aux affusions froides, n'a pas eu à se louer de leur emploi ; il est vrai que l'expérimentation n'a porté que sur un nombre très-restreint de malades : 4 seulement.

Pour la période de réaction à forme typhique, M. Bergeron déclare qu'il est plus que jamais convaincu de l'utilité des bains chauds avec affusions froides, et à la Salpêtrière, M. Desnos a eu également à se louer des bains chauds, avec affusions froides sur la région rachidienne.

Sel de Pennès. — Des frictions avec le sel de Pennès ont été faites dans le service de M. Gallard, à la Pitié, sous la direction même de ce pharmacien. Voici les détails fournis à cet égard par M. Gallard : 1,200 grammes de ce sel dissous dans trois litres d'eau très-chaude servaient à mouiller un drap dont on enveloppait le patient en le frictionnant pendant dix minutes. Trois malades ont été soumis à ce traitement, qui a provoqué une certaine réaction assez rapide ; mais c'est là tout ce qu'on en a retiré, car les trois malades ont fini par succomber. Il est vrai qu'on avait choisi des cas où l'algidité était très-prononcée, et que malgré l'insuccès définitif, ce moyen a paru bon pour provoquer la réaction.

— Il est regrettable que ces dernières épreuves n'aient pas été plus multipliées et surtout qu'elles n'aient pas été faites dans des conditions vraiment capables d'en rendre les résultats concluants ; c'est-à-dire de prime abord et sans médication interne active préalable, d'une part ; et d'autre part, dans une période moins avancée de la maladie. En effet, chez les malades déjà soumis à une première médication interne active, lorsque la réaction a lieu, on a à compter avec les effets consécutifs de cette première médication qui peuvent aider, sans doute, quelquefois, mais souvent aussi neutraliser ou contrarier l'action de la méthode qui n'est survenue qu'en second lieu, et dans tous les cas en obscurcir les effets directs. Nous n'avons pas besoin de dire pour quels motifs, c'est placer la méthode expérimentée dans des conditions éminemment défavorables, que de ne l'appliquer qu'à la période ultime du choléra. Ce sont donc des expériences à reprendre.

Cette dernière considération s'applique surtout et avec beaucoup plus de raison encore aux médications internes, et par exemple à la médication cuprique, dont on a vu plus haut les résultats. Il est clair qu'on ne peut rien conclure des cas de la troisième catégorie, où, selon toutes les apparences, le médicament n'a même pas été absorbé. Il n'y avait à prendre en sérieuse considération que les faits de la première et de la seconde catégorie, qui sont loin d'ailleurs, il faut en convenir, de justifier la confiance du promoteur de la méthode.

Il est enfin un mode de médication que nous sommes surpris de n'avoir pas vu essayer pendant cette dernière invasion épidémique, c'est celle du docteur Chapmann. Ce qui nous fait particulièrement exprimer ce regret, c'est le résultat assez avantageux que paraît avoir donné à plusieurs praticiens la méthode des affusions froides, qui n'est pas sans quelque analogie avec le moyen proposé par notre confrère de Londres.

Embryotomie. — Forceps asymétrique du Dr Hamon.

La *Gazette des hôpitaux* a publié le 11 octobre dernier, sur deux opérations de céphalotomie, une lettre de M. le docteur Liégard (de Caen), au sujet de laquelle nous avons reçu deux autres lettres beaucoup trop longues pour que nous puissions aujourd'hui les insérer *in extenso*.

La première est une réponse de M. le docteur Verrier ; en voici les principaux passages :

« A propos de deux observations publiées par moi et faisant suite au parallèle que j'ai établi entre le céphalotribe et le forceps-scie (Académie de médecine, le 25 septembre 1866), M. le docteur Liégard (de Caen) écrit qu'il préfère la symphyséotomie...

« Évidemment c'est déplacer de prime abord la question, en faisant intervenir un troisième terme, étranger à notre parallèle, et quel terme malencontreux ! La symphyséotomie ! une opération qui tue ou plutôt qui a tué presque autant de femmes que l'opération césarienne elle-même, pour le très-mince avantage de faire gagner au bassin de 10 à 15 millimètres au plus d'après nos auteurs classiques ? — Mais c'est une opération jugée ; elle est même rayée de tous les traités modernes d'accouchements, ou n'y figure que comme chapitre historique...

« Laissons donc à ce passé que vous évoquez et la symphyséotomie et la version pour les rétrécissements du bassin qui la contre-indiquent.

« D'ailleurs la question, je le répète, n'était pas celle-là. Il s'agissait exclusivement du choix entre deux instruments donnés, quand l'accoucheur se trouve malheureusement forcé de sacrifier une existence à une autre ou de les voir périr toutes deux, dans l'inefficacité de ses secours...

« Je me serais bien gardé d'attaquer, comme vous le faites, et surtout avec la même violence, deux opérations exécutées par des professeurs honorablement connus du monde savant alors qu'il s'agit de l'opportunité d'une intervention pour laquelle la science, encore indécise, s'en remet noblement au sentiment moral et aux lumières du médecin accoucheur. Je n'envisage, moi, dans l'espèce, comme vous le dites fort bien vous-même, qu'une seule chose, que ce problème de pratique obstétricale à résoudre : étant donnée la cruelle nécessité de l'embryotomie, quel est l'instrument qui en assure le plus complétement la réussite au plus grand avantage de la mère ?...

« Je vous engage à lire la remarquable thèse de concours de M. le docteur Guéniot, intitulée : *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne.* L'honorable auteur de ce travail a soin d'écarter la question religieuse et morale, afin, dit-il lui-même page 4, d'apporter dans la discussion un esprit libre de toute préoccupation étrangère au côté purement scientifique du sujet...

« Un grand fait ressort du travail de M. Guéniot, c'est la presque impossibilité d'établir des statistiques exactes de l'opération césarienne, à cause des insuccès qui ne sont pas publiés, insuccès relatifs surtout au salut des mères.

« Mais, d'autre part, ce que les partisans exagérés de cette opération avancent sans preuves, c'est que les enfants soient presque tous sauvés. Taylor-Smith a démontré, dans son Manuel, page 607, qu'il était loin d'en être ainsi, soit parce qu'on commence trop tard d'opérer (peut-on avant le travail se décider à ouvrir le ventre d'une femme), soit pour toute autre raison. L'auteur anglais prouve par des statistiques, qu'on sauve seulement 48 enfants sur 100.

« Au surplus, à l'appui de ce résultat, vous trouverez à la page 82 de la thèse que je vous recommande et qui est d'un défenseur, comme vous, de la gastro-hystérotomie, l'aveu précieux que cette opération est loin d'être aussi peu mortelle pour les femmes que la céphalotripsie, dont l'emploi forceps-scie n'est qu'un heureux perfectionnement...

« Une autre considération : les 48 enfants sauvés par l'opération césarienne n'en sont pas moins soumis à toutes les chances de la mortalité si grande qui frappe les nouveau-nés, et ils restent à jamais orphelins ! tandis que l'embryotomie conserve à la famille et à la société 78 femmes que mille liens sacrés y rattachent...

« Posez ainsi la question à tous les pères, à tous les maris, quelles que soient leurs opinions religieuses, si vous voulez en tenir compte, ils vous répondront : *Sauvez la mère.* Et pourtant, selon vous, malgré les sentiments et les intérêts que représente cette mère, et alors même qu'elle confirme par l'expression de sa propre volonté les vœux si légitimes qui plaident la cause de sa conservation, on devrait lui préférer un être qui n'a pas encore pris place dans la vie ! Ah ! soyez moins hostile, monsieur, à l'usage qu'on a en Belgique de consulter les mères, car cette déférence, grâce, le plus souvent, à leur dévouement irréfléchi, est favorable à votre opinion ; et quant à moi, je vous déclare, tout embryotomiste que je suis, que si une femme voulait sauver son enfant *même au prix de ses jours*, je n'hésiterais pas à recourir à l'opération césarienne...

« Il me serait facile de faire du terrible *non occides* une arme à deux tranchants. N'y a-t-il pas, en effet, plus d'une manière de tuer ? et celle qui consiste à laisser mourir quand on peut sauver est-elle moins certaine que l'autre ? Le mieux est donc de se renfermer ici dans le domaine pur de la science sans autre contrôle que le sien et la conscience de chacun.

« Je termine par un exemple. M. Depaul a fait, en 1863 et 1864, deux opérations césariennes à l'aide du chloroforme, dans des bassins dont les diamètres sacro-pubiens étaient tous

---

M. Demarquay, que l'acide carbonique, contrairement à l'opinion généralement professée, est un gaz irrespirable, mais nullement toxique, et qu'il a pu le respirer et le faire respirer à ses élèves, sans nul danger ; il a constaté également sur les animaux que ce gaz est un anesthésique, mais incapable d'amener une insensibilité assez grande et assez durable pour permettre de pratiquer une opération. L'acide carbonique, dans le siècle dernier, a été, en Angleterre, l'objet d'applications variées et utiles ; il serait à désirer qu'il fût soumis à de nouvelles recherches ; il est vrai que dans ces derniers temps il a été l'objet d'une attention toute particulière. On trouvera dans le chapitre que M. Demarquay lui consacre une foule d'expériences intéressantes sur l'action de ce gaz, et de plus une étude complète de ses applications depuis Priestley jusqu'à nos jours.

Le second chapitre de cette troisième partie est consacré à l'oxygène. Ce chapitre, comme le précédent, est une monographie complète de l'oxygène. Personne, avant M. Demarquay n'avait fait une étude aussi complète de ce gaz. Ses expériences physiologiques sur l'homme ont démontré que ce gaz pur est parfaitement respirable, ainsi que l'avait très-bien dit Lavoisier qui, le premier, a bien compris l'immense rôle que le gaz jouait dans la nature. M. Demarquay a démontré, contre l'opinion de beaucoup de chimistes, que ce gaz est respirable, pur ou mêlé à une certaine quantité d'air, et contrairement aux recherches de MM. Regnault et Reiset, qu'il pénétrait dans l'organisme, ce que démontrent les plaies des animaux soumis aux inhalations de ce gaz.

Ces faits ont conduit tout naturellement M. Demarquay à faire des applications de ce gaz à la thérapeutique, applications très-légitimes si on tient compte des propriétés reconnues à ce gaz. On trouvera dans ce chapitre, les applications intéressantes qui en ont été faites à la pathologie par MM. Demarquay, Trousseau et Monod, etc. Il résulte des faits signalés dans l'ouvrage que nous analysons, que dans l'anémie, la dyspepsie, les débilitations succédant à des pertes de sang, l'asthme, certaines formes de phthisie, etc., etc., on a obtenu des résultats très-remarquables. Il est évident que l'oxygène, dans les grandes villes, et surtout dans les hôpitaux, où se trouvent tant de gens étiolés par la misère et la maladie, est appelé à rendre des services, d'autant mieux que rien n'est plus facile que l'application et la préparation de ce gaz. La dernière partie de l'ouvrage de M. Demarquay est consacrée à l'azote et au protoxyde d'azote dont il a fait une étude attentive au point de vue historique.

En ce qui concerne l'azote, nous avons surtout été frappé des expériences faites sur l'homme affecté de plaies récentes. Il résulte évidemment de ces recherches que l'on peut tirer un grand parti de ce gaz pour soustraire les amputés à l'action douloureuse de l'air, et de plus pour modérer le travail réactionnel qui suit toute opération. Toutefois, ainsi que le fait remarquer M. Demarquay, ce travail, quel qu'il soit, ne peut être que modéré. L'air extérieur n'en est pas le seul élément, il est lié au travail réparateur qui se passe dans l'organisme lui-même. Toutefois il peut être modifié, et l'agent qui paraît le plus utile à l'auteur du livre que nous analysons, c'est l'azote. Comme on le voit, M. Demarquay a fait une étude curieuse des divers éléments de l'atmosphère appliqués à l'économie humaine, oxygène, azote et acide carbonique. C'est la seule voie, il faut bien le dire, qui doit être suivie pour arriver à juger définitivement dans les théories et non dans la pratique l'organisation des plaies sous-cutanées. Nous avons même été surpris que, dans la mémorable discussion qui vient d'avoir lieu devant l'Académie sur ce sujet, on n'ait point tenu compte des expériences faites il y a quelques années par MM. Demarquay et Leconte, sur l'influence des divers gaz constitutifs de l'atmosphère, sur la réparation des tendons divisés. Sans doute, il reste, au point de vue de l'azote, le *desiderata* à émettre, mais les recherches faites sur l'oxygène et l'acide carbonique sont très-concluantes et auraient pu être d'un grand secours pour l'explication de certains phénomènes. En résumé, l'ouvrage de M. Demarquay soulève une foule de questions nouvelles intéressantes au point de vue physiologique et thérapeutique. Les médecins hydrologues et les thérapeutistes y trouveront beaucoup de recherches utiles, et le pathologiste y trouvera une étude de l'emphysème et des pneumatoses plus complète et plus rationnelle. C'est pour toutes ces raisons que nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'ouvrage du chirurgien de la Maison municipale de santé.

Dr LAUNAY.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le neuvième demi-volume (le 1er du tome cinquième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : Angine diphthérique, par MM. Roger et Peter ; Angine de poitrine, par M. Parrot ; Angioleucite, par M. Velpeau ; Angle céphalique, par M. Bertillon ; Animal, par M. Hollard ; Ankylose, par M. Ollier ; Antagonisme, par M. Laveran ; Anthracosis, par M. Dechambre ; Anthrax, par M. Trélat ; Anthropologie, par M. Broca ; Antidote, par M. Gubler ; Antilles, par M. Dutrouleau ; Antimoine, par MM. Orfila, Gobley et Delioux de Savignac ; divers articles de botanique, par M. Baillon ; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

---

deux de 5 centimètres et demi net. Elles ont, comme toujours, à Paris, entraîné la mort des deux mères. Cette année-ci, le même professeur a préféré l'embryotomie dans deux autres cas où le bassin était rétréci à peu près au même degré (nos 3 et 7, *Clinique d'accouchements*). Les deux femmes sont aujourd'hui pleines de vie, et tous les élèves ont pu les voir à l'hôpital des cliniques où l'une d'elles se trouvait encore il y a peu de jours.

« La double opposition de ces faits accomplis dans le même lieu et la même saison, revers persistant d'un côté, succès complet de l'autre, parle assez haut d'elle-même ; et M. Depaul a le droit de se féliciter du second résultat.

« Après des opinions comme celles de Dubois, Cazeaux, Pajot, Depaul, Chailly, etc., je n'aurais qu'à m'abriter sous leur autorité pour écarter une opération dont le seul souvenir dans la capitale retentit encore comme un glas funèbre. « L'opération césarienne, a dit Pajot, doit être réservée pour les cas excessivement rares, où le céphalotribe ne peut plus passer. »

« Cette limite, fixée par moi dès 1863 à 4 centimètres a été confirmée par M. Guéniot. Je vais plus loin dans votre sens, et j'accorde qu'à la campagne, avec de bonnes conditions hygiéniques, on peut encore faire la gastro-hystérotomie jusqu'à 6 centimètres et demi. Mais au delà de cette mesure, c'est une opération qui mérite de prendre rang à côté de la symphyséotomie.

« Résumant donc cette question dans son véritable caractère, tel qu'il ressort des deux observations et du parallèle qui m'ont valu la critique à laquelle je viens de répondre, je dis que, placé dans la triste nécessité de faire la céphalotomie, pour conserver les jours de la mère, l'accoucheur doit préférer le forceps-scie qui lui assure la destruction complète de la base du crâne fœtal, et épargne dix-huit mères de plus que le céphalotribe sur cent opérations. »

« D'une part, M. le docteur Hamon se joint à M. le docteur Liégard pour combattre l'embryotomie, opération qui, suivant lui, serait presque toujours inutile si l'on employait le forceps asymétrique dont il est l'inventeur.

« L'engin classique, dit-il, ne brille que par les imperfections les plus marquées.

« Sa longueur est formidable, ses interminables fenêtres sont insuffisamment cintrées sur le plat, ce qui les rend impropres à se mouler sur un organe sphéroïde et en fait en même temps un instrument plein de danger, alors surtout qu'il est conduit par une main inhabile ; la condition *sine qua non* de son emploi, c'est l'articulation des deux leviers, dont le placement symétrique est de rigueur.

« Or, c'est dans cette dernière condition que se trouve la grande difficulté de la manœuvre de cet instrument. Trouver le moyen d'utiliser les deux branches de l'instrument sans leur faire affecter cette disposition forcément symétrique, telle était cette inconnue du problème obstétrical qui nous occupe en ce moment, qu'il était si important de dégager.

« Les idées classiques de la symétricité forcée des fenêtres du forceps sont, en effet, essentiellement traditionnelles. Quelles qualités, en somme, désire-t-on rencontrer dans cet instrument? On veut trouver en lui un agent de préhension. Or, je ne vois pas que le placement symétrique des deux leviers constitue la condition obligée d'une telle vertu. Faites en sorte, au contraire, que ce même agent puisse trouver une prise suffisante, quelle que soit la position respective de l'une et de l'autre de ses branches, et vous serez réellement surpris de la facilité que vous aurez assurée à sa manœuvre.

« Tels sont les principes suivant lesquels a été établi un instrument que j'aurai bientôt l'honneur de présenter à l'Académie de médecine, et auquel j'ai assigné les noms de forceps asymétrique ou de rétroceps, qui rappellent le mode d'action tout spécial qui lui est propre.

« Les cuillers de cet instrument, en effet, en principe affectent dans les organes maternels une position asymétrique ; leur siége d'élection est l'aire postérieure de la filière utéro-pelvienne : en dehors des positions antéro-postérieures de la tête, elles saisissent d'ordinaire cet organe par derrière.

« Ce simple aperçu permet de comprendre que la facilité de sa manœuvre est sans égale, par la raison fort simple que ses cuillers vont en quelque sorte se placer à la grâce de Dieu, et que cette disposition permet de saisir, sans se donner souvent la moindre peine, une tête tellement défectueusement placée, que son extraction, au moyen du forceps croisé, exigerait l'habileté consommée d'un praticien spécial.

« Cette facilité est telle que, par le moyen de cet instrument, le premier accoucheur peut, en quelque sorte, se faire un jeu des présentations de la tête réputées les plus défectueuses.

« Comme preuve à l'appui, que l'on me permette de rapporter en quelques mots le fait suivant déjà publié :

« Le 28 août dernier, je fus appelé par un confrère des environs, pour l'assister dans un accouchement. Pris à l'improviste, je n'étais point muni de mon rétroceps. Comme le commissionnaire chargé de me le rapporter se faisait trop longtemps attendre, et qu'il n'y avait rien à gagner à temporiser davantage, je décidai la patiente à subir l'application du terrifiant engin classique dont je me flattais, tant grande était ma présomption, de faire un meilleur usage que mon confrère.

« Or, dans une position simplement diagonale de la tête, il me fut tout aussi impossible qu'à lui d'assigner une position convenable aux deux leviers. Mes manœuvres, bien plus, arrachèrent de tels cris de souffrance à la malade que, véritablement frappé d'intimidation, je crus devoir renoncer à l'usage d'un instrument d'un trop dangereux emploi.

« Sur cette entrefaite arriva enfin le messager chargé de m'apporter mon propre instrument. En un clin d'œil, les deux cuillers furent placées comme d'elles-mêmes et sans occasionner à la patiente la moindre douleur ; au bout de quelques minutes j'avais pu extraire la tête, en opérant mes tractions d'une seule main, nonobstant l'asymétrie la plus prononcée des deux leviers.

« Or, je le demande, sans le précieux concours de cet instrument, quel eût pu être le sort réservé à cet enfant, dont l'extraction, grâce à lui, m'avait coûté si peu de peine?

« N'avais-je donc pas bien raison d'avancer que la manœuvre du forceps croisé est assez délicate pour ménager des déceptions à des accoucheurs même d'une certaine valeur ; mais que, d'un autre côté, les insuccès dépendent le plus ordinairement des vicieuses conditions de construction de l'instrument classique? »

Le défaut de place nous empêche de nous occuper davantage du forceps de M. Hamon.

De l'emploi de l'acide citrique contre les douleurs cancéreuses.

L'impuissance de la thérapeutique dans les affections cancéreuses est telle, qu'on ne saurait trop accueillir tous les essais nouveaux sinon pour guérir, du moins pour soulager les malades. MM. Denny et Barclay viennent de publier quelques faits montrant qu'une solution d'acide citrique peut servir de moyen palliatif des douleurs causées par les lésions cancéreuses. M. Denny a employé cette solution, avec un plein succès, dans deux cas de cancer du sein, dans un cas de cancer de l'utérus et dans un cas de cancer de la langue. Au dernier malade il prescrivit un collutoire à l'acide citrique (8 grammes d'acide sur 250 grammes d'eau). Les effets étaient fugaces, mais on remédiait facilement à cet inconvénient en répétant fréquemment l'usage du collutoire.

M. Barclay a obtenu un résultat analogue chez un homme atteint d'une énorme tumeur cancéreuse située à l'angle de la mâchoire inférieure. Des douleurs très-pénibles rendaient en quelque sorte la vie impossible au malade. M. Barclay prescrivit pour lotions, 2 grammes d'acide citrique dissous dans 250 grammes d'eau. Quelques jour après, les douleurs étaient calmées. Pendant plusieurs semaines, ce traitement fournit les mêmes résultats, et sa cessation fut bientôt suivie de la réapparition des douleurs. On fut obligé d'y revenir.

(*Gaz. méd. de Lyon et Bul. de thérap.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 24 octobre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Deux rapports *sur la méthode employée pour la cure du bégayement*, de M. Chervin aîné ;

Les *Mémoires des concours des savants étrangers*, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.

— M. Trélat dépose sur le bureau, au nom de M. Devergle, une brochure intitulée : *Mesures à prendre pour diminuer la mortalité des femmes en couches, dans les maternités et hôpitaux.*

— M. le docteur Cattiaux adresse à la Société quelques séquestres provenant d'une ostéite de la mâchoire inférieure, consécutive à une contusion.

— M. Trélat lit, au nom de la commission dont il est membre et de la part de M. Guyon, un rapport sur le travail de M. Oré (de Bordeaux).

RAPPORT.

Maternité de Bordeaux.

M. GUYON. Messieurs, notre collègue M. Oré, membre correspondant à Bordeaux, a bien voulu demander avec instance à la Société de chirurgie, son avis sur un plan de maternité et d'école d'accouchement présenté à la commission administrative des hospices civils de Bordeaux. Ce plan est l'œuvre de notre distingué collègue et de M. Paul Béro, ingénieur civil.

Désireuse de répondre au vœu de M. Oré, la Société de chirurgie a décidé, dans sa dernière séance, qu'une commission serait chargée d'étudier le projet de maternité de Bordeaux et d'en rendre compte. C'est au nom de cette commission, composée de MM. Broca, Tarnier, Trélat et Guyon, que j'ai l'honneur de prendre aujourd'hui la parole.

M. Oré a franchement obéi, dans la réalisation de son plan, à l'opinion des médecins qui réclament l'isolement absolu des accouchées. Il a même voulu que les femmes grosses auxquelles la maternité sera appelée à donner libéralement asile, soient parfaitement séparées des femmes accouchées. N'oublions pas que notre collègue avait encore à se préoccuper d'annexer à sa maternité une école d'accouchement.

Je vais brièvement indiquer comment, avec l'aide de M. Paul Béro, M. Oré a pu dresser un plan qui satisfasse à toutes ces indications.

L'étendue du domaine sur lequel doit être construit la maternité de Bordeaux effaçait une première difficulté. Cette étendue est considérable, 8 hectares, soit 80,000 mètres carrés. Aussi, faisons-nous tout d'abord remarquer qu'une première et capitale indication est largement remplie. Les bâtiments sont vastes, bien exposés par chacune de leurs faces à toutes les influences atmosphériques, suffisamment espacés, et celui qui est réservé aux accouchées, quoique destiné à recevoir seulement vingt femmes en couches, contient quarante chambres d'accouchées. Deux bâtiments distincts doivent en effet être affectés à l'école et à la maternité ; une galerie, ouverte sur ses deux faces, les met en communication. Dans l'un, celui de l'école, seront placées les femmes grosses ; l'autre pourra, dès lors, être uniquement consacré aux accouchements et aux accouchées.

La séparation des femmes grosses, ou pour mieux dire leur isolement dans une partie du bâtiment-école, est effectué d'une manière satisfaisante. Deux dortoirs de dix lits, une infirmerie avec tous les services et dépendances nécessaires leur sont affectés. Nous ne pouvons qu'entièrement louer l'ordonnance générale du bâtiment, et considérer comme une heureuse inspiration l'idée de procurer aux femmes enceintes un asile parfaitement indépendant de la maternité proprement dite ; à proximité des élèves et cependant bien séparé de tout ce qui est réservé à leurs études ou à leur logement.

C'est sur le bâtiment destiné aux accouchées que doit surtout porter notre attention ; nous répondrons ainsi au désir de notre collègue.

Rien de plus difficile que d'arriver à isoler efficacement des accouchées réunies dans une maternité, que de réaliser à l'hôpital ce que l'on retrouve dans tous les degrés de la pratique urbaine, une accouchée unique et un accouchement rare dans un même local. La trop fréquente répétition des accouchements dans le local le mieux isolé, entraînerait à la longue des inconvénients non moins certains que ceux que produit la réunion des accouchées. L'alternance rapide, ce que l'on a appelé le roulement, si bien mis en pratique par les divers chirurgiens en chef de l'hôpital de Dublin, par M. le Dr Hélot, à Rouen, actuellement en vigueur à la Maternité de Paris et à l'hôpital Cochin, est un des moyens de contre-balancer les fâcheuses influences auxquelles nous faisions tout à l'heure allusion. Mais rien ne semble, pour beaucoup de médecins, devoir mieux réaliser le but poursuivi, que la combinaison de l'isolement des accouchées et du roulement, c'est-à-dire du nettoyage, de l'aération prolongée et fréquente de la chambre qui a reçu la femme pendant ses couches, de l'épuration ou du changement de sa literie tout entière.

M. Oré a voulu construire un hôpital qui permît de mettre en œuvre ces deux grands moyens prophylactiques si vivement appuyés aujourd'hui.

Nous disions, il n'y a qu'un instant, qu'il était difficile de réaliser l'isolement absolu dans une maternité. M. Oré paraît avoir partagé l'avis exprimé par plusieurs médecins sur les inconvénients d'un corridor unique et central. A moins d'adopter le plan rigoureusement logique de M. Tarnier, personne n'avait su échapper jusqu'ici d'une façon satisfaisante, aux inconvénients très-probables de la promiscuité des atmosphères entre les chambres ou salles s'ouvrant sur un corridor commun, toujours relativement étroit.

MM. Oré et Béro ont imaginé une très-ingénieuse disposition. Leur corridor central est partagé en deux parties égales par une cloison médiane, et chacune des cinq chambres qui occupent l'un des côtés du bâtiment sont elles-mêmes pourvues d'un corridor spécial, qui s'ouvre sur le corridor longitudinal commun. De cette manière, pas de cloison mitoyenne ; chaque chambre est entièrement limitée par des parois propres dont l'une regarde l'extérieur, l'autre le corridor commun, et les deux latérales, les corridors latéraux ; de telle sorte que selon les expressions de la notice annexée au plan ; chaque chambre est complétement enveloppée d'une ceinture d'air, et comme chaque corridor transversal est terminé par une croisée qui tient toute la hauteur de l'étage, que le corridor longitudinal est également percé à ses extrémités par de grandes ouvertures, on peut, en ouvrant les fenêtres, faire que chaque chambre soit soumise à une aération extérieure constante et circulaire. Il est facile de comprendre que la grande cloison médiane est destinée à complétement isoler les unes des autres, les deux séries de cinq chambres construites dans la même aile du bâtiment.

Ainsi, chaque chambre est isolée de la chambre voisine, et dans tous les sens, par une couche d'air incessamment renouvelée. Les chambres s'ouvrent d'ailleurs sur l'un des petits corridors transversaux, de telle sorte que le grand corridor longitudinal ne peut établir de communication entre elles et ne sert qu'à isoler les deux moitiés de l'aile du bâtiment. La même disposition est répétée à l'étage supérieur, de telle sorte que l'isolement des chambres est opéré par groupes de vingt pour chaque étage, de dix pour chaque aile, de cinq par la cloison longitudinale, et enfin les chambres sont isolées une par une par les corridors longitudinaux.

Un corps de logis central très-considérable où se trouvent deux grandes cages d'escalier, l'une pour l'aile droite l'autre pour l'aile gauche du bâtiment ; les salles d'accouchement, de bains, les cabinets de surveillance, les chambres de réception, etc., séparent l'une de l'autre les deux ailes réservées aux chambres d'accouchées ; des portes placées à l'entrée des corridors longitudinaux assurent l'isolement.

Je viens de chercher à vous dire, messieurs, comment les auteurs du plan que nous étudions ont voulu réaliser l'isolement des accouchées. Il est une autre grave difficulté inhérente au genre de construction qu'ils ont poursuivi et qui paraît n'avoir pas moins préoccupé MM. Oré et Béro.

Un des bénéfices les plus certains des salles analogues à celles qui se trouvent dans la plupart de nos hôpitaux, c'est de pouvoir être symétriquement percées sur leur deux faces principales et même à leurs extrémités ; et d'être, si on le juge utile, pour ainsi dire transpercées ou tout au moins traversées, par les courants atmosphériques les plus directs, les plus rapides et les plus complets.

Rien de semblable en général dans les constructions où l'on a adopté le système des chambres isolées, l'on ne peut forcément avoir qu'une seule ouverture en directe communication avec l'air extérieur.

Il en est ainsi dans le plan de M. Oré, tant que les chambres sont en activité, avec ce grand avantage cependant de la circulation d'air périphérique et complète dont nous avons parlé. Mais cela ne pouvait suffire pour assurer le balayage atmosphérique à l'intérieur des chambres, ce balayage complet, intime, si justement réclamé et observé pour nos constructions hospitalières modernes. Aussi, dès que l'une des ailes de leur établissement sera en repos, MM. Oré et Béro veulent que l'air le traverse directement. Une plaque en tôle qui correspond à chaque lit, qui est adossé contre la cloison correspondante au corridor commun, est levée ; des trappes ménagées dans la cloison commune sont ouvertes, et dès lors la ventilation directe s'établit à l'intérieur et à l'extérieur des chambres d'accouchées.

Peut-être les ouvertures qui correspondent aux lits et qui n'ont que 0m,80 de côté, rempliraient-elles mieux le but très-utile que se proposent les auteurs du plan en étant plus considérables.

Nous ne pouvons entrer dans d'autres détails, nous devions surtout chercher à montrer comment M. Oré avait su vaincre les principales et les plus graves difficultés inhérentes à un genre de construction qui pût répondre aux indications qui l'ont guidé, c'est-à-dire à la réalisation d'un isolement efficace.

Il ne saurait être douteux que ces difficultés ont été très-habilement résolues. Nous ne chercherons pas à nous demander si les quatre salles de travail indiquées par les auteurs apporteraient quelque entrave au service.

Nous avons surtout désiré que l'attention de la Société de chirurgie se portât sur la partie capitale, vraiment importante et intéressante du plan qui lui est soumis.

Nous exprimons l'opinion de la commission en disant que l'adoption du plan de M. Oré couronnerait dignement le très-bon ensemble des plans proposés pour l'hospice général de Bordeaux, plans si soigneusement étudiés et élaborés par les conseils administratifs, les conseils médicaux et l'architecte de cette ville.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer la conclusion suivante :

La Société, en rappelant qu'elle s'est prononcée en principe contre l'institution des maternités, pense, dans le cas particulier, que le plan soumis à son examen par MM. Oré et Béro pour la nouvelle École-Maternité de Bordeaux, sans constituer une formule définitive et immuable, présente néanmoins une disposition plus favorable que tout autre exécuté jusqu'ici, à l'alternance rapide des locaux occupés et à l'isolement des accouchées. Elle considère, avec beaucoup d'hommes compétents, ces mesures comme le moyen le plus efficace de lutter contre la funeste influence des maternités.

— Après la suivante discussion, cette conclusion est votée à l'unanimité

— **M. TARNIER** déclare qu'il ne s'associe pas entièrement à la rédaction du rapport ; il ne croit pas que le projet de M. Oré soit le meilleur de tous ceux qui ont été proposés ; il ajoute que les couloirs intermédiaires, situés entre les chambres, ne sont ouverts que du côté du grand couloir central, et dit que dans son propre projet, il avait mieux isolé les chambres des accouchées.

M. TRÉLAT. Il sera facile de mettre dans nos conclusions le meilleur des projets exécutés jusqu'ici, au lieu de proposés jusqu'ici.

M. BLOT. Je veux insister sur deux points : je dirai d'abord que l'isolement ne me paraît pas complet, l'air provenant d'une chambre de malade peut passer dans une autre par l'intermédiaire du couloir central. D'un autre côté, la réponse que nous avons à faire me paraît devoir être autre que celle de la commission. Le besoin de la suppression des maternités, formulé par la Société de chirurgie, n'est pas assez exprimé dans le rapport, et je voudrais le voir paraître dans les conclusions.

Il est dit aussi que la maternité de Bordeaux occupera un espace où elle sera entourée d'autres hôpitaux. Cela est contraire aux principes adoptés par la Société de chirurgie, et contraire à l'hygiène. Je propose à la Société d'adopter les conclusions suivantes :

Quoique la Société de chirurgie regarde comme fâcheuse la création de maternités nouvelles, elle est d'avis que si on ne veut pas tenir compte du danger qu'il y a à réunir des femmes en couches dans un même hôpital, le projet de MM. Oré et Béro est moins incomplet que ceux qui ont été exécutés jusqu'ici.

M. BROCA. Il faut simplifier la question. Tout le monde est d'avis d'isoler les femmes en couches et le mieux possible. Or, il est question de créer une maternité ; plusieurs plans sont proposés, il s'agit de savoir quel est le meilleur. Il est nécessaire que nous disions si le plan de M. Oré se rapproche des conditions que nous avons déclarées les meilleures au moment de notre discussion au commencement de l'année. Dans l'ancien projet, il y a des salles de dix lits ; dans le projet de MM. Oré et Béro, il n'y a qu'un seul lit par salle ; le dernier plan est donc le meilleur.

M. Blot croit qu'il serait mauvais de placer une maternité au milieu d'autres hôpitaux ; mais il est bon de s'entendre, ce ne sont pas des hôpitaux qui se trouveraient autour de l'hôpital des femmes en couches, ce sont des hospices : l'hospice général des vieillards, des incurables et des sourds-muets ; ce ne sont pas là des malades. Du reste, il y a un éloignement assez considérable entre les bâtiments. La superficie du terrain qui les contiendra, n'aura pas moins de 240,000 mètres ; l'éloignement entre la maternité et les hospices sera plus grand que celui de la maternité de l'hôpital du Midi et de l'hôpital Cochin à Paris.

M. DEMARQUAY. La Société ne doit pas s'engager, elle peut dire son opinion, établir quel est le projet qu'elle juge le meilleur, mais elle ne peut pas dire que le projet de M. Oré est le meilleur que l'on puisse exécuter.

— **M. BLOT** dit qu'il n'a nullement la prétention de faire changer les décisions de la Société de médecine et de l'administration de Bordeaux ; que la Société de chirurgie ayant voté en principe la suppression des maternités, il faut, sous peine de manquer de logique, rappeler la manière de voir de la Société toutes les fois que l'occasion s'en présente ; et que malgré ce que vient de dire M. Broca, il croit qu'il y aura agglomération de malades, si on place une maternité à côté d'autres hôpitaux.

M. TARNIER. M. Blot pense que toutes les maternités sont mauvaises. On ne peut pas dire cela. La Société de chirurgie ne saurait affirmer qu'elles seront toutes mauvaises. On est autorisé à dire seulement qu'il y a dans les esprits une tendance à provoquer l'isolement des femmes en couches.

A un autre égard je dirai à la Société qu'il serait peut-être dangereux de conclure comme l'a fait la commission, et je propose de répondre simplement :

La Société de chirurgie est d'avis que le meilleur hôpital de femmes en couches est celui qui assure le mieux leur isolement.

M. TRÉLAT. Je répondrai à MM. Tarnier et Blot qu'il y a dans les couloirs intermédiaires une porte et une fenêtre, et que celle-ci sert à établir un courant d'air. Je dirai à M. Blot : Vous voulez que la Société de chirurgie soit logique : je le veux comme vous, mais en admettant que je partage l'opinion de mes collègues qui souhaitent la suppression des maternités. Je désire voir réalisé ce qui est meilleur en attendant que nous arrivions à ce qui serait parfait, et nous devons dire que le projet de MM. Oré et Béro, sans être parfait, présente une disposition favorable à la bonne organisation d'un service de femmes en couches.

M. BLOT. La fenêtre existe, mais elle sera toujours fermée.

— **M. TARNIER** discute plusieurs points du projet, et après quelques explications données par MM. Trélat, Tarnier et Blot, on substitue aux conclusions du rapport la conclusion générale proposée par M. Tarnier.

La Société met aux voix les conclusions proposées par la commission.

Ces conclusions mises aux voix, après quelques changements de rédaction, sont adoptées à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures.

Pour le secrétaire, Dr A. DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans le dernier numéro, nous avons indiqué M. Hérard comme l'un des candidats à la chaire de pathologie interne. M. Hérard était, en effet, désigné depuis longtemps par l'opinion publique comme l'un des futurs professeurs de la Faculté ; mais nous apprenons, non sans regret, qu'il n'a point fait acte de candidature et qu'il est dans l'intention de s'abstenir.

C'est par erreur aussi que le nom de M. Laboulbène figure parmi les compétiteurs à la même chaire. C'est pour la chaire d'anatomie pathologique qu'il se présente.

— M. le professeur Velpeau reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, vendredi prochain 16 novembre et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Visite des malades le matin à huit heures.

— M. Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, le cours de clinique des maladies des enfants (semestre d'hiver), le mercredi 14 novembre et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures et demie ; leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra son cours de clinique médicale, à cet hôpital, le lundi 19 novembre à neuf heures du matin, et les continuera les mercredits, vendredis et lundis suivants (amphithéâtre n° 1).

— A la suite d'un brillant concours, dans lequel, sur 42 candidats inscrits 31 ont pris part à toutes les épreuves, ont été nommés internes des hôpitaux de Lyon :

MM. Lubac, Michallon, Pochoix, Garnier, Paillasson, Rebalet, Molière, Gigard, Coutagne, Rérolle, Sauret, Miard, Patel et Pujo.

Le prix Bonnet (une trousse d'honneur), a été remis à M. Lubac, nommé premier interne.

— La Société de médecine de Caen vient de procéder au renouvellement de son bureau.

Sont élus : Président, M. le docteur Le Chevalier ; — Vice-Président, M. le docteur Martin ; — Secrétaire, M. le docteur Postel ; — Vice-Secrétaire, M. le docteur Leclerc ; — Trésorier, M. Hernez.

Traité complet des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur BONNIÈRE. Ouvrage illustré d'un grand nombre de figures dans le texte. Huitième fascicule. Prix : 1 fr. 25 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Des tumeurs des paupières, par le docteur H. THOMAS, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 76 pages et une planche. Prix : 2 francs 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1866.

Séance de la Société médicale des hôpitaux.

La séance dernière a été certainement des mieux remplies.

A propos du procès-verbal, M. Dumontpallier a parlé d'une urticaire intermittente qu'il rattacherait à la diathèse rhumatismale. Cette affection éruptive, qui se serait prolongée des semaines et des mois avec vives démangeaisons à exacerbations nocturnes, se serait étendue à toute une famille : mari, femme, enfants; les portant à se déchirer pendant les nuits la peau avec les ongles, de manière à laisser des traces longtemps visibles.

Si ces faits étaient racontés par tout autre que par un observateur distingué, on pourrait peut-être se demander s'il s'agissait bien là d'urticaire.

M. Besnier a lu son rapport sur les affections qui ont régné pendant la durée du mois d'octobre; et comme ces affections n'avaient rien présenté de bien curieux ni de bien rare, il a surtout parlé du choléra, qui n'a point encore disparu d'une manière définitive.

Chose singulière : cette année, la gravité des cas de choléra ne diminue pas avec leur nombre. Au Val-de-Grâce, le dernier malade fut un de ceux qui furent emportés le plus vite; et dans la pratique particulière, deux médecins de mes amis ont eu chacun un cas foudroyant pendant ces dernières semaines.

Du reste, comme le fait remarquer M. le rapporteur, depuis 1865 le choléra n'a pas quitté Paris.

M. Bernutz a présenté un polype utérin au sujet duquel s'est engagée une discussion intéressante; et enfin M. Péter a lu, sur le rhumatisme blennorrhagique, un travail que le défaut de place nous empêchera de reproduire aujourd'hui.

Existe-t-il en vérité une diathèse blennorrhagique qui puisse produire des rhumatismes spécifiques? ou bien faut-il dire que la blennorrhagie est, par rapport au rhumatisme, une simple cause prédisposante? Telle est la question que s'est posée M. Peter.

Cette question, M. Guéneau de Mussy est venu l'élargir encore par une troisième hypothèse; il se demande si la blennorrhagie ne serait pas plutôt une cause occasionnelle, et non prédisposante, pouvant faire paraître des manifestations rhumatismales chez des individus qui sont déjà sous le coup de la diathèse arthritique.

La suite de la discussion a été renvoyée à la prochaine séance, et peut-être y verrons-nous soutenir une quatrième théorie qui, sans donner le nom de spécifiques aux rhumatismes coïncidant avec une blennorrhagie, reconnaîtrait à cette dernière affection la faculté d'en être une cause efficiente, soit qu'elle agit seule, soit qu'elle fut aidée par une diathèse rhumatismale.

Un des arguments qui ont figuré dans la discussion a été l'extrême rareté du rhumatisme dit blennorrhagique chez la femme. A peine en possède-t-on trois ou quatre observations bien authentiques.

Nous en publierons bientôt deux nouvelles recueillies par M. Fournier. — Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ. — MM. ODIER et CHANTREUIL, internes.

Vice de conformation des organes génitaux.

(Communiqué à la Société de Biologie.)

Utérus bifide. — Vagin double. — Imperforation d'un des vagins à son extrémité vulvaire. — Kyste de la trompe du même côté. Péritonite. — Mort. — Autopsie.

Ce vice de conformation a été observé chez un enfant qui vint au monde au terme de huit mois, pesant 2,540 grammes, et qui ne vécut que quatre jours.

L'accouchement eut lieu le 1er juin 1866, et fut naturel. Aucun accident pendant le travail.

On constata aussitôt après la naissance un vice de conformation extérieur consistant dans la présence de six orteils à chaque pied. L'un de ces orteils surnuméraires, celui du pied droit, n'était autre chose qu'un appendice attaché à la face externe du cinquième métatarsien, au moyen d'un mince pédicule tégumentaire. Aussi fut-il enlevé par M. Trélat par un simple mouvement de torsion. Du côté gauche, on trouvait au contraire six orteils bien conformés. Le lendemain de sa naissance, l'enfant ne tette pas sa mère et perd de son poids. On lui donne une nourrice de la Crèche. Les jours suivants, l'enfant continue à crier et à dépérir. Tension considérable du ventre; développement marqué du système veineux de la région abdominale antérieure. Mort le 4 juin.

Autopsie. — On trouve dans la cavité abdominale une certaine quantité de liquide séro-albumineux, mais non purulent; le péritoine et le mésentère en particulier sont très-injectés. Arborisations des vaisseaux de cette séreuse.

Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est le vice de conformation des organes génitaux : vulve unique, d'où s'écoule un liquide muqueux épais et filant d'un blanc louche (blanc d'orgeat). Elle est, du reste, bien conformée et présente en miniature et normalement placés tous les organes qu'on trouve chez la femme : grandes et petites lèvres, clitoris, méat urinaire, vestibule, etc. L'ouverture est étroite, même en ayant égard à l'âge; elle est encore diminuée par une membrane hymen mince et blanche disposée circulairement en forme de diaphragme percé d'un trou au centre.

Les organes génitaux internes étant enlevés de manière à conserver leurs rapports avec la vessie et le rectum, on constate les dispositions suivantes : l'utérus est bifide, les deux utérus sont entièrement indépendants dans leur moitié supérieure et soudés en bas au niveau de leurs portions cervicales. Le col est assez épais, arrondi et forme presque la moitié de l'utérus. L'orifice vaginal du col est large et permet facilement l'introduction d'une sonde de femme. Les parois utérines présentent à leur face interne les saillies et dépressions qui constituent les arbres de vie, surtout marqués dans l'utérus gauche. Dans l'utérus droit, au contraire, cette disposition est moins évidente, quoique encore appréciable, à cause de la macération des parois, par suite de la présence d'un liquide d'aspect identique à celui que nous avons vu sortir en petite quantité par la vulve.

On trouve enfin deux vagins accolés au vagin cloisonné. Chaque vagin correspond à un utérus, et présente à sa surface interne les rides transversales caractéristiques de ce conduit. Elles sont moins visibles dans le vagin droit qui est oblitéré à son extrémité vulvaire, et considérablement distendues par le liquide filant qu'on trouve dans toute la portion droite de l'appareil génital, de manière à figurer une poche volumineuse, fluctuante, sur les parties latérales du vagin gauche. A droite, la trompe est elle-même distendue par ce liquide, et porte à son extrémité externe un kyste de la grosseur d'une noix.

En pressant sur ce kyste, nous avons vu le liquide se diriger vers l'extrémité interne, mais nous ne l'avons pas vu sourdre dans la cavité interne. Cependant l'identité de son aspect dans toutes les parties de l'appareil génital, nous porte à croire qu'il a pu passer d'une des cavités dans l'autre. Nous devons ajouter que les deux vagins communiquent à leurs extrémités utérines ou cervicales par un petit orifice, qui permet au liquide situé à droite de passer, mais en très-petite quantité, dans le vagin gauche, et d'apparaître par suite à la vulve. C'est ce qui explique comment, avant la section du vagin, nous pouvions passer avec un hystéromètre du vagin gauche dans l'utérus droit.

Voyons maintenant le vice de conformation des pieds. Le pied gauche porte à la partie externe un orteil surnuméraire, muni de ses trois phalanges et reposant avec le cinquième orteil sur le cinquième métatarsien. Ce qu'il y a de particulier, c'est que les épiphyses antérieure et postérieure de ce métatarsien sont unies, tandis que les diaphyses correspondant aux cinquième et sixième orteils sont séparées. Ces deux derniers orteils reçoivent des tendons de l'extenseur commun.

Quant au pied droit, le sixième orteil est composé par un cartilage entouré de téguments.

Ce vice de conformation est très-rare, dit M. Le Fort (thèse d'agrégation, 1863), puisqu'on ne connaît jusqu'à présent que l'observation de Decès. Dans cette observation il s'agit d'une jeune fille de seize ans ayant deux utérus et deux vagins, dont l'un oblitéré à son extrémité vulvaire, était dilaté par suite de l'accumulation dans sa cavité d'un liquide existant dans une tumeur de la fosse iliaque formée par le pavillon de la trompe. Jusqu'à présent, tout est identique au fait que nous venons de produire. Mais voici de légères différences. Le liquide, au lieu d'être brun chocolat, était blanc, muqueux, filant. Au lieu de ressembler à du sang, il ressemblait à de l'albumine.

Enfin, il existait un orifice de communication entre les portions cervicales des deux vagins de notre enfant, tandis que chez la malade de Decès, il n'y avait entre les deux conduits vulvo-utérins aucune communication. Du reste, cette perforation de la cloison vaginale en un endroit voisin du col utérin, n'est pas rare, dit M. Le Fort, et même les auteurs se sont évertués à en donner des explications.

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr (1),

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

Mais laissons ces versions d'un fait qui n'a pu obtenir de croyance qu'à une époque d'agitation et de terreur.

La supposition que l'âme perçoit après la décapitation, qu'elle éprouve des sensations quelconques ne peut nous arrêter; le vent d'acier qui sépare la tête du tronc dans le supplice de la guillotine est si rapide, que l'âme ne trouverait pas assez de temps pour sentir quoi que ce soit. On comprend d'ailleurs que les cordons nerveux le long desquels cheminent les sensations, ne peuvent plus rien apporter au cerveau, puisqu'ils sont coupés presque à leur origine; le cerveau cesse donc à l'instant même d'être un agent nerveux, et à plus forte raison un agent intellectuel. Ira-t-on maintenant supposer que le cerveau peut du moins sentir de la douleur à la surface tranchée du côté de la tête? C'est encore là ce qu'on ne saurait admettre, car la moelle allongée se trouvant elle-même comprise dans la section, il n'y a plus aucun apport au cerveau.

Ainsi, tout porte à croire que le guillotiné, pendant comme après le supplice, n'éprouve aucune espèce de douleur; je dis tout porte à croire, car, ainsi que le fait très-bien observer Cabanis, l'expérience directe nous manque en un pareil sujet; des condamnés ont bien pu rapporter tout ce que comporte tel autre genre de supplice, la pendaison, par exemple, mais jusqu'ici aucun décapité n'est venu rendre compte de ce qu'il avait éprouvé : il faut donc s'en tenir au raisonnement, mais en vérité le raisonnement a ici un degré de certitude aussi probant que s'il s'appuyait sur l'expérimentation; qu'il y ait encore chez les guillotinés, et pendant un certain temps, un reste de vie dans les organes, c'est là ce qu'on ne saurait nier, puisqu'il se produit encore des mouvements dans ces mêmes organes, mais il faut distinguer, il ne faut pas confondre la *vie* avec le *moi*; la vie appartient à tous les organes, elle s'en retire peu à peu, on peut même, jusqu'à un certain point, l'y rappeler momentanément à l'aide de divers excitants, mais le *moi* qui seul donne les perceptions de la souffrance, une fois effacé ne se montre plus; ainsi l'erreur de Sœmmering, d'Oelsner et de Sue, tenait à ce que ces physiologistes confondaient le moi avec la vie; ils croyaient à la persistance du moi par cela seul qu'ils voyaient des mouvements, et ces mouvements pour eux étaient des indices de souffrance; mais en voici assez sur ce point, il n'est pas nécessaire de calomnier la guillotine pour montrer que pendant la terreur il eût été impossible aux tribunaux révolutionnaires de trouver un meilleur auxiliaire; il ne s'agissait pas alors de faire souffrir, mais de tuer, de tuer vite et en masse.

Or, on vit alors ce que pouvait faire la guillotine; ainsi, pour citer quelques exemples, savez-vous combien il a fallu de temps pour exécuter, en octobre 1793, les vingt et un Girondins? Il a fallu trente et une minutes! Oui! dit M. Thiers, en trente et une minutes le bourreau fit tomber ces illustres têtes et détruisit ainsi en quelques instants jeunesse, beauté, vertus, talents et génie! Telle fut la fin de ces nobles et courageux citoyens, la guillotine venait de les dévorer sans efforts, sans trouble, sans éclat et presque sans exciter d'émotion : elle seule pouvait suffire à de pareilles atrocités.

Un peu plus tard, Fouquier-Tainville fait monter soixante-deux accusés sur ses gradins pour de là les envoyer à l'échafaud en une seule fournée, comme on disait alors. Il fallut huit charrettes pour les y conduire. Là se trouvaient des Montmorency, des Rohan, des Sombreuil, la jeune Cécile Renault et sa famille; le défilé dura trois heures; en quarante-cinq minutes la fatale machine abattit toutes ces têtes; tout autre genre de supplice aurait certainement révolté la populace et soulevé quelque mouvement de pitié; mais la guillotine achevait son œuvre paisiblement et presque sans bruit, si ce n'est celui que produisait régulièrement la chute du couperet.

Mais ce n'est pas tout : Cabanis trouvait, et avec raison, que ce genre de supplice était ignoble et indigne d'une société humaine. La peine de mort, disait-il, aurait dû être effacée de nos Codes; mais puisqu'on l'y a maintenue, on aurait dû au moins substituer à la guillotine un genre de mort aussi doux, mais plus imposant, un genre de mort qui conservât mieux le respect que l'on doit toujours à l'homme, même dans le condamné. Avec cette machine, en effet, tout individualisme est effacé. Entre le général d'armée, le législateur, le savant, le poëte, le vieillard courbé sous le poids des années, la jeune fille à peine nubile, elle ne fait aucune distinction : *æquo pulsat pede*. Il n'y a plus de morts théâtrales : royalistes, girondins, montagnards, tous s'y laissent tuer de la même façon.

Je viens de citer les vingt et un Girondins; ils ont bien pu, dans un dernier banquet, essayer quelques mots à la Plutarque, faire entendre les derniers accents d'une liberté mourante; mais que va-t-il se passer sur l'échafaud? qu'y trouveront-ils? C'était en octobre, par une pluie fine et glaciale, ils y trouvèrent un homme abrité prosaïquement sous un parapluie vert, portant une large cocarde à son chapeau; c'était le bourreau, qui se mit à les dépêcher successivement, avec l'indifférence et l'impassibilité d'un homme qui travaille à la tâche.

(1) Suite. — Voir les numéros des 6, 13 et 18 octobre.

John Parcell l'attribue à un artifice ingénieux de la nature : d'autres l'expliquent par une rupture de la cloison résultant d'un traumatisme, introduction de la verge, accouchement antérieur, etc. Mais on est bien obligé d'admettre la possibilité de ce cloisonnement primitivement incomplet, dit l'auteur de la thèse, puisque Henry en a présenté à la Société anatomique un cas observé chez une enfant âgée d'un an seulement.

Il est bien évident que chez l'enfant qui fait le sujet de notre observation, on ne peut invoquer les causes traumatiques, et que la perforation est due à une cause naturelle; elle n'est autre chose que le vestige du travail de résorption, qui s'effectue normalement sur cette cloison vaginale.

Quant à la bifidité de l'utérus, elle s'explique plus facilement. En effet, nous savons que normalement les conduits de Müller sont en contact l'un avec l'autre dans un espace qui s'étend depuis leur embouchure dans le cloaque jusqu'au point où s'insère le ligament rond. Supposons que ces conduits restent séparés dans la moitié supérieure de cet espace, et que chacun d'eux subisse l'évolution qui le creuse d'une cavité; il en résultera deux utérus distincts dans leur partie supérieure, réunis dans leur partie inférieure, mais représentant chacun la moitié de l'utérus normal.

La cloison vaginale résulte aussi d'un arrêt de développement.

Quant à l'oblitération du vagin gauche, elle peut être attribuée à l'accomplissement incomplet du travail de résorption qui tend à mettre la cavité vaginale en rapport avec le sillon uro-génital intérieur.

Un fait qui n'est pas sans intérêt et qui a été noté par les auteurs, est la coexistence de deux vices de conformation en deux points différents et éloignés de l'organisme : organes génitaux et orteils.

RÉTRÉCISSEMENT PÉNIEN TRÈS-ÉTROIT.

Uréthrotomie pendant l'anesthésie chloroformique. — Disparition immédiate des spasmes de l'urèthre et des accidents nerveux généraux causés par le contact de la bougie avec la partie antérieure de l'urèthre. — Guérison.

Par le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux.

Le 15 mai 1866, M. F... me raconte ainsi l'histoire de son affection.

Il y a huit ans, chaudepisse, d'abord traitée par les balsamiques, puis par des injections au sulfate de zinc concentré. Malgré tout, l'écoulement persiste à l'état d'une goutte le matin. Un an après le traitement par les injections, la miction devient longue et quelquefois pénible, mais le cathétérisme avec la bougie amène un prompt soulagement. Trois mois après, étant à la campagne, à la suite de plusieurs journées passées à la chasse, rétention d'urine complète pendant cinquante heures. Le cathétérisme étant impossible, la rétention dure jusqu'au moment où, au sortir d'un bain de trois heures, l'urine s'écoule goutte à goutte par regorgement. Depuis cet accident, la miction, toujours pénible, se fait rarement sans douleur.

Traité alors par la dilatation avec les bougies, le malade me dit que déjà le passage de la bougie jusque dans la vessie, déterminant toujours des spasmes de l'urèthre et même des phénomènes nerveux généraux, son médecin se contenta d'introduire la bougie dans le rétrécissement sans aller plus loin. La plus grosse bougie employée est le n° 9.

En 1861, voyage à l'île de la Réunion; pendant les trois mois de la traversée et les cinq mois de séjour dans l'île, le malade s'introduit lui-même une bougie dans son rétrécissement; mais, en revenant en France, la sensibilité du canal devenue trop grande, il cesse de se passer la bougie; les difficultés de la miction augmentent; bientôt l'urine ne s'écoule plus que par un petit jet saccadé, provoqué par la position accroupie et des tractions sur la verge. Après chaque miction, il s'écoule par le méat, de l'urine, puis du muco-pus. Les envies d'uriner deviennent fréquentes alors, jusqu'à vingt par nuit.

Arrivé en France, une grande faiblesse générale et les envies continuelles d'uriner retiennent le malade au lit pendant cinq mois, durant lesquels on essaye, à plusieurs reprises, de traiter le rétrécissement par la dilatation progressive; mais, toujours, le traitement est arrêté par de violents accès de fièvre; plusieurs fois il y a eu des frissons, qui ont duré trois heures. Pour faciliter le passage des bougies, le malade prend alors un bain de deux heures tous les deux jours. Pour combattre les accès de fièvre, le sulfate de quinine n'étant pas supporté par l'estomac, on fait des frictions sur tout le corps avec une pommade au sulfate de quinine. Mais bientôt, malgré la suppression de toute tentative de cathétérisme, malgré le sulfate de quinine, les accès de fièvre reparaissent tous les jours. M. F... va habiter la campagne; là, la santé générale se rétablit assez vite, les accès de fièvre disparaissent, les envies d'uriner, toujours assez rapprochées, sont cependant moins fréquentes. Mais les difficultés de la miction ne cèdent pas; toujours la position accroupie et les tractions sur la verge sont indispensables.

Pendant les derniers temps de ce séjour à la campagne, qui dura huit mois, une fois par semaine une petite bougie est introduite dans le rétrécissement. Plusieurs fois, cette rare introduction de la bougie a été suivie d'accès de fièvre.

L'état général tout à fait rétabli, M. F... revient à la ville, essaye à nouveau de se faire soigner par la dilatation. La bougie est introduite tous les deux jours; après quatre séances, le contact de la bougie avec l'urèthre suffit pour amener un spasme tel du canal, qu'il devient impossible d'entrer dans le méat. Si on veut persister à vouloir passer, on détermine une véritable attaque de nerfs. Après plusieurs suspensions du traitement, causées par les accidents nerveux, les accès de fièvre reparaissent et deviennent à nouveau persistants.

La santé rétablie par un séjour de plusieurs mois à la campagne, M. F... ennuyé d'être toujours obligé de s'accroupir et de se tirer sur la verge pour uriner, revient à la ville, demander à la dilatation par les bougies sa guérison.

Mais bientôt, les accès de fièvre avec violents frissons reparaissent, la santé générale s'altère encore une fois.

Alors, M. F... se décide enfin à renoncer à tout traitement curatif par la dilatation. De temps en temps, à de grands intervalles, il se fait introduire dans le rétrécissement le n° 3 (Filière Charrière), et se borne là.

Depuis le début de la maladie, l'érection est douloureuse et l'éjaculation est souvent accompagnée d'une sensation de déchirure très-pénible, suivie de l'écoulement d'un peu de sang.

A mon premier examen, je constate un écoulement muco-purulent très-abondant. Je parviens, presque sans tâtonnement, à conduire une bougie molle très-fine (1mm 1/3 de diamètre) jusque dans la vessie. Malgré les antécédents, ce premier cathétérisme me fait espérer de pouvoir habituer l'urèthre au contact de la sonde et de pouvoir obtenir du rétrécissement la dilatation nécessaire au passage du cathéter de l'uréthrotome. Mais les jours suivants, il m'est impossible de faire pénétrer la sonde dans l'urèthre au delà de 5 centimètres; et même, après deux ou trois tentatives, il y a un spasme tel du canal que l'extrémité de la sonde s'arrête aussitôt entrée dans le méat, tant les parois de l'urèthre s'appliquent l'une contre l'autre. En même temps le corps du malade se couvre de sueur, sa parole devient saccadée, sa face est rouge; ainsi, en quelques minutes, sous l'influence de trois ou quatre tentatives de cathétérisme faites avec la modération la plus grande, il y a de l'anxiété.

Le 18 et le 19 mai, en présence de mon confrère et ami le docteur Tenneson, le malade étant chez lui, je renouvelle mes tentatives de cathétérisme; mais il est toujours impossible de dépasser une profondeur de 5 centimètres, que l'on atteint à la première introduction de la sonde, et les mêmes phénomènes spasmodiques se reproduisent.

M'appuyant sur les antécédents, les accès fébriles fréquents, qui m'imposent de ne pas continuer des tentatives de dilatation capables de les provoquer, et, sur le passage facile de la bougie à mon premier examen, je me décide à donner du chloroforme et à opérer pendant le sommeil.

Le 20, vers dix heures du matin, en présence de mes confrères les docteurs Tenneson, Regard et Gustin, le malade, endormi à l'état de résolution, je passe une sonde d'uréthrotome de 1mm 1/3 de diamètre; quoique un peu serrée, elle pénètre facilement dans la vessie. A sa suite, je conduis le plus petit des cathéters d'uréthrotome (celui de 1mm 1/3 de diamètre). Arrivé à une profondeur de 5 centimètres, le cathéter très-serré, ne pénétrant que par une pression lente et continue, je le laisse en cette place pendant quelques minutes, et la résistance du rétrécissement ayant cédé, je le conduis presque dans la vessie. Alors, je glisse dans la cannelure la lame unilatérale de 7 millimètres de diamètre. A 1 centimètre du méat, un premier rétrécissement peu étroit et peu résistant est coupé; à 5 centimètres, la lame est arrêtée par un tissu dense; pour en faire la section, je suis obligé de presser avec une force continue sur le mandrin de la lame; une fois cette section faite, il n'y a plus d'arrêt jusqu'à l'extrémité postérieure de l'urèthre. Je termine l'opération en plaçant dans le canal une sonde de 5 centimètres de diamètre, qui laisse sortir de la vessie la valeur d'un demi-verre d'urine. La sonde fixée, quelques minutes après le malade se réveille. L'écoulement de sang, très-minime pendant l'opération, cesse aussitôt la sonde dans l'urèthre.

Pour prévenir l'accumulation de l'urine dans la vessie, je recommande de laisser la sonde ouverte, la verge pendant dans un urinoir.

Je reste une heure près du malade après l'opération; la sonde ne détermine aucune gêne, pas le plus petit accident nerveux; et, jusqu'au lendemain à une heure de l'après-midi, moment où je retire la sonde, il n'y a pas le moindre accident. La première miction, sans la sonde, se fait debout et par un gros jet, mais elle occasionne une assez forte cuisson dans le canal. Aux suivantes, cette douleur disparaît.

Le 25, cinq jours complets après l'opération, je passe, sans déterminer les spasmes d'avant l'opération, une bougie n° 16. (filière Charrière). Les jours suivants, je continue la dilatation par les bougies en gomme, et après une miction, j'introduis une sonde bougie pour vider la vessie. Chaque jour, la quantité d'urine retenue dans la vessie après la miction diminue, et le 30, la contraction de la vessie suffit à chasser toute l'urine.

A partir du 31, M. F... vient chez moi tous les jours; je continue la dilatation avec les cathéters d'étain de la série Beniqué. Le cathétérisme est pratiqué, le malade debout, le dos contre un meuble, sans qu'il y ait aucun des accidents nerveux.

L'écoulement dû à la suppuration de la partie de l'urèthre, en arrière du rétrécissement, diminue beaucoup.

Le 20 juin, jour du départ de M. F..., le n° 42 de la série Beniqué passe très-facilement, et le malade s'introduit lui-même une bougie en gomme de 6mm 2/3 de diamètre. La miction est normale; l'érection complète, avec éjaculation, se fait sans aucune douleur.

Je conseille à M. F... de se passer une sonde au moins deux fois par semaine.

Quel que soit le procédé, l'instrument adopté par le chirurgien, la première chose à obtenir avant de pratiquer l'uréthrotomie c'est la disparition absolue des spasmes de l'urèthre au contact de la sonde et de l'instrument. Ici il était inutile de vouloir habituer l'urèthre au passage de la sonde; plus on essayait, plus les spasmes devenaient énergiques. Aussi l'indication d'opérer pendant l'anesthésie était formelle.

M. Sédillot emploie volontiers le chloroforme en pareil cas, et même dans l'observation III du travail de M. Gaujot (1), le passage de la bougie conductrice de l'uréthrotome n'a été possible que pendant l'anesthésie.

A cette époque, l'illustre chirurgien de Strasbourg ne mettait jamais de sonde à demeure après la section des rétrécissements. Aussi, dans un cas de sensibilité uréthrale aussi développée, étions-nous peu éclairés sur la façon dont la sonde à demeure, indispensable pour mettre le malade à l'abri de l'intoxication urineuse (2), serait supportée après l'opération.

La cessation absolue, immédiatement après l'opération, des contractions spasmodiques de l'urèthre au contact de la sonde, dans un cas où la sensibilité de l'urèthre était aussi exagérée, a certainement une très-grande importance pratique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 novembre 1866. — Présidence de M. Bourdon.

La séance est ouverte à quatre heures moins un quart.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— **M. Dumontpallier** demande la parole à propos du procès-verbal pour citer un fait d'urticaire intermittente nocturne qu'il a récemment observée chez une dame de sa clientèle. Pendant cinq ou six semaines, cette dame a été prise toutes les nuits vers trois ou quatre heures du matin, de démangeaisons telles qu'elle s'écorchait la peau avec les ongles, et, vers la quatrième semaine, M. Dumontpallier, assistant à l'accès, a constaté l'éruption d'urticaire.

Le mari de cette dame avait eu depuis peu une urticaire semblable,

(1) Gaujot. *Uréthrotomie interne*, 1860.

(2) Reliquet. *Uréthrotomie interne*, A. Delahaye.

Et Danton, le fameux Danton, il a beau faire pour se grandir à ce moment suprême, il a beau se carrer sur l'échafaud, y prendre en quelque sorte, comme dit M. de Lamartine, la mesure de son piédestal, il faut que lui aussi, à son tour, se couche sur le ventre, n'ayant plus sous son regard que le panier qui va recevoir sa tête.

Figurez-vous, au contraire, ce même Danton face à face avec un de ces bourreaux qui n'avaient d'autre instrument que le glaive ou la hache, qui sait? on aurait peut-être vu le bourreau reculer devant cette grande figure révolutionnaire, comme le Cimbre devant Marius! Voilà certainement, je l'ai déjà dit, ce que n'avait pu prévoir l'inventeur de cette machine. Louis avait cru réaliser un vœu d'humanité, il avait cru donner à la peine de mort la forme la plus douce et la plus prompte; ses intentions étaient louables; cependant, on pourrait se demander si Louis devait se croire tenu, après tout, d'accepter cette étrange mission, que venait lui déférer le comité de législation; si cette mission était honorable pour lui, si elle rentrait dans l'esprit de sa profession.

Avant de m'expliquer sur cette question, je vais faire un rapprochement; il s'agit d'un épisode qui forme une des plus belles pages de notre histoire, en ce qui concerne la médecine militaire. Je veux parler de la mémorable réponse que fit Desgenettes au général Bonaparte, lors de l'expédition d'Égypte. On sait qu'après avoir échoué devant Saint-Jean-d'Acre, le général Bonaparte avait ramené douze cents blessés, et qu'une ambulance avait été organisée à Jaffa pour nos pestiférés; il était impossible de les transporter avec l'armée; les abandonner, c'était les livrer à la cruauté des ennemis; dans cette circonstance, le général fit appeler le médecin en chef de l'armée. Je laisse parler Desgenettes lui-même, car il est ici d'une admirable simplicité.

« Le général Bonaparte, dit-il, me fit appeler de grand matin dans « sa tente, où il était avec le chef d'état-major; après un court préambule sur notre situation, il me dit : A votre place je terminerais à la « fois les souffrances de nos pestiférés et je ferais cesser les dangers « dont ils nous menacent en leur donnant de l'opium. Je répondis « simplement : *Mon devoir, à moi, c'est de conserver.* »

Pour moi, messieurs, je trouve ces paroles si belles, si justes, que je voudrais les voir gravées sur la pierre de l'Arc de Triomphe, où se trouve le nom du médecin en chef de l'armée d'Orient. Ce qui fait la force et la justesse de cette réponse, c'est qu'elle est dictée par *un principe*, et par un principe qui, pour le médecin, vaut mieux que tous les serments du monde, sans en excepter celui d'Hippocrate. Armé de ce principe, le médecin, en effet, ne trouve plus d'incertitudes; quels que soient les événements, il a réponse à tout. Agrippine propose au médecin Xénophon d'aider Claude à mourir avec un poison plus actif que celui déjà employé. Fort de ce principe, il aurait pu répondre : Mon devoir est de conserver. Pendant tout le cours du moyen âge, un médecin était requis pour aider le tortionnaire; il était là pour dire comment et jusqu'à quel point on peut arracher des douleurs sans éteindre la vie. Eh bien! celui-là aussi aurait pu répondre; Adressez-vous à d'autres, mon devoir, à moi, est de conserver. Dieu me garde de mettre ici en doute l'humanité de Louis, mais je trouve que lui aussi aurait pu répondre au comité de législation : Mon devoir, à moi, est de conserver. L'art auquel il avait voué sa vie, était, après tout, un art conservateur et non un art destructeur; il n'était pas tenu de démontrer aux délégués de l'Assemblée nationale, que les vertèbres cervicales forment des enchevauchures telles qu'elles ne laissent aucun joint, et que pour opérer la section du cou, il faut un couperet d'un poids considérable, à tranchant oblique, etc. Tout cela est odieux et repoussant. Ce n'est pas pour arriver à donner de semblables notions que nous entreprenons de longues études et de pénibles observations. Mais j'en ai fini sur ce point; mon dessein était de rendre à chacun ce qui lui est dû. Nous sommes arrivés ainsi au 20 mars 1792; Louis n'avait plus que peu de jours à vivre; un mois après il assistait, pour la dernière fois, à la séance publique de l'Académie; quoique souffrant, il eut encore assez de force pour donner lecture d'un éloge, c'était celui de Pépetet; le 20 mai suivant, il terminait sa laborieuse carrière.

Sa fin, quoiqu'un peu triste, a été celle d'un sage; il n'avait pas autour de lui ce qui adoucit l'amertume des derniers moments, une famille; mais il avait su conserver quelques amis; avec un peu plus de tolérance, de mansuétude, il en aurait conservé davantage; mais, comme le remarque Sue, ses confrères avaient pour lui plus d'estime que d'amitié; trop souvent il n'avait été pour eux qu'un censeur rigide.

Sa mort, cependant, excita de vifs et sincères regrets, même de la part de ceux qui lui avaient été hostiles, parmi ceux qu'on appelait alors les opposants; il n'y a pas jusqu'à Pelletan, qui, revenu enfin à de meilleurs sentiments, ne donnât un libre cours à sa douleur : « Oh! « mânes de mon maître! s'écrie-t-il dans une dernière allocution, « recevez l'aveu d'une faute que votre philosophie m'avait déjà par- « donnée, mais que mon cœur me reproche sans cesse. » Puis, et après le récit de cette mort calme et tranquille, Pelletan nous dit qu'à ce moment, les passions de l'âme chez Louis se réduisirent à une douce sensibilité qui avait ses amis pour objet, sans que l'idée d'une mort, qu'il avait jugée inévitable, troublât sa sérénité.

Heureux Vicq-d'Azyr s'il avait pu finir ainsi; mais, comme le dit un de ses panégyristes, l'histoire de Vicq-d'Azyr devait se lier à tous les malheurs de la France; nous en ferons, messieurs, l'objet d'une dernière lecture.

non complétement intermittente, mais présentant des exacerbations nocturnes très-marquées. Il avait essayé contre elles des lotions d'eau de Cologne qui calmaient bien les démangeaisons, mais qui, lorsqu'elles étaient générales, produisaient un état de malaise voisin de la lipothymie. Aussi se borna-t-il bientôt à toucher les points qui le démangeaient le plus avec le bout du doigt trempé dans l'eau de Cologne.

On peut se demander avec raison si ce double cas d'urticaire ne dépendait pas de la diathèse rhumatismale; car la femme était fille et petite fille de rhumatisants et de goutteux, et les enfants furent eux-mêmes rhumatisants ou atteints d'urticaire.

L'aîné de ses enfants était atteint depuis quelque temps d'une diarrhée intermittente qui, à la suite d'une émotion, acquit une intensité effrayante, et fut le lendemain remplacée par une urticaire.

Le second eut aussi une urticaire;

Le troisième, des névralgies et une urticaire;

Le quatrième, bébé de deux ans, de la diarrhée et une urticaire.

Le grand-père était asthmatique, la grand'mère avait eu un rhumatisme noueux et des accidents rhumatismaux vers le cœur; en un mot, toute cette famille avait présenté des affections rhumatismales fixées soit sur la peau, soit sur les muscles, soit sur les viscères, jamais sur les articulations. N'est-ce pas une nouvelle preuve en faveur de la théorie qui fait considérer l'urticaire comme étant souvent une manifestation de la diathèse rhumatismale ou arthritique?

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Isambert demandant un congé de deux mois. Le congé est accordé;

2° Un mémoire imprimé, lu au congrès médical de Bordeaux, par le docteur Gyoux, sur la suppression des tours;

3° Un exemplaire de l'*Annuaire médico-chirurgical de* 1819, publié et envoyé par l'administration des hospices.

RAPPORT.

Maladies régnantes. — M. BESNIER lit le rapport suivant au nom de la Commission des maladies régnantes.

Messieurs, la constitution médicale du mois d'octobre, est de la nature de celles que l'on observe d'habitude aux époques de transition, et sous l'influence des conditions atmosphériques intermédiaires qui sont propres à cette période de l'année. Aussi est-il fort naturel de ne rencontrer aucune maladie hautement prédominante, et de voir régner partout dans une proportion à peu près égale et modérée, les affections communes de notre climat.

Pour cette raison, sans doute, la Commission n'a reçu qu'un très-petit nombre de communications sur les maladies du mois d'octobre, et son rapporteur aurait été forcé pour cette fois de s'abstenir faute de matériaux, s'il n'avait considéré comme un devoir de puiser ailleurs, et d'apporter à la Société des renseignements précis sur l'épidémie cholérique, que l'on ne saurait, sans s'abuser, considérer comme terminée.

Affections des voies respiratoires. — Les maladies des voies respiratoires, sans avoir, en aucune façon, un caractère prédominant, forment cependant déjà un chiffre assez élevé dans le mouvement de quelques services. En effet, à l'Hôtel-Dieu, dans un service d'hommes composé de 26 lits, M. Bouvier signale une très-grande mortalité des phthisiques, et a compté sur le petit nombre de malades 5 pleurésies, et 2 pneumonies. La guérison est survenue chez un certain nombre de pleurétiques mais les pneumoniques sont tous deux morts.

Affections des voies digestives. — Les troubles des voies digestives sont encore constatés en assez grand nombre par plusieurs d'entre vous. M. Potain, à Necker, signale la fréquence des embarras gastriques, et, à l'Hôtel-Dieu, dans le service des femmes en couches, M. Bouvier a eu à combattre le développement de nombreuses diarrhées, 15 sur 67 femmes. Chez toutes ces malades la diarrhée s'arrêta après un temps relativement court.

M. Bouvier signale comme en ayant fait dans son service un usage assez fréquent et avantageux, les ventouses vésicantes qu'il emploie depuis longtemps.

Nous avions eu à signaler, en septembre, un assez grand nombre de dysenteries, les unes secondaires, les autres primitives; mais cette fréquence n'a pas continué pendant le mois d'octobre. Un malade atteint de dysenterie grave consécutive au choléra, traité par M. Woillez à l'hôpital Cochin, a récemment guéri à la suite de l'emploi prolongé des lavements au nitrate d'argent (15 centigr.), administrés tous les deux jours pendant environ deux mois, la diarrhée reparaissant invariablement dès qu'on cessait l'emploi de ce moyen qui, au début de la maladie, paraissait n'avoir eu aucune heureuse influence.

Affections puerpérales. — D'après les renseignements qui nous sont parvenus, la situation générale des services d'accouchement continue à être satisfaisante : à Beaujon, M. Fremy n'a observé que quatre fois des accidents puerpéraux légers qui se sont favorablement terminés. A l'Hôtel-Dieu M. Bouvier n'a pas observé d'affection puerpérale proprement dite; une seule femme a été atteinte d'un choléra grave dont elle a guéri après avoir mis au monde un enfant mort-né. A l'hôpital Saint-Louis, sur lequel M. Odier continue à nous fournir les plus importants documents, il n'y a eu qu'un seul décès par fièvre puerpérale, sur 78 accouchements, dont 63 ont eu lieu dans le service spécial de M. Hardy, et 15 dans les salles communes. Sur ces 78 accouchements, on avait eu recours trois fois à des applications de forceps, deux fois à la version pelvienne et une fois à la délivrance artificielle.

Il était important d'étudier avec soin ce cas isolé de fièvre puerpérale et de chercher à prouver les conditions de son développement, c'est ce que M. Odier n'a pas manqué de faire avec le plus grand soin. Il s'agit d'une femme misérable qui, ne pouvant se livrer à aucun travail pendant les derniers mois de sa grossesse, les passa presque complétement à parcourir divers hôpitaux, et à y séjourner pendant quelque temps à Saint-Louis d'abord, puis à l'hôpital des Cliniques, puis à l'Hôtel-Dieu, et enfin à Saint-Louis, où elle fut de nouveau admise, le 26 octobre, dans la salle Saint-Ferdinand, et y accoucha d'un enfant du poids de 3,020 grammes qui mourut subitement le jour suivant. Aussitôt l'accouchement, cette femme accusa une douleur abdominale très-vive, elle fut prise de vomissements, la fièvre s'alluma, le ventre fut météorisé rapidement, et la mort survint le 29.

A l'autopsie, on trouva une péritonite pelvienne peu intense, un peu de pus dans les vaisseaux utérins des bords de l'organe; le sang contenu dans les vaisseaux était semblable à de la gelée de groseilles; le foie et la rate présentaient un ramollissement très-marqué; les reins et les poumons étaient fortement congestionnés. La nature de ces accidents, la rapidité de la marche et la promptitude de la terminaison funeste, en éloignant l'idée d'une infection purulente consécutive au traumatisme de la parturition, ont porté M. Hardy à voir dans ce cas, une véritable altération miasmatique du sang, une véritable fièvre puerpérale, en un mot, dont la malade aurait puisé les germes dans l'atmosphère nosocomiale où elle a vécu pendant les derniers mois de sa grossesse.

Épidémie cholérique. — On croit universellement dans le public que le choléra, après avoir fait, à Paris, en 1866, une courte apparition pendant la saison chaude, a disparu depuis longtemps; c'est là une illusion qu'il ne nous appartient pas de modifier, mais contre laquelle les médecins doivent être en garde. Nous sommes, en effet, obligés de constater que le 7 novembre au soir, il existait encore 11 cholériques dans les hôpitaux, dont 1 venu du dehors pendant la journée, et 1 autre développé à l'intérieur. Une deuxième erreur, contre laquelle il importe d'autant plus de réagir qu'elle est très-répandue, consiste à croire que le choléra de 1866 constitue une épidémie isolée, développée à Paris vers le mois de juillet, et par conséquent imputable à quelque nouvelle importation; or, pour ne parler que des hôpitaux, il est parfaitement établi qu'il ne s'est pas passé, cette année, un seul mois sans qu'on n'ait eu à constater quelques cas, et notamment les 18 et 29 janvier; 15 février; 4, 13, 22, 28 mars; 6 avril; 15, 21, 30 mai; 5, 9, 11, 12, 19, 23, 25 juin; nombre de cas ayant fourni 9 décès.

En juillet, l'attention s'éveille davantage et l'on note, le 4, un premier décès en ville, 21, rue Malar (7e arrondissement); le lendemain, 2, fournis par des nouveau-nés; l'un à la prison de Saint-Lazare (10e arrondissement), et l'autre à la porte Dauphine, rue des Bornes (16e arrondissement); le 6, 2 : 1 dans le 18e, 1 dans le 19e arrondissement; le 7 et le 8, 0; le 9, 1 premier cas admis dans les hôpitaux, palefrenier de la compagnie des omnibus, transporté à Beaujon, et 1 enfant à la prison Saint-Lazare. Le 10 et le 11, rien dans les hôpitaux, 2 décès en ville; le 12, 3 admissions dans les hôpitaux, 1 à Necker, malade venu de la rue de l'Yonne (12e arrondissement); 1 à Saint-Antoine, venant de la rue Obercamf (11e arrondissement); 1 à Lariboisière venant du boulevard de Strasbourg (10e arrondissement). Ce même jour, avant qu'aucun cas ait encore été amené du dehors, l'épidémie débutait subitement à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle d'accouchements de M. Hardy, frappant à la fois 8 enfants à la mamelle et 2 femmes nourrices, sans que malgré toutes ses recherches, l'interne du service, M. Odier, ait pu rencontrer aucun rapport entre ces femmes et ces enfants, et des gens venant d'un pays infecté. Du 12 au 16, l'épidémie se généralise lentement, envahit les hôpitaux, et tout à coup, du 16 au 17, subit un tel accroissement que le nombre des cas est décuplé du jour au lendemain; puis après quelques oscillations, elle diminue brusquement d'abord, mais plus lentement ensuite, arrive, pour le mois d'octobre, à ne plus donner que 133 cas, dont 39 intérieurs et 77 décès; et en novembre le 7, après avoir fait 5,495 victimes, manifeste encore sa présence par des cas peu nombreux, mais toujours disséminés, et conservant toujours toute leur gravité.

Je pourrais, messieurs, me basant sur les faits résumés dans ce rapide aperçu, montrer qu'en réalité l'épidémie cholérique de 1866 n'est que la continuation de celle de l'année précédente; il me serait facile d'y trouver la démonstration évidente du rôle supérieur joué dans son évolution par l'influence épidémique, et d'indiquer la part relativement restreinte de ce qui doit être imputé à la transmission individuelle directe; mais vous trouveriez avec raison ces conclusions prématurées, et je m'abstiendrai de les formuler jusqu'à la publication des documents officiels.

Il me reste seulement aujourd'hui à vous faire part d'une communication sur l'épidémie du Val-de-Grâce, que nous devons à l'obligeance de notre nouveau collègue M. Villemin, à compléter quelques détails oubliés, et enfin à préciser le caractère que revêtent en ce moment les manifestations cholériques.

Toutes les précautions possibles ont été prises au Val-de-Grâce pour éviter la transmission individuelle du choléra : isolement, désinfection des matières vomies et des selles, etc. Sur un total de 94 cas, on n'a compté que 6 cas intérieurs.

C'est peu, assurément, mais d'une manière absolue ce chiffre, à lui seul, plaiderait faiblement en faveur de l'isolement, le nombre total des cholériques n'ayant été, au Val-de-Grâce, tous cas comptés, que de 94, montre, en effet, que pour cet hôpital, où l'isolement a été si parfait, la moyenne des cas intérieurs est plus de trois fois supérieure à celle de l'hôpital Saint-Antoine, où la séparation n'a pu être que très-imparfaitement exécutée.

Je me suis attaché, messieurs, dans les précédents rapports, à mettre en évidence, d'après vos observations, les caractères les plus saillants de la présente épidémie, tels que la rapidité de l'invasion et de la marche, la non constance de la diarrhée prémonitoire, la grande fréquence des cas foudroyants, etc.; je dois aujourd'hui établir, d'une manière positive, à l'aide de vos communications, un fait sinon inobservé, du moins insolite dans l'histoire des épidémies; je veux parler de la persistance des cas graves dans toute leur intensité, alors que l'époque du paroxysme est depuis longtemps écoulée.

Dans les salles de M. Woillez, à l'hôpital Cochin, les trois derniers décès sont survenus dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'admission, et l'intensité de la maladie a été tout aussi prononcée que dans la première partie de l'épidémie. A Beaujon, à partir du 15 septembre, époque à laquelle M. Frémy prit le service des cholériques, les cas intérieurs ou extérieurs furent peu nombreux, mais ils n'en étaient pas moins souvent très-graves. A Necker, du 12 au 18 octobre, un cas grave fut traité par M. Guyot. Dans le même hôpital, service des cholériques femmes, M. Potain a reçu, pendant la seconde quinzaine d'octobre, deux malades, dont l'une a succombé à un choléra sans prodromes, d'une durée totale de vingt et une heures; « l'autre, moins gravement atteinte, est sortie lentement de la période cyanique, puis, pendant la convalescence, alors qu'elle semblait hors de danger, elle a été prise de contracture des extrémités et a succombé d'une façon fort inopinée dans une de ces crises. » L'autopsie que M. Potain a faite lui-même, a montré encore ce ramollissement des pyramides antérieures qu'il avait observé chez la malade dont il avait présenté la pièce dans l'avant-dernière séance, le ramollissement étant cette fois un peu moins étendu, ne se prolongeant pas dans l'épaisseur de la protubérance et ne dépassant point les limites des pyramides, mais il n'était pas moins marqué.

En résumé, messieurs, il résulte des faits réunis dans ce rapport, que des cas de choléra ont été observés à Paris pendant tous les mois de cette année; que la gravité des atteintes a persisté tout entière malgré la diminution considérable de leur nombre, puisque le mois d'octobre donne encore 77 décès sur 133 cas; qu'à la date du 8 novembre il existe encore des cholériques dans les hôpitaux de Paris, et vraisemblablement aussi dans la ville. Ce sont là des données dont l'importance n'échappera à personne, et que nous avons cru devoir enregistrer avec soin.

Dans le tableau dressé par M. Villemin pour l'épidémie du Val-de-Grâce, les deux derniers cas sont notés comme graves, et l'un des malades a succombé. A la maison de santé, en octobre, M. Bourdon a eu 5 cas, 2 décès dont l'un chez une femme enceinte de six mois.

DISCUSSION.

M. LALLIER. Je demanderai à M. Bouvier s'il n'a jamais eu d'accidents à déplorer après l'emploi de ses ventouses vésicantes.

M. BOURDON. Une seule fois, il y a très-longtemps, à Beaujon, un homme auquel on en avait placé a été pris d'une inflammation du tissu cellulaire situé entre les muscles de la poitrine. A ce propos je ferai remarquer qu'il faut toujours d'une demi-heure à une heure et demie pour que l'action vésicante soit produite, et qu'elle n'est pas presque immédiate comme on l'a dit.

M. LALLIER. J'étais interne à Beaujon, dans le service de M. Bouvier, lorsque l'accident auquel je faisais allusion est arrivé. Il y a eu un sphacèle étendu et le malade a succombé.

M. PIDOUX. Je n'ai jamais observé d'accident après l'emploi de la ventouse vésicante, même lorsque la phlyctène était sanguinolente.

M. BOURDON. Je n'ai pas eu non plus d'accidents quoique ayant fait souvent usage de ce moyen.

M. LALLIER. Je doute beaucoup de l'efficacité des lavements au nitrate d'argent. Ces lavements contiennent 15 centigrammes de nitrate d'argent pour 120 ou 130 grammes d'eau, et le nitrate d'argent est si facilement décomposé qu'il doit suffire du moindre défaut dans la seringue ou dans la canule, pour qu'il n'arrive pas dans l'intestin un atome de sel métallique.

M. HÉRARD. On se sert en pareil cas d'une seringue spéciale. J'ai employé souvent ce genre de lavement, et soit que j'y fisse ou non ajouter quelques gouttes de laudanum, j'ai eu presque toujours à m'en louer. Ils arrêtent très-bien la diarrhée.

M. LALLIER. Ils agissent comme simples lavages, et le résultat eût été le même si vous eussiez employé l'eau pure.

M. WOILLEZ. Ils sont beaucoup plus efficaces que les lavements d'une autre espèce. Je les ai souvent employés. Encore dernièrement, dans mon service, deux cholériques ont été pris de dysenteries très-graves. L'un d'eux en est mort, et à l'autopsie nous avons trouvé les lésions caractéristiques. Chez l'autre, qui a fini par guérir après plus de trois mois de maladie, un seul moyen a pu arrêter la diarrhée et procurer du soulagement, c'est l'emploi des lavements contenant 15 centigrammes de nitrate d'argent. Nous avons dû souvent y revenir et chaque fois la diarrhée a cessé momentanément.

RÉVISION DU RÉGLEMENT.

M. le président donne lecture d'une lettre signée de dix membres, et demandant la révision du réglement de la Société.

MM. Hérard, Lallier, Labric, Besnier, Moutard-Martin sont nommés membres de la commission chargée de faire un rapport sur cette demande.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BERNUTZ. La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un corps fibreux ou un polype qui a été expulsé spontanément de l'utérus d'une malade.

Comme on le voyait très-bien sur la pièce fraîche, ce corps est presque exclusivement composé de tissu musculaire avec très-peu de tissu conjonctif. Par sa structure et son apparence il se rapprocherait assez du pancréas. Chose particulièrement remarquable, il semble partout entouré comme d'une membrane d'enveloppe parfaitement lisse, sans que nulle part on puisse découvrir de cicatrice ou de perte de substance indiquant le point d'implantation.

La malade qui l'a porté était depuis six ans souffrante; mais depuis lors elle vivait séparée de son mari, et nous a affirmé n'avoir jamais eu de rapports sexuels avec aucun autre. La première année elle ressentait des troubles dyspeptiques analogues à ceux qu'on éprouve dans la grossesse, et cet état persista encore à peu près le même jusqu'au moment où elle entra dans le service de M. Barth, après une hémorrhagie utérine des plus sérieuses qui fut difficilement arrêtée.

Il y avait alors à peu près trois ans qu'elle était malade; depuis lors elle resta sujette à des métrorrhagies plus ou moins abondantes. Sortie de l'Hôtel-Dieu une fois remise, elle y rentra bientôt après dans le service de M. Sirodey à la suite d'une nouvelle perte. Cette fois on employa le seigle ergoté et des injections; il se fit un travail d'expulsion semblable à un commencement d'accouchement; puis ce travail s'arrêta, la perte cessa, et la malade sortit au bout de trois semaines ou d'un mois.

Elle rentra de nouveau à l'hôpital, il y a quelques semaines. Il se fit un nouveau travail d'accouchement qui n'aboutit pas; la métrorrhagie fut remplacée par un écoulement séreux puis purulent qui ne cessa plus jusqu'au moment où le polype fut expulsé. Cette expulsion eut lieu il y a huit jours; il y avait eu encore, quelques jours avant, un nouveau travail, mais sans résultat. Cette fois le col se dilata, le corps fibreux s'y engagea, puis les efforts étant devenus plus énergiques sous l'influence d'injections sulfureuses, le col utérin se fendit en arrière, et livra passage au polype dont la femme fut délivrée par cette espèce d'accouchement.

Ce qu'il y a de surtout curieux dans cette observation, je le répète, c'est qu'il est impossible de trouver sur ce polype une surface d'implantation; il ne paraît donc pas s'être détaché suivant les modes ordinaires, qui sont ou bien un sphacèle du polype, ou bien un travail d'ulcération de la paroi utérine avec inflammation du tissu conjonctif. Ici le tissu conjonctif est rare, il y a très-peu de noyaux, la grande masse de ce polype semble formée de fibres musculaires semblables aux fibres utérines.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Le polype fibreux que nous venons de voir ne s'écarte pas des règles générales autant que M. Bernutz semble le supposer. Il n'y a pas ordinairement de pédoncules dans les polypes de cette espèce ; ils présentent une surface lisse, parce qu'ils sont développés dans l'intervalle de deux plans musculaires de l'utérus, étant séparés seulement de la moitié de cet organe par le plan musculaire interne, à l'extérieur duquel ils se développent, ils se détachent souvent d'eux-mêmes par l'amincissement et l'usure de ce plan. Les métrorrhagies répétées se rencontrent presque toujours en pareil cas, ainsi que cet écoulement abondant et putride des derniers temps. Parfois cet écoulement présente une fétidité épouvantable ; les femmes sont obligées de se garnir et de prendre de grandes précautions pour ne pas le laisser séjourner dans le vagin. Je me rappelle avoir vu un chat mourir en une demi-heure après en avoir avalé chez une dame que je soignais. Aussi sachant combien le vagin absorbe vite, je suis toujours en garde contre ce danger.

Du reste, je le répète, ces polypes ont en général une surface tellement lisse, que c'est un caractère que j'avais indiqué pour les faire distinguer d'une introversion de l'utérus, lorsque déjà ils sont engagés dans le col. L'introversion commençante présente des inégalités et des sillons que ces polypes n'offrent pas.

M. BERNUTZ. Dans ce cas ci, avant l'expulsion du polype, la matrice n'était pas régulièrement développée ; elle présentait, au contraire, des inégalités et des sinuosités. Aujourd'hui même que le polype est expulsé depuis huit jours, elle est loin d'avoir une surface égale. On sent nettement dans la fosse iliaque, du côté gauche, une tumeur ou du moins une partie inégale et dure qui nous fait soupçonner l'existence d'un second corps fibreux.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Il peut exister en effet un second corps fibreux, contenu comme le premier dans l'épaisseur du tissu musculaire. Cette présence d'un plan charnu, appartenant à l'utérus, entre la cavité de cet organe et le corps fibreux, explique comment la ligature a très-souvent amené des accidents mortels ; tandis que l'excision a peu d'inconvénients.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. M. Bernutz a paru s'étonner qu'on rencontrât du tissu musculaire dans ce polype utérin, mais c'est la regle.

M. BERNUTZ. Je ne me suis point étonné qu'on en trouvât, mais qu'on le trouvât si abondant, et qu'il y eût si peu de tissu conjonctif.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. Cette structure a été constatée souvent, tellement même, qu'on a traité d'hyperplasie musculaire utérine la formation de polypes de ce genre.

Je désirerais savoir pourquoi M. Bernutz a employé les douches sulfureuses en qualité d'hémostatiques.

M. BERNUTZ. C'est un fait que j'ai remarqué aux eaux de Saint-Sauveur ; les douches sulfureuses agissent dans le même sens que le seigle ergoté, bien que plus faiblement, pour provoquer les contractions utérines. Du reste, je les faisais donner froides.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. Alors c'était sans doute le froid qui agissait, car très-souvent les sulfureux produisent un résultat diamétralement contraire ; ils amènent des métrorrhagies ; et pour rappeler le flux hémorrhoïdal, j'ai eu très-souvent à me louer de suppositoires préparés avec de la fleur de souffre.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Dupuytren avait dit que les polypes utérins devenaient parfois cancéreux. C'étaient alors les fibres musculaires qui devenaient le siége du mal.

(*La suite prochainement.*)

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

14. Considérations sur l'angine couenneuse ou diphthérique d'après une épidémie observée à Louhans, par M. Lucien Guillemaut.
15. Quelques observations sur la méthode indirecte de traitement des fistules vésico-vaginales, par M. Frédéric-Charles Forichon.
16. De la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents, par M. P. P. Cabot.
17. Aperçu sur l'ovariotomie, par M. M. L. Negroni.
18. Quelques mots sur le périoste et les résections sous-périostées dans le cas d'ostéite suppurée, par M. Charles-Julien Bonnesœur.
19. Difficultés du diagnostic médical, par M. René Riant.
20. Action du froid sur les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, par M. J. B. Léo Laborde.

Comme nous le pensions, les diverses chaires vacantes à la Faculté donnent lieu à de nombreuses fluctuations. La mort si regrettable de M. Natalis Guillot vient encore changer les aspirations de plusieurs compétiteurs.

Il paraît certain que M. Béhier occupera par suite d'une permutation cette nouvelle chaire de clinique médicale.

M. Bouchut se verrait alors porté avec les plus grandes chances pour une des deux chaires de pathologie interne ; l'autre serait occupée par M. Axenfeld.

Les chances de M. Vulpian pour la chaire d'anatomie pathologique ; celles de M. Lasègue pour la chaire de pathologie générale et celles de M. G. Sée, pour la chaire de thérapeutique semblent se confirmer de plus en plus.

— Si nous sommes bien informés, il serait question d'imposer aux professeurs de clinique l'obligation de professer toute l'année ; les professeurs de clinique externe seraient de plus engagés à faire chaque jour une leçon, comme nous l'avons toujours vu faire à M. le professeur Velpeau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Natalis Guillot, décédé vendredi dernier à Nice.

M. le docteur Martineau, qu'une vive affection liait à ce professeur, a ramené à Paris ses dépouilles mortelles. Nous ne saurions aujourd'hui, sous le coup d'une si triste nouvelle, rendre à cet éminent professeur l'hommage qui lui est dû.

Ceux qui connaissaient M. Guillot et son extrême modestie ne seront pas étonnés d'apprendre qu'il ait demandé que ses obsèques se fassent sans pompe et sans apparat. Elles auront lieu le mercredi 14 novembre à onze heures précises. On se réunira à l'église Saint-Germain-des-Prés où le corps est déjà déposé.

— Par décret du 8 novembre 1866, l'Empereur, sur la proposition de S. Exc. le Maréchal Ministre secrétaire d'État de la guerre, a confirmé les promotions et nominations faites à titre provisoire dans la Légion d'honneur, par le commandant en chef du corps expéditionnaire du Mexique, en faveur des officiers de santé dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier. — M. Maffre, médecin-major de 1re classe au 51e régiment d'infanterie de ligne, détaché à l'état-major du commandant en chef ; chevalier du 25 juin 1859 : 24 ans de service, 19 campagnes. — A son instruction et à son expérience médicales, joint un zèle et un dévouement infatigables.

Au grade de chevalier. — MM. Champenois, médecin-major de 2e classe : 11 ans de services, 11 campagnes. — Très-dévoué à ses malades, aussi instruit qu'habile.

Hatry, médecin-major de 1re classe : 15 ans de services, 9 campagnes. — Spécialement proposé après l'expédition du Michoacan, en 1866, et après la colonne du Nord.

Farine, médecin aide-major de 1re classe : 10 ans de services, 9 campagnes. — 5e proposition spéciale ; médecin remarquable à tous égards.

Emery-Desbrousses, médecin-major de 1re classe, détaché à la contre-guérilla française : 7 ans de services, 5 campagnes, 1 citation. — Prend part à toutes les marches et à toutes les fatigues de la contre-guérilla, et se fait toujours remarquer par son zèle.

— La Société médicale du sixième arrondissement avait mis au concours la question suivante :

« Démontrer par des observations et des expériences nouvelles, si « l'antagonisme entre l'opium et la belladone d'une part, et de l'autre « entre les médicaments dans lesquels entrent ces substances, existe « ou non. »

La Société ne décernant le prix (300 fr.) à aucun des travaux présentés, remet la question au concours pour l'année prochaine, et porte le prix à 400 fr.

Les mémoires devront être adressés avant le 1er novembre 1867, terme de rigueur, au secrétariat général de la Société, à M. le docteur Léon Duchesne, rue de Seine 91, à Paris.

Les mémoires dont les auteurs se feront connaître soit directement, soit indirectement, seront exclus du concours ; les mémoires doivent être inédits et porter, avec le titre, une épigraphe qui sera répétée dans un bulletin cacheté joint au mémoire. Ce bulletin contiendra le nom et l'adresse de l'auteur.

— M. le professeur Velpeau reprendra son cours de clinique externe, vendredi prochain, et le continuera — non trois fois par semaines, comme nous l'avions annoncé par erreur — mais bien tous les jours de la semaine.

— M. Maurice Raynaud ne fera pas son cours de clinique interne à l'Hôtel-Dieu mercredi prochain, il reprendra ses leçons vendredi 16 novembre.

— M. Giraldès commencera ses leçons de clinique chirurgicale et d'ophthalmologie, à l'hôpital des Enfants-Malades, le jeudi 15 novembre, et les continuera tous les jeudis.

— M. le docteur Fort commencera un cours public de physiologie le mercredi 14 novembre, à huit heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Mattei vient d'être nommé membre de la Société obstétricale de Londres, dans la séance du 8 novembre de cette Société.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

On se rappelle que l'Académie ayant été informée que de graves accidents de syphilis vaccinale venaient de se produire dans une localité du Morbihan, MM. Depaul et H. Roger furent invités à se rendre sur les lieux pour procéder à une enquête sur ce triste événement. M. Depaul est venu exposer hier à la tribune, dans un rapport officiel fait en son nom et au nom de M. H. Roger, le résultat de cette enquête. Plus de cent enfants ont été infectés par l'inoculation d'un vaccin entaché de virus syphilitique. Quel a été le point d'origine? c'est ce qu'il n'a pas été possible de découvrir. C'est là un fait d'une extrême gravité et qui doit engager à redoubler de surveillance dans le choix des enfants destinés à propager la vaccine.

M. Devilliers a terminé la lecture commencée dans la séance précédente sur la mortalité des nourrissons. De l'espèce d'enquête officieuse à laquelle M. Devilliers s'est livré sur plusieurs départements, il ressort ce fait général, confirmatif des faits énoncés déjà par MM. Brochard et Monot, savoir l'élévation notable du chiffre de la mortalité des enfants du premier âge, partout où l'industrie des nourrices s'exerce sur une certaine échelle. Les conclusions que l'honorable académicien tire de la constatation de ce fait, c'est la nécessité d'une surveillance régulière et efficace de l'industrie des nourrices et d'un système combiné de répression et d'encouragements qui puisse donner à l'avenir quelque garantie contre la reproduction des faits si regrettables que cette discussion a révélés.

Il y a, comme on le voit, jusqu'à présent unanimité sur l'appréciation des faits. Là où commenceront les difficultés et les divergences c'est dans le choix des moyens de conjurer le mal.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LORAIN.

Observation de grossesse extra-utérine. — Suppuration du kyste. — Expulsion du fœtus par le rectum dix-huit mois après la conception. — Guérison.

(Recueillie par M. J. L. PREVOST, interne du service.)

Le commencement de cette observation a été publié dans le n° 4 de la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1866, par M. le docteur L. Rousse, de Fontenay-le-Comte, alors externe du service, à un moment où le kyste fœtal semblait entrer en voie de momification; mais la maladie ne tarda pas à prendre une autre marche, une terminaison que l'on espérait éviter par le repos et l'expectation. L'inflammation du kyste se produisit et se termina heureusement par la guérison de la malade.

Nous devons rappeler, en quelques mots, l'histoire du début de cette observation qui a été exposée avec détail par M. le docteur Rousse.

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, d'une bonne santé, qui avait eu déjà précédemment deux grossesses, l'une à l'âge de seize ans, l'autre à l'âge de vingt ans.

Elle fut bien réglée jusqu'au mois de décembre 1864. Dès lors se manifestèrent les signes d'une grossesse dont les premiers mois se passèrent sans accident. Puis survinrent des douleurs abdominales, des accidents hystériformes, provoqués surtout par les mouvements de l'enfant que la malade sentit remuer jusqu'au huitième mois. A cette époque il se produisit quelques douleurs utérines, et elle expulsa par le vagin du sang et une membrane du volume de la paume de la main et de l'épaisseur d'un doigt, semblant formée, dit-elle, de petits boyaux; cette membrane n'était, selon toute apparence, qu'une caduque utérine.

Les accidents s'amendèrent alors et les douleurs, provoquées surtout par les mouvements du fœtus, s'éteignirent.

Au onzième mois voyant que l'accouchement ne s'effectuait point, la malade vint consulter M. le docteur Lorain, qui la reçut dans son service, du 23 octobre au 19 novembre 1865, et qui constata une grossesse extra-utérine située dans la partie gauche du cul-de-sac rétro-utérin. Aucun accident ne survenant, et le kyste semblant être en voie de momification, M. Lorain se décida à l'expectation, et la malade sortit en assez bon état de l'hôpital.

Il en était encore de même le 2 décembre, quand M. le docteur Rousse recueillit l'observation.

Dans les premiers mois de l'année 1866, la santé de la malade fut relativement bonne; elle fut de nouveau réglée tous les mois, mais elle éprouvait souvent des douleurs dans la fosse iliaque gauche, et le coït était devenu impossible à cause de la douleur qu'il occasionnait.

Dans le mois de mars, la malade vint consulter M. Lorain; elle avait considérablement maigri, et se plaignait de ressentir depuis quelques jours des douleurs vives dans l'abdomen. Le toucher était douloureux, on constatait facilement la présence du fœtus formant une tumeur dans la partie gauche et inférieure de l'abdomen, repoussant l'utérus à droite et en avant, le col de l'utérus étant situé entre la symphyse et la tumeur. La défécation et la miction étaient souvent difficiles et douloureuses, la pression sur la tumeur provoquait d'assez vives douleurs. De plus, la malade éprouvait souvent, le soir, des accès de fièvre. Ces symptômes indiquaient évidemment qu'il se produisait dans le kyste un travail phlegmasique. Mais la gravité qu'eut présentée une opération pratiquée dans cette région, engagea M. Lorain à attendre encore et à conseiller à la malade un repos presque absolu. La malade ne voulut pas entrer alors à l'hôpital.

Le 17 avril, elle entre à l'hôpital; elle avait eu ses règles quinze jours auparavant; et perdait depuis lors soit par le vagin, soit par l'anus un liquide sanguinolent et fétide; la tumeur était très-douloureuse, la malade s'était encore amaigrie, et les accès de fièvre bectique revenaient presque tous les soirs. Ce fut alors que M. le professeur Depaul, accidentellement en passage à l'hôpital Saint-Antoine, voulut bien examiner la malade, et constata, de même que M. Lorain, la présence d'un kyste fœtal dans le cul-de-sac recto-utérin; la tête du fœtus assez volumineuse faisait une saillie prononcée à gauche et en arrière du col utérin, et était facilement appréciable au-dessus de la symphyse du pubis. M. Depaul conseilla aussi l'expectation, espérant que l'élimination du fœtus ne tarderait pas à se faire.

Le 30, on constata par l'examen au spéculum, la présence d'un petit orifice laissant pénétrer un stylet de trousse, situé sur la partie antérieure du vagin, et donnant issue à un liquide purulent.

La malade continuait à avoir de fortes douleurs et de la fièvre. L'examen au spéculum provoqua même quelques symptômes de péritonite (vomissements, quelques frissons, douleurs vives), qui s'amendèrent au bout de quelques jours.

L'écoulement de matières putrides continua pendant quelque temps par le vagin, mais le 8 mai il cessa et fut remplacé par un écoulement rectal plus abondant formé de matières sanguinolentes, fétides, mêlées aux déjections alvines.

On constata de plus dans la région du kyste une crépitation gazeuse manifeste.

Le 13 mai, M. Lorain pratiqua le toucher rectal (depuis l'examen au spéculum on avait évité toute espèce de manœuvre par crainte de péritonite), et constata la présence de la tête fœtale dans le rectum; on sentait très-manifestement les pariétaux dénudés, chevauchant l'un sur l'autre et ayant pénétré dans le rectum par un orifice situé sur la partie antérieure de l'intestin. Mais les parties fœtales étaient encore engagées dans l'orifice, et pour éviter toute déchirure, M. Lorain pensa qu'il était plus prudent de ne se livrer encore à aucun effort de traction.

Le 14, le travail d'expulsion a avancé et la tête est descendue plus bas dans l'intestin, et s'est engagée dans l'orifice fistuleux. A plusieurs reprises, la malade a éprouvé des douleurs assez violentes, pas de vomissements ni de frissons.

Le 15 mai, même état. M. le docteur Tarnier, appelé en consultation par M. Lorain, trouve la tête assez engagée dans l'orifice artificiel pour tenter l'extraction du fœtus par le rectum. Il enlève d'abord les pariétaux, puis des fragments osseux de la base du crâne et, se servant des doigts et des pinces à polypes, il finit par extraire tout un fœtus (arrivé environ au huitième mois), en état de putréfaction complète. Il s'écoule de plus une assez grande quantité de liquide sanieux d'odeur très-fétide, mêlé à des matières fécales. (La malade a été chloroformée pendant l'opération.)

Le soir, la malade est dans un état très-satisfaisant; pas de fièvre; elle reprend de l'appétit. Rétention d'urine; on évacue deux palettes d'urine limpide.

Traitement. — Deux lavements contenant un peu de coaltar.

Le 16. Même état satisfaisant, la rétention d'urine ne s'est pas reproduite; quelques débris fœtaux ont été encore expulsés avec les lavements; pas de frisson. On sent, à la palpation de la fosse iliaque, l'utérus rejeté un peu sur la droite; et à gauche une tumeur allongée, peu résistante, formée par le kyste.

Traitement. — On continue les lavements au coaltar.

Depuis lors la malade marcha vers la guérison, reprit de l'appétit et de l'embonpoint; les symptômes de douleurs et de fièvre disparurent complétement; elle put sortir guérie de l'hôpital le 9 juin. On constata alors que l'utérus était toujours porté un peu à droite, mais était revenu légèrement mobile; par le toucher rectal on pouvait constater à 5 centimètres environ de l'anus, sur la paroi antérieure du rectum, les vestiges de l'orifice du kyste dans lequel on pénétrait avec l'extrémité de l'index.

La défécation était normale, la malade ne rendait plus de matières fétides ni purulentes; elle pouvait être considérée comme guérie, et avait repris toute l'apparence de la santé.

Si nous avons rapporté en détail toutes les phases que suivit la maladie, c'est que nous pensons qu'il n'est pas inutile d'insister sur l'importance qu'il y a d'agir avec une grande prudence dans les cas de ce genre; nous croyons que le médecin ne doit pas chercher à hâter l'expulsion du fœtus par des manœuvres brusques, par l'incision des parois du kyste par exemple; opération qui a pu, il est vrai, être couronnée de succès dans certains cas; mais qui expose les malades à toutes les chances d'une péritonite suraiguë. Par l'expectation au contraire, les parois du kyste peuvent contracter des adhérences avec les parties voisines; une momification peut quelquefois se produire, ou, comme dans le cas que nous publions, une ouverture spontanée peut se faire dans le vagin ou dans le rectum, et les débris du fœtus être expulsés spontanément du kyste. C'est alors, quand ces débris sont presque complétement dégagés que l'on peut sagement aider l'expulsion du produit, en manœuvrant, avec la plus grande prudence, comme l'a fait M. le docteur Tarnier.

Il n'est pas inutile non plus d'insister sur l'importance du repos et sur la nécessité d'éviter dans des cas semblables les explorations trop fréquentes; nous avons vu, en effet, un simple examen au spéculum, le simple toucher rectal provoquer des accidents graves et faire craindre une péritonite.

C'est, nous le croyons, en suivant ces précautions, que l'on pourra espérer d'obtenir la guérison dans des cas semblables à celui que nous venons de rapporter.

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE,

Par M. le Dr E. KŒBERLÉ.

OBS. XVIII. — *Ovariotomie double pratiquée le 31 mai 1865. Guérison.*

Mme D..., de Lille, âgée de vingt-six ans, mère de trois enfants, était affectée d'un kyste ovarique multiloculaire, qui n'a pas empêché ses deux dernières grossesses d'arriver à terme. Ponctionnée pour la première fois par M. Parise, quelques mois après la dernière couche, on en retira 20 litres de liquide brunâtre; une deuxième ponction, dix mois après, fournit 16 litres de liquide. Six mois après cette ponction, avant l'ovariotomie, la tumeur avait repris de nouveau un volume considérable et l'amaigrissement était devenu très-prononcé. Œdème de la région sous-ombilicale. Veines abdominales très-développées. La circonférence du ventre était de 1m,18. MM. Batlehner, Boeckel, Pellegrin et Rumbach, ont assisté à l'ovariotomie le 31 mai 1865. L'incision abdominale, en raison des adhérences, fut portée à 30 centimètres. La cavité péritonéale contenait environ 400 grammes de sérosité. La ponction de la loge principale du kyste fournit 21 litres de liquide brun verdâtre. Les adhérences à la paroi abdominale purent être séparées dans une grande étendue avec la main; elles étaient très-intimes au creux épigastrique. Le kyste très-peu résistant, se rompit, et une grande quantité de liquide s'écoula dans la cavité péritonéale. Des adhérences à l'épiploon furent aisément détachées. Les adhérences au creux épigastrique furent séparées par torsion de la partie adhérente du kyste. Les débris de ce dernier restèrent attachés sur une largeur de 8 centimètres à la partie interne de la paroi abdominale; ils donnèrent lieu à une hémorrhagie abondante. La tumeur ovarique qui dépendait de l'ovaire droit put être facilement extraite; le pédicule, long de 4 centimètres fut compris dans mon constricteur et la tumeur fut excisée. La cavité abdominale ayant été rapidement épongée, il fallut remédier à l'hémorrhagie. Une incision de 6 centimètres fut pratiquée au creux épigastrique, en travers de la partie du kyste qui adhérait, et dont les deux parties divisées furent saisies par des pinces à griffes, attirées au dehors à travers la boutonnière cutanée, et comprises chacune de son côté dans une anse de fil de fer qu'on serra à l'aide de serre-nœuds.

L'hémorrhagie principale fut ainsi tarie. Une autre hémorrhagie provenait des parties latérales de l'abdomen, à droite, par plusieurs ouvertures; elle céda à l'acupressure. L'ensemble des parties saignantes fut compris dans une direction perpendiculaire aux vaisseaux dans une anse de fil de soie, dont les deux chefs traversaient la paroi abdominale, et qui furent liés et serrés au dehors sur une petite masse de charpie. L'ovaire du côté gauche avait 7 centimètres de diamètre. Il renfermait un grand kyste, et contenait plusieurs follicules hypertrophiques de 1 à 2 centimètres de diamètre : ce qui indiquait une tendance marquée vers la dégénérescence kystique. Cet ovaire fut compris dans une ligature de soie qui fut attachée au constricteur. Les intestins et l'excavation pelvienne furent définitivement lavés et débarrassés des caillots et du liquide provenant du kyste déchiré, dont 500 grammes environ s'étaient écoulés dans le péritoine.

Le foie, l'estomac, le diaphragme, les intestins sont restés assez

longtemps directement exposés à l'air pendant que l'on cherchait à arrêter l'hémorrhagie et que l'on nettoyait la cavité péritonéale. Je me hâtai de terminer la réunion par quatre points de suture profonde pris de très-loin et par neuf points de suture entortillée. L'incision supérieure fut également fermée par trois points de suture.

L'angle inférieur de la plaie resta ouvert et dilaté transversalement par les deux pédicules des ovaires. Près d'un litre d'air demeura emprisonné dans la partie supérieure de la cavité péritonéale, dont il a été impossible de l'extraire sans danger. Le poids de la tumeur ovarique, avec le liquide qu'elle renfermait, a été de 25 kilogrammes. L'opération a duré une heure. La perte de sang peut être évaluée à 400 grammes environ. Le jour de l'opération il se fit un écoulement séro-sanguinolent abondant, 200 grammes environ de liquide, le long des pédicules des ovaires; le soir je pus extraire encore, au moyen d'une canule, 100 grammes de sérosité par l'angle inférieur de la plaie. Le deuxième jour, l'air était presque entièrement résorbé, mais il y avait encore de la sonorité dans la région hépatique. Pouls à 120 pulsations. J'évacuai encore à plusieurs reprises de la sérosité trouble en introduisant une canule dans le cul-de-sac recto-vaginal. Le troisième jour, l'air était entièrement résorbé. Pouls à 98. Les symptômes de péritonite étaient peu prononcés. Le cinquième jour, le suintement séreux de la plaie devint plus abondant, le pouls à 96, le matin, faiblit peu à peu et arrive vers le soir à 140 pulsations. Sensibilité de la région hypogastrique, à gauche. Assoupissement. On augmenta la quantité de vin. Le lendemain, sixième jour, le pouls, à 97, était très-notablement relevé; le suintement séreux était presque tari. La sensibilité de la fosse iliaque gauche avait diminué. État très-satisfaisant. A partir du septième jour, l'état de l'opérée s'améliora de jour en jour. Au quinzième jour, le pouls était à 68; et le vingt-deuxième jour, Mme D... était entièrement guérie, quoique la cicatrisation de l'angle inférieur de la plaie et de l'incision épigastrique n'ait été complète qu'au trente-cinquième jour. Les règles n'ont pas reparu. Santé parfaite.

Remarques. — Les membranes du kyste se sont déchirées très-facilement. La résistance des kystes de l'ovaire est très-variable suivant les sujets. Lorsque ces kystes se laissent aisément déchirer, leur contenu est en général de couleur foncée, brunâtre. Cette couleur résulte d'hémorrhagies internes provenant de l'éraillure ou de la rupture spontanée des parois de la tumeur sous l'influence de leur distension par l'accumulation du liquide. On y rencontre souvent alors des caillots récents ou jaunâtres et des masses fibrineuses plus ou moins décolorées, en quantité quelquefois énorme. Les malades s'affaiblissent au moment de ces hémorrhagies, et deviennent plus ou moins anémiques. Les hémorrhagies internes ont souvent lieu aussi par un autre mécanisme à la suite d'une ponction, soit par la rupture des cloisons intermédiaires des kystes multiloculaires, soit par la ponction même, lorsqu'on a piqué une veine volumineuse, et qu'il en est résulté une sorte de saignée dans la cavité de la loge qu'on a vidée. M. Bowen a cru signaler et décrire, pour la première fois dans le *Medical Times and gaz.* du 3 mars 1866, les ruptures intra-kystiques que j'ai très-souvent observées depuis que je les ai décrites et figurées à l'occasion de ma deuxième opération d'ovariotomie, en 1862. Lorsque les éraillures des kystes se produisent à leur surface extérieure, le sang provenant de la déchirure des vaisseaux s'étale en nappe entre la surface du kyste et les parties voisines, qui s'agglutinent par son intermédiaire. Les adhérences, d'abord fibrineuses, s'organisent peu à peu et deviennent de plus en plus vasculaires. Les adhérences peuvent aussi résulter d'une péritonite. Au niveau de la déchirure les malades éprouvent ordinairement des douleurs plus ou moins vives, qui persistent un temps variable. Ces douleurs sont symptomatiques de la lésion de quelques ramifications nerveuses de l'ovaire.

Les liquides ovariques épanchés dans le péritoine pendant l'opération sont inoffensifs, lorsqu'ils ne sont pas en voie de décomposition, quelle que soit d'ailleurs leur couleur, pourvu qu'on les élimine ensuite en majeure partie par un nettoyage convenable.

Pour ne pas agrandir l'incision outre mesure, du pubis à l'appendice xyphoïde, j'eus l'idée de faire une petite incision secondaire au creux épigastrique, de manière à pouvoir m'y rendre maître de l'hémorrhagie et d'enlever la portion de kyste qui était restée adhérente.

Dans cette opération si grave et si difficile, sous tous les rapports, j'ai fait usage de l'acupressure, dans le but de remédier à une hémorrhagie inquiétante qui se faisait sur une très-large surface des parties latérales de la paroi abdominale. Je réussis heureusement, en opérant la compression médiate temporaire des vaisseaux, à la manière de M. Dix, à l'aide d'un fil de soie. J'enlevai ce fil au bout de vingt-quatre heures, après l'avoir relâché à deux reprises à quelques heures d'intervalle avant de l'extraire.

Il était resté une grande quantité d'air dans la cavité péritonéale après l'opération. L'air pur, emprisonné dans la séreuse péritonéale n'est guère nuisible; il est résorbé très-rapidement. Il est impossible de l'expulser parfois d'une manière complète. Lorsque les côtes ont été longtemps maintenues écartées par une tumeur volumineuse, elles tendent à conserver cette position, et il est souvent impossible de resserrer suffisamment les hypocondres à l'aide d'un bandage, pour les forcer à s'adapter sur les viscères abdominaux. Dans ce cas, il était en même temps impossible de déprimer, à l'aide de coussins, etc., le creux épigastrique, à cause de l'incision et des deux serre-nœuds qui s'y trouvaient. Le troisième jour, l'air était complètement résorbé, et l'on ne pouvait plus constater sa présence par la percussion entre le foie et l'hypocondre droit. J'ai déjà, à plusieurs reprises, observé le même résultat.

Le cinquième jour, la péritonite qui était restée concentrée au voisinage des pédicules des deux ovaires, a menacé de prendre de l'extension. Comme l'écoulement de la sérosité a été maintenu librement avec le foyer d'irritation, à l'aide d'un tube de verre qui plongeait à 7 centimètres de profondeur dans la cavité pelvienne, derrière la paroi postérieure de la matrice, la péritonite n'a pas eu de suites. La malade n'avait heureusement pas eu de vomissements chloroformiques; comme elle avait pu être nourrie activement dès le lendemain de l'opération, elle se remit très-vite sous l'influence de la stimulation alcoolique.

SUR LE TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE FLATULENTE

Par un nouvel emploi du charbon de bois,

Par M. le Dr LEARED, médecin senior de Great Northern Hospital, à Londres.

Il y a vingt-cinq ans environ, le docteur Belloc eut l'idée d'employer le charbon de bois comme remède contre la dyspepsie. Il souffrait de cette maladie, et pouvait ainsi étudier sur lui-même les effets de ce médicament. Quelques essais le convainquirent que le charbon de bois de peuplier est préférable à tous les autres. Le charbon provenant d'autres essences avait un goût désagréable, excoriait la muqueuse buccale, desséchait le palais, et provoquait des sensations douloureuses au creux de l'estomac. Belloc prescrivait de deux à six cuillerées à café de charbon végétal; mais il déclare en avoir pris lui-même dans un jour jusqu'à 500 grammes. L'Académie nationale de médecine fit un rapport favorable sur le mémoire du Dr Belloc, et ce remède ne tarda pas à prendre faveur en France. Sa réputation franchit le détroit, et c'est depuis lors que nous avons en Angleterre les pastilles de charbon, et même les biscuits de charbon, comme médicaments couramment employés dans le traitement de la dyspepsie.

Le charbon du docteur Belloc se présente sous la forme d'une poudre, légèrement détrempée. En dernier lieu, son inventeur en était venu à le prescrire délayé dans l'eau. En Angleterre, le charbon Belloc est quelquefois prescrit sous la forme de mixture; les biscuits et les pastilles doivent être complétement imprégnés de salive avant d'être avalés.

Il m'a paru qu'en poudre humide, de même qu'en pastilles humectées de salive, le charbon est à peu près inefficace. J'ai été conduit après de nombreux essais à prescrire le charbon de bois, récemment préparé, et au fur et à mesure des besoins, hermétiquement enfermé dans des capsules de gélatine. C'est en administrant le charbon sous cette forme que j'ai réussi à soulager quelques dyspeptiques et notamment un gentleman que j'ai vu avec M. Spencer Wells, et qui souffrait depuis longtemps d'une dyspepsie flatulente qui avait résisté à l'emploi longtemps continué du charbon Belloc. L'observation attentive de ce qui se passait dans ce cas ne pouvait laisser de doute sur le mode d'action et l'efficacité réelle des capsules gélatineuses de charbon. En effet, avant l'administration de ce remède, on constatait à la percussion un son tympanique exagéré au niveau de la grande courbure de l'estomac, et quelques minutes après qu'il avait été ingéré, le son disparaissait, et il ne restait plus que le bruit normal que donne l'estomac au doigt qui le percute.

Encouragé par ce résultat, je me suis livré à des expériences suivies, en vue de déterminer quelle serait la meilleure espèce de charbon, et je n'ai rien négligé pour rendre aussi efficace que possible cette méthode de traitement.

Il y a longtemps que l'on connaît la propriété que possède le charbon de bois d'absorber les effluves; mais son action absorbante sur les différents gaz n'est connue que depuis la fin du siècle dernier, grâce aux célèbres expériences de Lowitz. La question a été, depuis, reprise par le comte Morozo et surtout par Saussure. Ce dernier expérimentateur se servait exclusivement de charbon de buis. Il trouva qu'un volume de ce charbon absorbe les volumes ci-dessous indiqués des gaz suivants. Je ne parlerai pas des gaz qui ne nous intéressent pas directement :

Hydrogène sulfuré	55 vol.
Acide carbonique.	35
Oxygène.	9,2
Azote.	7,5
Carbure d'hydrogène.	5
Hydrogène.	1,7

Les savantes recherches du docteur Stenhouse, publiées en 1855, vinrent encore ajouter à ce que nous savions déjà des propriétés du charbon de bois. Ses expériences portaient principalement sur le pouvoir désinfectant de ce charbon; il montra que la propriété qu'il possède de détruire les odeurs qui se dégagent des substances végétales ou animales en putréfaction tient, non pas comme on le supposait avant lui, à une vertu antiseptique, mais à ce qu'il absorbe et oxyde les effluves odorantes. Cette veine de recherches a été activement poursuivie dans ces dernières années, et M. Hunter a récemment publié dans le *Philosophical Magazine* (numéro de fév. 1865), le résultat de ses expériences sur cette question. Il établit dans ce mémoire les proportions de différents gaz absorbés par diverses espèces de charbon de bois. Suivant lui, le charbon préparé avec la coquille de noix de coco posséderait au plus haut degré le pouvoir absorbant, et il a posé en règle que les charbons préparés avec les bois durs sont, à cet égard, supérieurs à ceux que fournissent les bois tendres. Ajoutons enfin que le charbon animal, qui est doué d'un pouvoir décolorant considérable, n'est qu'un médiocre absorbant.

Dans mes expériences, les gaz étaient obtenus par voie de déplacement. Leur pouvoir absorbant était déterminé par la quantité de mercure qui pénétrait dans le vase contenant les gaz, après l'introduction du charbon. Les expériences, ayant ici un but pratique, étaient conduites d'après d'autres principes que ceux qui président à des expériences théoriques. Ainsi les gaz n'étaient pas desséchés, circonstance qui les rapprochait des conditions d'humidité où ils se trouvent dans le tube intestinal. Il m'est souvent arrivé d'associer au charbon de bois d'autres substances, dans l'espoir de découvrir quelque combinaison qui jouirait de propriétés absorbantes plus énergiques que le charbon de bois seul. J'ai varié à l'infini ces expériences; mais je me dispenserai d'en donner le détail, me contentant de fournir les résultats qui peuvent être de quelque intérêt; c'est pour cela que je ne mentionnerai que les chiffres relatifs à l'absorption de l'acide carbonique. L'action absorbante s'exerce presque instantanément, et au bout de deux minutes, le charbon a absorbé les sept huitièmes du volume de gaz qu'il peut retenir; l'absorption continue faiblement encore pendant quelques heures. Le temps moyen accordé pour l'accomplissement du phénomène était de une heure dans mes expériences. Pour arriver à un résultat satisfaisant, il faut avoir soin de porter préalablement le charbon à une température élevée, dans un creuset, afin qu'il se débarrasse des gaz contenus dans ses pores. J'ajouterai que le charbon récemment préparé jouit d'un pouvoir absorbant plus considérable que le charbon qui ne remplit pas cette condition.

Table indiquant les proportions d'acide carbonique absorbées par 1^gr,3 de différentes espèces de charbon végétal :

Ivoire végétal en petits fragments, récemment préparés.	2,24
— finement pulvérisé, —	2,17
— récent et ammoniaté.	1,95
— platinisé à 2 pour 100.	1,74
— éteint dans l'eau.	1,30
— recouvert d'une couche d'eau.	0,00
Charbon de coquille de noix récent.	1,99
— de coquille de noix de coco récent.	1,97
— de bois d'acacia.	1,87
— de tourbe.	1,76
— de Belloc, récent, ...	1,77
— de Belloc, tel qu'il est vendu par les pharmacies.	0,67

Le tableau précédent nous permet de formuler quelques remarques pratiques : le charbon préparé avec les substances végétales les plus compactes, est préférable pour l'absorption des gaz à celui que fournissent les bois tendres, comme le charbon de Belloc. L'ivoire végétal est préférable à tous les autres. Le pouvoir absorbant est un peu diminué par la pulvérisation, et plus encore par son exposition prolongée à l'atmosphère humide, ou par son mélange avec l'eau; enfin le charbon recouvert d'une couche d'eau n'absorbe rien.

Le charbon, pour être efficace dans la flatulence, doit être introduit dans l'estomac quand il est récent et qu'il vient d'être porté à une température élevée dans un creuset. On peut réaliser cette condition très-simplement, en enfermant le charbon dans des capsules de gélatine qui se dissolvent dans l'estomac.

Le tableau précédent montre aussi que l'humidité affaiblit sans détruire toutefois complétement les propriétés absorbantes du charbon de bois, et l'on est autorisé à croire, qu'en passant dans l'intestin, le charbon possède encore cette propriété dans une certaine mesure.

Le charbon végétal, eu égard à sa nature poreuse, retient les gaz mécaniquement, comme une éponge retient l'eau. La capacité d'absorption du charbon est proportionnelle au nombre et à la finesse des pores. Le charbon d'ivoire végétal ou de coquilles de noix de coco, est compacte, lourd; il a le son et l'éclat métallique, et ses pores sont absolument invisibles. C'est l'espèce de charbon qui convient le mieux dans le traitement de la flatulence. Il doit être préparé avec soin, convenablement brûlé, et au moment de l'enfermer dans une capsule gélatineuse, il faut le réduire en poudre impalpable et le brûler à nouveau dans un creuset chauffé à rouge. Je n'ai encore aucune expérience sur les effets du charbon ammoniaté; mais quand il y a indication à administrer l'ammoniaque, il n'est pas invraisemblable d'admettre que cette préparation puisse réussir. Le charbon imprégné de chlorure de platine, a été recommandé par le docteur Stenhouse comme absorbant; mais je dois dire que son emploi n'a pas répondu à mon attente.

L'expérience suivante que M. Robins, chimiste distingué, a bien voulu entreprendre à ma demande, montre combien il est indispensable de se servir de charbon débarrassé par la calcination des gaz qu'il contient. Une bouteille de fer terminée par un long tube de même métal, fut remplie de charbon médicinal et chauffée sur un fourneau. Un tube de verre effilé à son extrémité libre, avait été adapté au tube de fer. Bientôt il se produisit un dégagement considérable de gaz, et on en put recueillir pendant plusieurs heures; circonstance singulière, ce gaz pouvait être enflammé, ce qui semblait indiquer la présence de gaz carburés. Il est possible que ces gaz, que la calcination mettait en liberté, fussent dus à une préparation vicieuse du charbon, à une combustion incomplète. Leur présence dans les pores du charbon diminue d'autant son pouvoir absorbant, et il y a nécessité à n'employer en médecine que

des charbons d'une préparation irréprochable, et débarrassés de leurs gaz.

Le charbon contient toujours de l'oxygène qu'il emprunte à l'atmosphère, au moment où on le retire du creuset; son affinité pour l'azote est beaucoup moindre. Remarquons en passant que cette séparation facile de l'air atmosphérique dans ses éléments, est une preuve de plus pour établir que l'air est un mélange, non une véritable combinaison chimique.

La quantité de gaz que le charbon végétal peut absorber varie avec chaque gaz; mais quand un poids donné de charbon est saturé avec un gaz, il est encore susceptible d'absorber d'autres gaz. Ainsi, le charbon grossièrement pilé et saturé d'ammoniaque, peut absorber une quantité d'acide carbonique plus grande qu'un charbon absolument pur; et le même charbon, quand il est déjà saturé d'acide carbonique et d'ammoniaque, peut recevoir un volume d'hydrogène sulfuré plus considérable que s'il n'est pas saturé. C'est là une propriété précieuse dans les applications thérapeutiques du charbon; car l'intestin contient toujours plusieurs espèces de gaz. Il est bon de noter que le charbon saturé d'ammoniaque n'absorbe avec tant de facilité l'acide carbonique, que parce qu'il se forme du carbonate d'ammoniaque. Le charbon imprégné d'oxygène jouit de propriétés thérapeutiques importantes; c'est là le secret de son action sur les plaies gangréneuses, et c'est aussi ce qui explique pourquoi, à l'intérieur, il modifie la tendance à la putréfaction; ajoutons que l'hydrogène sulfuré est non-seulement absorbé, mais encore presque aussitôt décomposé par le charbon.

Le charbon, pris à fortes doses, présente un inconvénient; il produit l'obstruction intestinale, de la même façon que la magnésie. Le tableau ci-dessus prouve que le charbon d'ivoire végétal récemment préparé est trois fois plus actif que le charbon de Belloc; mais cette supériorité est encore plus grande, si l'on songe qu'avant d'être avalé le charbon de Belloc est constamment humecté par les liquides de la bouche, de façon que quand il arrive au milieu des fluides de l'estomac, son pouvoir absorbant est singulièrement affaibli, en sorte qu'une seule capsule de notre charbon, équivaut pour l'activité à une masse beaucoup plus considérable de charbon de peuplier pris en mixture.

On peut objecter que même sous forme de capsules hermétiquement fermées, notre charbon doit s'imprégner de liquides, quand il est mis en liberté par la fusion des parois de la capsule qui le contient. Mais je ferai remarquer que ce charbon vient aussitôt flotter à la surface des liquides de l'estomac, quand il est introduit en poudre sèche. Voici une expérience qui vient confirmer cette assertion : dans un récipient contenant de l'acide carbonique, on introduit une petite quantité d'eau tiède; on fait passer une capsule de gélatine dans le vase; elle ne tarde pas à se dissoudre dans le liquide; elle se vide de son contenu pulvérulent, et le charbon vient aussitôt flotter à la surface de l'eau; l'absorption du gaz marche alors avec rapidité.

Le nombre des capsules qu'il faut prendre, dépend de l'intensité de la flatulence; mais deux ou trois capsules suffisent généralement. Il faut s'abstenir de boire quand on prend des capsules, mais on peut manger une ou deux bouchées de pain rassis.

Deux capsules contenant environ 1gr,3 de charbon d'ivoire végétal, peuvent absorber plus de deux pouces cubes d'acide carbonique. S'il est nécessaire d'aller au delà, on donnera jusqu'à quatre capsules qui peuvent absorber environ cinq pouces cubes de gaz; et en admettant que l'absorbtion dans l'estomac soit moins grande que dans nos expériences de laboratoire, il n'est pas moins vrai qu'elle est suffisante pour procurer du soulagement au malade; le médecin pourra, en outre, s'éclairer sur l'effet produit en percutant l'estomac au niveau de la grande courbure, avant et après l'introduction du médicament; on augmentera la dose de charbon jusqu'à ce que le son cesse d'être tympanique.

Les services que peut rendre le charbon de bois comme agent thérapeutique, ne sont pas limités à l'homme. J'ai fait préparer des capsules d'un volume considérable, pour traiter la météorisation chez le cheval, et aussi cette météorisation particulière que l'on voit survenir sur les vaches qui ont mangé en trop grande quantité certaines herbes fraîches, comme la luzerne. Je serai en mesure de faire connaître prochainement les résultats de l'emploi du charbon à la médecine vétérinaire.

(Traduit par le docteur Vacher.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 novembre 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Nicaise (de Nevers) sur l'épidémie cholérique de 1866;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 et 1865 dans le Loiret. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La lettre suivante de M. le docteur Brocheton (de Blois) sur la surveillance des nourrissons par des comités de patronage;

« J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt les discussions qui ont eu lieu au sein de l'Académie, à l'occasion des différents rapports présentés sur l'industrie des nourrices et la mortalité des nourrissons en France.

« Inspecteur départemental des établissements de bienfaisance, j'ai eu souvent l'occasion d'être informé et par les maires et par les médecins cantonaux des abus et faits graves que l'on reprochait soit aux meneurs, soit aux nourrices des bureaux particuliers; mon devoir était d'indiquer à quelle autorité devaient être portées les plaintes formulées; mais on objectait la difficulté de correspondance. Voyant que les griefs et délits se reproduisaient toujours sans être dénoncés à qui de droit et par qui de droit, j'ai dû en informer le préfet de mon département.

« Je connaissais les règlements et ordonnances concernant les bureaux de placement, même l'ordonnance royale du 17 décembre 1762 (1), qui n'est jamais citée nulle part et mérite bien de l'être, car elle est très-complète et indique toutes les mesures prises et celles encore proposées aujourd'hui, et j'ai acquis la conviction que le mal signalé ne pouvait être combattu que sur place, *loco dolenti*; aussi dans la lettre que j'écrivais à M. le préfet de Loir-et-Cher, j'avais l'honneur de lui soumettre trois mesures locales à proposer à son collègue de la Seine :

« 1° La surveillance sévère des meneurs et meneuses par les maires soit dans les communes où ils résident, soit dans celles où ils exercent leur industrie;

« 2° La surveillance des nourrices et nourrissons confiée aux comités de patronage qui existent dans toutes les communes de son département;

« 3° L'organisation d'un service médical sur les bases de celui qui existe pour les enfants assistés.

« Ces mesures ont été soumises à M. le préfet de la Seine, qui les a transmises à M. le préfet de police; ce haut fonctionnaire, par sa dépêche du 2 décembre 1859, fait connaître que le contrôle le plus actif sera exercé à l'égard des meneurs et meneuses, il accepte avec empressement le concours des comités de patronage qui recevront un bulletin indiquant le nom de l'enfant, le domicile de la mère et le bureau où l'enfant a été reçu; mais l'organisation d'un service médical auquel il avait songé, lui a semblé devoir rencontrer des obstacles auprès des familles, par suite d'un abonnement qui, quelque minime qu'il fût, viendrait encore augmenter le prix des mois de nourrice déjà très-difficile à acquitter par les parents.

« Comme on le voit, la question si intéressante de l'industrie des nourrices a éveillé la sollicitude et les sympathies des administrations départementales; en effet les abus et faits déplorables signalés, se sont produits partout, mais c'est surtout auprès des autorités locales qu'il faut en demander la répression. Que les maires des communes se montrent sévères, comme l'indique M. le préfet de police, pour la délivrance de certificats de bonne vie et mœurs aux personnes qui se proposent de demander des cartes de meneurs, qu'ils ne donnent également qu'avec parfaite connaissance de cause et le concours des comités de patronage les certificats aux nourrices qui veulent se procurer des nourrissons, les nombreux abus signalés deviendront des exceptions ou seront bien atténués.

« Les chiffres de la mortalité des nourrissons qu'on a indiqué comme présentant des proportions anomales, me semblent pouvoir être contestables; on trouve bien sur les registres des mairies le nombre des enfants décédés appartenant aux bureaux particuliers, mais on ne peut connaître aussi exactement le chiffre des nourrissons apportés de Paris; les maires n'en tenant pas note, ne peuvent fournir que des données approximatives; étant placé sur le même terrain, je sais la difficulté de se procurer cette statistique de mortalité que j'ai vainement cherchée pour en faire un élément de comparaison avec la mortalité des autres enfants. »

2° Une deuxième note de MM. Letellier et Speneux (de Saint-Leu-Taverny) sur les principes vénéneux des champignons. (Commissaires : MM. Caventou, Würtz et Gobley.)

3° M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un perfectionnement qu'il a apporté aux instruments destinés à la transfusion du sang.

En 1854, il a fait et présenté à l'Académie deux instruments pour pratiquer cette opération.

Le premier était composé d'une ampoule en caoutchouc armée de deux tubes, l'un prenant le sang sur le bras, et l'autre le conduisant dans la veine injectée.

Le second instrument était à peu près le même que celui décrit plus haut, cependant l'ampoule élastique qui n'était pas sans inconvénient, avait été remplacée par un petit corps de pompe en cristal.

Plus tard, en 1863, M. le docteur Moncoq, de Caen, lui a fait construire un instrument basé sur le même principe, en employant toutefois des tubes de communication beaucoup plus fins ainsi que l'ajutage que l'on place dans la veine. Cette heureuse disposition contribuait à empêcher la coagulation du sang.

Le modèle qu'il présente aujourd'hui se compose d'un corps de pompe renversé surmonté d'un entonnoir A.

A la partie inférieure le piston perforé dans toute sa longueur, communique à un tube élastique E, portant à son extrémité un petit ajutage F, destiné à pénétrer dans la canule du petit trocart G, qui est préalablement placé dans la veine.

Le jeu de cet appareil est facile à comprendre, le sang fourni est reçu dans l'entonnoir; en faisant mouvoir le piston au moyen de la clef B, il est chassé dans le corps de pompe et passe naturellement par la tige creuse du piston pour arriver dans la canule F, dans la veine de celui qui le reçoit.

L'instrument et le manuel opératoire sont infiniment simplifiés, la pénétration de l'air rendue impossible et l'instrument est facile à entretenir en bon état.

(1) Année si remarquable par les nombreux arrêts de cour du parlement sur les congrégations religieuses.

4° MM. Robert et Collin présentent à l'Académie un nouvel appareil dit ophthalmo-fantôme, construit pour exercer les élèves à faire des opérations sur les yeux.

Cet appareil se distingue des autres par les caractères suivants, qui sont : la mobilité des paupières et la possibilité de les ouvrir et de les fermer.

Dans l'exploration de l'œil il est un temps préliminaire qu'on ne peut simuler avec les ophthalmo-fantômes ordinaires, ce temps consiste à ouvrir les paupières et à les maintenir écartées au moyen de divers appareils spéciaux.

Notre invention consiste donc à adapter à l'ophthalmo-fantôme commun des paupières en caoutchouc qui sont fermées dans l'état de repos et qu'on doit relever et maintenir ouvertes au moyen des ophthalmostats, avant de se livrer aux manœuvres opératoires sur des yeux d'animaux.

Notons en outre que notre appareil est fait en caoutchouc durci au lieu d'être en carton ou en métal.

Nous avons donc complété et perfectionné l'ophthalmo-fantôme ordinaire; celui que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie, donne non-seulement tous les mouvements de l'œil, mais encore ceux des paupières.

Le dessin représente l'appareil dont les deux paupières sont écartées à l'aide d'un ophthalmostat.

— M. Robinet offre en hommage à l'Académie, un exemplaire des procès-verbaux de la commission d'enquête relative à la dérivation des sources de la Vallée de la Vanne.

— M. Gavarret dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur de Valcourt, un ouvrage ayant pour titre : *Cannes et son climat.*

— M. Tardieu fait hommage à l'Académie, au nom de MM. Hérard et Cornil, d'un ouvrage intitulé : *De la phthisie pulmonaire.*

— M. Gubler présente, de la part de M. le docteur Van Lair (de Bruxelles), un volume intitulé : *Des névralgies, leurs formes et leur traitement.*

— M. Velpeau présente :

1° La deuxième partie du *Traité d'accouchements* de M. le docteur Joulin, comprenant la dystocie;

2° Le discours prononcé par M. Jarjavay, à la séance d'ouverture de la Faculté de médecine.

— M. Pidoux dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Marrotte, une brochure intitulée : *Du régime dans les maladies aiguës.*

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Frémy (de Versailles), le doyen des correspondants de l'Académie.

M. le président annonce ensuite que, d'après l'avis du conseil, il y a lieu de déclarer une place vacante dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Michon.

L'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture de divers rapports de prix.

RAPPORT.

Syphilis vaccinale. — M. Depaul, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. H. Roger, lit un rapport officiel sur une communication de MM. les docteurs Closmadeuc et Denis, relative à des accidents de syphilis vaccinale qui ont été observés sur un grand nombre d'enfants, dans le département du Morbihan.

Voici, dit M. le rapporteur, en quelques mots, les faits sur lesquels MM. Closmadeuc et Denis avaient appelé l'attention de l'Académie.

Une sage-femme du bourg de Grandchamp (arrondissement de Vannes), reçoit, le 20 mai 1866, de la préfecture, du vaccin sur plaque. Le 24 du même mois deux enfants paraissant jouir tous les deux d'une excellente santé, sont inoculés avec ce vaccin. Huit jours après la même sage-femme prend du vaccin sur le bras de l'un de ces enfants et l'inocule à un troisième enfant, petite fille âgée de trois mois, forte et en apparence très-bien portante. Comme il devait servir à de nombreuses vaccinations, on fit six piqûres à chaque bras, qui donnèrent lieu à autant de pustules vaccinales. Le 3, le 4 et le 5 juin, la sage-femme suivie de cet enfant se transporta dans plusieurs communes et fit de nombreuses vaccinations, plus de quatre-vingts, a-t-elle dit. Le 12 juin, deux enfants de cette première série servirent à de nouvelles inoculations qui donnèrent les mêmes résultats malheureux; et, aujourd'hui, écrivent nos confrères, le 9 juillet, nous avons pu réunir trente enfants appartenant à ces deux séries, et tous nous ont présenté des accidents syphilitiques primitifs ou secondaires bien caractérisés.

M. Depaul rend compte du résultat de la mission dont il a été chargé avec M. H. Roger, pour procéder à une enquête scientifique sur ces faits, et il termine son rapport par ces conclusions :

1° Plusieurs des enfants qui ont été soumis à notre examen étaient bien réellement atteints de syphilis secondaire;

2° Il nous paraît impossible d'expliquer leur contamination autrement que par la vaccination, et ce sont bien là des cas de syphilis vaccinale que nous avons eus sous les yeux;

3° Quant à l'origine du virus syphilitique, il nous paraît très-probable que c'est dans le liquide vaccinal envoyé par la préfecture de Vannes qu'il faut la placer.

— M. Ricord déclare qu'il abonde entièrement dans le sens des conclusions du rapport. Il voudrait seulement que M. Depaul spécifiât dans les conclusions, comme il l'a fait dans le corps de son rapport, qu'il a constaté chez les enfants qui ont été l'objet de son examen des accidents primitifs et des accidents secondaires, et non pas seulement des accidents secondaires comme le texte des conclusions porterait à le faire croire.

— M. Depaul fera la modification demandée par M. Ricord.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La parole est à M. Devilliers, pour terminer la lecture commencée dans la précédente séance.

Suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. Devilliers résume ainsi l'analyse des documents qu'il a exposés dans la précédente séance.

Ce qui frappe tout d'abord, dit-il, dans les divers départements où j'ai étudié la question, c'est l'élévation notable du chiffre de la mortalité des enfants pendant la première année d'âge. Ainsi au Hâvre, dans l'Isère, le Rhône, la proportion de cette mortalité est de un cinquième des naissances; dans le Puy-de-Dôme elle s'élève à un quart; mais dans l'Hérault, le Doubs, elle descend jusqu'à un septième. On voit que sauf ces derniers départements, les autres fournissent des proportions au moins égales à celles qu'a fait connaître le docteur Brochard, et supérieures à la mortalité générale du jeune âge, qui est de un sixième ou de 16 ou 18 centièmes pour la France entière.

Voici en quels termes M. Devilliers termine et résume l'ensemble de son travail :

Il ressort de ce que j'ai exposé dans ce travail, que l'allaitement et surtout l'alimentation mal dirigée chez les enfants en bas âge et le défaut de soins de la part des nourrices, l'absence souvent complète de surveillance de ces femmes, sont une des principales causes de l'élévation du chiffre de la mortalité chez ces enfants; que le commerce des nourrices est livré trop souvent à lui-même, n'est pas l'objet de mesures assez générales ni d'une répression assez sévère.

Que là où la surveillance a lieu elle est le plus souvent illusoire à cause de la manière dont elle se fait, de la rareté beaucoup trop grande des visites soit des inspecteurs soit des médecins, de la trop grande modicité de la rémunération qui est accordée à ceux-ci; que sans nuire à la liberté individuelle, l'administration supérieure, qui a déjà adopté des mesures générales si utilement conseillées par la science, pourrait facilement interposer son autorité dans l'intérêt des enfants du premier âge, en contraignant les administrations de chaque département et de chaque commune à exercer une surveillance régulière et efficace sur l'élève de ces enfants, et en instituant partout une vérification des décès qui en serait le complément. Je crois que le jour où les femmes chargées d'élever des enfants sauront que l'autorité veille sur leurs actions et surtout qu'une pénalité leur est applicable, non-seulement elles s'occuperont avec plus d'attention du dépôt qui leur est confie par les familles, et que celles qui dit-on étaient connues pour exercer l'horrible métier de laisser mourir les enfants, n'oseront plus commettre, ouvertement du moins, ce qui pour elles n'était plus un crime.

J'ai dit quel rôle joue à Lyon la société de Charité maternelle; vous savez quel est le but louable de la société protectrice de l'enfance. Ces sociétés, par leurs efforts, méritent les éloges bien sincères de l'Académie, et sans vouloir discuter ici leurs aspirations, nous croyons qu'à l'appui de ce qne nous venons de dire, ces sociétés peuvent, pour leur part, rendre de grands services en favorisant par leurs dons l'allaitement par les mères et la surveillance des enfants placés en nourrice.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture de plusieurs rapports sur les prix.

M. Robinet vient d'être nommé premier vice-président de la commission des logements insalubres de la ville de Paris, en remplacement de M. Mêlier. On sait tout ce dont cette commission était redevable à l'habile direction que lui avait imprimée son regrettable premier vice-président M. Mêlier. L'administration municipale, en désignant M. Robinet pour son successeur, ne pouvait faire un choix plus heureux et plus conforme à la fois aux intérêts de la commission et au vœu de tous ses collègues.

Nous saisissons cette occasion pour signaler à nos lecteurs et à toutes les personnes qui s'intéressent particulièrement aux progrès de l'hygiène publique, le rapport général sur les travaux de la commission des logements insalubres de la ville de Paris pendant les années 1862, 1863, 1864 et 1865, qui vient d'être publié par les soins de l'administration. Dans cet intervalle de quatre années, la commission a eu à statuer sur près de 14,000 affaires, qui se sont presque toutes traduites par des améliorations plus ou moins importantes dans la salubrité des habitations. Indépendamment de ces affaires courantes, la commission a eu, dans le cours de cet exercice, à visiter toutes les écoles de Paris, communales ou privées, et à proposer les mesures susceptibles de placer ces utiles établissements dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Elle a eu, enfin, à s'occuper de plusieurs questions d'un intérêt capital en hygiène publique, telles que: l'étude des moyens pratiques et usuels d'assurer la bonne ventilation des fosses et l'assainissement des cabinets d'aisance; les précautions à prendre contre les dangers inhérents au voisinage des orifices de fosses dans des lieux habités; la recherche et l'étude des conditions qui rendent impropres à l'habitation les sous-sols auxquels on a donné un si grand développement dans les constructions nouvelles; et enfin la tentative d'une réforme à introduire dans certaines habitudes du peuple aussi peu conformes à la décence qu'aux plus simples notions de l'hygiène, par l'établissement d'un système de surveillance active imposée aux enfants qui fréquentent aujourd'hui les écoles et à qui l'on aura ainsi inculqué des habitudes nouvelles d'ordre et de propreté qu'ils porteront plus tard dans les ateliers et dans les ménages.

C'est par ces modestes mais utiles travaux que la commission des logements insalubres de la ville de Paris concourt, pour sa part, avec les grands travaux de voirie, à l'assainissement de la capitale et aux progrès pratiques de l'hygiène publique, et qu'elle a mérité l'honneur qui lui a été fait à l'occasion de la publication de chacun de ses rapports généraux, d'être signalée par l'administration supérieure comme un modèle à suivre par les commissions départementales. Dr B...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les obsèques de M. le professeur Natalis Guillot ont eu lieu aujourd'hui 14 novembre, à 11 heures. Conformément à la volonté du défunt, elles ont eu lieu sans le cérémonial d'usage. La Faculté de médecine n'y était point représentée par une députation en robes, et aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. Mais presque tous ses collègues de la Faculté se sont fait un devoir d'y assister individuellement et sans caractère officiel. L'église de Saint-Germain-des-Prés, où a eu lieu la cérémonie religieuse, était à peine assez grande pour contenir l'affluence considérable de confrères, de savants, d'amis, qui sont venus rendre ce dernier hommage à l'homme si universellement et si justement regretté.

— Un concours pour trois places d'interne près les hospices civils de Marseille, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville le lundi 3 décembre prochain, à huit heures du matin.

Le vendredi 21 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour deux places d'élève externe.

S'adresser au secrétariat de la commission administrative des hospices civils de Marseille.

— M. le Dr Jules Worms vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital de Rothschild en remplacement de M. Cahen décédé.

— Il est question de créer une Société de thérapeutique expérimentale, qui aurait pour but de vérifier sur les animaux les principales données thérapeutiques à l'étude.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel de Ville le vendredi 16 décembre à trois heures et demie précises.

Ordre du jour. M. Fraigneau : Rapport sur les bulletins de la Société médicale du haut-Rhin. —

Lecture par M. L. Duchesne, candidat au titre de membre titulaire, d'un travail intitulé : Influence sur la santé publique de la fabrication de l'Aniline et des produits qui en dérivent.

Communication de M. Blachez sur le traitement de la fistule à l'anus.

— M. Foucher commencera le cours clinique des maladies des yeux (cours complémentaire de la faculté), le lundi 19 novembre à 2 heures, au bureau central des Hôpitaux et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

Exercices opératoires et ophthalmoscopiques tous les jeudis à 9 heures à l'hôpital Saint-Antoine.

— M. le Dr Giraud Teulon, ancien élève de l'école Polytechnique, a commencé mardi 13 novembre à 1 heure, à la clinique, 2 rue Séguier (quai des Grands-Augustins), son cours sur la réfraction et l'accommodation de l'œil; il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux commencera, le lundi 19 novembre à 8 heures et quart du soir, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, un cours public sur les *maladies des voies urinaires.*

— M. le docteur Galezowski, commencera un cours public sur la pathologie interne de l'œil et l'ophthalmoscopie à l'École pratique de la Faculté, amphithéâtre nº 2, le jeudi 15 novembre à sept heures un quart du soir, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Ce cours comprendra : 1° l'étude ophthalmoscopique de l'œil normal; 2° l'altération de la rétine et du nerf optique; 3° l'altération de la choroïde et du corps vitré; 4° les rapports qui existent entre les affections oculaires et les maladies du cerveau, du cœur, l'albuminurie, gyicosurie, etc.

— Dans notre dernier numéro, page 524, ligne 6, une erreur typographique rend incompréhensible une phrase de M. Hervez de Chégoin.

Au lieu de : *étant séparés seulement de la moitié de cet organe*, il faut lire : *étant séparés seulement de la cavité de cet organe.*

Anatomie descriptive et dissection avec embryologie et structure intime des organes et tissus, par le docteur FORT, professeur libre d'anatomie à l'école pratique. Un vol. de 1120 pages avec 182 fig. Prix : 11 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Étude clinique sur le sarcocèle tuberculeux, par le docteur CASTIER. In-8° de 47 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 134. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 17 NOVEMBRE 1866. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas de rhumatisme blennorrhagique observés chez la femme.

Nos lecteurs se rappellent sans doute que le rhumatisme blennorrhagique est en ce moment à l'ordre du jour. Généralement on considère cette affection comme excessivement rare chez la femme. M. le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, n'est pas complétement de cet avis ; et récemment encore il a recueilli dans son service, à l'Hôtel-Dieu, deux nouvelles observations qui tendent à prouver le contraire. Voici ces deux observations que nous avons annoncées déjà dans notre premier-Paris de mardi dernier ; nous n'avons pas besoin de faire ressortir la justesse des réflexions dont M. Fournier les accompagne.

L'intérêt principal qui se rattache aux deux faits suivants consiste en ce qu'ils ont été observés sur la femme. Si, en effet, le rhumatisme blennorrhagique de l'homme n'est plus guère contesté aujourd'hui, il n'en est pas de même de celui de la femme, qui, nié par quelques auteurs, discuté par d'autres, n'est accepté par le plus grand nombre qu'avec une excessive réserve.

Il n'existe dans la science qu'un très-petit nombre d'observations relatives au rhumatisme blennorrhagique de la femme. Dans les divers recueils que j'ai pu parcourir, je n'en ai jusqu'à ce jour rencontré que quatre de bien authentiques, dues à MM. Richet et Cullerier. Et chose remarquable, plusieurs auteurs qui se sont occupés avec distinction de ce sujet (MM. Foucart, Brandes, Christensen, Rollet, Potton, Bonnaric, Diday, etc.), n'ont pas eu l'occasion d'observer un seul exemple de cette complication de la blennorrhagie dans le sexe féminin.

J'ai été plus heureux pour ma part, car, depuis que mon attention est éveillée sur ce point, j'ai rencontré presque coup sur coup quatre exemples de rhumatisme manifestement blennorrhagique développé chez la femme. Tout récemment encore, il s'en est présenté deux cas dans le service où j'ai l'honneur de suppléer M. le professeur Grisolle. Ce sont les deux faits suivants dont va suivre l'exposé succinct.

OBS. I. — *Rhumatisme blennorrhagique observé chez une femme et siégeant principalement dans les tendons extenseurs des doigts.*

S. A..., âgée de vingt-neuf ans, chemisière, est admise à l'Hôtel-Dieu, le 25 juillet 1866.

C'est une femme de tempérament lymphatique, de constitution médiocre. Elle accuse comme antécédents morbides une variole et une rougeole. L'année dernière elle a fait une fausse couche et a été affectée consécutivement d'une albuminurie qui a duré plusieurs mois. Elle n'a jamais eu de rhumatisme ; elle n'est pas sujette aux douleurs rhumatismales. Elle nie tout antécédent vénérien.

Elle raconte que dix jours environ avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de douleurs assez vives siégeant au niveau de l'articulation coxo-fémorale ; que ces douleurs disparurent après deux ou trois jours, pour se porter dans l'un des genoux, puis dans le doigt annulaire de la main gauche. Du reste, elle n'a pas eu de fièvre, elle n'a pas perdu l'appétit. Tout son mal, dit-elle, consiste dans les douleurs pour lesquelles elle vient réclamer nos soins.

A la visite du 26 juillet, nous constatons l'état suivant : apyrexie ; état normal des grandes fonctions ; appétit légèrement diminué. Tuméfaction très-légère du genou droit, sans changement de coloration des téguments ; douleur très-vive à la pression, au niveau du sommet de la rotule et sur le bord externe de cet os ; mouvements de l'articulation difficiles et douloureux. Tuméfaction considérable et d'aspect phlegmoneux de toute la face dorsale du métacarpe à la main gauche, spécialement dans sa moitié cubitale ; rougeur des téguments à ce niveau avec empâtement œdémateux ; douleur vive à la pression. Un examen minutieux nous montre que cette douleur siége exclusivement sur le trajet des tendons extenseurs de l'annulaire et de l'auriculaire. La pression exercée sur ces mêmes tendons, au niveau des phalanges, est douloureuse, mais à un bien moindre degré. Les doigts annulaire et auriculaire sont maintenus dans l'extension ; si l'on cherche à leur imprimer le moindre mouvement, on détermine aussitôt une douleur des plus vives qui arrache un cri à la malade. Le poignet est un peu tuméfié à sa face dorsale, mais les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont intacts.

Cet ensemble de symptômes présentait une analogie telle avec plusieurs cas de rhumatisme blennorrhagique qui s'étaient offerts à mon observation dans des conditions identiques de siége et de forme, qu'*à priori* je soupçonnai, j'affirmai presque la nature blennorrhagique de cette affection. J'interrogeai la malade dans ce sens. Tout d'abord, vives dénégations, puis aveux incomplets. Je constatai sur la chemise de nombreuses taches purulentes et verdâtres. L'examen direct fut alors pratiqué et révéla, comme je l'avais supposé, l'existence d'une blennorrhagie uréthrale des plus évidentes. Je fis sourdre de l'urèthre, par une pression légère exercée d'arrière en avant, une grosse goutte de pus verdâtre. Le vagin était sain ; le col utérin présentait une excoriation superficielle et limitée. De plus, le toucher nous apprit que cette femme était enceinte de quelques mois.

Traitement. — Onctions avec un liniment laudanisé sur la main et sur le genou qui sont enveloppés d'ouate ; tisane d'orge ; une portion.

Le 28, l'état est le même. Application d'un vésicatoire sur la face dorsale du métacarpe.

Le 29, même état. De plus, le tendon extenseur du doigt médius, à la même main, a été envahi par la douleur. On constate de nouveau l'existence d'une blennorrhagie uréthrale fournissant une assez abondante quantité de pus absolument vert. — Cautérisation au nitrate d'argent de l'exulcération du col.

Le 3 août, la tuméfaction de la main n'a pas diminué. Les douleurs à la pression, sur le trajet du tendon extenseur, sont toujours très-vives ; elles deviennent atroces lorsqu'on essaie d'imprimer aux doigts correspondants le plus léger mouvement. Le tendon fléchisseur du pouce, à la même main, a été envahi depuis hier. Le genou est moins douloureux depuis quelques jours ; il ne présente plus de tuméfaction. Même état de l'écoulement.

Le 7 août, le genou est guéri. Le tendon fléchisseur du pouce n'est plus douloureux.—Application d'un second vésicatoire sur le métacarpe.

Le 12, la douleur et la tuméfaction se concentrent sur le tendon extenseur du doigt auriculaire et s'atténuent sur tous les autres points. — Badigeonnages à la teinture d'iode ; à l'intérieur, iodure de potassium à la dose de 1 gramme.

Dans la seconde quinzaine d'août, le même traitement est continué ; la dose quotidienne d'iodure est portée à 2 grammes, et deux vésicatoires sont encore appliqués sur la face dorsale de la main. Le tendon extenseur de l'annulaire reste toujours très-douloureux à la pression et surtout au moindre attouchement ayant pour résultat de fléchir le doigt. De plus, l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante a perdu ses mouvements, plutôt par le fait d'une immobilité prolongée que par une inflammation qui lui soit propre. L'état général n'a pas changé depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. Apyrexie ; état normal des grandes fonctions ; appétit modéré ; cœur intact.

Dans les premiers jours de septembre seulement, le tendon extenseur devient moins douloureux. On peut lui imprimer quelques légers mouvements qui s'accompagnent de cette crépitation particulière à l'inflammation des coulisses tendineuses et que l'on a comparée à la crépitation de la neige ou de l'amidon écrasé sous le doigt. L'articulation métacarpo-phalangienne s'ankylose de plus en plus complétement, la malade s'opposant d'une façon absolue à toute tentative de mouvement qui éveille d'intolérables douleurs. Une seule fois je parviens à décider cette femme à me laisser imprimer quelques mouvements à l'articulation, et je romps l'ankylose ; mais telle est la douleur qui éclate à ce moment qu'à dater de ce jour la malade se refuse absolument à tout nouvel essai de ce genre. L'écoulement uréthral a diminué et a changé de couleur. On administre le copahu.

Vers le 1er octobre, il ne reste plus trace d'écoulement uréthral. L'état général de la malade est des plus satisfaisants. Toute douleur a disparu au niveau du tendon extenseur ; mais l'articulation métacarpo-phalangienne est complétement ankylosée. — Sortie de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre.

OBS. II. — *Rhumatisme blennorrhagique observé chez une femme et occupant exclusivement les tendons de la patte d'oie et celui du muscle biceps fémoral.*

J... A..., domestique, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 septembre 1866. C'est une femme de constitution assez robuste, bien que de tempérament lymphatique. Elle dit n'avoir jamais fait aucune maladie. Aucun antécédent de scrofule, ni de syphilis, ni de rhumatisme.

Depuis plusieurs semaines, cette malade a été affectée de douleurs au niveau des genoux. Ces douleurs sont devenues plus intenses ces derniers jours, au point d'empêcher complétement la marche. Elles ne se sont pas accompagnées de fièvre ni d'aucun trouble de la santé.

Le 23 septembre, nous constatons l'état suivant : Apyrexie absolue ; intégrité de toutes les grandes fonctions. Douleurs très-vives dans les membres inférieurs, localisées au niveau de la région du genou. Un examen minutieux fait constater que ces douleurs siégent : 1° à droite, sur la tubérosité interne du tibia, exactement au niveau des tendons de la patte d'oie ; 2° à gauche, au niveau de la tête du péroné et dans l'extrémité inférieure du tendon du muscle biceps fémoral. La plus légère pression exercée sur ces deux points donne lieu à de très-vives souffrances ; mais la douleur devient plus forte encore lorsqu'on imprime au membre les mouvements dévolus à l'action des muscles dont les tendons sont affectés. Tous les autres mouvements s'exécutent sans difficulté et sans douleur. Les deux articulations tibio-fémorales sont saines. Ainsi le trajet de la douleur et l'analyse de l'action musculaire permettent de localiser très-exactement la maladie dans les tendons de la patte d'oie d'une part, et d'autre part dans le tendon inférieur du muscle biceps. Sur ces deux points, tuméfaction légère avec empâtement œdémateux, mais aucun changement dans la coloration des téguments.

L'absence d'état général et d'antécédents rhumatismaux, le siége et l'intensité des douleurs, nous font penser immédiatement que nous avons affaire à une complication rhumatismale d'une blennorrhagie. Nous examinons le linge de la malade qui est en effet souillé de taches purulentes et verdâtres ; puis nous constatons l'existence d'un écoulement uréthral jaune et assez abondant. Le vagin est sain et ne fournit qu'un suintement catarrhal ; le col utérin est ramolli, l'utérus est volumineux ; les règles ont fait défaut depuis plusieurs mois. Cet examen nous apprend donc deux choses que ne nous avait pas révélées la malade, à savoir : une grossesse et une blennorrhagie uréthrale.

Le traitement consista tout d'abord en des onctions faites avec un liniment narcotique et plus tard en des applications successives de vésicatoires volants. Sous cette influence, les douleurs furent apaisées, mais assez lentement. Au lit, dans l'immobilité absolue, la malade souffrait peu, si ce n'est pendant la nuit ; mais venait-on à imprimer aux membres des mouvements qui provoquaient le glissement des tendons malades dans leurs gaînes synoviales, aussitôt éclataient de très-vives douleurs.

Vers le 13 octobre seulement, la malade commence à se lever et à faire quelques pas. La tuméfaction a disparu, les douleurs spontanées ont cessé, mais les tendons malades sont encore très-sensibles à la pression. L'écoulement uréthral persiste ; il est seulement moins abondant et moins jaune.

Les jours suivants, l'amélioration se confirme. Le 16, on commence l'administration d'un électuaire au cubèbe et au copahu.

Le 24, toute douleur a disparu, même à la pression. La malade marche assez facilement ; elle ne conserve qu'un peu de gêne vague dans les points primitivement affectés. L'urèthre ne fournit plus qu'un suintement minime et incolore. Sortie le 25.

Réunis aux observations que possède déjà la science et à d'autres encore dont je dois la communication à plusieurs de mes collègues, les deux faits précédents établissent d'une façon très-formelle, ce me semble, que le rhumatisme peut être une complication de la blennorrhagie chez la femme, et qu'on ne saurait en faire un accident exclusivement propre à la blennorrhagie de l'homme.

Mais pourquoi cette complication est-elle ou paraît-elle être aussi rare chez la femme? Quelle raison donner de cette rareté? Cela tient-il exclusivement, comme l'ont écrit quelques auteurs, à ce que l'uréthrite est plus rare chez la femme que chez l'homme? Je ne saurais le croire, car pour être moins fréquente que dans le sexe masculin, l'uréthrite chez la femme est loin d'être aussi exceptionnelle qu'on le dit généralement. Cette raison peut bien avoir quelque valeur, mais à coup sûr elle n'est pas suffisante. Est-ce encore que l'urèthre de la femme, en raison de son étendue moindre et de ses fonctions plus simples, c'est-à-dire pour des conditions purement anato-

miques ou physiologiques, est moins susceptible que celui de l'homme d'éveiller ces phénomènes sympathiques ou réflexes au nombre desquels il convient vraisemblablement de ranger le rhumatisme blennorrhagique? Cela peut être très-rationnellement admissible. Mais il est, à mon sens, une raison bien plus simple et d'un tout autre genre qui doit être invoquée ici. Si le rhumatisme blennorrhagique est si rarement observé chez la femme, cela ne peut-il pas tenir à ce qu'il est moins souvent accusé et recherché dans un sexe que dans l'autre? Une femme qui va consulter un médecin pour une douleur articulaire ou autre se croit-elle obligée de lui confier qu'elle tache son linge? Et d'ailleurs ne peut-elle, si l'urètre seul est intéressé, ignorer son mal? Et le médecin, d'autre part, lui adresse-t-il toujours sur ce point délicat les questions qu'il n'est pas embarrassé de faire à un homme? Examine-t-il toujours, à propos d'un rhumatisme, les organes génitaux d'une femme? Évidemment non, il faut bien le dire. De là, je pense, cette double conséquence, à savoir : que beaucoup de rhumatismes, je pourrais dire que le plus grand nombre des rhumatismes blennorrhagiques de la femme passent inaperçus, et par suite, que cette complication semble être beaucoup plus rare qu'elle ne l'est en effet. Cette prétendue rareté donc, j'incline fort à le penser, est plus apparente que réelle. Cherchez et vous trouverez, dit un respectable adage. Pour ma part, j'ai cherché souvent et trouvé quelquefois. Resterait à déterminer quel est le degré de rareté relative du rhumatisme blennorrhagique de la femme comparé à celui de l'homme. C'est là une question délicate qui doit être réservée actuellement et qu'une observation plus attentive pourra seule élucider.

Acide acétique contre le cancer.

Nous avons déjà parlé deux fois des bons résultats que divers expérimentateurs avaient obtenus de l'acide acétique, employé soit en injections dans les tissus, soit en simples applications contre certaines tumeurs réputées cancéreuses.

Comme nous l'avons indiqué, cette méthode a été proposée par M. le docteur Broadbent.

M. Monot, interne des hôpitaux de Paris, qui s'est trouvé en rapport avec ce médecin, a analysé les observations qui furent publiées les premières et nous adresse à ce sujet la note suivante, pleine de détails intéressants :

« Et d'abord, hâtons-nous de le dire, il ne s'agit pas ici d'un remède spécifique, infaillible contre le cancer. L'auteur le proclame bien haut ; il ne veut rien avoir de commun avec les « guérisseurs de cancer, » et le rang distingué qu'il occupe dans le corps médical de Londres le protége assez contre tout rapprochement de ce genre. Pour M. Broadbent, les injections d'acide acétique dilué constituent « un bon traitement palliatif, sinon peut-être curatif dans quelques circonstances, » et généralement préférable au bistouri et aux caustiques, parce qu'il est d'un emploi peu douloureux, peu dangereux, parce qu'il atteint plus sûrement les limites du mal ; parce qu'enfin, dans certains cas où la peau est intacte et mobile sur une tumeur de mauvaise nature, on peut obtenir, sans perte de substance extérieure, l'absorption partielle ou complète du tissu pathologique.

Telles sont les prétentions, comme on le voit assez modestes, de l'auteur. Voici maintenant les faits qui les justifient. Ces faits sont au nombre de quatre.

Obs. I. — Le premier est un cas de squirrhe de la mamelle, chez une femme âgée de soixante ans, opérée deux fois par le bistouri à un an d'intervalle, et la seconde fois, avec ablation de plusieurs ganglions axillaires cancéreux. Elle est examinée en mai 1866, par M. le docteur Broadbent, qui constate une deuxième récidive avec nodosités indurées, adhérence de la peau, douleurs dans les régions mammaire et axillaire.

Le 18 mai, il pratique, avec la seringue de Pravaz, une première injection d'acide acétique dilué (1 partie pour 2 ou 3 parties d'eau), en pénétrant, par la peau périphérique saine, au milieu des tissus malades.

Le 23, la peau, qui était adhérente, est dure, cornée comme dans la gangrène sèche. L'injection est répétée en deux points (50 gouttes environ).

Le 7 juin, la peau indurée est séparée de la peau saine par un sillon ulcéré.

Nouvelle injection le 9 et le 12. Élimination d'une portion de la tumeur, qui laisse à découvert une cavité anfractueuse.

Les injections sont continuées à diverses reprises pendant tout le mois de juillet et le commencement d'août, et le 12 août, on n'a plus à faire qu'à une plaie de bonne nature, sans aucune induration suspecte, dont la cicatrisation est presque achevée le 4 septembre.

Obs. II. — Le sujet de la deuxième observation est aussi une femme, âgée de soixante-cinq ans, atteinte primitivement d'une tumeur cancéreuse du sein gauche, qui fut enlevée deux fois par l'instrument tranchant, en 1860 et en 1864. Depuis, la maladie s'est propagée aux ganglions sus-claviculaires, puis à ceux de l'aisselle.

En juin 1866, elle est examinée par le docteur Broadbent, qui trouve dans le creux axillaire une tumeur grosse comme une noix, adhérente à un côté et saillante sous la peau. Le bras, du même côté, est tuméfié et tendu ; la malade a beaucoup maigri.

Des injections sont pratiquées le 8 et le 9 juin dans le ganglion malade. (1 partie d'acide acétique pour 4 parties d'eau environ.)

Le 26, la petite tumeur est plus molle et a diminué si bien qu'on ne la rencontre pas immédiatement sous le doigt.

Les jours suivants, le même traitement est appliqué à un cordon ganglionnaire induré et volumineux, qu'on sent à travers le muscle pectoral, et qui remonte vers le creux sus-claviculaire.

Le 14 juillet, le ganglion axillaire a encore diminué et la masse sous-pectorale se sent moins distinctement par la palpation. Quant au bras, il est devenu mou et flasque. L'avant-bras seul reste volumineux.

Le 8 août, les ganglions doivent être considérablement réduits, car on ne les reconnaît plus au toucher à travers le grand pectoral. La malade trouve elle-même que sa santé générale s'est améliorée.

Obs. III. — Il s'agit ici d'un cancer du rectum chez une femme, qui, après avoir souffert et perdu du sang par l'anus depuis la fin de l'année 1865, vient consulter à l'hôpital Saint-Mary, le 28 mai 1866.

Tumeur dure, bosselée, obstruant le rectum et adhérant à sa circonférence. Le doigt ne franchit pas le rétrécissement. Une seconde tumeur soulève la paroi postérieure du vagin, dont la muqueuse est intacte. Les injections sont pratiquées à partir du 5 juin.

Le 11, le doigt s'engage dans le rétrécissement, qu'il remplit. Le 19, il le franchit facilement, et on sent au-dessus la muqueuse saine. La partie antérieure de la tumeur a surtout diminué.

Les injections sont continuées à intervalles assez rapprochés jusqu'au 2 août. A cette époque, l'état général est meilleur, et les douleurs ont sensiblement diminué. L'écoulement morbide a été modéré, et la malade n'a perdu que peu de sang depuis le début.

Le traitement continue, et une injection par semaine suffit pour maintenir le canal libre ; mais l'induration cancéreuse persiste toujours en divers points. En somme, on constate une amélioration sensible, mais on ne peut compter sur la guérison.

A propos de ce fait, l'auteur mentionne un autre cas de cancer rectal, observé par le docteur Cooper, chirurgien de l'hôpital Saint-Marc, et intéressant au point de vue anatomo-pathologique. Le malade, qui avait le rectum obstrué par une vaste masse cancéreuse, était arrivé au dernier degré de la cachexie, et succomba quelques jours après deux injections qui lui avaient procuré un soulagement passager. L'autopsie montra que l'obstruction rectale avait complétement disparu. Le cancer s'était d'ailleurs généralisé, et avait envahi la plupart des viscères abdominaux.

Obs. IV. — Elle concerne un paysan, âgé de 54 ans, atteint depuis environ 1 an d'un cancroïde de la langue. Le bord droit, la face inférieure de l'organe, et la partie correspondante du plancher buccal sont durs, épaissis, ulcérés, et couverts d'une exsudation grisâtre et fétide. Il y a de plus, près de l'angle de la mâchoire, un ganglion sous-maxillaire induré.

Le malade est soumis au traitement du docteur Broadbent à partir du 21 juillet; des injections sont pratiquées dans la langue à six ou sept reprises jusqu'au 19 août, et le ganglion malade est injecté une fois, le 15. Vers la fin du mois, l'ulcération a pris un bon aspect, et repose sur une base à peine indurée : les mouvements de la langue sont plus libres ; seulement, le mal paraît faire des progrès vers la racine de l'organe. Le malade continue son traitement.

Tel est le résumé de ces quatre observations qui sont rapportées dans les plus minutieux détails. L'auteur suit jour par jour ses malades, et les moindres accidents sont notés. Dans le premier cas seulement, une hémorrhagie assez abondante, mais promptement arrêtée, a fait suspendre le traitement pendant quelques jours. Une complication fréquente, surtout au début du traitement, c'est l'engorgement inflammatoire des parties malades. Il a toujours cédé promptement aux moyens ordinaires, mais il a pu toutefois nécessiter certaines précautions, et commander la prudence dans l'application du traitement. Tout ce qui concerne la douleur a été observé avec le plus grand soin. On sait déjà que l'introduction de la canule à injections hypodermiques est, à ce point de vue, assez inoffensive. Quant à l'injection elle-même, très-peu ou nullement douloureuse au sein du tissu malade, elle a constamment provoqué une douleur cuisante, parfois très-aiguë, lorsque l'acide acétique dilué s'est trouvé accidentellement en contact avec les tissus sains. Or, ce fait s'est produit assez souvent, soit parce que la masse cancéreuse ramollie, ulcérée, laissait échapper le liquide injecté, soit parce que la canule n'avait pu pénétrer à travers une masse morbide très-indurée. Ce sont là des accidents légers sans doute, mais suffisants pour faire conseiller la prudence dans le choix des instruments et dans l'application de la méthode. Chez tous ses malades, excepté celui qui fait le sujet de la deuxième observation, l'auteur a combiné à diverses reprises, avec les injections, des applications d'acide acétique pur ou légèrement dilué sur les tissus malades à découvert ; mais cela seulement à titre d'auxiliaire, et pour hâter la destruction déjà commencée de la tumeur.

Quelle est l'action de l'acide acétique dilué sur les tissus cancéreux? Le docteur Broadbent a bien voulu nous communiquer à ce sujet quelques renseignements, qui, joints aux conclusions de son mémoire, nous permettent d'exposer rapidement ses idées à ce sujet.

D'abord, l'auteur a été conduit à employer l'acide acétique par les considérations suivantes :

1° Cet acide ne coagule pas l'albumine ; il doit en conséquence se répandre dans les tissus malades, et son action s'étendre au delà des points injectés ;

2° Sa pénétration dans les voies circulatoires n'est pas dangereuse : on n'a à redouter ni l'intoxication, ni la coagulation et les embolies ;

3° L'action rapide de l'acide acétique sur les cellules et les noyaux, dans le champ du microscope, autorise l'hypothèse d'une action analogue sur les cellules et les noyaux des tissus pathologiques vivants.

Ces vues théoriques ont conduit l'auteur aux expériences cliniques que nous avons analysées, et ces expériences l'ont amené à des conclusions que nous résumerons ainsi :

L'acide acétique dilué, introduit au sein des tissus vivants, paraît agir surtout physiologiquement sur les éléments anatomiques, en modifiant les conditions de leur vitalité.

Appliqué pur à la surface des mêmes tissus, il agit sur eux différemment, et comme peut le faire tout autre caustique.

Dans les deux cas, son action n'a rien de spécifique, mais elle peut être employée efficacement contre les tissus accidentels dits cancéreux.

L'emploi de l'acide acétique dilué en injections peut conduire à deux résultats différents ; à savoir : la résorption ou la destruction de la tumeur cancéreuse.

La résorption partielle ou complète a été obtenue dans l'observation II, et sans doute aussi dans la pièce que le docteur Moore a présentée à la Société pathologique de Londres. On peut l'espérer, lorsque la tumeur est peu volumineuse, qu'elle se développe lentement, et que la peau n'est pas intéressée. C'est en pareil cas, et pour éviter l'inflammation, que M. Broadbent conseille d'employer l'acide acétique très-dilué (une partie pour cinq ou six d'eau).

Dans les observations 1, 3 et 4, les injections ont amené la destruction partielle ou totale de tumeurs volumineuses, à marche rapide, avec ulcération de la peau ou de la muqueuse. En pareil cas, l'auteur, favorisant plutôt l'inflammation suppurative, emploie l'acide acétique moins dilué (1 partie pour 2 ou 3 d'eau), et combine souvent les injections avec des applications extérieures d'acide pur. Il répète ces injections jusqu'à ce qu'il pense avoir atteint les dernières limites du mal.

Quoi qu'il en soit des idées théoriques de l'auteur, les résultats pratiques qu'il expose sont assurément remarquables. Dans deux cas au moins, sur quatre, il paraît avoir obtenu mieux qu'une amélioration passagère ; et, d'après les renseignements qu'il a bien voulu nous fournir sur l'état actuel de ses malades, les effets palliatifs du traitement se sont maintenus chez les deux derniers, tandis que le deuxième continue à marcher vers une guérison qui, chez le premier, ne s'est pas, jusqu'ici, démentie.

De pareils faits légitiment, nous semble-t-il, de nouvelles expériences. D'ailleurs les cas récents de MM. Moore et Power viennent justifier mieux encore l'intérêt qui s'attache à ces premiers succès. Pour nous, nous n'y aurions pas si longuement insisté, si nous ne leur trouvions qu'un attrait de curiosité passagère, et si nous ne désirions voir dans la méthode du Dr Broadbent quelque chose de plus qu'une innovation, un véritable progrès. »

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Trélat.

Observation de palatoplastie.

(Recueillie par M. Chantreuil, interne du service.)

La nommée F..., (Marie) trente et un ans, entre à la Maternité, le 20 juillet 1866, enceinte de son troisième enfant.

Elle accouche naturellement le 1er août d'un garçon à terme. Délivrance et suites de couches normales.

Cette femme présente les caractères de l'anémie ; elle est pâle, ses tissus sont mous, un bruit de souffle existe dans les carotides. Lipothymies faciles.

Elle a du reste, une physionomie intelligente, les cheveux châtains, les yeux bleus, le front élevé ; mais le reste du visage est déformé par les ravages d'un lupus qui, vers l'âge de dix à douze ans, a détruit le nez, et s'est étendu symétriquement sur chacune des joues. Celles-ci sont couvertes dans leur moitié antérieure de cicatrices blanchâtres sillonnées de rides ; les paupières inférieures, surtout la gauche, sont le siége d'ectropions peu prononcés.

Cette affection a également envahi la voûte palatine et a déterminé une perforation qui établit une large communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Aussi, le premier temps de la déglutition s'effectue difficilement, et la phonation est accompagnée de nasonnement.

La malade porte depuis longtemps un nez d'argent peint en rose, qui dissimule assez heureusement sa difformité extérieure.

La solution de continuité occupe la voûte palatine depuis le bord alvéolaire du maxillaire supérieur jusqu'au bord postérieur de la portion horizontale du palatin : elle est située sur la ligne médiane, au fond d'une espèce d'entonnoir évasé, existant seulement en avant et latéralement, et fermé par les plans inclinés qui constituent la partie solide de la voûte.

Cette perforation a la forme d'un ovale à extrémités inégales ; la grosse extrémité est située en avant et la petite en arrière. Celle-ci se termine en pointe mousse. En avant, au contraire, les bords latéraux s'arrondissent en se rejoignant immédiatement derrière le bord alvéolaire supérieur, et la solution de continuité vient pour ainsi dire échouer contre cet os.

Les diamètres de la perforation, mesurés avec un compas, sont de 23 millimètres pour le diamètre antéro-postérieur, et de 16 millimètres pour la plus grande dimension transversale.

Aucune opération n'avait été pratiquée pour remédier à cet état de choses déjà fort ancien. La malade se contentait d'un obturateur d'argent qui, devenu beaucoup trop petit, ne servait à rien et jouait librement dans les fosses nasales et la perforation.

Une guérison radicale par les procédés de la chirurgie séduisit la malade; mais se sentant en bon état de santé et désireuse de ne pas prolonger indéfiniment son séjour à l'hôpital, elle devint pressante et il fallut prendre jour pour l'opérer.

M. Trélat fit la palatoplastie (dont les manœuvres seront décrites plus loin), le 28 septembre, cinquante-neuf jours après l'accouchement.

Vers la fin de l'opération il y eut une courte syncope suivie de vomissements. Des caillots sanguins, provenant du sang avalé furent expulsés à trois ou quatre reprises par larges gorgées. Tout se calma dès que l'estomac fut débarrassé, et sauf la fatigue, l'état de la malade était excellent quand elle fut couchée.

Le jour de l'opération, abstinence complète d'aliments, repos, silence; quatre lavements de bouillon, dont un avec 15 gouttes de laudanum.

Le 29 septembre, pouls à 90, la malade a bien dormi. A la partie antérieure du bord externe du lambeau gauche, petite teinte violacée, indice d'un commencement de sphacèle, au niveau de la seconde incisive, là où le décollement avait dû être un peu exagéré.

Le lambeau droit est parfaitement sain et rosé; seulement, il forme un godet à convexité interne, qui le rapproche par sa face inférieure du lambeau gauche, de manière qu'il n'existe plus qu'une petite rainure de séparation entre les deux lambeaux, du moins à la partie moyenne.

Prescription. — Gargarisme avec 15 grammes d'alcoolat de mélisse; quatre lavements de bouillon.

Le 30, pouls à 92. Gargarisme *ut supra*.

Régime. — Quatre potages au tapioca.

Le 1er octobre, pouls à 96; mortification plus avancée du bord externe du lambeau gauche; petite escharre grisâtre se détachant facilement sous forme de bande mince. Bouillons, lait, vin sucré.

Le 2, le travail continue, détersion des tissus sous-jacents.

Le 3, trois fils de suture sont enlevés; d'abord le sixième et le cinquième, puis le troisième en comptant d'avant en arrière. La suture tient bien en arrière au niveau des fils enlevés. Pouls à 90. Bouillons, tapioca, lait, vin.

Le 4, pouls à 84; état général bon. Les trois fils d'argent qui restent sont enlevés. Les lambeaux ne sont écartés qu'avec précaution pour ne pas séparer les lèvres de la suture qu'on entrevoit au fond d'une fente limitée par les faces muqueuses des lambeaux. Du reste, aucune apparence de désunion.

Le 5, pouls à 84. La malade se lève et tousse un peu.

Les lambeaux prennent une coloration plus rosée, le lambeau gauche se déterge bien. La suture paraît tenir. Potages, une portion de hachis; Bordeaux 120 gr. Tapioca, sp. morphine 30 gr.

Du 5 au 8, rien de particulier.

Le 9, onzième jour de l'opération. A la visite du matin, M. Trélat constate au niveau de la suture à un centimètre et demi environ de la partie antérieure, la présence d'un petit trou de la grosseur d'un très-petit pois. Cautérisation avec le nitrate d'argent pour faire bourgeonner les bords de cet orifice.

Le 10, état stationnaire.

Le 11, le trou s'est agrandi et a pris une forme ovale. On constate de plus, immédiatement en avant de lui et dans la dépression linéaire correspondant à la suture, un amincissement des tissus, un aspect blafard et grisâtre de la cicatrice, qui sont le résultat d'un travail ulcératif ou mieux d'une résorption lente aboutissant finalement à une solution de continuité.

Dans la crainte que la mastication et le contact de corps durs n'augmentent la désunion, on revient aux aliments purement liquides, tapioca, lait, etc.

Le 12, des mucosités épaisses desséchées et filantes, provenant des fosses nasales sont retirées par le trou de la voûte palatine, où elles s'étaient accumulées. Le travail ulcératif continue à faire des progrès.

Le 14, la malade réclame avec instance des aliments solides et reprend son alimentation ordinaire. Elle se lève et se promène dans le préau de l'établissement pendant l'après-midi. Son état général est bon et cependant la perforation s'agrandit encore. Toute la portion antérieure de la cicatrice suturale s'amincit, s'étire. Bientôt elle ne consiste plus qu'en une sorte de réseau constitué par des brides qui limitent trois ou quatre petits orifices.

Le 26, le travail de désorganisation paraît arrêté. L'état général est excellent. Voici ce qui reste au niveau de la suture :

1° En arrière un espace de 10 millimètres, qui persiste et paraît solide. On ne voit à ce niveau qu'une légère dépression courbe;

2° En allant d'arrière en avant, on trouve une solution de continuité ayant une forme assez régulièrement elliptique. Le diamètre antéro-postérieur de l'ellipse est de 12 millimètres environ; le diamètre transverse de 7 millimètres.

En avant de ce trou elliptique se trouve un autre petit trou circulaire de 2 millimètres de diamètre environ et séparé du premier par un pont de tissu très-mince qui tend à disparaître. Enfin, tout à fait en avant, il ne reste plus qu'une trace de l'union des deux lambeaux. Quant à ceux-ci, ils se sont graduellement rétractés, les plaies correspondant à leurs bords externes sont cicatrisées, et il ne reste plus à ce niveau que de légères dépressions rosées, qui laissent à peine soupçonner les longues incisions et le décollement dont les tissus de la voûte palatine ont été le siége.

La malade parle mieux qu'avant l'opération. Il n'y a plus qu'un nasonnement très-modéré. Les mots à consonnance gutturale sont prononcés d'une manière intelligible et on est en droit d'espérer que la parole reviendra tout à fait normale si une nouvelle opération permet de fermer complétement la perforation.

La malade quitte l'hôpital le 31 octobre, dans son état actuel, mais elle me promet de revenir en temps utile et semble désireuse d'être radicalement guérie. Je ne manquerai pas de faire part à la Société de ce qui adviendra.

D'après le conseil de nos deux collègues, MM. Broca et Legouest, je n'ai voulu rien entreprendre de nouveau à si court délai et je me propose de laisser passer six ou huit mois avant de procéder à une seconde opération.

Réflexions par M. Trélat. — Maintenant que le fait est connu dans ses détails, je reviens sur certains points particuliers.

J'avais à faire ici à une perforation accidentelle chez un adulte; par conséquent le bord alvéolaire, les dents, les lèvres offraient leur disposition normale. Et comme la perte de substance arrivait en avant par sa grosse extrémité, juste derrière le bord alvéolaire dont la paroi était verticale, les manœuvres à effectuer dans ce point devaient offrir de réelles difficultés tant pour l'avivement que pour la suture, et surtout pour cette dernière.

Je savais d'ailleurs que des chirurgiens, d'une incontestable habileté, n'étaient parvenus qu'à grand'peine à effectuer convenablement la suture dans des cas plus favorables que celui-ci. On se représentera aisément le genre d'obstacle qu'il y avait à vaincre en pensant qu'il fallait passer des fils et manœuvrer des aiguilles derrière les dents et le bord alvéolaire, c'est-à-dire dans un endroit où on ne peut faire exécuter aucun mouvement de bascule au manche des instruments à cause de la saillie des dents.

J'avais fait fabriquer deux aiguilles fixes semblables l'une à l'autre et disposées de la manière suivante : le chas est placé près de la pointe et cette pointe est ramenée parallèlement à la tige de l'aiguille. La longueur de la partie récurrente est de 18 millimètres. L'écart entre cette partie récurrente et la tige est de 6 millimètres. En somme, l'aiguille pique en attirant le manche vers soi, à la manière d'une érigne fortement courbée.

Muni de ces aiguilles et d'une rugine qui m'a été fort commode mais qui ne mérite pas qu'on s'y arrête, je procédai à l'opération avec l'assistance de mon collègue M. Guyon.

L'avivement, fait avec grand soin, ne fut un peu difficile qu'en avant et sur un point du bord droit, qui était froncé par une sorte de pli serré. Immédiatement après, longues incisions à droite et à gauche, étendues depuis le côté externe du crochet de l'aile ptérygoïdienne jusqu'à l'intervalle de la seconde incisive avec la canine et longeant à quelques millimètres le bord alvéolaire interne. Détachement avec la rugine de chacun des lambeaux. Dans ce temps, le pédicule antérieur du lambeau gauche est détruit dans une petite partie de son adhérence à la seconde incisive. Cette destruction explique une gangrène très-limitée, dont le bord libre de ce lambeau devint plus tard le siége.

Pendant le décollement des lambeaux, hémorrhagie abondante sans être excessive. La glace en petits fragments et l'eau de Pagliari directement portée sur les surfaces saignantes modèrent l'écoulement sanguin, puis le suspendent complétement. Au bout d'une demie-heure, je procède à la suture.

Mon aiguille porte un fil double (de chanvre) dont les deux extrémités sont engagées dans le chas d'une quantité juste suffisante pour qu'ils tiennent. L'anse pend librement. Ainsi armée, l'aiguille est portée à travers la perforation, derrière ou au-dessus du lambeau droit; j'appuie sa tige contre le bord du lambeau, la pointe étant alors forcément à 6 millimètres du bord, et j'attire à moi le manche de l'instrument. Dès que le chas a traversé le lambeau d'arrière en avant, je saisis avec une pince les extrémités du fil, je les dégage, et pendant que je les maintiens avec la pince, je retire l'aiguille d'avant en arrière. J'ai alors une anse de fil souple placée de telle sorte qu'elle me permettra de ramener d'arrière en avant un fil métallique.

Cette première manœuvre de l'aiguille avait été effectuée avec un peu d'hésitation; elle était d'ailleurs la plus difficile puisqu'elle correspondait au point le plus antérieur. Les autres furent au contraire rapides et faciles. Je plaçai ainsi sur chaque lèvre avivée six anses de fil souple, en tout douze anses. Ces anses étaient rangées sur la joue correspondante à leur côté et maintenues par la main d'un aide. Elles se correspondaient deux à deux et me permirent de ramener, sans la moindre difficulté, six fils d'argent convenablement placés. Ils furent tordus sur l'extrémité des index, et dès que cette torsion fut achevée et que les bouts tordus furent inclinés sur le côté, on put voir que la juxtaposition des parties était exacte, sauf à l'extrémité antérieure où il restait un hiatus gros comme une tête d'épingle.

Ces manœuvres, compliquées en apparence, n'avaient pas demandé plus d'une demie-heure. Toute l'opération, y compris le temps perdu et celui qui avait été consacré à l'hémostase, avait duré une heure et demie.

En somme, ce procédé de suture, qui a une étroite parenté avec celui que j'ai exposé pour la staphyloraphie, a pour résultat de ne réclamer que des mouvements droits de ponction et de contre-ponction et des manœuvres qui s'accomplissent hors de la bouche. Quoique je l'employasse pour la première fois, je n'ai eu aucune entrave; tout s'est passé régulièrement; pas un fil cassé ni tordu. C'est cette facilité d'exécution qui m'a engagé à le communiquer à la Société. Je ne mets pas en doute qu'on ne puisse arriver autrement à pratiquer la suture palatine, qu'on puisse, à l'aide des instruments jusqu'ici connus et avec de l'habileté, vaincre les difficultés inhérentes à l'opération; mais je crois que le procédé que j'ai décrit est à la fois une simplification et une facilité. Je serais heureux que mes collègues voulussent bien, le cas échéant, le soumettre à l'expérience.

Après avoir parlé de l'opération en elle-même, permettez-moi d'attirer un moment votre attention sur la nature des accidents qui l'ont fait échouer.

D'habitude l'insuccès des opérations plastiques tient à deux causes: la mortification des lambeaux juxtaposés ou bien la violence de l'inflammation. Ces deux causes ont en général une action rapide; on peut prévoir l'absence de réunion dès les premiers jours; il devient parfois nécessaire d'enlever prématurément les fils et en tout cas, dès que ceux-ci sont enlevés, on voit les lèvres de la réunion s'écarter l'une de l'autre. Il n'en a pas été ainsi chez ma malade. Au moment de l'enlèvement des fils, le cinquième et le sixième jour, la réunion semblait irréprochable. C'est seulement le onzième jour après l'opération que je constatai au milieu de la ligne suturale une petite trace jaunâtre qui indiquait un travail ulcératif. Puis graduellement et d'arrière en avant, la cicatrice s'amincit, sembla s'étirer; bientôt elle se perfora de pertuis séparés par des brides minces, qui disparurent peu à peu excepté une. Ce travail de résorption lente dura depuis le douzième jusqu'au vingt-cinquième jour après l'opération. Il semble enrayé depuis ce moment, et quoique je considère ma tentative comme arrêtée, tout bénéfice n'est cependant pas perdu puisque la perforation est rétrécie de 12 millimètres dans sa longueur et de 9 millimètres dans sa largeur.

Ce mode de désunion, quoique peu fréquent, a été observé par plusieurs chirurgiens, et je ne serais pas surpris que plusieurs d'entre vous aient pu le constater. Roux (*Chirurgie réparatrice*, page 159) l'a vu chez un jeune enfant qu'il avait opéré d'un bec-de-lièvre trois jours après la naissance. Mais plus heureux que moi, Roux, après avoir regardé l'opération comme manquée, vit avec surprise les brides amincies reprendre de la solidité et de l'épaisseur et rétablir en somme la continuité des deux lambeaux. Je crois qu'un fait analogue s'est présenté à notre collègue M. Follin.

Quelle cause donner à cette régression du travail plastique. Il y en a deux qu'on peut rationnellement invoquer : la proximité de l'accouchement et la constitution de la malade. J'avoue que si j'avais été absolument libre, j'aurais laissé passer trois ou quatre mois avant d'opérer; mais je crois cependant, avec mes collègues MM. Broca et Legouest, que la constitution ou mieux la diathèse, mérite beaucoup plus justement d'être incriminée. La scrofule, qui s'est manifestée par le lupus de l'enfance, n'est sans doute pas complétement guérie et maintient encore le sujet sous sa dépendance.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 31 octobre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

A propos de la correspondance :

M. BROCA, au nom de M. Fleury, membre correspondant à Clermont, montre une pièce anatomique et communique l'observation suivante :

Fracture bi-condylienne de l'humérus.

Il y a déjà longtemps que j'avais été frappé par un fait qui avait éveillé mon attention, mais que je n'avais pu vérifier à l'examen de la pièce anatomique, l'affection n'entraînant pas ordinairement la mort du blessé.

Un malade était entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traité des suites d'une chûte. Le coude sur lequel il était tombé était gonflé, douloureux et donnait, lorsqu'on saisissait le poignet pour imprimer un mouvement de rotation à tout le membre thoracique, une sensation de crépitation manifeste (symptôme pathognomonique d'une fracture).

L'examen de l'avant-bras n'y faisait cependant reconnaître aucun désordre. Le radius exécutait sur la tubérosité de l'humérus des mouvements de rotation faciles et indolents, le cubitus était intact. L'olécrâne faisait sous la peau sa saillie normale, les tubérosités de l'humérus avaient conservé avec cette éminence leurs rapports anatomiques; l'avant-bras jouissait donc d'une intégrité parfaite.

J'examinai ensuite le bras, et pour savoir s'il n'y existait aucune mobilité anormale, je saisis, avec l'index et le pouce de la main droite, l'extrémité inférieure de l'humérus, en plaçant ces doigts sur l'épicondyle et l'épitrochlée pendant que la main gauche en embrassait l'extrémité supérieure, et la portait en sens opposé; aucun bruit de crépitation n'était perçu, néanmoins celle-ci se reproduisait lorsque je faisais exécuter un mouvement de rotation, le membre saisi par le poignet.

Je soupçonnai alors une fracture qui divisait en deux pièces l'extrémité inférieure de l'humérus que je rapprochais en appuyant mes doigts sur les deux fragments.

Les malades quittent ordinairement l'hôpital dès qu'ils sont guéris; on ne les revoit plus, et du reste si la fracture est consolidée, on n'en trouve plus la moindre trace.

Le fait me paraissait hors de doute, lorsqu'au mois de juillet dernier, 1866, un maçon fut transporté dans mes salles pour y être traité d'une double fracture, l'une au bras, l'autre à la jambe. Cette dernière était comminutive, compliquée d'une plaie aux parties molles, communiquant avec le foyer de la fracture et l'articulation du genou.

La mort en a été la conséquence.

J'avais cru reconnaître au coude une lésion analogue à celle que j'ai décrite plus haut, de la crépitation lorsque j'imprimais un mouvement de rotation au membre thoracique saisi par le poignet, et la disparition de ce symptôme lorsque pour examiner le bras j'en fixais l'extrémité supérieure avec l'une des mains, pendant que l'autre appuyait sur l'épicondyle et l'épitrochlée.

A l'autopsie j'ai trouvé la lésion que j'avais soupçonnée et qui consistait en une séparation des deux tubérosités de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Avec la pièce sous les yeux, on se rend parfaitement compte du fait que j'avais cru reconnaître.

Les deux tubérosités et les facettes articulaires qu'elles surmontent ont été séparées de la diaphyse de l'os. Elles sont complétement mobiles et ne pouvaient être retenues que par les liens articulaires. L'un des fragments pourrait être appelé cubital, l'autre radial. La trochlée humérale est en effet divisée en deux parties à peu près égales, dont l'interne répond au cubitus et l'externe au radius. L'articulation huméro-radio-cubitale se trouve ainsi décomposée en radio-humérale et en huméro-cubitale. La forme du fragment huméral est remarquable. C'est un véritable coin, dont le sommet s'avance jusqu'à un centimètre de la surface articulaire qui semble avoir dû éclater sous l'influence de la pression.

C'est au niveau du coude, au point d'intersection des deux fragments, que la crépitation et la mobilité anormale, ont été perçues lorsqu'on faisait mouvoir le bras en lui imprimant un mouvement de rotation.

L'extrémité supérieure du cubitus et du radius avaient conservé leur intégrité, la fracture devait donc avoir son siége à l'humérus; c'est, en effet, ce que l'autopsie a permis de vérifier; mais si, pendant la vie, on appuyait les doigts sur les deux tubérosités, on les rapprochait l'une de l'autre et on maintenait la fracture réduite, son existence pouvait donc être mise en doute.

J'ignore si ce symptôme des fractures de l'extrémité articulaire de l'humérus a été décrit, je ne l'ai vu signalé nulle part.

M. GIRALDÈS. Le signe indiqué par M. Fleury est en effet fort précieux pour établir le diagnostic des fractures condyliennes de l'humérus. Il y a bien longtemps, pour ma part, que je le fais constater dans mon service.

M. MARJOLIN. Les fractures condyliennes de l'humérus sont très-faciles à reconnaître chez les enfants, au début du moins. Les fractures bi-condyliennes sont bien rares.

M. LEFORT. J'ai eu l'occasion d'observer et d'examiner, dans le service de M. Laugier lorsque j'étais son interne, une fracture du coude. Une chûte sur le coude et sur la partie saillante de l'olécrâne,

avait amené le détachement d'un fragment triangulaire à base inférieure, faisant partie de la portion articulaire de l'humérus et intermédiaire à l'épitrochlée et à l'épicondyle qui se continuaient avec l'humérus, sans présenter aucune lésion.

COMMUNICATION.

Palatoplastie.

M. TRÉLAT. J'ai eu occasion de pratiquer dernièrement une opération de palatoplastie pour remédier à une perforation pathologique, et quoique j'aie partiellement échoué, je crois utile de communiquer à la Société quelques modifications que j'ai introduites dans le manuel opératoire et les causes très-particulières qui ont déterminé l'insuccès. Voici l'histoire de ma malade telle qu'elle résulte des notes prises très-exactement par M. Chantreuil, interne de la Maternité. (Voir plus haut.)

M. LE FORT. J'ai pratiqué, il y a deux ans, une staphyloraphie. Grâce à une manœuvre particulière, j'ai pu éviter le passage des fils d'arrière en avant. Des fils d'argent ayant été placés d'avant en arrière sur l'un des bords de la division, je plaçai sur l'autre bord des fils souples ainsi disposés qu'une anse pendait dans la division vis à vis de chacun de mes fils métalliques. Chaque anse me servit à accrocher et à passer à travers la lèvre opposée le fil d'argent correspondant.

M. TRÉLAT. Notre collègue a fait usage d'un bon procédé que j'ai eu soin de rappeler lorsque j'ai communiqué à la Société l'histoire de deux opérations de staphyloraphie. Ce procédé est décrit et connu sous le nom d'A. Bérard, auquel il appartient. Très-utile dans la staphyloraphie pour laquelle il a été imaginé, il ne serait pas praticable dans la palatoplastie.

MM. LARREY ET A. GUÉRIN font remarquer que les instruments de Fauraytier et de Dupierris rendent de très-grands services. M. Guérin pense que l'instrument de Dupierris répond à presque toutes les indications, il rend très-facile l'opération de la staphyloraphie.

M. TRÉLAT. L'instrument de Fauraytier a été abandonné par presque tous les chirurgiens, M. Sédillot cependant lui est resté fidèle. Je ne me suis pas servi de l'instrument de Dupierris et n'ai pas songé à en faire usage. Je le crois trop volumineux et trop peu piquant pour agir convenablement dans la palatoplastie. Je n'ai d'ailleurs pas la prétention d'imposer un procédé. Je veux seulement que l'on sache que, grâce à ce procédé, j'ai agi très-facilement dans une opération où chacun s'accorde à considérer l'application de la suture comme difficile et délicate.

M. BROCA. Je crois que lorsqu'il s'agit de palatoplastie il faut bannir tous les souvenirs de staphyloraphie. Dans cette opération, on a beaucoup d'espace pour manœuvrer; dans la palatoplastie, il est toujours fort restreint. En particulier, lorsque la perforation de la voûte palatine est congénitale, sa forme en ogive enlève presque tout espace, aussi éprouve-t-on, surtout à la partie antérieure, de très-grandes difficultés pour appliquer la suture.

Je les ai bien éprouvées en opérant avec mon ami M. Follin un enfant d'une dizaine d'années. La première partie de l'opération avait été rapide et simple. Lorsqu'il s'agit de passer les fils j'épuisai tout l'arsenal chirurgical; mes tentatives étaient restées vaines lorsque M. Follin mit à ma disposition une aiguille qu'il avait récemment imaginée. La pointe et le manche de cette aiguille sont rigides, mais le corps est malléable. Je la courbai en forme d'bameçon pour le premier point, l'antérieur, puis je modifiai sa forme, je la modelai pour ainsi dire pour chacun des autres, et j'arrivai ainsi à passer assez facilement tous mes fils. Il restait à substituer, par le procédé d'A. Bérard, des fils d'argent aux fils de soie; ici la lutte recommença, mais inutilement. Je dus renoncer aux fils métalliques et affronter avec les fils souples. Le succès fut néanmoins complet et remarquable comme résultats définitifs. Je reste convaincu que la trop grande finesse de l'aiguille de M. Follin avec laquelle nous n'avions pu faire que de trop petites perforations, a été la cause de notre échec pour la substitution des fils métalliques aux fils de soie.

M. VERNEUIL. Je pense que tous les ingénieux instruments imaginés à propos de la staphyloraphie pour le passage des fils seront abandonnés.

Avec les petites aiguilles américaines si tranchantes et si faciles à manœuvrer, on peut, en variant l'inclinaison de l'aiguille sur le porte-aiguille, réussir dans l'immense majorité des cas à placer ses points de suture sur les deux lèvres d'une division ou d'une fistule. Il faut, il est vrai, éviter le passage d'arrière en avant, ce à quoi l'on arrive, grâce au procédé d'A. Bérard. A l'aide de cette manœuvre et aux instruments dont je viens de parler on peut, je le répète, suffire à presque toutes les indications de la suture.

M. DEPAUL. Je partage la manière de voir de M. Verneuil, je crois comme lui que les aiguilles américaines et un bon porte-aiguille sont les seuls instruments nécessaires dans la grande majorité des cas. Je veux revenir sur un autre point de la communication de M. Trélat. Cette désunion incomplète, cet amincissement, cet affaiblissement de la cicatrice je l'ai observé deux fois après l'opération du bec de lièvre.

Dans le premier cas le bec de lièvre était double, j'opérais en dehors de l'hôpital. Tout marcha régulièrement, les épingles, dont je me sers encore, avaient été successivement retirées, la réunion était complète et parfaite. Au bout de quelques jours on me fit voir une teinte grisâtre de la cicatrice. Cette teinte n'était pas due à une exsudation, elle paraissait profonde; bientôt la cicatrice s'amincit, des perforations se produisirent en deux points et deux petites brides restèrent comme seuls vestiges de la réunion. Cela suffit cependant pour empêcher un nouvel écartement; à la longue, ces brides se sont si bien renforcées qu'il y a aujourd'hui, après deux années écoulées, une réunion solide quoiqu'incomplète, et qu'il sera facile de la parfaire à l'aide d'une petite opération.

J'opérai le second enfant à l'hôpital, au troisième jour après la naissance selon mon habitude. Après un succès en apparence complet, j'ai vu se reproduire les mêmes phénomènes de désunion partielle. Ce malade a été perdu de vue.

Je n'ajouterai plus qu'une remarque, c'est que je ne puis admettre, comme le pense M. Trélat, qu'il y ait là un simple travail de résorption. Il y a, je crois, une inflammation véritable, analogue à celle qui accompagne la chûte du cordon ombilical, une inflammation que l'on pourrait appeler ulcérative.

M. TRÉLAT. Je remercie M. Depaul de son intéressante communication. Il est évident que nos malades ont subi le même processus pathologique. Est-ce une inflammation? Je ne veux pas aborder ce point de doctrine, mais, en présence de l'opinion exprimée par M. Depaul, je dois répéter que chez ma malade, il y a eu amoindrissement, amincissement des lambeaux et de la cicatrice mais pas de travail inflammatoire.

M. Broca nous a raconté les difficultés qu'il a éprouvé pour passer les fils. Il n'y est arrivé en somme qu'en se servant d'un instrument auquel il a donné une forme fort analogue à celle que j'ai cru devoir donner au mien. Grâce à cette aiguille j'ai pu d'ailleurs absolument éviter les grandes difficultés dont a triomphé notre babile collègue.

En fait de palatoplastie, on ne peut, en vérité, procéder par comparaison. Il y a des difficultés toutes spéciales, qui nécessitent, je crois, un outillage particulier. Aussi, je n'hésite pas à prédire à M. Verneuil qu'il éprouvera les plus grandes difficultés s'il veut se servir pour la palatoplastie des aiguilles américaines, si utiles d'ailleurs pour d'autres opérations.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Altération des os du bassin pouvant simuler une coxalgie.

M. MARJOLIN présente une pièce anatomique dont la description sera publiée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 octobre 1866, rendu sur la proposition du Ministre de la guerre, ont été nommés :

A un emploi de vétérinaire en premier. — M. Jovart, vétérinaire en deuxième à l'artillerie à cheval de la garde impériale, en remplacement de M. Watrin, placé en non-activité pour infirmités temporaires.

A deux emplois de vétérinaire en deuxième. — Tour du choix, M. Laquerrière, aide-vétérinaire au 3e hussards, en remplacement de M. Bugnet, démissionnaire.

Tour de l'ancienneté, M. Quin, aide-vétérinaire à l'artillerie à cheval de la garde impériale, en remplacement de M. Dumoulin, décédé.

— La première leçon du cours de physique biologique à la Faculté de médecine, qui devait avoir lieu mercredi dernier, a dû être ajournée à cause des obsèques de M. le professeur Natalis Guillot. Elle aura lieu mercredi prochain à cinq heures.

— M. le docteur Fano, professeur agrégé de la Faculté, commencera ses conférences d'ophthalmologie et de chirurgie, le mardi 20 novembre, à midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants, à la même heure. La conférence du samedi sera spécialement réservée à l'ophthalmoscopie.

— Le docteur Ch. Fauvel reprendra son cours public et clinique de laryngoscopie et de rhinoscopie samedi prochain, 17 novembre, à dix heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, de dix heures à midi, à son dispensaire, rue Visconti, 18 (ancienne rue des Marais-Saint-Germain). L'éclairage du miroir laryngien se fera au moyen de la lumière Drummond, ce qui permet à plusieurs personnes de voir en même temps.

— Le docteur Édouard Meyer commencera son cours public d'ophthalmologie à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, le lundi 19 novembre, à sept heures du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera des anomalies de la réfraction, des affections de l'accommodation et de l'appareil musculaire de l'œil.

Conférences publiques de clinique ophthalmologique, les lundis et vendredis à midi et demi, rue de l'École-de-Médecine, 41.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 135. — MARDI 20 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 20 NOVEMBRE 1866. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 NOVEMBRE 1866.

Cours et conférences.

Les vacances sont terminées ; les élèves se pressent de nouveau dans les divers amphithéâtres ; pendant la semaine dernière nous avons assisté aux leçons d'ouverture des cours de clinique médicale, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à la Charité.

La leçon de M. Raynaud était suivie par un très-nombreux auditoire, heureux d'assister aux débuts d'un jeune professeur, sympathique à tous. Nous ne devons rien en dire ici, car nous aurons bientôt le plaisir de la placer *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs.

Dans sa première conférence, M. Guéneau de Mussy, comme d'ordinaire, a fait montre de ces qualités qui depuis longtemps lui ont créé une place à part dans l'enseignement pratique. Il s'applique toujours et il apprend à ne rien laisser échapper dans l'observation d'un malade. Nul ne possède une patience plus infatigable, une attention plus soutenue ou plus minutieuse.

Il faut déjà savoir beaucoup pour suivre un pareil professeur avec tout le fruit qu'on peut en tirer ; car pour l'élève qui commence, les grandes lignes s'effaceraient un peu derrière ce luxe exubérant de détails, tous mis en saillie. Mais pour celui qui n'est plus étranger aux premières notions de pathologie, combien ces détails sont intéressants !

Non-seulement M. Guéneau de Mussy s'efforce de voir jusqu'au moindre symptôme, jusqu'au moindre signe indiquant le tempérament et l'état des forces : la nature, l'étendue et les progrès du mal ; mais il cherche à trouver de chacun les explications les plus rationnelles, et leur donne de l'importance par des rapprochements ingénieux. Il ne néglige, bien entendu, aucun moyen de diagnostic, et se tient toujours au courant des instruments ou procédés nouveaux. Aussi ces conférences constituent-elles, pour ainsi dire, une clinique de perfectionnement.

Souvent une séance ne suffit pas pour compléter l'histoire d'un seul malade ; c'est ce qui est arrivé mercredi dernier.

M. Guéneau de Mussy avait à parler d'une femme atteinte de colique hépatique avec ictère. Après avoir fait remarquer que cette femme, déjà d'un certain âge, ne présentait pas néanmoins les signes ordinaires de la vieillesse, signes qu'il a indiqués avec détails ; puis après avoir recherché, à l'aide des commémoratifs, à quelles maladies, ou à quels malaises elle avait jusqu'alors été sujette, il est arrivé à dépeindre l'affection récente dont elle souffrait.

En outre de ce qui rentrerait dans une description classique, nous avons remarqué les traits suivants :

Ictère, œdème, douleurs réflexes. — M. Guéneau de Mussy a signalé un phénomène, qui se rencontrerait, dit-il, très-fréquemment dans les ictères de toute espèce, lorsqu'ils durent depuis un certain temps. Il existe alors un léger degré d'œdème sous-cutané ou d'anasarque, par suite duquel la peau garde l'empreinte du doigt ou du corps dur qui la presse. M. Guéneau de Mussy rapproche cet œdème de la tendance aux hémorrhagies qui se remarque chez la plupart des ictériques, et qui est du, sans doute, à un même genre de cause, l'altération du sang par les sels biliaires, etc.

Un autre signe sur lequel le professeur a beaucoup aussi insisté, c'est l'existence de ces douleurs réflexes qu'on rencontre si communément dans toute affection viscérale, et que M. Cruveilhier a signalées le premier en 1837, dans la *Gazette des hôpitaux*.

Calculs biliaires et arthritis. — A propos des calculs biliaires, M. Guéneau a présenté toute une théorie sur la diathèse arthritique, à laquelle il rattache non-seulement ces calculs, mais les calculs rénaux, les migraines vraies, les accès d'asthme.

« J'ai vu, dit-il, des asthmatiques cesser de l'être en devenant goutteux. J'ai vu des filles de goutteux, asthmatiques elles-mêmes, ou sujettes aux migraines, aux coliques néphrétiques, etc., engendrer des goutteux. Il ne faut pas dire alors que la goutte a sauté une génération ; elle s'est transformée, mais la diathèse n'en a pas été moins active. »

Depuis les travaux de Bazin, le rôle de la diathèse arthritique a été grandi de plus en plus. Ne l'exagère-t-on pas un peu ? C'est une question trop importante pour être abordée incidemment.

M. Bouillaud a consacré cette année sa première leçon de clinique au développement de considérations générales : sur la science du médecin, sur les systèmes médicaux et les méthodes. C'est par des questions insolubles, a-t-il dit, que sont séparés les organiciens et les vitalistes. Ils veulent expliquer à leur manière les actions vitales, choses inexplicables, comme sont aussi les mouvements des astres ; car l'attraction, comme la vie, est-ce une force distincte ? est-ce une propriété de la matière ? Qu'on adopte l'une ou l'autre de ces hypothèses, on n'en est pas plus avancé. Le problème, posé depuis six mille ans, n'a pas fait un pas vers la solution, et n'en fera jamais, car il est au-dessus de notre intelligence.

On se fait souvent illusion, ajoute M. Bouillaud, à ce sujet comme au sujet des méthodes. On n'invente pas de nouvelles méthodes, on peut inventer de nouveaux instruments qui augmentent la puissance de quelque sens ; mais la méthode, vieille comme le monde, est toujours la même : *experimento-rationnelle*.. C'est elle qu'ont employés Hippocrate, Galien, comme Descartes aussi bien que Bacon. La lutte est bonne pour les hommes ; mais ce qui les sépare ce sont des mots, des simples mots derrière lesquels sont des choses insolubles. Du reste quelle que soit l'opinion qu'on adopte, qu'on se dise organicien ou vitaliste, on peut faire des progrès égaux dans l'étude de la médecine, si l'on applique bien ses facultés.

Ces paroles nous semblaient empreintes d'une telle modération, que nous les écoutions avec bonheur, espérant voir à jamais passés ces jours d'aigreur et de récrimination dont nous avons tous le souvenir.

Mais cet espoir a été déçu. Par une brusque transition, à propos de l'unité de la médecine véritable, M. Bouillaud s'est mis à nous dire que cette médecine, lui seul la possédait et l'enseignait dans son entier ; qu'elle n'avait pas varié à sa clinique depuis trente ans ; que depuis lors il y reconnaissait, déterminait, et guérissait l'*immense majorité* des maladies avec une certitude égale à celle du mathématicien appliquant ses règles et ses axiomes. De là il en vint à une sortie violente contre les professeurs des facultés et des écoles secondaires, contre les journalistes médicaux, contre tout le monde, contre tous ceux qu'il accusait de fermer les yeux à la lumière et de ne pas venir chercher auprès de lui la seule médecine véritable.

Nous aurions voulu avoir mal compris ; mais le doute nous fut impossible.

Ainsi cette leçon si bien commencée, par des réflexions si élevées, et de si sages exhortations à la tolérance réciproque, devait encore se terminer par une de ces apologies, je dirais presque *apothéoses* personnelles, avec dénigrement d'autrui, qu'on n'aime pas à voir figurer partout ailleurs que dans une réclame.

Desinit in piscem mulier formosa superne.

Nous en sommes d'autant plus peinés que M. Bouillaud a fait autrefois des travaux assez importants pour n'avoir point à imiter ceux qui, du domaine scientifique, revendiquent le tout, faute de posséder légitimement quelque parcelle.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Phlegmon diffus profond de l'avant-bras gauche. — Incisions multiples. — Guérison.

(Observation recueillie par M. MOHAMMED DOURRY, élève du service.)

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Nélaton un cas très-intéressant et très-instructif que notre maître nous a autorisé à publier. Il s'agit d'un de ces phlegmons diffus de l'avant-bras, siégeant dans la couche musculaire profonde au devant du ligament interosseux. Ce fait est remarquable par la multiplicité des incisions qui ont été nécessaires pour amener la guérison, et par la profondeur qu'ont atteintes plusieurs d'entre elles. Nous avons surtout été frappé de la manière dont a procédé M. le professeur Nélaton dès l'entrée de la malade à l'hôpital. On ne pouvait constater alors que l'empâtement considérable du membre, sans fluctuation. Le chirurgien déclara qu'il existait un foyer profond sous-

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr (1),

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

Je vous ai dit, messieurs, dans quelle situation Desgenettes avait trouvé Vicq-d'Azyr au commencement de 1792 ; les choses étaient bien changées lors de sa seconde visite, en 1793. Vicq-d'Azyr, après le 10 août, après les journées de septembre, s'était éloigné de Paris, laissant là sa Société de médecine qui, peu après son installation au Louvre, avait été reléguée dans les combles de cet édifice ; il en avait été de même de l'Académie des sciences ; il avait fallu céder la grande salle à un atelier de tailleurs chargés de confectionner des habits pour les bataillons de volontaires. Vicq-d'Azyr s'était d'abord réfugié à Valognes, près de son vieux père, mais bientôt il apprit qu'il y était mal noté ; ses lettres ne lui étaient remises qu'après avoir été décachetées par la municipalité, ce qui le classait parmi les suspects. Dans ces circonstances, Vicq-d'Azyr s'était dit, et avec raison, qu'il y aurait encore moins de dangers à courir pour lui à Paris qu'à Valognes, et il y était revenu ; il y avait retrouvé son ami Condorcet, mais dans des sentiments bien différents des siens. Condorcet n'avait point reculé quand était venu le moment de réaliser ses théories politiques, d'en faire l'application, il n'avait pas hésité ; après avoir fait de la critique avec Voltaire, de l'enthousiasme avec Diderot et Reynal, il avait passé, en 92, du parti de Lafayette et de Bailly dans le camp des républicains ou plutôt dans celui de Pétion et de Roland. Vicq-d'Azyr, effrayé de ses premiers excès, s'était séparé de Condorcet sans pour cela cesser de l'estimer et de l'aimer ; il cherchait alors à s'effacer entièrement, à se faire oublier, mais il sentait lui-même qu'il avait été trop en évidence ; c'est dans ces circonstances que Desgenettes alla lui rendre visite.

Nommé médecin de l'armée qui se réunissait au pied des Alpes, Desgenettes ne voulait pas quitter Paris sans offrir de nouveau ses hommages à Vicq-d'Azyr ; il le trouva plongé dans de mortelles inquiétudes : « Je vous félicite, monsieur, lui dit Vicq-d'Azyr, vous « venez d'obtenir une belle place ; j'envie votre sort, vous allez sortir « de la tourmente où nous sommes. » On était alors dans les premiers mois de 1793 ; après quelques détails sur des faits antérieurs, Vicq-d'Azyr en vint à la position douloureuse dans laquelle il se trouvait : « J'étais, comme vous le savez, lui dit-il, fixé à la cour, quoi « qu'il puisse arriver, j'honorerai toujours la mémoire du feu roi, et « je dirai que la reine est le modèle des mères ; eh bien, malgré tout « mon dévouement, je ne vois plus un ancien ami ; on disait autrefois « à la cour que j'étais le complice des philosophes, on dit maintenant « que j'étais un valet. » La douleur égarait en cela Vicq-d'Azyr ; on ne lui reprochait pas d'avoir été un des valets de la cour ; on se rappelait le dévouement qu'il avait montré en d'autres temps pour la famille royale, mais ce souvenir, qui n'avait rien que d'honorable pour lui, suffisait pour le compromettre ; on ne pouvait lui reprocher autre chose, il n'avait manqué dans aucune action, il n'avait fait partie d'aucune assemblée législative ; mais ses anciennes fonctions à la cour pouvaient devenir pour lui, il le croyait du moins, des titres de proscription. Désespéré de ne pouvoir vivre ignoré dans ces temps redoutables, il en était à chercher comment il pourrait se rendre utile au gouvernement en sa qualité d'homme de science ; peut-être aurait-il cherché longtemps, si parmi les conventionnels il n'avait trouvé un puissant protecteur dans la personne de Fourcroy ; l'illustre professeur, car il l'était déjà, n'allait du reste en cela que s'acquitter d'une dette de reconnaissance ; Fourcroy devait tout à Vicq-d'Azyr, il avait passé lui-même par de rudes épreuves ; son père, poursuivi par une corporation privilégiée, avait été obligé de renoncer à l'exercice de la pharmacie ; lui-même cherchait en vain à s'ouvrir une carrière, lorsque heureusement pour lui Vicq-d'Azyr vint demeurer chez son père. La physionomie heureuse du jeune Fourcroy l'intéressa ; il fut touché du courage qu'il montrait dans l'adversité, il résolut d'en faire un médecin et un médecin de Paris. Les frais pour cela étaient considérables, il ne fallait pas moins de 6,000 francs pour obtenir le titre de docteur ; Fourcroy n'avait encore que peu d'instruction, mais grâce à la générosité de Vicq-d'Azyr, à ses encouragements, à son crédit, Fourcroy put soutenir sa thèse, puis se livrer avec succès à l'enseignement des sciences physiques. Mais il en avait conservé une haine mortelle contre les institutions de l'ancien régime et contre la société elle-même. Animé de ces sentiments, on le vit donner en plein

(1) Suite. — Voir les numéros des 6, 13, 18 et 23 octobre.

musculaire dont l'ouverture était indispensable non-seulement à la guérison plus rapide, mais même à la conservation de l'avant-bras. Ces incisions, pratiquées jusqu'à la profondeur des membres, constituent de véritables opérations dont tous les temps doivent être réglés ; aussi M. Nélaton dut-il procéder lentement, couche par couche, et commença par rechercher le nerf médian qu'il écarta et préserva ainsi de toute lésion. Il arriva ensuite à travers les tendons fléchisseurs qu'il éloignait à mesure qu'il les rencontrait jusqu'au devant du carré pronateur, et put seulement alors donner issue à un flot de pus. Le fait que nous publions, présente encore un exemple de propagation de la phlegmasie de la synoviale du pouce à la synoviale générale du poignet. Le phlegmon a débuté, en effet, par le pouce, a gagné la synoviale générale du poignet, s'est étendu ensuite à l'éminence hypothénar et au petit doigt, et consécutivement enfin à toute la paume de la main.

Voici cette observation :

Le 1er décembre 1865, madame Ch..., marchande de volailles aux halles centrales, âgée de cinquante-six ans, dépeçait un chevreuil ; un os de cet animal la piqua entre la première et la deuxième phalange du pouce de la main gauche. Une abondante hémorrhagie s'ensuivit. Elle fit d'abord usage de compresses alcoolisées, puis de cataplasmes émollients et d'onguent Canet. Une violente inflammation, accompagnée de vives douleurs, ne tarda pas à se déclarer. Exaspérée par la souffrance, la blessée se perça elle-même la partie douloureuse avec une épingle à cheveux.

Le 3, les douleurs et l'inflammation augmentèrent de violence ; un médecin ordonna l'application de 30 sangsues et des cataplasmes émollients. L'inflammation ne faisant qu'accroître et s'étendant aux parties voisines, la malade entra à la Clinique le 10 décembre 1865.

Voici ce que nous constatâmes à son arrivée : la main, la moitié inférieure de l'avant-bras, surtout à la partie antérieure, sont le siége d'un gonflement inflammatoire considérable, avec rougeur intense. La malade éprouve dans tout le membre supérieur une chaleur brûlante et de violentes douleurs. Elle est en proie à une fièvre continue très-intense. Le membre est dans une position demi-fléchie et la main tendue. A la palpation, il nous fut impossible de percevoir la fluctuation; mais il y avait beaucoup d'œdème.

Le 11 décembre, M. le professeur Nélaton, après l'examen de la malade, reconnut un phlegmon diffus situé entre les couches superficielles et profondes des muscles de l'avant-bras. Il endormit la malade avec le chloroforme et pratiqua trois incisions longues, profondes : la première à la partie inférieure de l'avant-bras, la deuxième au pouce (éminence thénar), et la troisième à la face palmaire du cinquième métacarpien.

Celle de l'avant-bras, qui fut pratiquée un peu au-dessus de l'articulation radio-carpienne, sur la direction du tendon du grand palmaire, fut faite avec une précaution extrême, jusqu'à ce tendon, ce qui permit de trouver en dedans le nerf médian et de le dégager. M. Nélaton, écartant ensuite les tendons des fléchisseurs superficiel et profond, arriva sur le carré pronateur, et ouvrit seulement alors le foyer. Il s'écoula immédiatement une quantité énorme d'un pus fétide, mélangé à des fragments de tissu cellulaire ; on traversa le foyer avec des tubes à drainage. Des cataplasmes émollients furent ordonnés; on permit l'usage du bouillon. Ce traitement eut pour effet de calmer notablement les douleurs et de modifier considérablement l'état général de la malade; l'insomnie cessa. Le membre fut placé dans une position inclinée, le coude plus élevé que la main.

Le 16, les douleurs à la main se font de nouveau sentir; on découvre un nouveau foyer purulent, et une incision est immédiatement pratiquée au niveau de l'éminence hypothénar. Les tendons du fléchisseur superficiel de l'avant-bras commencent à s'exfolier, et l'exfoliation des tendons de l'auriculaire et de l'annulaire était complète peu de jours après. On cesse alors le traitement antiphlogistique, qui est remplacé par des pansements à l'alcool; la malade a recouvré un peu d'appétit.

Le 26, nouveaux frissons; un foyer découvert à la partie inférieure du bras, à 2 centimètres au-dessus de la tubérosité interne de l'humérus est ouvert avec le bistouri.

Le 27, un érysipèle apparaît au bras. Frictions mercurielles et bandage roulé avec l'ouate.

Le 6 janvier 1866, bains locaux, lavage des plaies avec de l'alcool.

Le 26, la tuméfaction de la main augmente; de nouvelles collections de pus sont découvertes, et deux incisions pratiquées sur la face dorsale de la main, l'une entre le premier et le deuxième métacarpien, l'autre entre le deuxième et le troisième. La malade éprouve aussitôt un grand soulagement.

Le 10 février, apparaissent les symptômes d'un embarras gastrique fébrile qui cède bientôt aux vomitifs; toutefois, la fièvre persiste. Elle s'explique bientôt par un nouveau foyer purulent que l'on découvre dans la région profonde du coude, un peu au-dessous de l'épitrochlée. Une corde à boyau, destinée à déchirer la cloison emprisonnant le pus, est introduite dans cette partie par la plaie de l'avant-bras; le pus est évacué et des compresses graduées sont appliquées sur le foyer. La fièvre disparaît; un mieux notable se manifeste et se maintient jusqu'au 1er mars.

A cette époque, nouveaux frissons suivis de fièvre; on constate plusieurs petits foyers à la face dorsale de la main; deux incisions sont pratiquées : l'une entre le quatrième et le cinquième métacarpien, l'autre vers le troisième. La corde à boyau est enlevée et remplacée par un tube à drainage que l'on porte jusqu'au fond du foyer. Ce tube, fixé sur le poignet, est chaque jour retiré peu à peu de façon à permettre la cicatrisation des parties profondes. M. Nélaton put ainsi éviter une contre-ouverture dans une région très-riche en gros vaisseaux. (Pli du bras.)

A partir de ce moment, la malade va de mieux en mieux; les plaies se cicatrisent; mais il y a toujours œdème du membre et particulièrement de la main. On fait alors usage d'un appareil assez large pour contenir la moitié du bras et dépassant la longueur du membre comme la manche d'une camisole de force. Cet appareil permit de maintenir le bras horizontalement appuyé sur le lit, tandis que la main et l'avant-bras étaient dans une position verticale.

Grâce à cette position, l'œdème disparaît dès le lendemain, mais la peau de la main reste plissée, et au bout d'une dizaine de jours, pendant lesquels la malade peut se lever de temps en temps, la main tenue en écharpe, le bras avait repris à peu près ses dimensions normales; les doigts de la main étaient roides, sauf l'indicateur et le médius qui possédaient une certaine liberté de mouvement.

C'est dans cet état qu'elle sortit de la Clinique, le 12 mars 1866, pour entrer au Vésinet, où elle resta jusqu'au 6 avril.

A cette époque, l'annulaire et l'auriculaire étaient sans mouvements, mais sensibles; les trois autres doigts avaient repris leur état normal. Il n'y avait ankylose nulle part. De nombreuses cicatrices restaient encore apparentes.

BLESSURES PAR INSTRUMENT TRANCHANT AU DEVANT DU COU.

Aphonie consécutive. — Laryngotomie. — Guérison.

(Observation lue à l'Institut par M. le Dr Moura-Bourouillou.)

Jusqu'à présent l'emploi du miroir laryngien a répondu aux besoins du diagnostic en faisant connaître les diverses lésions dont l'appareil de la voix est le siége.

Mais il était difficile de prévoir que cet instrument permettrait de rendre la voix, là où elle se trouvait complétement perdue par suite d'une cause traumatique ayant amené un travail de cicatrisation non encore observé.

M. X..., d'origine étrangère, âgé de dix-sept ans, reçut, étant au Havre, le 26 octobre dernier, plusieurs blessures par instrument tranchant au niveau de la région crico-thyroïdienne. Les muscles crico-thyroïdiens et crico-aryténoïdiens latéraux furent intéressés.

Les lèvres de la plaie ayant été rapprochées par un chirurgien du Havre, la guérison fut rapide, mais la voix ne se rétablit pas; elle était complétement perdue.

Venu à Paris le 18 janvier de cette année, le jeune homme me fut adressé le 26, par M. Adolphe Richard, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et M. le docteur Dicharry, médecin de la famille.

L'examen laryngoscopique, fait en présence de mes honorables confrères, me permit de constater :

1° L'absence de toute lésion pathologique du larynx;

2° Le défaut de tension et de contact, c'est-à-dire le rapprochement incomplet des cordes vocales;

3° La présence d'une membrane cicatricielle au-dessous de la glotte.

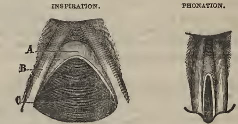
Cette membrane, simulant celle qui réunit les doigts des palmipèdes, avait la forme d'un croissant à cornes très-aiguës; sa base convexe adhérait à sa concavité antérieure du cartilage cricoïde et était située à environ 8 à 10 millimètres au dessous de la commissure antérieure des cordes vocales; son bord, mince et de forme parabolique, correspondait au tiers antérieur de la glotte et aboutissait par ses deux extrémités aux apophyses antérieures des cartilages aryténoïdes; sa direction était oblique d'avant en arrière et de bas en haut.

Il résultait de cette disposition que le calibre du conduit trachéal était diminué d'un tiers environ, et la colonne d'air expulsée de la poitrine, frappant seulement les deux tiers postérieurs de la glotte, ne pouvait produire les vibrations des cordes vocales.

La susceptibilité nerveuse du malade, son impatience à retrouver la voix, ne me permirent pas de l'habituer au contact du miroir laryngien et de faire, par les voix naturelles, l'excision partielle de la fausse cicatrice.

Je proposai donc à mes honorables confrères le moyen qui me parut le plus rationnel, la laryngotomie.

ÉTAT DU LARYNX AVANT L'OPÉRATION.



A, membrane cicatricielle.
B, Cordes vocales.
C, Trachée.

Cette opération fut exécutée par M. A. Richard, le 8 mars dernier, avec toute l'habileté qu'on lui connaît.

Le cartilage thyroïde ayant été divisé et ses deux moitiés écartées, je pratiquai l'excision du lambeau droit de la membrane cicatricielle.

Le larynx fut laissé ouvert afin de détruire au besoin, par l'excision ou la cautérisation, la reproduction de la fausse cicatrice. La réunion eut lieu par seconde intention, et un trajet fistuleux fut conservé pendant quelque temps au-dessous de la glotte.

La réaction inflammatoire qui suivit l'opération fut modérée, elle ne permit pas cependant d'obtenir un résultat immédiat.

Le 20 avril seulement, la voix commença à reparaître. A mesure que le travail inflammatoire diminua, elle prit un peu de timbre et de la durée. Mais en raison du défaut persistant de la tension et du rapprochement complet des cordes vocales, elle ne put retrouver son timbre naturel, et elle resta basse et voilée.

Cette opération, qui date de plus de huit mois, est la première qui ait été pratiquée, si je ne me trompe, dans des conditions aussi exceptionnelles ; elle a offert quelques particularités qui portent leur enseignement.

La division du cartilage thyroïde ayant compris celle de la membrane cicatricielle, fit disparaître complétement cette dernière. Un léger raphé grisâtre indiquait seul la place qu'elle occupait sur la paroi du tuyau vocal. De sorte qu'il eût été impossible de la constater et de la reconnaître à quiconque ne l'eût bien observée préalablement au moyen du laryngoscope.

Ce fait s'explique par la propriété rétractile des tissus cicatritiels, propriété qui avait permis à la fausse membrane de se rétrécir et de s'effacer.

Lorsque l'on examine maintenant le larynx avec le miroir, on reconnaît assez facilement la place qu'occupait la membrane cicatritielle.

Malgré sa voix basse et voilée, le jeune homme peut causer et se faire comprendre. Il a repris ses occupations premières dans une importante maison de commission, à la grande joie de tout le monde.

Je ne saurais assez insister, à cette occasion, sur le haut intérêt qui s'attache à cette nouvelle application du laryngoscope. Aucun autre moyen n'aurait pu donner un tel résultat et cependant l'avenir, la vie même du jeune homme en dépendaient.

ÉTUDE D'ANATOMIE

et de physiologie pathologique, sur la cause et le mécanisme des bruits de souffle cardiaques de nature anémique,

Par le Dr Bondet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Sous le titre d'étude clinique sur le siége et le mécanisme des bruits cardiaques dits anémiques, je trouve dans le numéro du 1er septembre de la *Gazette des hôpitaux*, le résumé de nouvelles idées que M. le docteur Parrot vient de faire pa-

---

dans la révolution; dès 1789, il avait fait partie du comité des électeurs; en 1792, il avait été nommé suppléant à la Convention nationale; en juillet 1793, il était allé s'asseoir sur ses bancs, et il était entré dans le formidable club des Jacobins.

C'était par des travaux toutefois plutôt que par la parole, que Fourcroy se distinguait à cette époque, et par des travaux que réclamait le gouvernement; la guerre ayant été déclarée en quelque sorte à l'Europe entière, ce qui importait avant tout, ce que Carnot réclamait à grands cris, c'était la fabrication des armes de guerre et celle de la poudre à canon; or, le salpêtre manquait, à tout prix il fallait s'en procurer; le comité de salut prit en cela, comme en toutes choses, l'initiative; une loi votée par la Convention le 14 frimaire an II, avait organisé tout ce qui était à faire en cette circonstance.

Fourcroy se trouva naturellement chargé de diriger ces travaux; le moment était favorable, il avait besoin d'aides; à ce titre il avait déjà sauvé plus d'un proscrit; et d'abord Chaptal, qu'il avait fait venir de Montpellier et sur lequel pesait l'accusation de fédéralisme; il avait aussi sauvé Darcet, qui était également inquiété comme suspect; Fourcroy proposa donc à Vicq-d'Azyr de le faire entrer dans le personnel d'une de ses commissions. Vicq-d'Azyr, on le pense bien, accepta avec empressement, et déploya dans ces nouvelles fonctions un zèle à toute épreuve. L'exploitation du salpêtre avait pris la plus grande extension; la loi du 14 frimaire, rédigée en style du temps, faisait d'abord remarquer *que le salpêtre étant aussi nécessaire à la république que le pain à tous*, il y avait lieu de prendre toutes les mesures necessaires pour l'obtenir dans le plus bref délai.

Paris était alors, comme on le sait, divisé en 48 sections; chaque section avait son comité révolutionnaire et sa force armée, chacune devait également avoir sa commission pour la recherche et l'extraction du salpêtre. Vicq-d'Azyr, grâce à Fourcroy, entra dans la commission attachée à la section du *Muséum*, quartier du jardin des Plantes. Nous avons trouvé dans ses papiers une foule de pièces qui nous montrent quelle était la composition de ces comités et leurs attributions. Chaque commission se divisait en deux sections, d'où deux ordres de commissaires : les premiers désignés sous le nom de Commissaires surveillants non salariés, au nombre desquels se trouvaient les citoyens dégustateurs; la seconde comprenait les commissaires travailleurs salariés.

Pour la section du Muséum, un arrêté, en date du 9 pluviôse, nous fait connaître les noms des commissaires surveillants en tête desquels se trouve celui de Vicq-d'Azyr. C'est quelque chose d'étrange de voir ce nom illustré par tant de travaux, figurer à côté de personnages complétement inconnus, de voir, à côté de l'ancien membre de l'Académie française, du successeur de Buffon, des gens privés de toute espèce d'instruction; j'en donne un échantillon au bas de cette page (1).

C'était le comité révolutionnaire qui nommait les commissaires surveillants; quant aux commissaires travailleurs, on en prenait partout et de toute sorte; on lit dans un arrêté du comité de la section du Muséum, qu'à partir du primidi (premier) germinal, outre les travailleurs désignés, on s'associera au besoin des volontaires à raison de 3 francs 10 sols par jour; c'était ouvrir la porte à toute espèce de gens.

Les travaux, du reste, étaient conduits avec la plus grande activité; les collègues de Vicq-d'Azyr avaient commencé par explorer les murailles des anciennes églises du quartier, puis quelques édifices publics.

Les visites faites au grand Châtelet avaient été dirigées par Vicq-d'Azyr lui-même; le procès-verbal est tout entier de sa main. C'était là une de ses fonctions : il rédigeait des procès-verbaux, et en quelle compagnie! Il s'était transporté à l'ancienne prison du Châtelet, escorté de deux membres du comité révolutionnaire et du citoyen Lelièvre, chimiste, attaché aux travaux de la Monnaie.

On ne se rendit cette première fois au Châtelet, dit Vicq-d'Azyr, que pour déguster les terres et les plâtres; les plâtres de la porte extérieure de la chapelle furent reconnus très-salpêtrés et bons à exploiter, les cachots furent également reconnus très-salpêtrés, principalement celui qu'on désignait sous le nom de caveau de *Cartouche*.

(1) J'ai trouvé dans les papiers de Vicq-d'Azyr le billet suivant, que lui écrivait un de ses collègues; j'en respecte l'orthographe.

« Je demanderait que les ouvrillé employé pour le compt du Comité soit « obligé de ce fournire de pioche et de pelle ; attendue que chaque ouvrillé « qui ont besoin de pelle et de pioche ne se jenne pas de les prendre dans « l'attelier, et alors qu'il se trouve cassé ou brisé ils vienne les échangé par « d'autre ce qui prouvera à la Commission par suitte à n'avoire ni pele ni « pioche à son service.

Signé Michaux. »

raître, dans le numéro des *Archives* du mois d'août, sur cette question encore obscure et discutée.

Dans cet article, contrairement à l'opinion généralement admise qui localisait à l'orifice aortique ces bruits pathologiques, M. Parrot cherche à démontrer que leur siége habituel est à l'orifice auriculo-ventriculaire droit, et il les explique par une insuffisance de la valvule tricuspide.

Sans vouloir discuter ici les idées de M. Parrot, qu'il me soit permis d'apporter à l'appui de l'opinion ancienne, le résultat de quelques recherches d'anatomie pathologique, à l'aide desquelles j'espère donner à cette opinion la seule consécration qui lui ait manqué jusqu'à ce jour, celle d'une véritable démonstration scientifique.

Jusqu'à présent en effet, sans jamais en donner la preuve, on avait tour à tour attribué ces bruits de souffle cardiaques de l'anémie ou de la chlorose, soit à un surcroît de frottement du sang à travers les orifices (Hope et Bouillaud), soit à ce même frottement exagéré, produit par une ondée surabondante, lancée du ventricule gauche contre les parois artérielles (Beau), soit enfin à des vibrations anomales des particules sanguines (Latham). Autant d'auteurs, autant d'opinions ; celles-ci, il est vrai, ne manquaient pas, et cependant l'on pouvait dire encore, avec les auteurs du traité d'auscultation, MM. Barth et Roger, que la même incertitude, les mêmes hésitations existaient toujours chaque fois que l'on cherchait à donner une explication certaine de la cause et du mécanisme de ces bruits cardiaques. C'est qu'en effet aucune explication rigoureuse de cette cause, ou des causes qui donnent naissance à cette variété du bruit de souffle, n'avait encore été donnée.

L'une des dernières, que l'on trouve dans la physiologie médicale de la circulation du sang, de M. Marey, et qui attribue à un abaissement de la tension artérielle et à la vitesse plus grande avec laquelle s'accomplit la systole du ventricule, les bruits de souffle de l'anémie et de la chlorose existant à l'orifice aortique, n'est guère plus admissible que les précédentes. C'est plutôt un exposé des conditions qui produisent ces bruits, qu'une véritable interprétation de leur cause proprement dite.

Ce qu'il fallait trouver, en effet, c'était cette cause, et pour cela, ainsi que l'a très-bien compris M. Parrot, il fallait la chercher dans un de ces états particuliers qué doivent présenter les cavités que le sang est appelé à traverser pour qu'un bruit de souffle se produise, à savoir : un point rétréci suivi d'une partie dilatée. Or, cette disposition que M. Parrot croit trouver dans une insuffisance de la valvule tricuspide, s'écartant ainsi d'un fait d'observation clinique affirmé par tous les médecins qui, jusqu'à ce jour, ont constamment placé l'origine de ces bruits de souffle anémique à l'orifice aortique, je crois, tout en restant fidèle à ce résultat de l'observation journalière, la trouver, je ne dirais pas aussi évidente mais plus évidente, à l'orifice aortique, que M. Parrot n'a pu le faire pour l'orifice auriculo-ventriculaire droit, me basant, pour la démontrer, sur plus de vingt autopsies de sujets m'ayant présenté pendant leur vie un bruit de souffle systolique à la base du cœur, et chez lesquels j'ai constaté, après la mort, un rétrécissement plus ou moins marqué de l'orifice aortique.

C'est ce rétrécissement que je considère comme la cause essentielle des bruits de souffle cardiaques de nature anémique, et je ne crois pas trop m'avancer en disant aujourd'hui que dans toutes les maladies qui donnent lieu à ces bruits pathologiques, il se produit un rétrécissement à l'orifice de l'aorte.

Ce rétrécissement, dû probablement à un phénomène de pure élasticité, peut s'expliquer aussi par une sorte de coarctation produite au niveau de cet orifice par les fibres musculaires qui soutiennent les valvules, ou par quelques faisceaux contractiles qu'on observe entre les prolongements de l'aorte dans le tissu musculaire du cœur, prolongements qui, comme on le sait, sont comme les points d'implantation ou d'origine de l'aorte.

Quoi qu'il en soit de l'explication, qu'il faille pour y arriver invoquer l'action seule des tissus élastiques, rapprochant ce rétrécissement de ce qui a lieu dans le retrait actif des parois artérielles noté dans l'anémie par M. Vernois, retrait si évident chez les suppliciés décapités, et chez tous les individus en général morts à la suite d'hémorrhagies abondantes, ou, la seconde hypothèse étant admise, faire appel à certains troubles nerveux agissant sur l'élément musculaire lui-même, le fait existe, il est incontestable.

C'est en 1859 qu'il m'a été donné de l'observer pour la première fois, en faisant l'autopsie d'une jeune fille, morte à la suite de métrorrhagies abondantes, et ayant présenté, pendant la vie, un souffle cardiaque systolique très-marqué, à la base du cœur. Le rétrécissement que présentait chez elle l'orifice aortique, était tel, que l'extrémité du doigt indicateur ne pouvait s'engager qu'avec peine à travers cet orifice.

En présence d'une pareille lésion, sans lésion valvulaire, sans altération des parois aortiques, je crus d'abord à une maladie congénitale de l'aorte. Ce ne fut que plus tard, en réfléchissant à ce singulier rétrécissement, que je me demandai s'il n'existait aucun rapport entre ce rétrécissement et les souffles cardiaques de l'anémie. Plus de vingt autopsies d'individus plus ou moins anémiques, ayant tous présenté pendant leur vie des souffles à la base du cœur, et chez lesquels je constatais le rétrécissement de cet orifice, sans lésion des valvules ou des parois, me permirent bientôt d'affirmer cette relation de cause à effet, et de donner, comme une règle constante, l'existence de ce rétrécissement, sans lésions valvulaires, chez tout individu porteur d'un bruit de souffle anémique à la base du cœur.

De l'existence de ce rétrécissement, lésion anatomique, à la cause du bruit de souffle, il n'y avait qu'un pas ; il ne s'agissait plus, se basant sur des lois certaines de physiologie pathologique, que de faire intervenir ces deux conditions signalées par M. Marey, qui toutes deux existent plus ou moins marquées chez tous les anémiques, l'abaissement de la tension artérielle et la vitesse plus grande avec laquelle s'accomplit la systole du ventricule, pour voir réalisées les deux conditions essentielles à la production d'une veine fluide sonore, c'est-à-dire à un souffle ; un point rétréci, suivi d'une partie dilatée, et une vitesse suffisante de la circulation.

Quelques exemples sont ici nécessaires pour montrer les variétés de ces rétrécissements, les différents cas où je les ai constatés, et indiquer le terme de comparaison que j'emploie pour les démontrer ; un mot d'abord sur cette dernière question.

A l'état normal, les deux orifices aortique et pulmonaire ont la même circonférence, 7 centimètres environ. L'orifice pulmonaire ne variant pas, ou variant très-peu, on peut toujours le prendre pour terme de comparaison, et arriver, par des mensurations exactes de ces deux orifices faites chez le même individu, à constater les différences qui peuvent exister entre eux. Or, dans tous les cas que j'ai observés, l'orifice pulmonaire restant avec sa circonférence habituelle, j'ai toujours trouvé celle de l'orifice aortique plus ou moins diminuée.

Voilà ces différences pour quelques cas pris au hasard dans les observations que j'ai recueillies.

Obs. I. — Jeanne H..., trente-huit ans, entre dans mon service, le 18 août 1864.

Métrorrhagies abondantes, anémie consécutive, état général grave, vertiges, bourdonnements d'oreilles, bruit de souffle dans les vaisseaux du cou et de la base du cœur ; mort, le 18 septembre, à la suite d'une dyssenterie.

A l'autopsie on constate, en comparant les circonférences des deux orifices aortique et pulmonaire, une différence de 26 millimètres en faveur de ce dernier. L'orifice aortique, manifestement rétréci, n'est le siége d'aucune lésion valvulaire.

Obs. II. — Claude M..., mineur, dix-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 octobre 1864. Anémie des mines et tout son cortége de symptômes, entre autres un bruit de souffle systolique à la base du cœur. Meurt, le 27 novembre. A l'autopsie, rétrécissement de 1 centimètre 1/2 de la circonférence de l'orifice de l'aorte.

Obs. III. — Claude J..., trente-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 août 1865. Cachexie paludéenne, troubles divers, anémie très-marquée, caractérisée par la décoloration générale des tissus, des bruits de souffle dans les vaisseaux du cou et à la base du cœur. Meurt à la suite d'une pneumonie, le 25 août. A l'autopsie, la circonférence de l'orifice pulmonaire donne 8 centimètres, celle de l'orifice aortique 6 centimètres ; soit 2 centimètres de rétrécissement.

Obs. IV. — Louis P..., trente et un ans, entre le 21 juin 1865, pour une pleuro-pneumonie. Suppuration de la pneumonie, épanchement pleurétique qui nécessite la thoracenthèse, liquide purulent, injection iodée ; le malade quitte l'hôpital en assez bon état. Il rentre un mois après, le 3 août, avec un nouvel épanchement dans la plèvre ; je pratique de nouveau la ponction, nouvelle injection iodée mort, le 11 août, après avoir présenté, indépendamment de tous les symptômes propres à la pneumonie suppurée et à la pleuresie purulente, un bruit de souffle systolique à la base du cœur ; à l'autopsie, rétrécissement aortique de 1 centimètre.

Ainsi dix-sept observations d'individus ayant présenté pendant leur vie des souffles cardiaques de nature anémique, et chez lesquels j'ai trouvé à l'autopsie ces mêmes rétrécissements que je viens de signaler dans les exemples précédents.

Dans ces dix-sept observations que je crois inutile de rapporter, l'étendue de ces rétrécissements, les valvules bien entendu était toujours saines, a varié entre 8 et 20 millimètres. L'intensité du souffle était presque toujours en rapport avec le degré du rétrécissement, je dis presque toujours et non pas toujours, car, indépendamment du rétrécissement, il faut dans les causes de production de ces bruits de souffle, tenir compte aussi de la force de contraction du ventricule, et surtout de la vitesse de la circulation.

En résumé, c'est en me basant sur ces faits, que je crois pouvoir affirmer, contrairement aux idées émises par M. Parrot sur la localisation et la cause des bruits de souffle cardiaques de nature anémique : 1° que le siége de ces bruits est bien à l'orifice aortique ; 2° que leur cause essentielle se trouve dans un rétrécissement de cet orifice.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement des brûlures.

Dans les brûlures étendues, M. Wyslet recommande le bain huileux, le plus tôt possible, après l'accident. Le malade doit rester de huit à seize heures dans le bain. C'est l'huile d'olive qu'il faut employer, d'abord froide, ensuite chaude ; la température du bain ne doit pas dépasser 10 à 18 degrés Réaumur, jusqu'à ce que le malade ne perçoive plus la sensation de froid.

Le premier effet du bain, au bout de quelques minutes, est le soulagement apporté aux vives douleurs, à l'agitation des malades. On a vu des enfants s'endormir au bout d'une heure ; le pouls était plus calme, la respiration plus lente, la coloration du visage normale. Neuf à dix heures après, les plaies des brûlures sont pâles, comme macérées et gonflées, presque indolores (brûlures du second degré). Un pansement simple avec le cérat suffit. Il n'y a pas de suppuration et la guérison a lieu très-rapidement.

Les parties blessées ne sont pas, par ce moyen, exposées aux pressions des pièces du pansement. On ne sait pas si l'action est chimique ou mécanique. Dans les brûlures plus profondes, peut-on continuer les bains d'huile sans désavantage ? c'est ce que l'expérience seule peut décider. On peut très-bien appliquer l'huile en bains locaux, et il est possible que des bains d'huile permanents dans les plaies, surtout dans celles des extrémités inférieures, puissent être très-avantageux.

(*Gaz. méd. de Strasbourg* et *Arch. für clin. chir.*)

Traitement des brûlures.

M. le docteur Cahours recommande comme très-efficace contre les brûlures le principe actif du Mélilot bleu (faux baume du Pérou, herbe égyptienne, trèfle musqué, etc.) incorporé dans de l'huile et appliqué en onctions souvent répétées. M. le docteur Cahours aurait obtenu par ce moyen plusieurs guérisons très-rapides de brûlures à divers degrés.

Crayons de charbon pour remplacer le cautère actuel.

Plusieurs médecins ont eu l'idée de remplacer dans certains cas le cautère actuel par de petits crayons de charbon qui s'al-

---

Les visites faites chez les particuliers n'étaient pas sans quelques abus, elles dégénéraient parfois en visites domiciliaires ; de là les mesures les plus arbitraires que les comités semblaient autoriser ; il me suffira pour le prouver de citer un arrêté de la section de l'Unité. « La section, est-il dit, considérant que le salpêtre ne se trouve qu'en « petite quantité dans les demeures des citoyens appartenant à la « classe aisée, déclare qu'il y a lieu de faire supporter à ceux-ci une « contribution, et qu'à cet effet les surveillants devront communiquer « au comité tout ce qu'ils auront pu apprendre sur les facultés des « citoyens dont ils visiteront les caves. » Vicq-d'Azyr savait tout cela, il en gémissait, et cependant pour faire preuve de zèle, ce n'était pas seulement dans sa section qu'il devait concourir aux mesures jugées nécessaires pour l'exploitation du salpêtre ; le comité de salut public lui avait enjoint de visiter d'autres quartiers, et de guider les autres commissions dans leurs travaux.

Vicq-d'Azyr était devenu en quelque sorte l'âme de cette vaste entreprise. J'ai sous les yeux une épreuve de l'instruction qui avait été envoyée à ce sujet par la Convention à toutes les sections de Paris, cette épreuve est surchargée de corrections et d'additions toutes de la main de Vicq-d'Azyr ; il y est dit que, conformément à la loi de frimaire, chaque citoyen est tenu de concourir par ses deniers et par son travail à procurer à la république la portion de salpêtre que son terrain comporte.

Après avoir été distribuée aux différentes sections de Paris, cette instruction, qui était l'œuvre de Vicq-d'Azyr, reçut une bien autre publicité. Le comité de salut public prit un arrêté, dans lequel il était dit qu'elle serait lue sous l'arbre de la liberté dans toutes les communes de la république, trois décadis consécutifs, à compter du premier jour qui suivrait la réception, qu'elle serait affichée à demeure et conservée à la municipalité pour être consultée au besoin par tous ceux qui voudraient en faire usage.

A Paris le 4 frimaire an II, signé à l'original, *Robespierre, Couthon, Carnot, Barère, Billaut Varennes, Lindet, Prieur.*

Vicq-d'Azyr en était là dans les premiers mois de 1794 ; il avait tout fait pour se concilier les hommes qui faisaient trembler la France, mais il n'en restait pas moins frappé de terreur ; profondément attaché à la reine, il avait vu tomber la tête de cette princesse, comment n'aurait-il pas tremblé pour la sienne ! Il en était venu à se dire qu'on ne lui laissait pas la vie, qu'on la lui prêtait, et encore au jour le jour ! Il avait vu périr ses amis les plus illustres, Bailly, Malesherbes et bien d'autres. Deux victimes de choix allaient encore être frappées, Condorcet et Lavoisier, Condorcet, toutefois, grâce à Cabanis, avait été prémuni contre l'échafaud ; il ne devait pas avoir à supporter comme Bailly toutes les angoisses d'un long supplice, ni les insultes de la populace. Je ne leur demande qu'une nuit, disait-il, et j'échappe à leurs bourreaux ; mais comment cette dernière nuit lui avait-elle été accordée ? Comment et pourquoi avait-il quitté l'asile qu'on lui avait ménagé et dans lequel il avait passé l'hiver de 1793 à 1794 ? Ce sont là des faits sur lesquels je dois m'arrêter, car Vicq-d'Azyr n'y est pas resté étranger ; je donnerai l'explication de circonstances encore peu connues, et je montrerai que Vicq-d'Azyr, bien que craignant lui-même pour sa vie, n'en était pas moins préoccupé du danger que courait Condorcet.

On sait que proscrit avec les girondins, grâce à deux médecins, à Pinel et à Boyer, Condorcet avait trouvé un asile rue Servandoni, sous le toit d'une femme courageuse, madame Vernet ; il y avait passé de longs mois dans une profonde solitude, et là, ainsi que le dit Cabanis, il cherchait encore à éclairer les hommes, tenant d'une main, comme Socrate, la coupe fatale, de l'autre traçant une esquisse du progrès de l'esprit humain ; encore quelques jours de réclusion et il était sauvé ! Mais comment se fait-il, je le répète, qu'un matin, échappant à la surveillance inquiète de son hôtesse, il courut lui au devant du danger ? Si l'on en croit l'historien, ou plutôt le chantre des Girondins, Condorcet, après un long hiver passé dans cet obscur quartier, sous l'ombre des hautes tours de Saint-Sulpice, se sentit saisi au retour du printemps et à la réverbération du soleil d'avril d'un tel besoin de liberté et de mouvement, d'une telle passion de revoir la nature et le ciel, qu'il devint impossible de le retenir ; il ne parlait, ajoute M. Lamartine, que du bonheur de revoir les champs, de s'asseoir à l'ombre des arbres, d'écouter le chant des oiseaux, le bruit des feuilles, la chute de l'eau, etc,

---

Du climat de l'Égypte et de son influeuce sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par le prince Ignace Zagiell, docteur en médecine. In-8° de 84 pages avec une carte gravée et coloriée. Prix : 4 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

lument et brûlent comme un cigare. La partie allumée est en incandescence sur la longueur d'un centimètre environ et se termine en pointe fine et régulière, quelles que soient la forme et la grosseur du crayon. Le crayon est assez résistant pour ne pas se rompre, ni laisser échapper de parcelles enflammée quand on l'applique perpendiculairement ; si on l'applique obliquement, sa résistance serait beaucoup moindre. Voici la formule qui fournit les meilleurs résultats :

Poudre de charbon léger. . . .	20 grammes.	
Nitrate de potasse.	1	— 50.
Gomme adragante.	5	—
Eau	24	—

On fait une masse pilulaire qu'on roule en petits cylindres gros comme un crayon ordinaire et longs de 10 centimètres environ. Ce crayon forme très-peu de cendre ; on peut, du reste, l'enlever en soufflant dessus, et par là raviver la combustion. (*Répertoire de pharmacie.*)

Récompenses accordées aux élèves en médecine pour services rendus pendant l'épidémie cholérique.

Par divers arrêtés rendus en exécution du décret du 5 décembre 1865, le ministre de l'instruction publique a accordé la gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor public pour l'achèvement de leurs études médicales, aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés par les préfets des départements pour leur dévouement au soulagement des malades :

Services rendus à Caen. — MM. Millevingt, Dutac, Ozanne, Lefèvre, étudiants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Services rendus à Toulon. — MM. Gr..., étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier; Ardoin et Isnards, étudiants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

Services rendus à Alger. — M. Stephann, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Oisseau (Mayenne). — M. Divet, étudiant de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Services rendus à l'Ile-Saint-Denis (Seine). — M. Le Roy des Barres, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Cassis (Bouches-du-Rhône). — M. Vidal, étudiant de l'École paéparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

Services rendus à Paris. — MM. Delzenne et Bureaux, étudiants de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Nîmes. — M. Martinenche, étudiant à la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus dans différentes communes du département du Nord. — MM. Mérieux, Maegt, Jacquemart, Beernaert, Deglave, Denis, Deltombe, Blanquart, Claisse, Boutry, Hucquedieu, Wattier, étudiants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, et Brabant, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Amiens — M. Tostain, étudiant de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Services rendus à Cagny (Somme). — M. Mollien, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus dans différentes communes du Pas-de-Calais. — Debuschère, étudiant de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

— Un arrêté du 13 novembre courant a également accordé la gratuité totale ou partielle des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor public pour l'obtention du grade de docteur en médecine, à MM. Provost, Bonnet-Malherbe et Kerguistal, étudiants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, qui ont été signalés pour les services rendus à Nantes et dans les communes rurales du département de la Loire-Inférieure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 9 novembre 1866 :

M. Dumas, ancien professeur de chimie à la faculté de médecine de Paris, est nommé professeur honoraire de cette faculté.

— Plus on approche du moment où il sera pourvu définitivement aux chaires vacantes à la Faculté et plus la situation se dessine entre les divers compétiteurs. La lutte semble devoir être vive surtout entre MM. Barth et Vulpian, Sée et Gubler.

— On semble avoir renoncé à l'idée de faire professer parallèlement toute l'année les deux professeurs de clinique de l'Hôtel-Dieu. Il serait question en ce moment du transport possible de l'une de ces deux chaires à l'hôpital de la Pitié. Ce déplacement nous semble devoir être accueilli avec beaucoup de faveur par les élèves.

— Par décret du 27 octobre 1866, rendu sur la proposition du Ministre de la guerre, les *dix-sept aides vétérinaires stagiaires*, dont les noms suivent, ont été nommés *aides vétérinaires,* savoir :

MM. Raymond, Nicolas, Cavel, Jacotin, Jacquier, Imlin, Baudéan, Bonzom, Bougra, Bailly, Augier, Papin, Aubert, Lenthéric, Dupoutrué, Lauprêtre, Picheney.

— Par divers arrêtés ministériels :

Un congé d'inactivite jusqu'au 1[er] novembre 1867, est accordé, sur sa demande, à M. Schutzenberger, agrégé en exercice près la faculté de médecine de Strasbourg.

M. Kirschléger, agrégé près la faculté de médecine de Strasbourg (1[re] section), est maintenu en activité jusqu'au 1[er] novembre 1867, en remplacement de M. Schutzenberger.

M. Dourif, docteur en médecine, suppléant pour les chaires de médecine à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite école en remplacement de M. Leduc, appelé à d'autres fonctions.

M. Viallanes (Jacques-Joseph-Alfred), suppléant pour les chaires de thérapeutique et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur d'histoire naturelle et thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Fleurot, appelé à d'autres fonctions.

M. Aussant, professeur de pharmacie et toxicologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de matière médicale et thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Pontallié, admis à la retraite.

M. Destouches, professeur adjoint (hors cadre) de matière médicale et thérapeutique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de pharmacie et toxicologie à ladite école, en remplacement de M. Aussant, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Leuduger Formoul, est nommé médecin du lycée impérial de Saint-Brieuc, en remplacement de M. le docteur Rault, décédé.

— M. le docteur Ricord vient d'être nommé membre de la Commission médicale près le ministère de l'Instruction publique.

— L'École supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée en séance solennelle le mercredi 14 novembre, sous la présidence de M. Bussy, directeur de cette École.

M. A. Milne Edwards, professeur de zoologie, a ouvert la séance en prononçant l'éloge de M. Valenciennes.

M. Buignet, professeur de physique et secrétaire général de la Société de pharmacie de Paris, a rendu compte des travaux scientifiques de cette Société pendant les années 1865 et 1866.

M. Chevallier, professeur de pharmacie, a fait une lecture sur les études pharmaceutiques.

La séance s'est terminée par la proclamation des prix qui ont été décernés dans l'ordre suivant :

Première année. — Prix : M. Descamps. — Mention honorable : M. Caignet.

Deuxième année. — Prix : M. Prunier. — Mention honorable : M. Tourlet.

Troisième année. — Mention honorable : M. Quiserne.

Concours pour le prix des thèses de la Société de pharmacie. — Mention honorable : M. Parisel.

Prix Ménier. — Prix : M. Grave.

La question pour le prix Ménier à décerner en 1867 est ainsi conçue : *Des huiles grasses solides, et des cires d'origine végétale.*

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Edmond Baudo qui vient de succomber à Menton, aux suites d'une phthisie pulmonaire.

— La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance le 23 novembre.

Ordre du jour : lecture de M. Dujardin-Beaumetz sur les troubles de la vision dépendant d'une lésion des centres nerveux — Élections à deux places de membre titulaire.

— M. le docteur Mallez, commencera son cours public des maladies de l'Appareil urinaire, le jeudi 22 novembre à huit heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, pour le continuer les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure.

— M. le docteur Ferdut a commencé un cours public et complet d'accouchements dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

Ce cours a lieu à 3 heures tous les jours, le jeudi excepté, et il sera terminé à la fin de janvier.

— M. le docteur Laurent Préfontaine commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le mercredi 21 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les vendredi, lundi et mercredi de chaque semaine.

— Le nom de l'auteur de la note que nous avons publiée sur l'acide acétique et le cancer est M. Monod, et non M. Monot, comme on l'a imprimé par erreur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 NOVEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La réforme libérale introduite dans les usages de l'Académie, sur la proposition de M. Larrey, à l'endroit de la lecture publique des rapports de prix, a reçu hier sa première application (1). C'est le promoteur de cette réforme lui-même, qui a tenu à honneur d'inaugurer le nouvel usage. Rapporteur de la commission du prix de l'Académie, dont le sujet était l'érysipèle épidémique, M. Larrey a lu son rapport en séance publique. Deux mémoires ont été envoyés au concours. M. le rapporteur a fait une analyse très-détaillée de ces deux mémoires, auxquels il s'est plu à reconnaître, dit-il, à des titres divers, un mérite réel. Nous ne pouvons, à cause de son étendue, reproduire ici cette analyse, qui présenterait cependant plus d'un point de vue intéressant à signaler. Nous y reviendrons après la publication du rapport dans le *Bulletin*.

La discussion sur le mérite respectif des concurrents et la décision de l'Académie ont eu lieu en comité secret, conformément à la nouvelle disposition réglementaire.

N'avons-nous pas été privés par là de la partie la plus intéressante précisément du rapport et de ce que la discussion aurait pu avoir de plus instructif? Sans aucun doute. Mais nous ne nous dissimulons pas, non plus, les inconvénients sérieux que pourrait avoir dans certaines circonstances une discussion publique de ce genre; et nous nous inclinons devant cette nécessité de convenance, nous résignant à accepter avec reconnaissance une réforme incomplète mais utile néanmoins dans la limite même où elle nous a été concédée.

Une partie du comité secret a été consacrée à la lecture du rapport de la section d'accouchements et à la discussion des titres des candidats à la place vacante dans cette section. On n'a pas oublié l'émotion qui s'est produite, il y a quelques mois, au sein de l'Académie, à l'occasion d'une petite tentative de révolution dans la dénomination et la composition de la section d'accouchements. Cette tentative, que nous avions appuyée de nos vœux, par des motifs développés plusieurs fois déjà dans ces colonnes, a échoué, et les choses en sont restées en l'état. Mais s'ensuit-il que l'Académie soit tellement liée par la lettre, c'est-à-dire par la dénomination même de la section dans laquelle a lieu une vacance, qu'elle ne puisse, à l'occasion, choisir en dehors de la liste de présentation de la section tel candidat dont elle jugera les titres supérieurs à ceux des candidats qui figurent sur cette liste, ses titres ne fussent-ils pas d'ailleurs directement afférents à la spécialité de la section? L'Académie est souveraine à cet égard. Elle a déjà fait acte de cette souveraineté dans plusieurs circonstances. C'est en vertu de ce droit inaliénable, qu'elle a proposé hier, d'après ce que nous avons appris, d'ajouter à la liste de la section une liste supplémentaire, dite liste de l'Académie et qui comprend deux candidats étrangers l'un et l'autre à la spécialité de l'art des accouchements. Cette addition ne s'est pas faite, comme on le pense bien, sans de grandes résistances. Force est restée à la majorité.

Nous ne croyons pas nous tromper en avançant que ce sera très probablement sur l'un des candidats de la liste Académique que se portera la majorité des votes. C'est ce que nous verrons mardi prochain.

Après le comité secret, le calme ayant succédé à l'orage, l'Académie est rentrée en séance publique pour entendre deux courtes lectures, l'une de M. le Dr Gaillard (de Poitiers), correspondant de l'Académie, sur un perfectionnement ingénieux que l'habile chirurgien a introduit dans l'opération de la fistule vésico-vaginale; la seconde, de M. le Dr Barrier, sur les moyens d'améliorer la condition des enfants en nourrice. On trouvera un résumé de la communication de M. Gaillard dans le compte rendu. La note de M. Barrier sera publiée plus tard.

Dr Brochin.

(1) Voici en quels termes la lettre ministérielle du 10 mars 1866 a approuvé la modification proposée par le conseil de l'Académie dans la rédaction de l'article 83 du règlement :

« Cette commission (les commissions de prix) fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de l'Académie. Toutefois, sur la proposition de la commission et après décision de l'Académie, la lecture de ce rapport pourra se faire en séance publique; mais la discussion sur les titres des candidats continuera à être réservée pour le comité secret. »

HOTEL-DIEU. — M. REYNAUD.

Leçon d'ouverture du Cours de clinique interne

(Recueillie par M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, chef de clinique.)

Messieurs, par une fortune inespérée pour moi, et, il faut le dire aussi, par suite de la série si imprévue de malheurs qui viennent de frapper la Faculté et auxquels s'ajoute encore un deuil tout récent, je me trouve appelé presque à l'improviste à ce grand enseignement de la clinique médicale, celui de tous peut-être qui exigerait l'expérience la plus vaste et la plus mûrie par les années.

En acceptant ce lourd fardeau, dans une période de ma vie où j'aurais encore tout à gagner à écouter les leçons des autres, j'éprouve une vive émotion que je n'essayerai pas de vous dissimuler. Il s'agit pour moi, non pas, à Dieu ne plaise! de faire oublier, mais de remplacer de mon mieux, et pour un temps que j'ignore, les maîtres illustres qui ont été les miens et les vôtres, et dont les leçons ont jeté sur cette chaire l'éclat que vous savez. Permettez-moi d'espérer et de compter que votre bienveillante attention me soutiendra dans cette tâche difficile, et que je verrai s'établir entre vous et moi ce courant de sympathies réciproques si nécessaire à la réussite d'un enseignement quelconque.

Cette mutuelle confiance est nécessaire partout; mais elle est nécessaire surtout et plus que partout ailleurs, dans un cours de clinique. Car la clinique, telle que je la comprends du moins, n'est autre chose que la participation de tous à un travail commun. Pour qu'elle soit fructueuse, il faut non-seulement, cela va sans dire, que tout le monde travaille, maître et élèves, mais il faut encore que tout le monde travaille dans un même but et d'un commun accord. Notre but, c'est de recueillir au lit des malades les enseignements si nombreux et si divers qui jaillissent à chaque instant des faits infiniment variés que la pratique de tous les jours fait passer sous nos yeux. C'est, si je puis ainsi dire, une sorte de consultation permanente, mais une consultation d'un caractère tout scientifique, sans réticences et à ciel ouvert, où chacun est tenu de donner son avis, et où tous les avis sont sûrs d'être bien accueillis, à une seule condition, c'est qu'ils soient motivés.

Aussi, messieurs, vous me verrez toujours procéder ainsi. Les malades seront interrogés par vous, avant de l'être par moi. Je serai là pour assister à votre interrogatoire, pour recueillir les opinions, pour redresser, les erreurs s'il y en a, pour guider ceux d'entre vous qui sont encore à leurs débuts dans l'art si difficile de procéder méthodiquement à l'examen des diverses fonctions et des divers organes, de se faire guider par le malade tout en le dirigeant, d'aller, autant que possible, droit au but, sans se laisser égarer dans le dédale inutile des détails autobiographiques, dont les malades se montrent d'ordinaire si peu avares, et sans négliger pourtant d'être complet. Lorsque les choses iront à souhait, mon rôle sera, pour ainsi dire, passif, et je me contenterai de vous laisser marcher seuls. Lorsqu'un doute s'élèvera, lorsqu'une opinion divergente se produira, j'accepterai toujours la discussion, et je ne vous demanderai que de me prouver que vous avez raison. Je ne me réserve qu'une chose, c'est, bien entendu, d'avoir moi-même mon opinion et au besoin de la soutenir. Nous discuterons ainsi le diagnostic, le pronostic et le mode de traitement à suivre. Il m'est déjà arrivé bien des fois d'observer qu'une idée émise en passant par le dernier des élèves contenait en germe des indications utiles qui pouvaient avoir échappé à des praticiens plus expérimentés. C'est que le seul fait d'avoir vu toujours les mêmes choses sous le même aspect, fait trop souvent qu'on se résigne à ne pas s'en rendre compte, et que l'on prend volontiers pour de la science ce qui n'est au fond que l'habitude d'ignorer. Il en résulte qu'une question faite à propos et sans parti pris, suffit alors pour réveiller la curiosité endormie, en l'appelant sur les faits en apparence les plus vulgaires. Aussi, messieurs, suis-je bien persuadé que s'il y a des malades plus intéressants les uns que les autres, ce qui est incontestable, on peut dire pourtant, en thèse générale, que tous les malades sont intéressants, et qu'il n'y en a pas un seul qui ne soit susceptible à un moment donné de présenter un intérêt clinique considérable.

La conséquence à tirer de là, c'est qu'il faut observer avec soin tous les malades; et quand je dis observer avec soin, j'entends par là, pour appeler les choses par leur nom, prendre toutes les observations par écrit. Je ne saurais trop vous engager à prendre de bonne heure cette excellente habitude. C'est la meilleure manière et peut-être la seule d'apprendre la

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie topographique, comprenant les principales applications à la pathologie et à la médecine opératoire, par MM. PAULET et SARRAZIN.

Lorsqu'on jette un coup d'œil rétrospectif sur les ouvrages analogues à celui dont nous allons nous occuper, on ne tarde pas à s'apercevoir que jusqu'ici les auteurs se sont divisés en deux camps bien distincts.

Si l'on excepte en effet l'enfance de l'anatomie topographique représentée par les ouvrages de Palfyn, de Riolan en France, de Seyler et de Bock en Allemagne, de Malacarne en Italie, et de Colles en Angleterre, on voit d'une manière bien nette, dès le premier tiers de ce siècle, une divergence complète s'établir entre Velpeau et Blandin dans la manière dont ces deux auteurs comprennent le même sujet.

Blandin intitule son livre : *Anatomie topographique*. Pour lui, peu de déductions chirurgicales. Il se borne à la description des différentes régions, couche par couche, et laisse au lecteur le soin de tirer les conséquences au point de vue chirurgical bien plus qu'il ne les indique lui-même.

L'ouvrage de M. Velpeau n'est plus une anatomie topographique; c'est une anatomie chirurgicale. Ici l'auteur s'empresse de terminer la description d'une région pour en venir à la chirurgie de cette région : les applications à la médecine opératoire abondent : en un mot, l'anatomie topographique est pour lui le canevas sur lequel il brode savamment de grandes idées chirurgicales.

Ces deux écoles si différentes une fois fondées vont trouver chacune de son côté des adeptes convaincus. Le successeur naturel et immédiat de Blandin est personnifié par Hyrtl, dont l'ouvrage sur l'anatomie topographique obtient en Allemagne le plus grand succès, tandis que l'exemple de M. Velpeau est suivi de point en point par Malgaigne, pour qui la description des rapports des organes entre eux est constamment sacrifiée à la physiologie pathologique et à la chirurgie expérimentale.

Nous arrivons, toujours dans la même voie, au remarquable ouvrage de M. Richet. Ici le chirurgien masque d'une manière absolue l'anatomiste. Dans ces descriptions si nettes, si claires, mais en même temps si pittoresques, si imagées, on ne reconnaît plus la sobre sécheresse du scalpel; c'est une chirurgie, bien plus qu'une anatomie. On a été plus loin; on lui a reproché de s'être laissé déborder par son sujet, de faire trop souvent appel à la physiologie et à l'observation clinique, de décrire par exemple les préceptes à suivre dans la chloroformisation à propos du système nerveux, et de donner, à propos de la région de la face, la physiologie du trifacial et du trijumeau. En un mot, et cela se résume pour tous à une querelle de mots, on lui reproche, à lui aussi, d'être trop chirurgien, et, comme le fait observer M. Bœckel dans son article anatomie médico-chirurgicale du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique,* on peut se prendre à désirer, malgré l'immense talent qui a présidé à l'ouvrage de M. Richet, on peut se prendre à désirer, dis-je, un retour à l'anatomie topographique pure et simple, telle que l'avaient comprise Hyrtl et Blandin.

Ce vœu est aujourd'hui exaucé, cette lacune est aujourd'hui comblée par l'apparition de l'ouvrage de MM. Paulet et Sarrazin.

Il s'agit en effet ici d'une véritable anatomie topographique, et bien que, comme l'indique le titre, les auteurs accompagnent chaque description d'applications à la pathologie et à la médecine opératoire, ces applications sont reléguées au second plan et constituent purement et simplement des corollaires qui ne nuisent en rien à l'exposition du théorème.

Bien que cet ouvrage ne soit pas terminé, nous pouvons affirmer, d'après ce que nous avons lu, que l'idée des auteurs a été parfaitement exécutée, et que la partie chirurgicale, bien que des plus complètes et des plus exactes, laisse à l'anatomie topographique pure un plein développement.

Les auteurs ont divisé, et nous ne pouvons en cela que les féliciter de cette heureuse idée, ont divisé l'ouvrage en deux parties : le texte et les planches.

Pour quiconque a étudié dans les ouvrages que nous avons précédemment cités, l'utilité de cette disposition n'a guère besoin d'être démontrée.

Le texte paraît sous forme de fascicules distribués aux souscripteurs retirant régulièrement les livraisons mensuelles de l'atlas, et doit former un volume in-8 cavalier d'environ 800 pages. Ce volume, d'un format commode, sera facilement transportable, et pourra par conséquent servir à l'amphithéâtre de guide dans les dissections

pathologie. Si vous ne pouvez pas chacun recueillir tous les cas, il faudra au moins vous partager la besogne, de façon à ce que pas un seul fait ne passe dans le service sans avoir été au moins signalé par une note. Si, du reste, vous éprouviez quelque embarras dans la rédaction de ces observations, adressez-vous à moi; je me ferai toujours un plaisir de vous aider de mes conseils.

Nous apporterons un soin tout spécial aux autopsies. A compter d'aujourd'hui même, je veux que nous n'omettions pas, autant que possible, une seule occasion d'étudier pratiquement l'anatomie pathologique, non-seulement dans ses rapports avec l'art du diagnostic, mais encore au point de vue de la filiation et de l'évolution des lésions morbides.

Enfin, messieurs, j'aurai à cœur de vous familiariser avec les nombreux moyens d'exploration que la science contemporaine met à votre disposition. Je ne parle pas seulement de la percussion et de l'auscultation qui, Dieu merci, sont aujourd'hui monnaie courante en clinique; mais je voudrais que vous prissiez l'habitude de manier avec une égale facilité les instruments divers dont on se sert aujourd'hui, et dont plusieurs n'ont pas encore suffisamment pris droit de cité parmi nous. Tels sont le thermomètre appliqué à l'étude de la chaleur animale dans les maladies, le sphygmographe, l'ophthalmoscope, le laryngoscope, le polarimètre, etc. Ces instruments ne sont pas destinés à supplanter les moyens usuels de diagnostic, mais à les compléter avantageusement dans une foule de cas.

Nous n'oublierons pas non plus l'emploi du microscope; et toutes les fois qu'il y aura lieu, je vous ferai passer sous les yeux les préparations venant du service. Quoi qu'on puisse dire et penser du microscope, et qu'on le veuille ou non, le fait est que l'usage de cet instrument est devenu indispensable à quiconque veut faire de la médecine vraiment scientifique, et que nous ne sommes pas encore au bout des services qu'il peut nous rendre. Messieurs, j'entendais l'autre jour, à ce propos, un mot qui m'a frappé. Les médecins allemands se sont vantés d'avoir dans le microscope ce qu'ils ont appelé modestement le fusil à aiguille de la médecine, au moyen duquel ils prétendent prendre et garder le premier rang dans le monde savant. Il importe donc de ne pas leur laisser prendre les devants pas plus là qu'ailleurs.

Je viens de vous tracer très-brièvement le programme que je me propose, autant qu'on peut s'en proposer un dans un genre d'enseignement où tout est donné à l'imprévu; je m'efforcerai de le remplir, si je reste assez longtemps avec vous pour cela. Je vous ai tracé mon idéal (il faut bien en avoir un), et quoique je sois malheureusement très-certain de ne pas l'atteindre, ce n'est pas une raison pour ne pas en tenter la poursuite.

Maintenant tâchons de passer de la théorie à la pratique et, pour commencer, occupons-nous immédiatement de l'un des malades qui sont confiés à nos soins.

Je veux aujourd'hui appeler votre attention sur un cas très-remarquable de paralysie avec atrophie du membre inférieur gauche chez une femme hystérique.

Je vous ai fait remarquer plusieurs fois une femme âgée de 38 ans, couchée au n° 34 de la salle Saint-Bernard. Ce qui frappe tout d'abord, lorsqu'on s'approche de son lit, c'est sa physionomie d'une mobilité extrême; la moindre parole provoque chez elle des larmes, un tremblement général, symptômes que l'on remarque surtout chez les hystériques. Ici, les signes de cette affection sont d'ailleurs tellement caractéristiques que nous ne pouvons douter un instant que cette femme ne soit réellement hystérique. Nous ne trouvons aucun antécédent de famille qui puisse expliquer chez elle l'apparition de cette névrose; seulement elle a été, dans son enfance, maltraitée par sa mère, et vous savez avec quel soin M. Briquet a insisté sur l'influence des mauvais traitements et de la misère comme causes de l'hystérie. Réglée à douze ans, la menstruation s'établit chez elle régulièrement; à quatorze ans, elle dut quitter la maison paternelle pour incompatibilité de caractère. Y eut-il de sa faute? nous ne savons. Toujours est-il qu'elle était d'une humeur très-emportée, ce qui est encore très-commun chez les hystériques. A quinze ou seize ans, elle fut traitée pour une chlorose très-persistante. A cette époque apparaît la première attaque convulsive, à la suite d'une violente colère. De nombreuses attaques suivirent; elles étaient précédées et accompagnées de la sensation de boule, et depuis elles se sont toujours montrées d'une manière très-fréquente. A dix-neuf ans, elle quitta Bordeaux qu'elle habitait, pour venir s'établir à Paris. A vingt-deux ans, elle se maria; le mariage, contrairement à ce qu'on a dit souvent, ne modifia pas son état: d'ailleurs elle n'eut pas d'enfants, les règles vinrent toujours régulièrement, et il y eut aussi, depuis cette époque, une leucorrhée très-abondante.

Il y a quatre ans, à la suite d'une émotion violente (son oncle mourut subitement entre ses bras), elle fut prise d'un délire passager qui dura quelques heures seulement et d'une douleur extrêmement violente dans les reins, douleur qui persista pendant plus d'un an. Le médecin qui la soignait, croyant à une affection utérine, l'examina au spéculum, et, dit-elle, il ne trouva rien d'anomal; puis la douleur lombaire disparut subitement pour faire place à une paralysie du membre inférieur gauche. Il est du plus haut intérêt pour nous de savoir exactement ce qui se passa à ce moment: elle s'était promenée la veille assez longtemps sans fatigue extraordinaire. Pendant la nuit, elle n'avait pas dormi et avait éprouvé une douleur et un tremblement dans la jambe gauche. Le matin, elle constata l'impossibilité de se servir de ce membre; il paraît donc que chez elle il n'y a pas eu d'attaque hystérique au commencement de cette paralysie; c'est, du reste, ce qui arrive le plus souvent et ce qui contredit l'opinion émise par MM. Landouzy et Macario, qui veulent que la paralysie hystérique résulte de la déperdition du fluide nerveux durant les attaques. Au début de cette paralysie, il se produisit plusieurs phénomènes importants: d'abord une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme, des douleurs extrêmement vives dans tout le membre paralysé, une contracture telle que les ongles des orteils pénétraient dans la plante du pied, des mouvements convulsifs du membre malade, qui forçaient de le fixer pendant la nuit par des bandes; enfin un amaigrissement très-rapide de ce membre. Ces attaques, depuis cette époque, sont devenues plus rares; la dernière date de huit jours. La malade a subi de nombreux traitements; l'électricité seule a paru améliorer son état, et depuis onze mois, elle marche tant bien que mal.

Voici dans quel état nous trouvons aujourd'hui cette malade: l'état général est assez bon. On constate seulement les signes d'une chloro-anémie assez avancée; leucorrhée très-abondante; bruit de souffle cardiaque et souffle continu avec renforcement au cou. Névralgies faciales, se présentant à des époques variables; pas de ces points douloureux dorsaux, si fréquents chez les hystériques.

Voici ce que nous constatons au membre inférieur gauche: d'abord une atrophie très-prononcée; la mensuration de l'un et l'autre membre donne une différence de 5 centimètres à la cuisse et de 4 centimètres au mollet; nous trouvons aussi chez cette malade ce symptôme sur lequel M. Duchenne (de Boulogne) a insisté pour reconnaître l'atrophie vraie: c'est la différence que donne le pincement de la peau à l'un et l'autre membre; tandis que du côté sain, cette membrane a sa souplesse et sa minceur habituelles, du côté malade, au contraire, la peau paraît plus épaisse et moins souple. Le membre est dans le décubitus dorsal; le pied est étendu sur la jambe et renversé en dehors; il y a là un véritable équin légèrement valgus; il n'y a pas actuellement de contracture, et cette position anormale du membre résulte d'une simple prédominance des muscles sains sur leurs antagonistes, à quoi il faut ajouter un léger degré de rétraction consécutive.

Lorsque l'on passe maintenant aux mouvements soit totaux soit partiels du membre, voici ce que l'on constate. Pour cette étude délicate, M. Duchenne (de Boulogne) a bien voulu nous prêter le concours de sa merveilleuse sagacité dans l'analyse des troubles de l'appareil locomoteur.

Le triceps crural est complétement paralysé; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont impossibles, et la cuisse étant fléchie, on l'étend très-facilement contre la volonté de la malade. Les adducteurs sont aussi complétement paralysés; les abducteurs le sont un peu moins; les muscles rotateurs ont perdu toute leur action motrice; quant aux fléchisseurs, au contraire, ils ont gardé toute leur iniégrité.

L'étude des muscles de la jambe exige plus d'attention; le jambier antérieur est complétement paralysé, ainsi que l'extenseur propre du gros orteil; l'extenseur commun des orteils est à peu près sain; le péronier antérieur se contracte bien, mais le long péronier latéral a perdu un peu de sa motilité; le triceps crural a conservé tous ses mouvements.

Pendant la marche, cette malade traîne le pied et ne fait mouvoir son membre que par des mouvements du bassin.

Par l'électricité, on constate la perte de la contractilité des muscles paralysés. D'ailleurs ce moyen d'exploration, qui, au début de l'affection, aurait eu une importance réelle, n'est plus d'une grande utilité aujourd'hui, car l'atrophie explique suffisamment la perte de la contractilité: la malade sent très-faiblement le passage du courant; la sensibilité du membre malade présente les altérations suivantes: la sensation de contact est complétement abolie dans la moitié interne, et obtuse dans la moitié externe; le pincement est perçu, mais avec lenteur; les piqûres au contraire, quelque profondes qu'elles soient, ne sont pas senties; le sens de la température est aboli; la pression des masses musculaires n'est point perçue par la malade.

Voici très-certainement, messieurs, une femme hystérique, et très-certainement aussi une paralysie du membre inférieur gauche. Est-ce une paralysie hystérique? tel est le point à examiner. Au premier abord, cela ne paraît pas douteux; le début a été brusque, la paralysie n'a frappé qu'un seul membre et ce membre est le gauche, côté pour lequel la paralysie hystérique a une singulière prédilection; les muscles ne sont pas tous frappés également; il existe une anesthésie cutanée, une anesthésie musculaire; enfin le courant électrique n'est pas senti.

Tous ces faits plaident sans doute en faveur d'une paralysie hystérique. Mais il existe un symptôme qui s'élève puissamment contre cette manière de voir; c'est l'atrophie qui, au dire de tous les auteurs, ne se rencontre jamais dans la paralysie hystérique, même très ancienne.

J'ai communiqué à M. Briquet des cas de paraplégie hystérique datant de 15, 18 et même 21 ans sans atrophie; j'ai cherché dans les livres des exemples d'atrophie hystérique; je n'en ai pas trouvé; sans doute il survient à la longue, par le repos, un certain amaigrissement tenant à l'inertie du membre; mais il y a loin de là à la disparition totale des masses musculaires; ce dernier caractère appartient aux paralysies avec lésion de la moelle. Or, lorsque l'on remonte dans l'histoire de cette malade, on trouve quelques faits qui se réunissent pour attester l'existence d'une lésion. D'abord elle a eu des douleurs lombaires assez vives, elle a eu de la rétention d'urine, enfin elle a éprouvé des contractures et des soubresauts convulsifs, symptômes ordinaires de la méningite spinale.

L'atrophie qui est le caractère prédominant de cette paralysie la fait ressembler par bien des points à cette affection, que l'on appelait récemment encore paralysie essentielle de l'enfance. Sans cause appréciable, on voit tout d'un coup un membre, ordinairement un des inférieurs, se paralyser et perdre rapidement sa contractilité électrique musculaire en même temps que l'atrophie partielle apparaît. Cet accident se rencontre ordinairement chez les jeunes enfants, à l'époque de la dentition, mais il en existe dans la science quelques exemples, très-rares il est vrai, observés chez les adultes; je citerai entre autres un malade observé dans le service de M. Vigla en 1862. Cette paralysie était autrefois considérée comme une affection *sine materia*; mais les recherches de ces dernières années, et en particulier les travaux de M. Laborde montrent qu'il n'en est pas ainsi et que l'on constate une lésion de la moelle portant surtout sur les cordons antéro-latéraux et caractérisée par un aspect translucide d'un gris rosé de cette partie de l'axe médullaire. Au microscope on constate l'atrophie, l'aspect variqueux des tubes nerveux, et une abondante prolifération conjonctive.

Si, d'autre part, l'on considère qu'en regard de chacune des planches, au nombre de quatre par livraison mensuelle, on trouve une légende claire et détaillée de chaque figure, on voit que l'étude chez soi, l'étude de cabinet se trouve ainsi singulièrement facilitée.

L'étudiant a devant lui le texte, la figure et la légende explicative, embrassant tout d'un même coup d'œil, et ne perdant aucun de ces objets de vue, quel que soit le moment de sa lecture, problème en apparence bien simple, et cependant fort difficile à résoudre, ou du moins non résolu jusqu'ici.

Dans les ouvrages, en effet, dont les figures sont intercalées dans le texte, outre les proportions par trop réduites de ces figures, on n'a que très-rarement sous les yeux, et d'une manière trop fugitive, la figure correspondant au texte du moment; et d'autre part, si l'on étudie dans les ouvrages classiques, aidé des grands atlas connus, sans parler de la question de prix qui a cependant son importance, il est difficile, vu les dimensions considérables des planches, de tout embrasser du même coup d'œil.

Revenons à notre analyse. Le texte, dû à M. Paulet, nous a paru réunir toutes les qualités nécessaires à un ouvrage d'anatomie. Chaque description, débarrassée d'incidents inutiles, est nette, claire, précise, et ne laisse aucun nuage dans l'esprit du lecteur. Le style sévère et châtié est bien réellement approprié au sujet. La phrase nerveuse, un peu courte, ne s'embarrasse point de circonlocutions sonores et creuses. La périphrase ne s'y rencontre pas. Le mot propre arrive au contraire à point avec une précision, une justesse et un bonheur d'expression dont nous ne saurions trop louer l'auteur. Son livre, outre l'exactitude scientifique, a un véritable mérite littéraire, ce qui n'a jamais rien gâté.

Deux fascicules de texte ont paru jusqu'ici, et comprennent l'anatomie topographique de la tête et du cou. La première partie, consacrée à l'étude de la tête, se divise en deux chapitres: le crâne et la face. Dans la description de la cavité crânienne, nous avons été surtout frappés de la clarté parfaite qui préside à la description des méninges et de leurs vaisseaux; des considérations très-pratiques sur les plaies de tête et sur l'opération du trépan nous ont également beaucoup intéressés. L'encéphale vient ensuite, puis, ce que nous considérons comme une innovation très-heureuse, une bonne description de la voûte crânienne chez le fœtus à terme. Cette disposition toute particulière est en effet d'un haut intérêt pour l'obstétrique. Le premier chapitre se termine par une étude minutieuse de la région temporale, suivie elle-même d'une digression intéressante sur l'artériotomie.

La face est divisée en deux ordres de régions, les supérieures et les inférieures. Les régions supérieures sont au nombre de cinq, la sourcillière, l'orbitaire externe, la nasale, la zygomato-orbitaire, et enfin l'orbitaire interne.

Après s'être longuement étendu dans les trois premières régions sur les applications diverses à la chirurgie, je veux parler de la tumeur de la fistule lacrymale, des kératites, de la blépharoplastie, etc., l'auteur arrive à la région orbitaire interne, dont la description nous a paru excellente. Sans parler en effet de la région orbitaire elle-même dont les détails, assez difficiles à bien faire saisir, ont été très-heureusement rendus, je signalerai à l'attention du lecteur la partie relative à l'œil et à ses différents milieux. Cette description, parsemée d'applications chirurgicales fort importantes, et comprenant tout ce qui a été fait de nouveau dans ces derniers temps, nous a vivement intéressés.

Suivent les régions inférieures de la face, où nous notons en passant les fosses nasales avec le cathétérisme de la trompe d'Eustache et des considérations sur l'épistaxis, puis la région buccale avec une courte exposition de l'uranoplastie, des opérations pratiquées sur la langue, et des tentatives opposées au bégayement.

Après la région pharyngienne, l'auteur nous donne une description de la coupe verticale moyenne de la tête et du cou, appliquée à la chirurgie des régions tonsillaire et laryngée.

Plus loin nous trouvons, dans les régions latérales de la face, une bonne description de l'oreille et notamment de la loge parotidienne; puis viennent les deux questions encore récentes de la luxation du maxillaire inférieur et du resserrement permanent des mâchoires. Enfin, cette région se termine par une très-juste appréciation de la ligature des artères faciale et occipitale.

Nous en avons terminé avec la tête. Nous abordons l'étude du tronc et nous commençons par celle du cou. Cette étude n'étant pas complétement terminée dans le deuxième fascicule, nous nous bornerons à en donner une vue d'ensemble. Signalons cependant une excellente description de la région sous-hyoïdienne et du corps thyroïde; plus loin une appréciation très-exacte de la ligature des carotides et de la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien; enfin, pour ne pas tout

Pour revenir à notre malade, M. Duchenne, en présence de tous ces symptômes, n'hésite pas à formuler le diagnostic suivant : méningo-myélite survenue accidentellement chez une hystérique.

Je n'adopte pas complétement cette manière de voir, et voici les raisons sur lesquelles je me fonde. D'abord nous avons la paralysie d'un seul membre, l'autre n'a été touché à aucun degré. Or l'hémiparaplégie par myélite est ce qu'il y a de plus rare au monde. Je sais bien qu'on invoquera ici les faits de paralysies de l'enfance unilatérales, mais dans tous les cas de ce genre on ne note aucune modification de la sensibilité ; s'il y a un peu d'anesthésie au début, elle ne tarde pas à disparaître entièrement, et les auteurs qui se sont occupés de ce sujet insistent précisément sur ce caractère. Aussi, en présence de ces troubles de la sensibilité, en présence surtout des phénomènes hystériques que nous rencontrons chez cette malade, j'arrive à l'opinion suivante : je crois à une lésion médullaire, mais à une lésion que j'appellerai d'*origine hystérique*. Je m'explique :

Si, dans la majorité des cas, les paralysies hystériques sont dûes à un trouble purement fonctionnel, je pense qu'il en est d'autres qui tiennent à une véritable hyperhémie, dont la nature est fort obscure, mais qu'il faut accepter comme un fait ; vous connaissez tous ces congestions de la peau, des articulations, des glandes, si fréquentes chez les hystériques, et qui arrivent parfois à une véritable cyanose. Tout porte à croire qu'un travail semblable peut se passer dans les centres nerveux ; j'en donnerai tout à l'heure la preuve, et j'ajouterai qu'en se prolongeant, cet état d'hyperhémie peut amener un travail d'exsudation et d'organisation plastique, capable de donner lieu à la sclérose spinale. Je fais allusion ici à un fait très-curieux, publié récemment par M. Charcot. J'avoue que, à une première lecture, ce fait m'avait laissé quelques doutes, mais en relisant le mémoire de mon savant collègue, je vois qu'il n'y a pas moyen de douter un seul instant. Il s'agit d'une malade de la Salpêtrière, âgée de 61 ans, hystérique depuis l'âge de 6 ans et atteinte de contracture des quatre membres, consécutive à une paralysie survenue brusquement 15 ans avant la mort et suivie d'atrophie des membres supérieurs. A l'autopsie on trouva une dégénérescence gélatineuse des cordons antéro-latéraux. M. Charcot regarde comme très-plausible la supposition d'un ancien état fluxionnaire amenant d'abord des désordres très-réparables, mais finissant par déterminer à la longue des modifications plus profondes, et enfin même indélébiles.

Bien entendu, messieurs, je ne veux pas dire qu'il y ait identité entre le fait que je mets sous vos yeux et celui de M. Charcot, puisqu'il y avait contracture dans le sien et paralysie dans le nôtre ; mais il a pu se faire dans ces deux cas un travail de même nature.

Il y a peu de jours encore nous observions au n° 29 de notre salle Saint-Bernard une jeune femme hystérique, qui, à la suite d'une émotion vive, (elle avait vu succomber une de ses amies à une attaque de choléra), fut prise d'une hémiplégie droite avec hémiopie du même côté. A l'opthalmoscope nous reconnûmes une congestion très-intense de la papille du nerf optique du côté malade, celle du côté sain restant parfaitement normale. Nous fûmes amenés à penser que cette congestion oculaire traduisait une congestion semblable des corps genouillés et des couches optiques du côté gauche. Jour par jour nous pûmes suivre la diminution de la congestion papillaire marchant de pair avec la diminution des phénomènes paralytiques.

Tous ces faits me confirment dans mon opinion, et cette interprétation que je ne vous propose que sous toutes réserves me paraît propre à rendre compte du fait qui nous occupe et des apparentes anomalies qu'il présente.

En tout cas, messieurs, le pronostic est fâcheux au point de vue de la curabilité de cette paralysie ; on guérit ordinairement la paralysie hystérique ; dans celle-ci la lésion est trop considérable pour qu'on puisse espérer une cure complète.

Quant au traitement, il doit s'adresser d'abord à l'état général ; nous donnerons du fer, du quinquina, et nous aurons recours à l'hydrothérapie.

Le massage, les frictions excitantes et surtout l'électricité seront dirigés contre la paralysie. Si cette malade était dans une autre condition de fortune, ce serait le cas de l'envoyer aux eaux de Balaruc, de Tœplitz, etc., qui jouissent, à tort ou à raison, d'une certaine réputation dans le traitement des paralysies.

Je ne veux pas terminer cette séance sans vous rendre témoins de deux autopsies intéressantes. La première est celle d'un individu qui est venu mourir dans notre service, d'une hépatite qu'il avait contractée à la Nouvelle-Orléans. Vous pouvez constater l'existence d'un énorme abcès de la face convexe du foie. C'est là une lésion rare dans nos climats, et vous n'aurez pas souvent l'occasion d'en voir des exemples. Vous pouvez voir que le gros intestin est criblé d'ulcérations dysentériques.

Les pièces que je mets maintenant sous vos yeux proviennent d'un sujet âgé qui a succombé à une hydropisie de nature fort obscure pendant la vie. Il nous avait été impossible de constater chez lui les signes d'une lésion valvulaire du cœur. Vous voyez à la face inférieure des valvules sigmoïdes, de petites végétations tout à fait comparables aux végétations syphilitiques. L'une d'elles est à peine adhérente par un pédicule capillaire.

Du côté de la rate, vous voyez quatre ou cinq noyaux jaunâtres, décolorés, à bords parfaitement circonscrits, et correspondant à des branches oblitérées de l'artère splénique.

C'est là la lésion bien étudiée dans ces dernières années sous le nom d'infarctus. Elle reconnaît pour cause de petites embolies, dont l'origine est bien facile à reconnaître en regardant le cœur. J'aurai certainement l'occasion d'appeler encore votre attention sur cette curieuse dégénération des éléments constituants de la rate, dont le microscope a permis d'étudier la nature. Pour le moment, mon seul but est de vous faire voir combien cette lésion est facile à reconnaître à l'œil nu, et combien elle diffère du cancer et des tubercules avec lesquels on la confondait autrefois.

Liqueur antiseptique de Pennès, pharmacien, à Paris.

Acide bromhydrique.	Deux parties
Acide phénique pur	Huit parties

Mêlez dans une capsule de porcelaine sur un bain de sable ou de vapeur d'eau, en ayant la précaution d'agiter avec un tube de verre.

Sitôt que la combinaison est faite, il faut distribuer la liqueur obtenue dans des petits flacons bouchés à l'émeri et renfermer ces derniers dans des étuis de bois, afin d'en faciliter le transport dans la trousse ou la poche.

Appelé à donner des soins d'urgence et gratuits, en l'absence des médecins, j'ai employé cet acide depuis vingt ans pour cautériser des morsures et piqûres venimeuses, sans qu'il soit arrivé le moindre accident de l'application. Plusieurs étudiants en médecine l'ont utilisé avec succès depuis cinq ans pour neutraliser les effets de piqûres anatomiques.

Je l'ai donné, également en cas d'urgence et gratuitement, pendant les épidémies, à la dose de *dix gouttes*, mêlées avec 50 grammes de sirop de cachou ou de ratanhia, puis étendues dans un demi-litre de café noir, comme boisson diaphorétique et stimulante, dans le but d'aider l'*action dynamique* de mon sel, appliqué au traitement du *choléra*, sous la forme de bain, de fomentation ou de topique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 novembre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Un rapport de M. le préfet du Morbihan et divers autres documents relatifs à des accidents syphilitiques observés à la suite de vaccinations pratiquées sur un certain nombre d'enfants. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Chassaignac, Legouest et A. Guérin, qui se présentent comme candidats dans la section de médecine opératoire ;

2° Une observation de brides cicatricielles du larynx, diagnostiquée à l'aide du laryngoscope, et guérie par la laryngotomie et l'excision de la bride, par M. le docteur Moura-Bourouillou ;

3° Une note de M. le docteur Grisard, de Hasselt (Belgique), sur la contagion de la fièvre puerpérale. (Commissaires : MM. Jacquemier et Devilliers.)

4° Un pli cacheté, renfermant des propositions de médecine clinique, par M. le Dr Frogé, de Saint-Brieuc. (Le dépôt est accepté.)

5° Une note de M. le docteur Galezowski, renfermant la description de deux instruments pour le traitement des maladies des voies lacrymales.

Une des causes les plus fréquentes de l'inflammation du sac, dit M. Galezowski, est le rétrécissement du canal nasal au point où il communique avec le sac.

Par la méthode de Bowman, on a la possibilité de franchir les rétrécissements ; malheureusement la guérison n'est pas toujours radicale, et les rétrécissements peuvent se reproduire dès qu'on a cessé d'introduire les sondes ; j'ai pensé qu'il serait utile d'inciser préalablement le point rétréci. C'est dans ce but que j'ai fait exécuter un lacrymotome caché, qui, de même que les uréthrotomes, ne coupe que dans un endroit bien circonscrit, et peut être ensuite retiré du sac lacrymal sans blesser ni couper les parties saines.

Cet instrument se compose (fig. 2), d'une canule très-fine E grandeur naturelle, dans laquelle glisse une lame D, mue par le levier C, la fait avancer sur un plan incliné métallique, qui la fait sortir (fig. D).

Le second instrument (fig. 1), est une petite seringue avec une longue canule A, grandeur naturelle, destinée à des injections du canal nasal et du sac lacrymal ; la canule A est percée de trous ou de petites fentes *b b b b* dans toute sa longueur, et bouchée à son extrémité ; en poussant le bouton de la seringue graduée, on fait sortir le liquide par toute la surface de la canule, et lave ainsi le canal dans lequel elle est introduite.

Ces deux instruments ont déjà été appliqués avec succès sur des malades de ma clinique.

— M. LARREY présente :

1° Au nom de M. le docteur Artigues, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, un ouvrage intitulé : *L'armée, son hygiène morale, son recrutement ;*

2° Au nom de M. le docteur Armieux, plusieurs brochures sur le choléra et sur la statistique médicale de l'hôpital militaire de Toulouse et sur le Sahara de la province d'Oran ;

3° Au nom de M. Didiot, une Étude nouvelle du choléra ;

4° Et au nom de M. Shrimpton, une brochure sur le choléra ;

— M. CERISE dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, un travail imprimé, intitulé : *Du délire émotif*.

— M. BARTH présente au nom de M. le docteur Fauvel deux rapports de la Conférence sanitaire internationale sur le choléra.

Thoracentèse. — M. BARTH soumet à l'examen de l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'opération de la thoracentèse pour un épanchement pleurétique droit datant de deux mois et demi, et occupant à peu près la moitié de la cavité pleurale.

L'opération, dit M. Barth, fut faite le 9 août dernier, avec le concours de M. le docteur Lecointe. Il s'écoula 4 litres 1/2 d'un pus crémeux, sans odeur. Un lavage est fait à l'eau tiède à l'aide de la bandruche, puis une injection iodée, et un tube en caoutchouc est laissé à demeure. Chaque jour, M. Lecointe vide le contenu de la plèvre et fait une injection iodée. Le pus diminue progressivement, mais le 16, au moment du pansement, le tube est projeté au dehors avec un jet de pus. Impossible de le réintroduire. Le 28, la matité s'est reproduite dans une étendue assez considérable. Le 29, nouvelle ponction, à 3 centimètres en arrière de la précédente. Écoulement de trois grands verres de pus lié. Lavage à l'eau tiède, puis injection iodée. Pour éviter un nouveau déplacement, le tube est fixé par quelques fils de soie et retenu sur la peau avec des bandelettes agglu-

---

citer, la région sus-claviculaire, celle de la nuque, et surtout une étude des coupes transversales du cou.

Parlerai-je des planches? Elles m'ont toutes semblé si nettes, si exactes, si fidèles, qu'il est fort difficile de choisir entre elles et de signaler les parfaites parmi les bonnes. Je citerai cependant comme m'ayant plus particulièrement frappé : la région temporale, la région orbitaire interne, et la base du crâne dans les deux premières livraisons. La région faciale avec tous ses muscles nous a semblé également très-bien rendue, de même que la coupe du pharynx mais les régions cervicales nous ont paru au-dessus de tout éloge, tant au point de vue de l'exactitude rigoureuse que du brillant de l'exécution. Jamais, je crois, l'art du dessinateur ne s'était élevé à cette hauteur dans les figures anatomiques, et plusieurs de ces figures représentent les plus beaux types d'anatomie des formes que l'on puisse trouver.

Disons en même temps que, par une excellente idée, on a représenté sur ces dessins, au moyen de lignes, le tracé des opérations dont chaque région est le siége.

Au point de vue de l'exécution lithographique, ces planches sont toutes très-belles. A part un très-petit nombre qu'une faute de tirage avait rendues défectueuses, et qui ont été remplacées depuis, elles peuvent être considérées comme un modèle du genre.

Dessinées toutes d'après nature par M. Sarrazin sur des préparations exécutées par M. Paulet, elles offrent à l'œil une grande clarté unie à un coloris des plus exacts. Ces planches, en effet, coloriées par la chromolithographie, se distinguent par une sûreté et une douceur de tons qu'il est impossible ou du moins fort difficile d'obtenir par les procédés ordinaires.

Un mot encore. L'ouvrage de MM. Paulet et Sarrazin a paru, jusqu'ici, avec une régularité des plus grandes. Chaque mois a vu paraître une livraison de l'atlas, et le fascicule de texte ne s'est pas fait attendre davantage. C'est une garantie certaine pour l'avenir, et les souscripteurs n'auront point à redouter de malencontreuses interruptions.

Pour nous résumer, l'*Anatomie topographique* de MM. Paulet et Sarrazin est non-seulement un traité savamment écrit et brillamment illustré ; c'est un excellent livre dont le succès nous paraît assuré.

Dr DE SAINT-GERMAIN,
Chirurgien des hôpitaux.

La librairie Théodore Morgand, 5, rue Bonaparte, poursuit, sous l'intelligente direction de M. Léon Guérin, le cours de ses belles et savantes publications. Naguère encore, c'était la première partie de l'*Histoire des connaissances chimiques* de l'illustre M. Chevreul. Aujourd'hui, d'une part, c'est une œuvre des plus originales de M. de Liebig, intitulée : *Lord Bacon,* dans laquelle le célèbre savant allemand, merveilleusement traduit et commenté par M. de Tchihatchef, entreprend de dépouiller le fameux chancelier qui fait encore l'orgueil de l'Angleterre, de son dernier prestige, en prouvant, pièces en main, que ce prétendu créateur de la méthode expérimentale, n'a rien expérimenté du tout, et ne fut en science, comme en politique et en philosophie, qu'un charlatan funeste à tout ce qu'il toucha. D'autre part, c'est une admirable *Monographie illustrée des plantes renonculacées,* par notre éminent botaniste M. le docteur Baillon, professeur de sciences naturelles médicales à la Faculté de médecine de Paris ; on sait de quel intérêt est la famille des renonculacées pour les études médicales ; on sait aussi avec quelle autorité le jeune et savant professeur a dû traiter un sujet si bien dans sa compétence, et qu'il a approndi dans ses moindres détails. Nous rendrons compte successivement de chacune de ces intéressantes publications.

On sait que c'est à la même maison de librairie que l'on doit le magnifique *Règne végétal* dont nous avons souvent l'occasion d'entretenir nos lecteurs. Ce savant ouvrage, accompagné d'atlas iconographiques splendides, marche avec une régularité remarquable, et approche bientôt de sa fin, malgré les importantes améliorations que lui apporte le consciencieux éditeur, particulièrement à la *Flore médicale* que le regrettable docteur Reveil avait laissée incomplète, et qui a été revue et corrigée d'un bout à l'autre par des hommes experts en la matière. Un de nos amis prépare pour nos lecteurs un article de fond sur l'ensemble du *Règne végétal*.

Nous aurons bientôt aussi à entretenir nos lecteurs des additions capitales que la librairie Morgand fait faire à la partie chirurgicale du grand *Traité de l'anatomie de l'homme,* par MM. Bourgery, Claude Bernard et Jacob, dont M. Guérin s'est rendu acquéreur. Il n'était pas douteux que du moment où cette opération, la plus vaste, la plus monumentale qui ait jamais été consacrée aux sciences anatomiques et chirurgicales venait entre les mains de cet éditeur, elle ne resterait sous aucun rapport en dehors du progrès.

natives. Par ce procédé d'une extrême simplicité, dit M. Barth, le maintien du tube est assuré et son déplacement, soit en dehors soit en dedans, devient impossible. Les pansements sont repris comme précédemment, et des injections pratiquées tantôt avec de la teinture d'iode, tantôt avec la solution d'acide phénique.

Aujourd'hui il ne s'écoule plus qu'un verre à liqueur de liquide louche, albumineux. L'orifice externe de la plaie s'entoure de bourgeons charnus, et nous croyons le moment venu d'extraire le tube.

RAPPORT.

Paralysie de la portion dure de la septième paire par l'électrisation. — M. BRIQUET lit un rapport sur une communication de M. le docteur Namias, médecin en chef du grand hôpital de Venise, relative au traitement de la paralysie de la portion dure de la septième paire de nerfs cérébraux par l'électrisation.

Tout chemin mène à Rome, dit M. le rapporteur, mais il en est qui y mènent par la voie la plus courte et la plus sûre, tandis qu'il en est d'autres qui présentent des conditions opposées. Faisant application de cet adage à la thérapeutique par l'électrisation, M. le rapporteur exprime le regret que M. Namias ait préféré se servir d'un courant voltaïque produit par la pile à couronne de tasses plutôt que de tirer parti des courants d'induction développés par les appareils de faradisation. Il a, de cette manière, pris le mauvais chemin. Néanmoins les deux malades traités par lui ont guéri. Mais malheureusement, ajoute M. le rapporteur, les renseignements manquent dans les deux observations pour juger du degré d'intensité de ces deux cas de paralysie. Il est donc impossible de déterminer même à *posteriori* la valeur du genre de courant qu'il a employé.

La commission propose : 1° de déposer le travail de M. Namias aux archives ; 2° d'adresser des remercîments à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la commission du prix de l'Académie. — M. LARREY, au nom de la commission du prix de l'Académie, lit le rapport pour le concours de cette année.

Ce rapport, dit M. Larrey, devait, suivant les usages suivis jusqu'à présent pour les rapports de prix, être lu en comité secret, mais vous vous rappelez, sans doute, avoir favorablement accueilli une proposition faite par moi, et appuyée par quelques-uns de nos honorables collègues, notamment par M. Bouley, de modifier cette coutume. J'avais demandé que ces rapports fussent lus, sinon discutés, en séance publique, toutes les fois que les commissions le jugeraient à propos, d'après l'importance ou l'intérêt des questions mises au concours.

Le conseil d'administration en a référé à la décision du Ministre qui a bien voulu approuver la modification proposée.

J'ai cru devoir réclamer la première application de la mesure dont j'avais pris l'initiative, comme un précédent utile et un principe libéral.

La commission n'a reçu que deux mémoires sur la question mise au concours : l'érysipèle épidémique.

M. le rapporteur se borne à présenter une analyse de ces deux mémoires et réserve pour le comité secret l'appréciation et le jugement de la commission.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le jugement de la commission sur les mémoires qui font l'objet de ce rapport et les explications auxquelles il peut donner lieu.

Après le vote sur le rapport de M. Larrey, l'Académie entendra également en comité secret le rapport de la section d'accouchement sur les candidats à la place vacante dans cette section.

A cinq heures un quart, l'Académie rentre en séance publique.

LECTURES.

Opération de la fistule vésico-vaginale. — M. GAILLARD (de Poitiers), correspondant de l'Académie, donne lecture en son nom et au nom de M. de la Mardière, professeur suppléant à Poitiers, d'une note sur des modifications proposées pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Les modifications proposées par M. le docteur Gaillard, sont au nombre de trois :

1° Procédé pour l'avivement. Ce temps de l'opération a toujours été regardé comme le plus laborieux pour les chirurgiens qui sont placés entre l'inconvénient d'enlever une trop grande épaisseur des parties, et celui plus grand encore de laisser à la surface de la fistule des îlots couverts d'épithélium traumatique qui s'oppose à la réunion. La difficulté est de distinguer à la surface de la plaie, malgré l'éloignement où elle se trouve et la couleur rouge que lui donne le sang, les parties déjà avivées de celles qui ont encore leur épithélium.

La fistule étant en vue, videz la vessie avec une sonde, essuyez exactement la solution de continuité, introduisez dans l'orifice et le trajet de la fistule, un crayon de nitrate d'argent, qui en atteindra exactement les contours. Faites aussitôt une injection d'eau salée par la fistule, immédiatement toutes les parties touchées par le nitrate d'argent, et que doivent comprendre les points sur lesquels doit porter l'avivement, prendront une couleur d'un blanc d'argent très-apparente. A l'aide de ce guide, il sera facile d'exciser toutes les parties nécessaires.

2° Nous supprimons les plaques et les boutons de plomb par les raisons suivantes : plus l'appareil est compliqué, plus l'opération est longue et douloureuse pour la malade. Plus il y a de corps étrangers dans le vagin, et plus facilement les tissus sont irrités et ulcérés. Les plaques métalliques étant raides ne peuvent manquer de fatiguer la muqueuse. La paroi du vagin sur laquelle on applique les plaques n'est pas une surface plane, elle présente au contraire des courbures aussi variées qu'un meuble du style Louis XV; transversalement, c'est une voûte surbaissée. A son milieu, dans le sens de l'axe, c'est un plafond mobile convexe oblique en avant, qui s'abaisse pendant qu'on fait la suture, et se relève aussitôt qu'on ôte le spéculum; ajoutons que la suture à points séparés s'adapte merveilleusement à cette configuration inégale et aux mouvements de la paroi vésico-vaginale.

3° M. Follin dit : lorsque l'on passe à travers une fistule un nombre considérable de fils, on éprouve, au moment de la suture, une difficulté réelle à les séparer les uns des autres.

Voici notre procédé : M. de la Mardière a imaginé de marquer chacun des fils avec des grains de chapelets attachés aux deux extrémités, et M. Gaillard, adoptant et complétant cette idée, s'est procuré des grains de véroterie colorés diversement suivant les nuances du spectre solaire, de sorte qu'au fur et à mesure de la suture, le premier fil de la suture est marqué par deux grains rouges, le second fil par deux grains orangés, le troisième par deux jannes jusqu'au huitième qui reçoit des grains blancs toujours dans l'ordre des couleurs de l'arc-en-ciel. Nos huit fils étant ainsi marqués à chaque bout il devient extrêmement facile en suivant l'ordre inverse, blanc, violet, indigo, bleu, vert, jaune, orangé et rouge de reconnaître et de tordre les fils avec la pince de Charrière suivant le procédé de Mottauer. Tous ces fils réunis en faisceaux sont coupés à 3 centimètres en dehors de la vulve pour ne pas irriter le vagin.

L'opération si laborieuse d'habitude de la fistule vésico-vaginale, ne peut manquer d'être simplifiée par ces ingénieux procédés qui ont été employés avec le plus grand succès pour l'extraction des pierres de la vessie.

Moyens d'améliorer la condition des enfants en nourrice. — M. LE Dr BARRIER lit une note sur les moyens d'améliorer la condition des enfants en nourrice. Cette note sera publiée.

Par décision ministérielle :

La gratuité des droits qui restent à acquitter, au profit du trésor public, à partir du 15 novembre 1866, par M. Brabant (Ildephonse), étudiant de la Faculté de médecine de Paris, pour l'achèvement de ses études médicales (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude et diplôme de docteur), est accordée à cet étudiant, pour son dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra dans la commune de Haspres (Nord).

— Dans sa séance du 7 novembre, la Société médico-pratique, conformément aux conclusions du rapport de sa commission des prix, commission composée du président et du secrétaire général, membre de droit, et de MM. Ameuille, Labarraque, Trèves, Simonot et Collineau, rapporteur, a décidé :

Qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix par elle proposé ; mais qu'une médaille d'or de la valeur de 400 francs serait accordée, à titre de récompense, à M. le docteur Léotaud (Antoine), médecin à la Trinidad (Antilles), auteur du mémoire n° 1, et une mention honorable à M. le docteur Déchaux, médecin à Montluçon (Allier), auteur du mémoire n° 2.

Le titre de membre correspondant de la Société est, en outre, décerné à l'un et à l'autre des auteurs précités.

Dans la même séance, la Société médico-pratique a arrêté ce qui suit :

Le même sujet de prix est remis au concours. La valeur du prix à décerner sera cette fois portée de 300 à 500 francs.

On croit devoir rappeler ici à MM. les concurrents les termes et les conditions du programme à remplir :

« La Société médico-pratique, en 1869, décernera un prix de 500 fr. au meilleur mémoire de médecine pratique sur une question de pathologie, ayant trait à la grossesse ou à l'obstétrique proprement dite, dont le choix est laissé à la volonté des concurrents : ictère, vomissements incoercibles, saignée dans la grossesse, dystocie, accouchement prématuré artificiel, hémorrhagie, mort subite, opération césarienne, accouchement forcé *post mortem*, etc., etc. »

La Société exige des travaux encore inédits, appuyés sur de bonnes et solides observations, et précédés d'un exposé succinct de l'état de la science sur le sujet traité.

Les mémoires devront être adressés franco, suivant les formes académiques usitées, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel de ville, avant le 31 décembre 1868.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 137. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 24 NOVEMBRE 1866. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Urticaire intermittente.

A propos des faits dont M. Bourdon a entretenu récemment la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Allaire père nous adresse une observation qu'il a recueillie autrefois, et que nous reproduisons telle, nous dit-il, qu'il l'avait rédigée alors.

« Henri de V..., âgé de cinq ans, d'un tempérament nerveux, venait d'être atteint de la coqueluche, dont les accès peu fréquents et peu intenses durèrent néanmoins cinq à six semaines, lorsque le 28 avril 1826, cet enfant fut pris, vers midi, d'un accès de fièvre dont le premier stade était caractérisé par quelques frissons, le deuxième par de la chaleur et le troisième par une sueur qui persista jusqu'au lendemain matin. Céphalalgie, douleur et tension de l'abdomen non souffrant au palper. Infusion de fleurs de violettes, édulcorée avec le sirop de gomme; demi-lavement; diète.

« Le 29, le petit malade reste levé une partie de la journée; il est gai et ne pense plus aux accidents de la veille. Ventre détendu; selle copieuse.

« Le 30 au matin, de neuf à dix heures, nouvel accès de fièvre s'annonçant avec plus de force que le premier et se compliquant, à une heure environ de l'après-midi, d'une éruption de taches rouges en tout semblables à celles qui caractérisent la rougeole, soit par la forme, soit par le mode de leur apparition. Céphalalgie; langue blanche au milieu et à sa base, rouge sur les bords et à la pointe, qui est lancéolée; soif, nausées, vomissements, abdomen tendu et légèrement douloureux à la pression de la main, sueurs moins abondantes; elles ont cessé avec l'exanthème, dès sept heures du soir; urine pâle; un peu d'assoupissement.

« Même prescription.

« Le 1er mai, l'enfant est gai, ne demande pas à se lever; il reste dans son lit, sur son séant, pour jouer avec des cartes ou découper du papier.

« Deux soupes, deux bouillons, quatre pruneaux, donnés par Mme de V... sans mon ordre.

« Le 2, accès de fièvre dès sept heures du matin, légers tremblements, vomissements, pâleur du visage; entre neuf et dix heures, nouvelle apparition de taches rouges par tout le corps, mais en plus grande quantité à la face; elles paraissent d'abord comme des morsures de puce, qui, aux membres, prennent bientôt le caractère de l'urticaire; paupières supérieures gonflées, céphalalgie, langue blanche au milieu, très-rouge à la pointe et sur les bords; soif vive, épigastre sensible à la main, assoupissement, urine pâle, pouls fréquent.

« Huit sangsues à l'épigastre, diète absolue, tisane.

« Le soir, j'apprends que les sangsues ont coulé beaucoup; pouls moins fréquent mais plus développé, assoupissement moindre, disparition de l'éruption cutanée à trois heures de l'après-midi, soif nulle, bâillements fréquents, fatigue, langue un peu moins rouge, urine moins pâle, pas de sueurs, une selle à dix heures du soir.

« Le 3, céphalalgie, langue toujours un peu rouge, tension du bas-ventre, pouls normal, peau fraîche, paupières supérieures gonflées; il ne sort pas du lit; il reste sur son séant pour se livrer à ses petits jeux ordinaires.

« Deux bouillons, une soupe, même boisson; cataplasme émollient sur le bas-ventre.

« Le 4, accès de fièvre dès sept heures du matin et éruption cutanée, se présentant l'une et l'autre avec moins d'intensité; vomissements, céphalalgie, assoupissement, langue un peu rouge, peu de soif, tension abdominale, pouls peu fréquent.

« Le soir, l'accès fébrile a été moins long et l'assoupissement moindre; il n'y a plus de tension au ventre.

« Tisane, diète, demi lavement.

« Le 5, l'enfant est dans un état très-satisfaisant; il s'est levé depuis onze heures et demie du matin jusqu'à six heures et demie du soir.

« Deux bouillons, un œuf.

« Le 6, accès fébrile à cinq heures du matin, non accompagné d'éruption à la peau; tension de l'abdomen, assoupissement léger, peu de céphalalgie, soif, langue rouge à la pointe.

« Tisane, cataplasmes, demi-lavement, diète.

« Le 7, apyrexie, langue toujours un peu rouge.

« Le 8, accès fébrile dès deux heures et demie du matin, céphalalgie passagère et légère, un peu d'assoupissement, langue tout à fait dérougie, le ventre n'est plus tendu, un peu de fatigue dans les membres, un vomissement.

« Le 9, apyrexie. Sulfate de quinine, 5 grains.

« Le 10, accès de fièvre à minuit, moins long et moins fort.

« Le 11, apyrexie. Quinine, 5 grains.

« Le 12, le mieux est décidé, l'appétit se prononce vivement.

« On peut lire dans Jean-Pierre Frank (médecine pratique), trois observations de fièvre intermittente ortiée, et dans la monographie de Mongellas (irritations intermittentes), divers cas semblables : un surtout recueilli par M. Bricheteau, ayant assez de rapport avec le mien. »

Nous recevons aussi de M. Boëns, membre correspondant de l'Académie de Belgique, une assez longue lettre sur le même sujet. Comme M. Dumontpallier, M. Boëns a rencontré un cas d'*urticaire chronique intermittente*, qui s'est prolongée pendant des semaines et des mois avec vives démangeaisons à exacerbations nocturnes, et qui s'est étendue à plusieurs membres d'une même famille. Mais plus heureux que M. Dumontpallier, il a pu découvrir la cause de cette urticaire étrange et insolite. Voici le fait :

« La famille de M. de P..., ingénieur des mines, à Charleroi, se compose de cinq personnes : la mère de M. de P..., M. et Mme de P... et de deux jeunes enfants de quatre et six ans. La première de ces personnes fut atteinte, en 1865, d'un rhumatisme articulaire aigu dont la convalescence fut très-longue. Dans le cours de l'hiver dernier, je conseillai à cette dame l'usage de l'huile de foie de morue. Quelques mois après, M. de P.., réclama mes soins pour une maladie de peau, disait-il, qui était survenue, depuis plusieurs semaines, à sa femme, à sa belle-mère et à ses deux enfants, et qui leur causait, la nuit, des démangeaisons insupportables.

« Cette maladie de peau consistait en une urticaire qu'il était impossible de méconnaître, et qui ne pouvait être confondue avec aucune autre affection cutanée, la gale, le prurigo, etc., etc.

« Mais comment se faisait-il que quatre personnes des cinq de la famille fussent atteintes en même temps d'une urticaire chronique intermittente, qui avait résisté à tous les bains et à tous les soins hygiéniques imaginés par M. l'ingénieur de P...? Comment se faisait-il surtout que ce dernier seul eût été préservé de l'affection ?

« Après avoir cherché dans les antécédents de chaque malade la clef de cette énigme, je renonçai à voir dans cette coïncidence un effet d'une diathèse quelconque, rhumatismale ou arthritique, puisque, si la mère de l'ingénieur avait eu un rhumatisme bien caractérisé, si les deux petits enfants pouvaient être soupçonnés d'être, par filiation directe, sous l'influence de la constitution propre de leur grand'mère, il n'était pas possible d'admettre que la bru plutôt que le fils propre de cette dame pût se trouver dans le même cas, ni que toutes ces influences sur des âges et des états de santé si différents, se fissent sentir à la fois aux mêmes jours et aux mêmes heures. Il y avait autre chose évidemment là-dessous.

« En effet, je m'attachai à me faire rendre compte de toutes les circonstances et de toutes les habitudes qui avaient pu jouer un certain rôle dans le régime alimentaire des malades; et voici ce que je découvris :

« Fatiguée de prendre l'huile de foie de morue en nature, Mme de P... mère se décida à continuer l'usage de ce médicament sous la forme pilulaire. Elle trouva cette méthode si peu désagréable qu'elle engagea sa bru à donner de semblables pilules à ses deux enfants. La bru fit mieux, elle en prit elle-même tous les jours ! L'ingénieur seul résista à cette petite manie qu'on croyait innocente et bien inoffensive.

« Je voulus voir ces fameuses pilules, et en débouchant la bouteille je fus frappé de l'odeur de poisson pourri qui s'en exhalait !.... La cause de l'urticaire était au fond de cette bouteille.

« Et cela est si vrai, qu'il ne fut plus question d'urticaire chez aucune de ces quatre personnes dès que l'usage des pilules de foie de morue (plus ou moins putréfiées) fut complétement aboli.

« Je serais curieux de savoir si M. Dumontpallier ne pourrait pas retrouver dans le régime diététique de ses malades, la véritable cause de cette urticaire intermittente que, faute de mieux, il a cru devoir rapporter à une diathèse rhumatismale ? »

Asthme et arthritis.

Dans notre premier-Paris de mardi dernier, nous avons fait connaître les relations que M. Guéneau de Mussy tendait à établir entre la diathèse arthritique et certaines affections telles que l'asthme. Nous venons d'observer à la Charité un fait qui

---

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr (1),

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

On serait tenté en vérité d'adopter cette poétique version, d'en croire sur parole M. Lamartine; mais M. Arago ne l'entend pas ainsi, il va se mettre à réfuter le poëte aussi sérieusement et aussi rudement que s'il s'agissait d'un problème de mathématiques. Voyons, dit-il, ce qu'il y a de vrai dans ces assertions; vous dites d'abord que Condorcet était dominé par le désir de s'asseoir à l'ombre des arbres; mais, reprend M. Arago, il pouvait se donner cette satisfaction sans quitter la maison de madame Vernet, car il y avait dans la cour cinq gros tilleuls !

Oh ! Arago ! Arago ! vous croyez que pour ce pauvre Condorcet les tristes tilleuls d'une pension bourgeoise devaient avoir autant de charmes que les hautes futaies qui balancent leurs cimes au milieu des campagnes ! Mais ce n'est pas tout; suivant M. Lamartine, Condorcet n'aurait pu résister au désir que fit naître en lui la verdure du Luxembourg qu'il entrevoyait de sa fenêtre; mais, reprend Arago, les arbres du Luxembourg doivent être mis hors de cause (voilà qui tourne au plaidoyer), car on ne les voyait pas alors de la rue Servandoni. Nous n'irons pas plus loin dans ce débat soulevé ainsi entre un poëte qui donne ses impressions et un géomètre qui administre ses preuves.

Mais il est un autre poëte, car j'appelle ainsi M. Michelet, qui lui, aussi, a sa version.

« L'amour, dit-il, a sauvé Louvet, il avait perdu Camille Desmou« lins, et il n'a pas été étranger à la mort de Condorcet.

« Louvet, le 6 avril 1794, reprend M. Michelet, rentrait dans Paris « pour revoir sa Lodoïska, Condorcet en sortait pour diminuer les « dangers de sa Sophie... » et il courait ainsi à sa perte ! Voilà, dit en terminant M. Michelet, la seule explication qu'on puisse trouver à cette fuite du proscrit qui lui fit quitter son asile.

Quoi qu'en dise M. Michelet, cette explication ne rend pas plus compte des faits que celles de M. Lamartine et de M. Arago; je n'y trouve, comme le disent les médecins, que des causes prédisposantes. Certainement Condorcet devait être préoccupé des dangers que son séjour rue Servandoni faisait courir à son hôtesse; il devait en même temps y être en proie à un mortel ennui, après ce long hiver, et enfin trembler à l'idée des périls qui environnaient sa femme, mais il avait fallu une cause déterminante pour amener brusquement sa fuite. Or, cette cause a été un avis donné par Vicq-d'Azyr; dans la journée du 4 avril 1794, avertissement très-indirect, très-vague, mais bien compris par Condorcet qui, dès le lendemain, quitta la maison de madame Vernet.

Voici comment les choses se passèrent : Vicq-d'Azyr était alors tout entier à ses nouvelles fonctions; escorté de ses collègues, on le voyait chaque jour descendre dans les caves des particuliers, et de proche en proche, on allait arriver dans les quartiers avoisinant le Luxembourg. Ajoutons qu'un arrêté pris par le comité révolutionnaire de la section du Muséum, le 9 pluviôse, faisait pressentir de nouvelles rigueurs : il était dit « qu'on aurait à faire connaître (c'est« à-dire à dénoncer) ceux qui voudraient encore entraver la marche « de l'esprit public révolutionnaire de la république, dont les efforts « triompheront toujours des brigands couronnés et de leurs lâches « satellites. » La section de Mucius Scævola venait en outre d'être désignée comme devant être l'objet d'une perquisition générale de la part des citoyens dégustateurs; les caves de la rue Servandoni ne pouvaient échapper à cette visite; or Vicq d'Azyr comprit tout le danger qu'allait courir Condorcet, d'autant que la maison de madame Vernet était réputée suspecte. Vicq-d'Azyr, tout tremblant qu'il était pour lui-même, n'hésita point; il dépêcha un homme sûr, et lui fit donner un avis sur ce qui allait avoir lieu. Je viens de dire que cet avertissement était très-indirect et très-vague, il l'était tellement, que non-seulement on douta d'abord de sa sincérité, mais qu'on alla jusqu'à se demander si ce n'était pas un piége qu'on tendait à quelque proscrit.

Un jeune savant devenu depuis un professeur distingué, M. Serret, habitait alors la maison; témoin du fait sans en connaître l'origine, il en a rendu compte en ces termes dans l'avertissement de son *Traité d'Arithmétique*.

(1) Suite. — Voir les numéros des 6, 13, 18, 23 oct., 13 et 20 nov.

semble venir à l'appui de cette théorie, et que nous allons indiquer en quelques mots.

Au nº 9 de la salle Saint-Charles, est couché un homme de trente-sept ans, dont plusieurs articulations des doigts et des orteils sont tellement déformées par des tophus goutteux que les mouvements en sont à peu près abolis. Le genou gauche, l'articulation sterno-claviculaire du même côté, etc., sont également gonflés et douloureux à la pression.

Cet homme raconte qu'il a ressenti les premières atteintes de la goutte, lorsqu'il avait trente ans ou à peu près. Jusqu'alors il se portait bien.

Il y a trois ans, à la suite d'un accès très-douloureux qui avait duré six semaines ou deux mois, les douleurs cessèrent tout à coup; et pendant les nuits qui suivirent, le malade fut pris d'accès d'oppression tels qu'il ouvrait la fenêtre, et se penchait en dehors, pour respirer.

Ces accès d'asthme duraient avec cette violence une demi-heure à peu près chaque nuit; ils se reproduisirent pendant plus d'une semaine, puis disparurent d'une manière définitive.

Ce fut la seule fois que cet homme éprouva de tels phénomènes; mais son père était asthmatique pendant les dernières années de sa vie, quoique n'ayant jamais été goutteux; quant à la mère, elle se porte bien; on n'a pas de commémoratifs en ce qui touche les grands parents; le malade ne les a jamais connus et ne peut rien dire sur leur santé.

Nous livrons ce fait sans commentaires aux réflexions de nos lecteurs. L'attention est depuis trop peu de temps appelée sur cette question, l'enquête n'est point assez longue pour qu'on puisse affirmer ou nier qu'il faille y voir les résultats d'une diathèse arthritique dont les manifestations se transforment, comme le voudrait M. Guéneau de Mussy.

Kyste séreux de la paroi abdominale.

Le fait suivant est remarquable, non-seulement en raison du siége de la tumeur, mais encore à cause du résultat favorable qu'a donné le procédé opératoire employé. Il est en effet de règle que la simple ponction ne constitue qu'un traitement palliatif des kystes séreux, attendu que pour obtenir l'oblitération du sac, il faut provoquer une inflammation adhésive de la face interne de la poche. Ce n'est que dans des cas rares, que la simple irritation produite par le contact de la canule produit cette inflammation.

La dame N..., âgée de trente-quatre ans, sans profession, raconte que la maladie dont elle est actuellement atteinte, a débuté, il y a trois mois, par des douleurs accompagnées de battements. Elle a consulté plusieurs médecins, qui lui ont fait subir divers traitements.

Elle se présenta à la clinique de M. Fano, le 20 août dernier.

Il existe à l'hypochondre gauche une tumeur présentant environ le volume de deux poings, s'étendant en haut jusqu'à la neuvième côte, en bas jusque un peu au-dessous de l'ombilic; à droite jusque sur la ligne médiane, et à gauche jusqu'au niveau d'une ligne perpendiculaire à l'épine iliaque. Cette tumeur est parfaitement circonscrite, molle et rénitente dans tous les points de son étendue, sans présenter de fluctuation franche. Elle se déplace avec la paroi abdominale, dont elle semble bien faire partie intégrante. Elle est moins saillante quand le tronc est fléchi sur le bassin. Actuellement, la patiente ne ressent aucune douleur, ni dans la tumeur, ni sur le trajet de la colonne vertébrale.

Le 24 août, M. Fano pratique, au centre de la tumeur, une ponction avec un trocart explorateur. La canule de l'instrument laisse écouler un liquide clair comme de l'eau de roche, équivalant en quantité à deux cuillerées à bouche environ. Immédiatement après la ponction, la malade, très-impressionnée par l'action chirurgicale, est prise de vomissements et de coliques qui ne cessent que le lendemain.

Le 14 septembre on ne sent plus, dans l'épaisseur de la paroi abdominale à l'hypocondre gauche, qu'un noyau d'engorgement.

Le 2 octobre, la patiente revient à la clinique de M. Fano pour faire constater la persistance de la guérison.

Le 9 novembre, il n'existe aucune trace de la production morbide.

Variole et vaccine.

Le développement simultané de la variole et de la vaccine, sans aucune modification ni influence réciproque, a été souvent observé; mais c'est un fait assez curieux pour qu'il soit bon d'y revenir dans le but d'en multiplier les exemples bien authentiques. Nous avons récemment publié, sur cette question, une note de M. Bucquoy; aujourd'hui, M. le docteur Buisson (d'Évreux), lauréat de la Faculté de Paris, nous communique l'observation suivante :

Chargé du service de santé de la garnison d'Évreux, jenvoyai, en septembre dernier, à l'hôpital de cette ville, un jeune soldat atteint de variole. Il en avait les prodromes le jour même de son arrivée au régiment. Cette variole d'abord d'un aspect discret (chez un sujet portant d'ailleurs les traces d'une bonne vaccination), ne tarda pas à devenir confluente, et à s'accompagner d'un état général assez grave, pour qu'à sa guérison on ait dû envoyer ce jeune homme en convalescence dans ses foyers.

En même temps que lui se trouvait à l'hôpital, et dans la même salle, un autre jeune soldat atteint de fièvre tierce. Il me fut renvoyé quelques jours après guéri de cette fièvre. Ce dernier, visité par moi à son arrivée au corps, peu de jours auparavant, avait été reconnu non vacciné. Aussi, m'étais-je empressé de prévenir l'un des médecins de l'hôpital, de cette circonstance d'autant plus digne d'attention qu'il n'était isolé de son camarade infecté, que par un simple paravent entourant le lit de celui-ci.

Malgré cet avertissement, notre fébricitant d'ailleurs guéri et en état de rentrer à la caserne ne fut point vacciné. Il sortit bientôt de l'hôpital.

Dès le lendemain matin il se présenta à ma visite, se plaignant d'un malaise qui ne lui permettait pas de reprendre son service.

Je le vaccinai aussitôt et j'attendis. Quatre jours après ce jeune soldat, que je voyais chaque matin, et chez lequel je constatais un malaise persistant et général se caractérisant chaque jour davantage, offrit à mon examen de légères élevures sur les points vaccinés, rouges et franches, dénotant un développement de bon augure, mais un peu lent, de la vaccination.

Du reste, les autres parties du corps ne me présentèrent aucune trace d'éruption d'une autre nature.

J'avais donc l'espoir d'avoir agi en temps utile, lorsque le lendemain je pus constater, sur différents points, notamment à la face, un certain nombre de petits boutons encore imperceptibles, qui finalement, se développant et se multipliant, firent avec l'éruption vaccinale une course au clocher dans laquelle l'une et l'autre marchèrent de pair sans se dépasser. Arrivées aux septième et huitième jour l'œil le plus habile et le mieux exercé n'aurait pu distinguer les pustules varioliques du vaccin, et réciproquement.

La disposition rectiligne de ce dernier et mon observation quotidienne pouvaient seules me permettre, à moi-même, de m'y reconnaître. Les pustules varioliques étaient nombreuses, surtout aux jambes, aux bras et à la face; elles ne laissaient rien entre elles qu'un espace d'environ un centimètre. Je rendis M. le docteur Baudry, récemment décoré de la Légion d'honneur comme médecin-vaccinateur, témoin de ce fait; il avoua qu'il n'avait jamais rencontré une concordance aussi parfaite, et un développement simultané aussi remarquable que dans le cas qui lui était présenté.

Je recueillis aux septième et huitième jours du virus sur les pustules vaccinales de notre malade; j'en remis un tube à mon confrère, pour qu'il fût inoculé sur une vache. J'en gardai deux autres; l'un destiné à l'Académie de médecine à laquelle je ne l'ai pas encore envoyé; le troisième, enfin, destiné à une expérimentation quelconque.

Après trois jours d'hésitation, bien facile à comprendre, je me décidai *in petto* à l'employer pour vacciner un jeune garçon de douze ans qui n'avait jamais subi cette opération.

Si j'eus un moment quelque inquiétude et quelque regret d'avoir tenté cette expérience, ils ne tardèrent pas à se dissiper; je pus bientôt, en effet, reconnaître la manifestation et le développement chez cet enfant d'une bonne, d'une excellente vaccination, sans complication d'aucune sorte.

J'ai voulu que M. le docteur Baudry fût également témoin de ce résultat.

Depuis, j'ai transmis ce vaccin à deux autres individus qui m'ont donné tous deux les pustules les plus nettes, les plus pures que l'on puisse désirer. Ce vaccin n'a ni acquis ni perdu de son énergie primitive, il s'est conduit exactement comme celui recueilli dans des conditions normales.

Sur mon dernier sujet, comme point de comparaison, je vaccinai le bras droit avec du vaccin ordinaire, et le gauche avec celui provenant de mon varioleux : le résultat fut identiquement le même pour les deux bras, qui présentèrent chacun trois pustules caractéristiques.

Ainsi, dans cette circonstance, la variole n'a troublé ni altéré en rien la sécrétion vaccinale. Elle n'a rien changé à sa nature et à son développement.

Sur ce dernier point je dois dire que le vaccin, au dixième jour seulement (chez notre varioleux vacciné), prima la variole par son ampleur et sa plus tardive dessiccation, laquelle survint quarante-huit heures seulement après celle de la variole. Ceci tient, je crois, à ce que la période de développement n'est pas exactement similaire pour les deux virus.

Le vaccin ne parut pas agir davantage sur la variole, dont les pustules, non confluentes il est vrai, purent acquérir cependant le plus grand développement possible.

La seule chose que je constatai à cet égard fut une chute plus rapide des croûtes, et une convalescence un peu plus prompte que dans les conditions ordinaires.

Je regrette que les occupations très-nombreuses du confrère auquel j'ai remis un tube, et les miennes propres, ne nous aient pas permis de transmettre le virus à la vache. Ce n'était, il faut le dire, qu'après avoir jugé le résultat ainsi obtenu que je m'étais d'abord promis de reprendre sur cette vache le liquide inoculé et de le transmettre alors, sans souci, à un individu non vacciné. Mais aujourd'hui, cette transmission médiate n'aurait qu'un intérêt secondaire, quant au fait principal que je voulais établir.

HÉMORRHAGIE PAR LE VAGIN

Chez une enfant de trois jours. — Défaut de symétrie entre les deux moitiés verticales de la tête. — Pied-bot varus,

Par M. le Dr J. Bouteiller.

Dans les premiers jours du mois de décembre 1863, j'ai été appelé aux environs de Rouen, pour donner des soins à une petite fille que l'on élevait au petit pot, pour nous servir d'une expression du pays. J'appris que depuis la veille elle avait un écoulement de sang par le vagin. Le fait méritait la peine d'être bien constaté, c'est ce que je fis. Avec une petite éponge je nettoyai la vulve et je m'assurai que ce sang ne venait ni de l'urèthre, ni des parties génitales externes, mais bien du vagin lui-même. La perte totale a été de deux ou trois cuillerées à café environ.

Avais-je affaire à une hémorrhagie tout à fait accidentelle, ou bien à une manifestation constitutionnelle, ou bien, enfin, à la première époque d'une menstruation très-précoce?

On a vu déjà, quoique rarement, des hémorrhagies chez des petites filles, nées depuis quelques jours seulement; quelquefois c'est le vagin, d'autre fois ce sont les glandes mammaires qui fournissent le sang. Les hémorrhagies de ce genre sont passagères et sans gravité. Mais l'enfant qui m'était présentée était d'une assez faible constitution; elle avait un frère, son aîné de deux ans à peine, qui est né très-chétif et que l'on avait eu beaucoup de mal à élever quoiqu'on lui eût donné le sein. D'un autre côté, ma petite malade présentait deux vices de conformation que je décrirai plus loin; je conçus donc

---

« La veille, dit-il, du jour où Condorcet quitta son asile, c'est-à-« dire le 4 germinal an II, un individu se présenta chez la proprié-« taire de la maison, sous le prétexte de voir un appartement qui « était à louer... il parla de visites pour le salpêtre et donna à en-« tendre que vraisemblablement on viendrait en faire : et il répéta « plusieurs fois avec une sorte d'affectation, que si l'on avait quelque « chose de précieux il fallait y prendre garde, vu que ceux qui étaient « chargés de ces visites n'étaient pas toujours des gens sur qui l'on « pût compter. »

Cet individu, dans le premier moment, inquiéta beaucoup les gens de la maison; on ne pouvait deviner s'il était venu pour espionner ou pour donner un avis généreux, mais un peu plus tard M. Serret acquit la preuve que cet avis était généreux.

Cet avis, en effet, venait de Vicq-d'Azyr, et il arriva à son adresse. Condorcet avait tout entendu de son réduit, le visiteur élevait la voix à dessein, mais hélas! loin de sauver Condorcet, cet avertissement a peut-être contribué à sa perte; les visiteurs se seraient peut-être bornés à descendre dans les caves, et en supposant qu'ils eussent vu Condorcet, rien ne dit qu'ils l'auraient reconnu sous son déguisement.

Quoi qu'il en soit, on sait quelle a été la fin de Condorcet. M. Arago en a raconté toutes les circonstances en séance académique, mais en termes tels que je ne puis m'empêcher de m'y arrêter un moment.

« Notre confrère, dit M. Arago, s'était dérobé à l'échafaud par une « forte dose de poison concentré qu'il portait depuis longtemps dans « une bague. » Je ne relèverai pas cette singulière affectation de dire notre confrère en parlant d'un personnage devenu historique et qui appartient à un autre siècle; il est évident que la confraternité ne s'établit qu'entre les contemporains. Mais comment se fait-il qu'un savant comme M. Arago ait admis cette légende que Condorcet a mis fin à ses jours à l'aide d'un poison qu'il portait dans une bague? C'est là, en vérité, ce qui ne se comprend pas; car la science n'avait pas même alors les alcaloïdes que nous possédons aujourd'hui! L'on sait que Condorcet s'est empoisonné avec une forte dose d'extrait de *stramonium* que lui avait donné Cabanis.

Le 8 avril, Condorcet avait donc ainsi mis fin à ses jours; un mois après, jour pour jour, le 8 mai, Lavoisier portait sa tête sur l'échafaud; Vicq-d'Azyr était convaincu que son tour allait venir, et ce fut un douloureux spectacle pour ses amis de voir l'anéantissement moral dans lequel il était tombé. A cette crainte d'une catastrophe qu'il croyait inévitable, dit Cabanis, il joignit le malheur bien plus grand de ne pouvoir s'habituer, ni se résigner à sa situation, disposition fatale qui, dans des temps de trouble, est le mal le plus grand que puisse éprouver l'homme de bien; que si cependant cet abandon de soi peut être parfois excusable, ce fut assurément dans la situation où se trouvait Vicq-d'Azyr. C'était, il est vrai, un abandon complet, sans bornes, mais qui ne l'associa à aucun méfait, à aucune mauvaise action. Or, c'est là une circonstance dont on a dû tenir compte en ces temps déplorables; combien d'autres ont marché par faiblesse avec les plus méchants, applaudissant aux plus détestables passions, et devenant ainsi complices de tous les crimes.

Vicq-d'Azyr est resté pur; obligé d'entretenir des relations avec quelques-uns de ces hommes sanguinaires, il a bien pu essayer leur langage, imiter leurs déclamations, leur prêter sa plume, s'efforcer enfin de se mettre à leur niveau, mais il était si peu propre à cette vie nouvelle que son talent lui-même l'avait abandonné; il suffit de jeter les yeux sur ce qu'il écrivait alors pour en avoir la preuve. Après avoir rédigé les arrêtés du comité de salut public, en ce qui concernait l'exploitation du salpêtre, vint le jour où il dut rendre compte à la Convention elle-même des résultats qu'on avait obtenus; j'ai retrouvé dans ses papiers sa lettre d'envoi, dernier discours en quelque sorte qu'il eût à composer; mais qui aurait pu reconnaître dans l'auteur de ce factum le brillant orateur de la Société royale de médecine, l'émule de d'Alembert et de Condorcet? C'était la peur maintenant qui guidait sa plume; aussi que de peines, que d'efforts, que d'hésitations, tantôt pour ajouter, tantôt pour retrancher! Je ne dirai pas qu'il prostituait son talent, il n'en avait plus; les muses de l'époque étaient les passions furibondes qui agitaient les clubs, la sienne timide et craintive s'était enfuie; mais citons cette lettre adressée à la Convention, et telle que nous la trouvons sur sa dernière copie (1).

Mémoires et comptes rendus de la société des sciences médicales de Lyon. Tome cinquième, 1865-1866. Prix : 5 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

(1) J'ai communiqué en d'autres temps une de ces copies à M. Sainte-Beuve, qui en a publié deux où trois lignes.

des inquiétudes, et je ne pensai pas pouvoir mieux faire que d'avoir recours aux lumières de M. le docteur Raciborski, bien compétent sans doute en pareil cas. Notre savant confrère me répondit que pour lui cette hémorrhagie était un fait tout accidentel qui ne semblait pas devoir se reproduire avec quelque régularité, et qui n'offrait aucun danger. Tout, ajoutait-il, lui faisait présumer que l'hémorrhagie en question n'était pas une manifestation constitutionnelle, mais purement locale.

L'événement a prouvé la justesse de ce diagnostic et de ce pronostic. Je me bornai à prescrire des lotions avec de l'eau tiède chaque fois que l'on changerait les couchettes de l'enfant, me réservant, si la petite hémorrhagie ne disparaissait pas au bout de très-peu de jours, de conseiller des lotions et même des injections à l'aide d'une petite seringue dans le vagin, avec la décoction tiède de roses de Provins dans du vin rouge. L'écoulement sanguin s'est arrêté bientôt et n'a pas reparu depuis, et la petite fille a aujourd'hui dix-sept mois.

Quant à l'idée d'une menstruation précoce, nous avons dû la rejeter, M. le docteur Raciborski et moi. En effet, parmi les exemples que M. Raciborski a rapportés dans son livre de la *Puberté et de l'Age critique*, il n'y en a pas un seul qui soit relatif à une aussi jeune fille que ma petite malade. Les exemples de la plus grande précocité se rapportent à des enfants de neuf mois; d'un autre côté, toutes les jeunes filles chez qui la menstruation avait été si précoce présentaient en même temps, malgré leur jeune âge, d'autres signes de la puberté, tels que le développement des mamelles, du mont de Vénus, avec des poils dessus, ainsi que sous les aisselles.

J'ai dit que j'avais craint, avant d'être rassuré par M. le docteur Raciborski, une altération profonde congénitale, parce que, entre autres raisons, la petite fille confiée à mes soins présentait deux vices de conformation que je vais décrire, non toutefois sans noter avant tout que la parturition avait été très-prompte et très-facile :

1° Il y avait à droite un pied-bot varus prononcé; (un bandage roulé et une attelle en fort carton en ont triomphé en quelques semaines);

2° J'ai été frappé d'un défaut très-notable de symétrie entre les deux moitiés verticales de la tête. Tout le côté gauche était porté en avant, par rapport au côté opposé. Le front du côté gauche et la joue gauche étaient de beaucoup plus saillants que les parties correspondantes à droite. L'oreille gauche, plus avancée que la droite, rendait surtout cette difformité très-disgracieuse; en arrière, le crâne du côté gauche paraissait aplati, et le côté droit semblait avoir reculé, conséquences forcées de l'aspect des parties en avant. Prenez une pomme un peu ovoïde, coupée en deux parties égales, du calice à la queue, puis rapprochez les deux moitiés, régulièrement quant à la hauteur, mais en tenant l'une plus avancée que l'autre, vous aurez à peu près l'image de la difformité que j'ai constatée.

J'ai noté, enfin, que la paupière supérieure et toute la région orbitaire du côté gauche étaient beaucoup plus vascularisées que du côté droit; le système veineux y était comme variqueux.

Le 24 avril 1865, les choses étaient revenues presque complétement à l'état normal; le défaut de symétrie de la tête et la vascularisation exagérée de l'orbite étaient à peine appréciables. Il est certain que bientôt il en sera de cette anomalie comme du pied-bot, elle aura complétement disparu.

Nous avons vu que l'hémorrhagie par le vagin n'a offert aucune gravité. D'un autre côté, l'enfant est à présent très-forte et très-bien portante.

Que conclure de cette observation ? Que certains vices de conformation se corrigent spontanément et en très-peu de temps, que l'hémorrhagie par le vagin chez une enfant nouveau-née n'a pas la gravité qu'on serait tenté de lui attribuer, et, qu'enfin, la nature possède des ressources tellement grandes qu'il ne faut pas trop se hâter de porter un fâcheux pronostic.

(*Union médicale de la Seine-Inférieure.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 7 novembre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine.

— M. le président annonce à la Société que MM. Notta et Serre d'Alais, membres correspondants, assistent à la séance.

M. le président rappelle à la Société qu'une *discussion sur le traitement des arthrites purulentes par le drainage*, est inscrite à son ordre du jour.

Après des observations présentées par MM. Després, Verneuil et Larrey, il est décidé, qu'en l'absence de M. Chassaignac, le premier inscrit pour prendre la parole, la discussion sera remise.

COMMUNICATIONS.

Hernie obturatrice.

M. L. LABBÉ montre une pièce anatomique et donne lecture de l'observation suivante recueillie par M. Carville, interne des hôpitaux.

Jeanne F..., veuve T..., quatre-vingt-un ans, blanchisseuse, admise à la Salpêtrière le 14 mai 1863, entrée à l'Infirmerie le 21 mars 1866, salle Saint-Michel, lit n° 11, service de M. le docteur Labbé.

Cette malade a été reçue dans le service pour un eczéma de la vulve présentant tous les symptômes ordinaires de cette affection, prurit intolérable, gonflement, rougeur, suintement, etc.

Les ganglions inguinaux sont excessivement hypertrophiés; au nombre de deux ou trois de chaque côté, à la partie interne de la région ils ne roulent pas sous le doigt, mais peuvent cependant être déplacés en causant une certaine douleur à la malade.

La santé générale est assez bonne, pas d'autre infirmité qu'une surdité très-prononcée, embonpoint développé.

Le 22 mars, le lendemain de son entrée à l'infirmerie, on lui prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz et des cataplasmes de fécule de pomme de terre sur la vulve. Le soir même elle se plaint de coliques violentes, après avoir été plusieurs fois à la selle. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 23, les coliques continuent, les selles ont cessé, mais alors commencent des vomissements jaunâtres qui se répètent assez fréquemment. La malade ne peut prendre aucun aliment sans le rendre à l'instant.

Une de ses parentes, employée à l'infirmerie générale, est interrogée sur la santé antérieure de la malade, et raconte que celle-ci a souvent des coliques semblables à celles qu'elle éprouve aujourd'hui; que ces coliques s'accompagnent de vomissements, et qu'enfin ces phénomènes ont commencé à se produire il y a huit ans environ; elle ajoute que la veuve T... étant à Charonne chez sa belle-fille, il y a neuf jours, a eu un accès de coliques et de vomissements qui s'est passé par le repos au lit et les cataplasmes sur le ventre.

Elle n'a jamais connu ni entendu parler de hernie à sa parente.

La malade, qui a toute sa raison, confirme ces renseignements. On procède alors à l'examen de la malade.

Elle ne porte aucun bandage herniaire; son abdomen est d'un volume assez considérable, d'une consistance normale, pas de douleur à la pression; on ne rencontre dans les fosses iliaques aucun signe de rétention de matières fécales.

L'exploration des régions ombilicale, inguinale et crurale, est faite avec grande attention; rendue difficile dans l'aine par le gonflement de tout le pourtour de la vulve, par l'adénite concomitante; on parvient cependant à constater qu'il n'y a rien d'anormal, rien de douloureux à la pression dans ces régions; les efforts provoqués, la toux n'y font non plus apparaître aucune tumeur.

La seule douleur constante dont se plaint la malade, et qu'elle a déjà, dit-elle, éprouvée lors des accès antérieurs, siége dans la cuisse gauche au côté antérieur et interne du membre, sur le trajet des vaisseaux et nerfs fémoraux, dans une étendue comprise en longueur entre l'arcade crurale et le niveau de l'anneau du grand adducteur; cette douleur est exaspérée par la pression.

Du reste, la percussion et la palpation, même profonde, ne font rien trouver d'anormal dans cette cuisse gauche : pas de tumeur, pas de gonflement, pas d'œdème du membre inférieur; matité absolue, en un mot rien que de la douleur.

Le 24, les jours suivants, même état; la malade ne va plus à la selle, inappétence complète, pas de fièvre, affaiblissement progressif des forces.

Les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, ils sont jaunes ou un peu verdâtres, d'une odeur fade mais non stercorale. Potion de Rivière, glace, eau de seltz.

Rien de nouveau comme signe physique; la douleur dans la cuisse est toujours très-vive.

Les signes rationnels d'un étranglement et la localisation de la douleur sur le trajet des vaisseaux et nerfs cruraux font porter le diagnostic d'une hernie obturatrice étranglée.

Le 26, l'état de la malade s'aggrave. On ordonne une purgation (calomel et jalap) qui, ainsi du reste que tout ce que prend la malade, est rapidement vomie. Coliques très-violentes, surtout du côté gauche de l'abdomen, douleur considérable dans la cuisse du même côté; ce membre n'affecte aucune position particulière et se prête à tous les mouvements.

Le 27, on prescrit un lavement purgatif qui est rendu sans aucune matière solide, la teinte de cette déjection est un peu rougeâtre.

Les vomissements sont continus, d'un vert foncé, d'une odeur très-fade.

L'état général est très-grave, la malade n'a presque plus sa raison; elle ne cesse de pousser des gémissements.

Son nez, ses joues, ses mains, ses pieds sont refroidis. Le ventre est peu gonflé mais on y perçoit du tympanisme à la percussion, sans que toutefois les anses intestinales se dessinent à travers la paroi.

Dyspnée intense, soif très-vive que rien ne peut apaiser, car chaque goutte de liquide est immédiatement rejetée.

Le 28, pouls insensible, voix éteinte, sueur froide, faciès grippé et cyanosé. Mort à trois heures de l'après-midi.

Le 30, autopsie à neuf heures du matin.

On ne trouve aucune trace de péritonite, les anses intestinales distendues par des gaz sont d'une coloration normale ou à peu près, sans hyperémie prononcée.

Aucune fausse membrane sur la surface extérieure de l'intestin ni dans le petit bassin.

L'épiploon relevé et la masse intestinale déplacée, on voit alors qu'à $1^{m},50$, à partir du duodénum, l'intestin grêle plonge dans une ouverture située en avant de la fosse iliaque gauche, puis qu'il en ressort pour continuer son trajet.

L'examen de cette anse intestinale, préalablement liée, est fait immédiatement dans sa portion visible sise au-dessus de l'ouverture où elle pénètre.

Le bout supérieur est un peu dilaté, le bout inférieur est presque normal. Pas de perforation au niveau de l'ouverture, pas de gangrène ni même de coloration noirâtre.

Étudiant ensuite l'anse intestinale, on voit qu'elle se dirige en avant et en dedans; elle refoule devant elle le péritoine, le tissu graisseux sous-péritonéal très-abondant, puis le fascia pelvien, et pénètre par le canal obturateur qu'elle suit en entier.

L'anse intestinale, au moment où elle entre dans le canal obturateur, est en dedans et en avant des vaisseaux et nerf obturateur; à sa sortie du canal elle est en dedans et au-dessus de ces vaisseaux et nerf.

Arrivé à l'ouverture antérieure du canal obturateur, l'anse intestinale, coiffée du péritoine, refoule le fascia iliaca, et vient former, au bord supérieur du muscle obturateur externe, une tumeur de la grosseur d'une forte noisette à peu près.

Cette tumeur est recouverte par toute la masse musculaire supérieure et antérieure de la cuisse, et pour la découvrir il faut fendre dans toute sa longueur le muscle pectiné. La gaîne des vaisseaux et nerfs fémoraux est située en dehors de la tumeur, dont la sépare du reste le muscle pectiné; jusqu'au moment où le scalpel a eu pénétré à cette profondeur et fendu le muscle pectiné, il était impossible de sentir par la palpation la tumeur herniaire.

Le sac herniaire se compose de deux tuniques : d'abord et à l'extérieur, le fascia pelvien mince, un peu brunâtre, sans aucune perforation; ensuite, et à l'intérieur, une autre poche constituée par le péritoine.

Il n'y a pas d'adhérence entre la tunique extérieure du fascia iliaca et le muscle pectiné repoussé en avant; pas d'adhérence non plus entre la face intérieure de ce fascia iliaca et la face extérieure du sac péritonéal.

La tunique péritonéale est un peu surchargée de graisse, du reste hyperémiée, mais sans coloration noire et sans perforation.

L'anse herniée a une longueur de 5 centimètres environ; elle est un peu brune, sans altération visible de ses tuniques, sans dépoli de sa séreuse, sans adhérence avec la face intérieure du sac péritonéal.

L'étranglement, au moment de l'autopsie, est assez serré pour qu'on ne puisse retirer qu'avec peine l'intestin; quelques jours après, cela est très-facile.

On reconnaît alors que l'étranglement paraît être opéré, surtout par la bride aponévrotique donnant insertion au muscle obturateur interne, et constituant le demi-cercle inférieur qui complète, avec l'arc osseux supérieur, l'orifice semi-ovalaire ou embouchure du canal obturateur.

Du côté extérieur, la même bride aponévrotique, qui là donne insertion au bord supérieur du muscle obturateur externe, paraît produire un résultat semblable sur le collet du sac herniaire.

Le collet du sac aurait donc ainsi une longueur de 1 centimètre environ, et serait contenu dans un canal osseux supérieurement et fibro-musculaire inférieurement.

— M. PERRIN demande à communiquer, dans la prochaine séance, un fait analogue à celui de M. Labbé.

De la saillie de l'os après l'amputation, et de l'autoplastie par glissement comme moyen d'y remédier.

— M. PHILIPPE lit sur ce sujet un travail dont l'examen est renvoyé à une commission composée de MM. Laborie, Foucher et Le Fort.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

Séance du 14 novembre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RECTIFICATION.

M. TRÉLAT demande une rectification au procès-verbal rédigé par M. Després, à propos de la discussion sur la Maternité de Bordeaux. Il est dit que la Société a adopté la conclusion de M. Tarnier. C'est une erreur. La Société a tenu compte des observations présentées par ses membres, mais elle a adopté la conclusion de la commission avec des modifications indiquées en séance.

La rectification sera faite au bulletin.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Une brochure sur quelques appareils en caoutchouc, par M. le docteur Clauzure (d'Angoulême);

— M. LE Dr CAZENAVE (de Bordeaux), adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant, la *Nomenclature paraphrasée* de ses travaux.

— M. LARREY présente, au nom de M. Giovanni Melchiori (de Milan), deux brochures intitulées : *Sur l'hydrocèle de la tunique vaginale ; Sur une variété de hernie inguinale.*

— M. GIRALDÈS présente à la Société, au nom de M. le docteur Gibson, inspecteur général du service de santé de l'armée anglaise, *La statistique médicale et sanitaire de l'armée anglaise* pour l'année 1864.

Une thèse pour le doctorat en médecine sur l'ophthalmie diphthéritique, par M. Cyprien Raynaud.

— M. LEGOUEST donne lecture d'une lettre de M. Broca, secrétaire général de la Société d'anthropologie. Par cette lettre, la Société de chirurgie est informée qu'une commission de cinq membres a été nommée pour s'entendre sur la question de distribution des locaux annexés à la salle des séances. Le bureau de la Société de chirurgie se mettra en communication avec la commission de la Société d'anthropologie.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société, qu'après en avoir délibéré avec le bureau, il déclare vacante une place de membre titulaire.

COMMUNICATION.

Amputation tibio-tarsienne. — Extirpation de l'astragale.

M. VERNEUIL présente, à l'appui de sa communication, deux de ses opérés, et communique sommairement cinq observations inédites :

1° et 2° Deux désarticulations du pied pour lésions traumatiques tout à fait semblables dans les deux cas. Le pied avait été écrasé par la roue d'un wagon, l'opération fut faite quelques heures seulement après l'accident.

La cicatrisation fut un peu longue à obtenir, mais elle fournit néanmoins d'excellents moignons qui supportent facilement la pression et sont très-propres à la marche.

L'un des opérés surtout peut faire sans fatigue plusieurs kilomètres avec une bottine très-simple.

L'autre, convalescent d'une affection interne indépendante de l'accident, se sert encore de béquilles. A la vérité, il a dû subir simultanément deux opérations, savoir : l'amputation tibio-tarsienne à droite, et à gauche l'amputation de la jambe au lieu d'élection; ce membre ayant été broyé jusqu'au voisinage du genou.

Les deux opérés sont soumis à l'examen de la Société.

Ces deux faits sont favorables à l'amputation immédiate pour les cas traumatiques; M. Verneuil a signalé incidemment les bons résultats qu'il a obtenus dans l'amputation de la jambe, quand il a pu opérer dans les premières heures qui suivaient la blessure.

3° et 4° Deux cas de désarticulation du pied pour lésions organiques, furent au contraire suivis de mort.

Un malade atteint de carie du tarse fut opéré à Lariboisière. Peu à peu la santé générale s'altéra, la poitrine se prit, et au bout de deux mois environ se déclara une pleurésie symptomatique de tuberculisation aiguë qui enleva le malade.

La plaie eut toujours mauvais aspect et le lambeau talonnier si long, si ample, se rétracta néanmoins à ce point, que les extrémités osseuses faisaient au bout du moignon une saillie de plusieurs centimètres. Si le malade avait guéri, une résection eût été indispensable.

Dans le second cas il s'agissait d'une dame âgée, affectée d'une ostéite extrêmement douloureuse dont aucun moyen n'avait pu entraver la marche. Un érysipèle grave était déjà parti des trajets fistu-

leux. Les fusées purulentes menaçaient d'envahir la jambe. L'amputation, tout incertaine qu'elle fût, était devenue la seule ressource. Les choses allèrent bien les premiers jours, quand survint une hémorrhagie qui ne put être arrêtée que par la ligature de l'artère tibiale postérieure au tiers inférieur de la jambe. Mais bientôt un érysipèle nouveau se déclara et enleva rapidement la malade.

M. Verneuil regrette, dans ces deux cas, de n'avoir pas préféré l'amputation sus-malléolaire, opération évidemment plus simple, et dont la plaie est susceptible d'une guérison plus prompte que la désarticulation du pied.

5° Le dernier malade était un homme robuste qui fut pris de délire pendant le cours d'une variole et sauta par une fenêtre ; il en résulta une luxation de l'astragale qu'il fut impossible de réduire. La pression exercée par cet os sphacéla la peau de dedans en dehors. Lorsque l'eschare commença à se détacher, le pied et le bas de la jambe furent envahis par un phlegmon diffus. La variole étant alors guérie, M. Verneuil extirpa l'astragale, et passa plusieurs drains à la partie inférieure de la jambe. La guérison s'effectua lentement, mais sans accidents graves. Le pied reprit une forme satisfaisante, et tout porte à croire qu'il sera dans la suite d'un bon usage pour la marche.

M. LE FORT. J'ai eu l'occasion, il y a deux ans, à la Charité, dans le service de M. Denonvilliers, de pratiquer l'amputation tibio-tarsienne, en sectionnant les os comme le veut Syme, mais en conservant pour lambeau toute la peau du talon. Le résultat a été complet et le malade marche avec facilité.

Aussi, malgré le beau succès que nous a montré M. Laborie, pour une amputation sus-malléolaire, je crois à la supériorité de l'amputation tibio-tarsienne, en raison surtout de la très-grande facilité de la prothèse.

Le raccourcissement léger du membre est la cause de la claudication que présente le malade ; on pourrait, je pense, la combattre efficacement en plaçant sous le talon de la chaussure un disque, une sorte de second talon disposé comme le tampon des wagons de chemin de fer, lequel aurait pour effet non-seulement de donner plus de longueur au membre, mais encore de donner dans la marche l'élasticité perdue par la suppression de l'avant-pied.

M. LARREY. Je rappellerai à la Société qu'elle a eu l'occasion d'examiner un amputé de Crimée de M. Leroy, et un opéré de M. Dauvé. Ces deux beaux succès plaident, comme ceux de M. Verneuil en faveur de l'amputation tibio-tarsienne. J'ai vu appliqué le tampon ou coussin élastique dont vient de parler M. Le Fort. Il avait pour but de protéger le moignon et de s'opposer à la rétraction du lambeau.

M. Verneuil a amputé l'un de ses malades au lieu d'élection, je le sais cependant partisan de l'amputation à la partie inférieure de la jambe. Aurait-il modifié ses opinions, ou y a-t-il eu nécessité ?

M. VERNEUIL. Il y a eu nécessité, la jambe était horriblement broyée, il fallait l'amputer à sa partie supérieure ou bien couper la cuisse.

M. LABORIE. Les résultats obtenus par M. Verneuil sont fort beaux; mais l'on peut; avec l'amputation sus-malléolaire, se placer dans d'aussi favorables conditions. J'espère le démontrer par un travail que je soumettrai à la Société; j'ai pu réunir vingt observations et recueillir les moules de tous les moignons. Il me paraît prouvé que toutes les fois que le lambeau postérieur comprend dans son épaisseur le tendon d'Achille et qu'il est suffisamment long pour que la cicatrice soit tout à fait antérieure, le moignon est solide et non douloureux. J'ai vu, au contraire, les moignons dans lesquels la cicatrice était à l'extrémité et l'épaisseur des chairs peu considérable, s'enflammer, s'ulcérer; être une source continuelle d'accidents et de douleurs.

M. LARREY. Je ne puis qu'abonder dans les idées de M. Laborie, que j'ai toujours défendues dans les discussions qui ont eu lieu dans notre Société.

M. TRÉLAT. J'appuie aussi ce que vient de dire M. Laborie. Il faut que la cicatrice soit antérieure et le lambeau fort épais. Il ne suffit pas pour cela de le tailler largement et profondément, il est nécessaire d'obtenir rapidement la cicatrisation, sans cela les plus larges lambeaux peuvent se rétracter. Chez une pensionnaire de l'hospice des Ménages, à laquelle j'ai fait, il y a quatre années une amputation de Chopart, un lambeau fort long et très-nourri s'est rapidement soudé. Cette femme marche facilement et le talon appuie franchement sur le sol. Je pourrais encore citer une amputation sus-malléolaire ; la cicatrisation du lambeau était complète le dixième jour, aussi le moignon était-il solide et insensible à la pression. Le malade ne put, il est vrai, se livrer à la marche, car il succomba au bout de six mois à une tuberculisation mésentérique.

M. DESORMEAUX. Je désire être compté au nombre des partisans de l'amputation tibio-tarsienne. J'ai obtenu aussi de bons et durables succès. Je désire, en prenant la parole, dire quelques mots au sujet de ces individus que M. Verneuil a de la répugnance à opérer dans l'articulation tibio-tarsienne et qu'il désigne par l'épithète de lymphatiques; je les appellerais volontiers scrofuleux.

J'en ai opéré, et sans avoir toujours à m'en louer, j'ai cependant obtenu d'assez bons résultats pour penser que dans les cas de carie du pied, l'amputation tibio-tarsienne peut être appliquée avec avantage si les os de la jambe sont demeurés sains ou s'ils ne sont que peu altérés. Dans ce cas, je résèque ce qu'il est nécessaire des extrémités osseuses, mais j'ai toujours soin de conserver, pour former le lambeau, la peau du talon.

Sur quatre cas bien présents à ma mémoire, j'en ai deux dans lesquels la guérison fut obtenue, le troisième conserva des fistules et succomba à d'autres tumeurs blanches, le quatrième mourut trois jours après l'amputation. Je serais donc encore disposé à opérer dans l'articulation, si les lésions du pied n'étaient ni trop anciennes ni trop étendues pour me faire redouter l'envahissement des os de la jambe. Je dirai encore que les plus grands lambeaux ne sont jamais trop grands et que je regarde comme fort important d'y comprendre la peau du talon.

M. VERNEUIL. La surface à cicatriser est bien plus étendue dans l'amputation tibio-tarsienne que dans la sus-malléolaire. C'est pour cela surtout que je préfère celle-ci lorsqu'il s'agit de lésions chroniques et surtout de sujets scrofuleux. Il importe, en effet, de leur donner le moins possible à faire comme cicatrisation, et l'amputation sus-malléolaire remplit mieux ce but que la tibio-tarsienne. Je ferai d'ailleurs observer à notre collègue, que lorsqu'il résèque l'extrémité articulaire, ce n'est plus l'amputation tibio-tarsienne qu'il pratique.

NOMINATION DE COMMISSIONS.

On procède, par voie de scrutin, à la nomination de deux commissions pour l'examen des titres des candidats aux places de *membres correspondants nationaux et étrangers.*

Première commission : MM. Legouest, Depaul, Trélat, Broca, Guérin.

Deuxième commission : MM. Legouest, Giraldès, Verneuil, Larrey, Le Fort.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 20 novembre 1866, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin professeur : MM. le médecin principal Barthélemy, à Brest; et le médecin de 1re classe Barthélemy-Benoît, à Rochefort.

Au grade de médecin de 1re classe, les médecins de 2e classe : MM. Castillon, Doué (pour Toulon) ; Guerguil, Allanic, Gillet (Brest); Princeau (Cherbourg) ; Le Barzic, Vaillant, Marec (Brest); Dubois (Lorient) ; Le Coniat (la Cochinchine) ; Desgranges (la Guyane); Veillon, de Fornel (Rochefort); Thomas, Aubin (Toulon); Michel, Jean (Cherbourg) ; Bassignat, Geoffroy (la Cochinchine).

Au grade de médecin de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe : MM. Mesny, aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine; Gaubert (pour Brest); Roux (Lorient) ; de Capdeville, Rit (Toulon); Peslerbe (Rochefort) ; Bizien (Brest) ; Foncervines (Rochefort); Hiblot (Toulon) ; Borgnis-Desbordes (Brest) ; Pichez (la Cochinchine); Silliau (Brest) ; Cresp (Toulon) ; Sallaud, aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine; Dumay (le Sénégal) ; Hérail, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, Kermorgant, Le Dieu (Brest) ; Maurel, Chevalier, Aubert (Cherbourg) ; Lambert, aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine; Reynaud, Buisson (la Cochinchine); Rébufat (la Guyane) ; Delacour (la Nouvelle-Calédonie) ; Baude, Lelandais (Cherbourg) ; Jardon (la Cochinchine) ; Sanquer, aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine; Coiron (la Guadeloupe); Chéreux (la Nouvelle-Calédonie) ; Borius (la Cochinchine) ; Béchon (le Sénégal).

Au grade d'aide-médecin, les élèves étudiants : MM. Zablocki, pour Brest; Gazet, Lors, Maget, Maurin (Toulon); Deschamps, Lecorre (Brest); Rit (Toulon); Kermorvant, Brémaud, Brun (Brest), Riche (Toulon); Chaillaux, Gaillard, de Fornel, Callière (Rochefort).

Au grade de pharmacien professeur, M. le pharmacien de première classe, Coutance.

Au grade de pharmacien de première classe, MM. les pharmaciens de deuxième classe : Morio, Roux, Garnault, Malespine.

Au grade de pharmacien de deuxième classe, MM. les pharmaciens de troisième classe : Gautier, Cazalis, Cunisset, Heckel, Trouette, Lejeune, Roussel.

Au grade d'aide-pharmacien, les étudiants: MM. Picard, Gazagnes.

— M. Potain commencera lundi, 26 novembre, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker, des conférences cliniques de séméiologie, et les continuera tous les lundis à la même heure.

— M. le docteur Édouard Langlebert commencera son cours clinique sur les maladies vénériennes, lundi 26 novembre, à deux heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à son dispensaire, rue Larrey, 8.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 138. — MARDI 27 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 27 NOVEMBRE 1866. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1866.

Séance de la Société médicale des hôpitaux.

Les travaux de la Société médicale des hôpitaux doivent leur principal intérêt à ce qu'ils ont en général un caractère essentiellement pratique. Cependant les questions de doctrine, les théories même les plus hasardées sont loin d'en être toujours exclues, comme on a pu s'en apercevoir à la séance de vendredi dernier.

Précédemment on avait mis en doute la spécificité de la cause du rhumatisme dit blennorrhagique : dans un travail fort intéressant, M. Fournier est venu contester jusqu'à sa nature rhumatismale. Pour lui c'est une arthropathie de nature particulière, due à l'uréthrite, et se rapprochant de ces douleurs articulaires qu'on voit survenir dans certains cas à la suite du cathétérisme.

M. Lorain va beaucoup plus loin, car non-seulement il rejette l'idée d'une cause spécifique dans la blennorrhagie, mais d'une influence spéciale dans l'uréthrite. Il regarde l'arthropathie comme amenée par l'*état génital :* mot qui nous a semblé assez mal défini jusqu'à présent; cadre élastique qui comprend à la fois l'uréthrite, les blennorrhagies de toute autre espèce, l'état des nouvelles accouchées, des femmes enceintes, des nourrices, celui des enfants nouveau-nés.

M. Lorain a promis de publier des observations qui doivent rendre plus saisissable sa pensée; et dans la séance prochaine, il doit poser les conclusions de son discours fort original.

De son côté M. Pidoux a développé ses idées propres, et l'on peut dire que ce n'était pas non plus l'originalité qui leur manquait.

Entre l'arthropathie et la blennorrhagie, M. Pidoux voit un intermédiaire qui jusqu'ici n'avait jamais été signalé par personne : une diathèse strumeuse aiguë, plus que lymphatique, presque scrofuleuse, que la blennorrhagie ferait naître aussitôt chez ceux qui l'auraient contractée, et qui pourrait se manifester par les signes les plus divers : pâleur générale, yeux ternes, pityriasis, éruptions d'herpès, tendance à la suppuration, etc., enfin arthropathie.

Toutes ces théories doivent être discutées dans la séance prochaine et les suivantes sans doute. Espérons qu'il en sortira quelque lumière nouvelle sur un point délicat de pathologie. Dans tous les cas nous aurons entendu des observations et des faits qui resteront. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PETER.

Rhumatisme blennorrhagique.

(Observation lue à la Société médicale des hôpitaux).

Le 3 septembre dernier, B... Jean, est admis dans le service que je dirige actuellement à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme a dû cesser son travail par suite de la faiblesse et des douleurs qu'il éprouve dans les membres inférieurs, et c'est exclusivement pour se faire soigner de ses douleurs qu'il entre à l'hôpital.

L'état du malade est le suivant : la douleur dans chaque membre suit le trajet du nerf sciatique, avec les points d'élection de cette névralgie. La douleur est probablement plus intense dans le membre gauche. La pression et la percussion des apophyses épineuses lombaires et sacrées est douloureuse. La sensibilité cutanée est amoindrie aux jambes, surtout dans leur moitié inférieure; elle l'est plus encore aux pieds. Il existe de plus une sensation d'engourdissement à la plante des pieds, sensation plus manifeste à gauche. La faiblesse est assez grande pour que le malade ne puisse rester longtemps debout; et la marche a lieu avec claudication, surtout de la jambe gauche, qui parfois fléchit en marchant. Enfin il y a une sensation de constriction douloureuse en ceinture. Pas de troubles de la miction et de la défécation. Pas de fièvre, bon appétit.

Il y avait évidemment névralgie sciatique, et cette névralgie sciatique était bilatérale, or la névralgie sciatique double est ordinairement symptomatique, je cherchai donc de quoi elle pouvait l'être, il n'y avait certainement pas de tumeur pelvienne comprimant les deux nerfs sciatiques; l'amoindrissement de la sensibilité dans le segment inférieur des deux membres, la faiblesse musculaire, la constriction douloureuse en ceinture et la douleur que provoquait la pression des apophyses épineuses, tout cela me fit conclure à une affection de la moelle; je dis affection de la moelle, sans préciser davantage.

Cet homme est menuisier; il travaillait dans un hangar ouvert à tous les vents, et c'est vraisemblablement par le fait d'un refroidissement qu'il a été atteint de sa parésie. Mais il travaille depuis longtemps dans ces mêmes conditions sans en avoir jamais éprouvé de dommage; quelle pouvait donc être la cause première assez puissante pour prédisposer cet homme de 28 ans à contracter une affection rare à son âge?

C'est alors que je constatai que le malade avait une blennorrhagie dont il ne me parlait pas. Il en était à sa troisième récidive. Il avait eu sa première blennorrhagie à 17 ans, et elle avait duré peu de temps ainsi que les deux attaques suivantes. La blennorrhagie actuelle datait de trois mois; et l'écoulement, assez abondant, était encore épais et mucoso-purulent. C'est dix jours avant l'admission du malade à l'hôpital qu'il éprouva des douleurs dans les jambes, avec faiblesse légère. Ce n'est que sept jours plus tard qu'il ressentit la douleur de constriction en ceinture. La faiblesse dans les membres inférieurs augmenta assez rapidement et le malade fut obligé de cesser tout travail.

Ainsi c'est dans le cours d'une blennorrhagie datant de deux mois et demi déjà que la parésie avait débuté; la blennorrhagie avait-elle été dans ce cas, la cause première d'une affection dont le refroidissement aurait été la cause seconde? c'est ce qu'il s'agira de déterminer.

Je me trouvais donc en présence d'une double affection vraisemblablement médullaire et d'une autre incontestablement blennorrhagique. La médication était tout indiquée. Application de six ventouses scarifiées à la région lombaire, emploi de l'opiat au copahu et au cubèbe.

Le lendemain les douleurs étaient moindres, mais la faiblesse restait la même, je fis donner des douches de vapeur.

Du 4 au 15 septembre, je revins trois fois aux ventouses scarifiées; le 17 (treizième jour du traitement), il y avait une amélioration très-notable dans les douleurs qui avaient presque entièrement disparu; mais la sensation d'engourdissement et la faiblesse persistaient à peu près au même degré. L'écoulement avait beaucoup diminué.

Le 18 (quatorzième jour du traitement) apparut un symptôme qui venait confirmer le diagnostic; le malade se plaignait d'une vive douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, douleur qui l'empêchait de desserrer les dents et gênait même l'émission de la parole. La pression à ce niveau était extrêmement pénible.

Je fis appliquer sur l'articulation un cataplasme chaud arrosé de laudanum recouvert d'ouate et de taffetas gommé. Le lendemain la douleur était la même dans l'aritculation temporo-maxillaire.

Le jour suivant, la douleur temporo-maxilliaire a cessé, il en est ainsi de celle des jambes, mais l'engourdissement dans la plante du pied gauche persiste encore, bien qu'amoindrie.

Le 26 (vingt-troisième jour du traitement), douleur avec légère tuméfaction du genou droit. Même traitement que pour l'arthrite temporo-maxillaire. Le lendemain la douleur du genou a disparu.

Le 28 le malade ayant essayé de rester debout et de marcher pendant trois heures environ, il en résulta une fatigue excessive avec fièvre et douleurs dans les jambes.

Je remplace les bains de vapeur qui étaient pris quotidiennement, par des bains sulfureux.

Le 29, l'engourdissement de la plante des pieds tend à disparaître.

Le 5 octobre le malade a pu marcher toute la journée sans fatigue.

Le 6, cet individu part pour Vincennes, ne souffrant plus de ses membres inférieurs, qui ont recouvré leur force normale; n'éprouvant qu'un très-léger engourdissement de la plante du pied gauche, et n'ayant plus de douleurs à la pression des apophyses épineuses lombaires et sacrées; on pouvait donc le considérer comme guéri de sa parésie. Il était permis d'en faire autant quant à sa blennorrhagie, car il ne s'écoulait plus qu'un suintement insignifiant par la pression du méat.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. TRIBOULET.

Gangrène de l'oreille et des régions avoisinantes, survenue à la suite d'une rougeole chez une enfant atteinte de carie du rocher. — Oblitération des troncs carotidiens correspondants par un caillot fibrineux ramifié.

(Lue à la Société médicale d'observation et recueillie par M. CAUSIT, interne du service.)

D..., sept ans, fille de forgeron, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Marguerite, n° 23, dans le service de M. Triboulet, le 21 avril 1866.

Les renseignements fournis par les parents nous apprennent que cette enfant a toujours vécu dans des conditions d'hygiène très-mauvaises, à cause de la misère excessive dans laquelle ils se trouvent. Il n'y a, du reste, chez eux aucun antécédent de diathèse tuberculeuse ou autre.

Cette petite fille, élevée au sein par sa mère jusqu'à l'âge de douze mois, a été nourrie au biberon pendant la deuxième année, et soumise en même temps à une alimentation grossière.

La première dentition s'est bien effectuée seulement on a remarqué alors un écoulement de l'oreille droite, qui a été bientôt suivi de dureté de l'ouïe de ce côté.

Cet écoulement d'oreille, qui existe par conséquent depuis cinq ans, est survenu sans cause appréciable, et aucun traitement actif ne lui a été appliqué.

La santé générale de l'enfant se maintenait assez bonne (au dire des parents), lorsque, il y a quatre semaines environ, elle a eu une rougeole à la suite de laquelle sont survenues de vives douleurs dans l'oreille droite, une surdité plus complète, et en même temps, on a vu se manifester un gonflement des parties molles qui avoisinent l'oreille droite.

A la visite du 21 avril, nous avons constaté l'état suivant :

L'enfant, d'une taille à peu près en rapport avec son âge, ne présente aucune déformation du squelette; elle a les chairs molles et flasques, la peau offre une coloration d'un blanc mat, et quoique l'amaigrissement ne soit pas bien considérable, les apparences extérieures indiquent une santé profondément détériorée par les souffrances et les privations antérieures.

Les parties molles correspondant à l'oreille droite, à la région parotidienne et à la région sterno-mastoïdienne supérieure, sont le siége d'une tuméfaction œdémateuse sub-inflammatoire avec coloration rouge livide, violacée par places. Il existe deux plaques gangreneuses, l'une en avant du lobule de l'oreille et l'autre en arrière du pavillon. Ces escarres noirâtres ne sont pas détachées et sont circonscrites par un bourrelet livide, d'aspect rouge violacé, indiquant qu'il y a dans toutes ces parties une infiltration de liquide sanieux. L'odeur qui s'exhale de ces parties est fétide, alliacée et tout à fait caractéristique de la gangrène.

En examinant le conduit auditif externe, qui présente une tuméfaction sub-œdémateuse, on voit s'en écouler une sanie purulente d'un gris noirâtre.

Le teint de la face est terne et mat, et il existe une bouffissure assez notable du côté droit de la face, qui est complétement paralysé; le défaut de simétrie qui en est la conséquence est très-marqué, même dans l'état de repos.

Nous avons interrogé les parents pour savoir depuis quand la face était déviée, mais ils ne nous ont donné aucun renseignement bien précis à ce sujet; il semblerait cependant résulter de leur réponse, que la paralysie n'existait pas avant la rougeole.

L'examen de la cavité buccale nous permet de constater qu'il n'y a pas de tache gangreneuse sur la muqueuse, et que la luette n'est pas déviée, la langue non plus. Il n'y a pas de signes de paralysie du voile du palais. L'enfant avale facilement les aliments solides et liquides qu'elle prend encore volontiers. Il n'y a pas de troubles des fonctions digestives.

La température de la peau est notablement abaissée ; le pouls petit, fréquent, marque 132 pulsations à la minute.

Le cœur a son rhythme et ses bruits tout à fait normaux.

A l'auscultation de la poitrine, on entend des râles bullaires disséminés, qui sont surtout abondants dans la base gauche; mais il n'y a nulle part de matité à la percussion.

L'intelligence de l'enfant est très-nette ; aucun symptôme ne peut faire craindre une affection des méninges ou de l'encépbale consécutive aux lésions profondes du rocher.

Avec cet ensemble de phénomènes, il y a une dépression considérable des forces indiquant le peu de réaction de l'économie.

Comme médication, on recommande un traitement général tonique et l'application locale de poudres désinfectantes après un lavage préalable au chlorure de chaux.

Les jours suivants, nous avons pu assister chaque matin aux progrès rapides de cette gangrène, qui a bientôt détruit toutes les parties molles des régions temporale et parotidienne, procédant toujours par un travail inflammatoire local mal caractérisé.

En effet, à la limite extrême de l'ulcération gangreneuse, on voit un bourrelet œdémateux d'abord rouge, puis livide, violacé et enfin noirâtre, qui indique que les symptômes de phlegmasie sont peu tranchés et qu'ils sont bientôt suivis et presque accompagnés de la mort de la partie affectée.

Cette extension rapide de la gangrène, qui menaçait de détruire complétement la paroi correspondante de la bouche, s'est accompagnée d'une aggravation proportionnelle des symptômes généraux. L'alimentation, encore facile dans les premiers jours, est devenue complétement impossible tant à cause des lésions matérielles de l'appareil de la mastication qu'à cause de la faiblesse de l'enfant. L'état cachectique s'est donc prononcé de plus en plus par la double influence du défaut de réparation alimentaire et de l'infection générale; une diarrhée coliquative fétide est survenue vers la fin, et la mort a eu lieu le 2 mai, c'est-à-dire onze jours après l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, nous a permis de constater les lésions suivantes :

Toutes les parties molles des régions que nous avons signalées sont complétement sphacélées et infiltrées d'un liquide sanieux noir et fétide. Toute la fosse temporale, l'arcade zygomatique et la partie supérieure de la fosse zygomatique sont complétement dénudées, ainsi qu'une partie de la branche du maxillaire inférieur.

En examinant le vestibule de la bouche, on voit une plaque gangreneuse grisâtre sur la muqueuse qui correspond à la deuxième

grosse molaire, ce qui indique que la gangrène aurait bientôt envahi la cavité buccale.

En disséquant avec soin les vaisseaux du cou, nous avons trouvé que les veines jugulaires étaient saines.

Après avoir incisé les carotides du côté droit, la crosse de l'aorte et le ventricule gauche, nous avons vu un caillot fibrineux cylindrique, à cheval sur la bifurcation de la carotide primitive, se prolonger dans les carotides interne et externe et dans les branches de cette dernière jusqu'aux parties gangrenées, au milieu desquelles il n'est plus possible de poursuivre les recherches, toutes les parties molles étant confondues et réduites en une sorte de putrilage noir et fétide.

Ce caillot fibrineux, très-consistant, mais non adhérent aux parois de l'artère, est d'une coloration rougeâtre; il a la forme d'un cône allongé, dont le sommet inférieur se continue par un petit filament capillaire jaunâtre avec un caillot fibrineux moins consistant et décoloré, de date évidemment plus récente, qui occupe la portion ascendante de la crosse de l'aorte et la cavité ventriculaire gauche. Les orifices et les valvules de ce ventricule n'offrent aucune lésion.

Les parois de la carotide sont saines et on n'y voit aucune trace d'inflammation au niveau du caillot supérieur.

Le pneumogastrique du côté droit est disséqué jusqu'au trou déchiré postérieur, puis coupé à ce niveau. Sa partie supérieure présente une coloration noirâtre et une diminution de consistance. M. Ranvier a examiné au microscope ses tubes nerveux et a constaté qu'ils étaient granuleux.

Du côté gauche du cou, les vaisseaux et les nerfs n'ont offert aucune lésion.

Cavité crânienne. — A l'incision des méninges, nous voyons s'écouler une quantité de sérosité assez notable.

Le cerveau offre une diminution de consistance, sans ramollissement, excepté au niveau du lobule du pneumogastrique du côté droit, qui, à l'œil nu, paraît présenter une altération assez notable. En ce point, la substance nerveuse est diffluente, jaunâtre, et s'enlève par un filet d'eau.

Les méninges sont parfaitement saines.

Les sinus latéraux, notamment le sinus latéral droit, sont remplis de caillots fibrineux consistants, mais leurs parois sont parfaitement saines, ainsi que les artères de la base de l'encéphale.

En enlevant la dure-mère qui correspond au rocher droit, afin de pouvoir enlever celui-ci, nous ne trouvons pas qu'elle soit plus adhérente qu'à l'état normal. Elle ne présente aucune perforation, seulement elle offre une injection manifeste sous forme d'arborisation. Elle n'est pas, du reste, plus épaisse à ce niveau que dans le reste de la cavité crânienne, où elle est parfaitement saine.

Une fois le rocher enlevé, nous pouvons constater extérieurement les lésions suivantes :

Toute sa face supérieure est empreinte d'une coloration noirâtre que n'enlève pas le lavage. La paroi inférieure du conduit auditif externe est en partie détruite et l'intérieur de ce conduit est lui-même d'une coloration brunâtre indiquant une nécrose de cette portion de l'os.

Au niveau du trou stylo-mastoïdien, on voit les débris gangréneux du nerf facial et de l'artère stylo-mastoïdienne.

Au niveau de l'orifice inférieur du canal carotidien, on voit un tronçon de l'artère carotide interne qui est complétement sphacélé.

Nous pratiquons une coupe du rocher suivant son axe longitudinal, de manière à tomber dans les cavités dont il est creusé, et nous voyons les désordres suivants :

Toutes les cavités communiquent largement par la destruction des diaphragmes membraneux qui les séparent à l'état sain.

Dans l'oreille moyenne, les osselets de l'ouïe sont complétement dissociés au milieu d'un putrilage gangréneux noirâtre et fétide. Les canaux demi-circulaires sont aussi remplis de la même sanie gangréneuse.

La surface de la coupe nous permet de voir que le rocher est complétement carié dans presque toute son épaisseur. Nous voyons, en effet, au niveau de la portion mastoïdienne et de la portion pétreuse, une coloration rouge livide, brunâtre. Il existe même, au niveau de la portion mastoïdienne, une perte de substance ulcéreuse assez notable. Vers le milieu de la portion pétreuse, il existe une surface blanc jaunâtre, éburnée qui paraît nécrosée.

Enfin, sur cette coupe, on voit la section du nerf facial dans la troisième partie de son trajet dans l'aqueduc de Fallope. Cette section montre qu'il est à ce niveau encore complétement gangréné.

A l'ouverture de la poitrine, nous trouvons les lésions anatomiques d'une pneumonie double au deuxième degré qui s'est développée secondairement. Les autres viscères ne nous offrent pas d'altération.

Réflexions. — La genèse de cette gangrène est assez difficile parce que chacune des causes relatées dans cette observation pourrait, à elle seule, en rendre un compte suffisant.

En effet, cette gangrène est-elle seulement le résultat de l'alimentation vicieuse et de l'habitation insalubre et malsaine, en un mot, des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles était placée l'enfant.

A-t-elle eu pour point de départ une artérite développée sous l'influence de la carie du rocher? Ou bien est-elle seulement une suite de la rougeole?

Bien que chacune de ces trois causes eût été assez puissante pour produire, à elle seule, la gangrène que nous venons de décrire, il est plus vraisemblable d'admettre que chacune d'elles a eu sa part d'influence, et il nous semble qu'on pourrait interpréter de la façon suivante la succession des phénomènes.

La rougeole a été la cause déterminante; survenant chez un sujet déjà débilité par de mauvaises conditions hygiéniques et par un écoulement d'oreille ancien, elle a trouvé un terrain très-favorable à la manifestation de ces gangrènes qui sont si souvent sa conséquence, en donnant une recrudescence, un coup de fouet, pour ainsi dire, à l'inflammation chronique du rocher, elle a pu amener une artérite de la carotide interne puis de la carotide externe, artérite qui a été rapidement suivie de gangrène; de sorte que dans notre interprétation, la carie du rocher aurait eu une double influence, influence générale en débilitant l'économie par l'écoulement purulent qui existait déjà depuis cinq ans, et influence locale en déterminant le siége de la gangrène dans une région aussi insolite que celle de l'oreille.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 3 novembre 1866. — Présidence de M. BOURDON.

(Suite).

Rhumatisme blennorrhagique. — M. PETER. Je désire appeler l'attention de la Société sur les accidents rhumatismaux survenus dans le cours de la blennorrhagie.

Il y a, dans cette affaire, un point de fait et un point de doctrine.

Le point de fait, c'est la concomitance, la succession ou l'alternance des accidents rhumatismaux et de la blennorrhagie. Le point de fait n'est pas discutable; il est incontestable, en effet, que des arthropathies surviennent fréquemment chez des individus atteints de blennorrhagie.

Le point de doctrine consiste à déterminer, s'il y a là simple coïncidence ou corrélation. Et encore la corrélation peut s'entendre de deux manières.

Ou la blennorrhagie crée de toutes pièces une espèce de rhumatisme, un rhumatisme spécifique, ou elle ne fait que prédisposer à l'explosion des accidents rhumatismaux.

Dans cette manière de voir, la blennorrhagie agit comme cause prédisposante, et non point comme cause créatrice; elle met l'organisme dans un état d'opportunité morbide tel que, le refroidissement survenant, le rhumatisme apparaît. Il n'y a pas là un rhumatisme blennorrhagique, mais un rhumatisme ordinaire, survenant dans le cours et par le fait d'une blennorrhagie chez un individu qui, sans cette même blennorrhagie, aurait impunément ressenti l'influence du froid.

Dans cette doctrine, la blennorrhagie ne joue plus qu'un rôle étiologique prédisposant. Dans la doctrine opposée qui admet la spécificité du rhumatisme blennorrhagique, la blennorrhagie est élevée au rang de maladie diathésique, ayant le rhumatisme comme l'une de ses manifestations.

Le champ de rhumatisme s'en trouve notablement agrandi. Mais ici la série morbide découverte par un savant considérable, M. Bouillaud, est renversée; au lieu d'avoir d'abord des accidents du côté des synoviales articulaires, et ensuite des déterminations morbides vers les membranes séreuses splanchniques, on a un accident sur une membrane muqueuse d'abord, des déterminations morbides vers les synoviales articulaires ensuite.

Quoiqu'il en puisse être de ces doctrines, voici le fait. (Voir plus haut.)

A propos de ce cas, je ne dis pas que les accidents étaient rhumatismaux parce qu'ils étaient survenus *à frigore*, fondant ainsi ce paralogisme étrange qui revient à dire que, de toutes les maladies causées par le froid, le rhumatisme étant la plus fréquente, ou encore que de toutes les causes occasionnelles du rhumatisme, le froid étant la cause la plus puissante, toute maladie causée par le froid est rhumatismale. Non, je dis qu'ici la parésie était vraisemblablement rhumatismale, en raison de l'âge du malade, de la nature de la cause, de la coexistence d'une blennorrhagie, etc., et l'arthrite temporo-maxillaire, ainsi que celle du genou, vint ultérieurement me donner raison.

Et maintenant je reviens à mon point de départ; y a-t-il eu entre ces accidents rhumatismaux et la blennorrhagie, coïncidence ou corrélation?

S'il y a corrélation, quelle est-elle? Y a-t-il eu par le fait de la blennorrhagie prédisposition à l'explosion des accidents rhumatismaux? Y a-t-il une diathèse blennorrhagique, et un rhumatisme blennorrhagique?

On a invoqué pour démontrer l'existence de ce rhumatisme spécifique :

1° Sa localisation fréquente sur les grandes articulations, et spécialement sur celles du genou;

2° Sa tendance à l'hydarthrose;

3° Sa tendance à l'ankylose, ce qui est contradictoire;

4° On a dit que le rhumatisme dit blennorrhagique était beaucoup plus rare chez la femme.

On invoque même ce fait comme une preuve de la spécificité de ce rhumatisme.

Ici j'avoue ne pas comprendre.

D'abord, au point de vue du rhumatisme en soi, il est avéré qu'il est plus rare chez la femme que chez l'homme, ce qui fait rentrer le rhumatisme dit blennorrhagique dans la catégorie du rhumatisme ordinaire.

En second lieu, la blennorrhagie de la femme est bien plus vaginale qu'uréthrale, ce qui change les conditions anatomiques et physiologiques; d'où une modification dans les retentissements sympathiques.

Enfin en troisième lieu, ou la blennorrhagie de l'homme est une affection assez spécifique pour entraîner à sa suite une série d'accidents constitutionnels dont le rhumatisme serait une des expressions, ou elle n'est pas une affection spécifique.

Or, si elle est une affection spécifique capable d'entraîner le rhumatisme chez l'homme, pourquoi ne jouit-elle plus de ces mêmes propriétés spécifiques chez la femme? Il y aurait donc une blennorrhagie de l'homme et une blennorrhagie de la femme. On ne voit pas qu'il y ait une variole, une rougeole, une scarlatine de l'homme, et une variole, une rougeole, une scarlatine de la femme. De telles catégories font disparaître la notion de la spécificité.

5° On a invoqué la récidive des accidents blennorrhagiques et des accidents arthropathiques.

6° Après avoir dit qu'il siégeait surtout sur les grandes articulations, on a admis qu'il pouvait se généraliser, ce qui est un peu contradictoire.

Alors on a cherché des caractères différentiels; on a dit que le rhumatisme était moins mobile, qu'il se généralisait moins volontiers, qu'il n'était pas accompagné de sueurs, qu'il avait plus de tendance à la chronicité, ce qui est un caractère du rhumatisme subaigu.

Il ne restait donc plus au rhumatisme ordinaire que sa fâcheuse et incontestable tendance à envahir les grandes membranes séreuses, en particulier celles du cœur, et à frapper quelquefois les viscères eux-mêmes.

Mais voici qu'on a été jusqu'à admettre une endocardite et une péricardite rhumatismales blennorrhagiques, une pleurésie de même nature, une paraplégie, des accidents cérébraux dits blennorrhagiques, rhumatismaux.

Ici commence la confusion; si la blennorrhagie produit tous ces méfaits, elle est identique au rhumatisme et se confond avec lui, ou, pour mieux dire, il n'y a plus ni blennorrhagie ni rhumatisme.

Mais s'il est si difficile de distinguer la différence qui existe entre le rhumatisme ordinaire et le rhumatisme dit blennorrhagique ainsi généralisé, ne vaudrait-il pas mieux croire que la blennorrhagie est une affection spécifique, ainsi que le démontrent ses propriétés contagieuses, et qu'elle est susceptible de modifier l'organisme humain, au moins l'organisme de certains individus, suffisamment pour qu'apparaisse à sa suite et par son fait un ou plusieurs des accidents de la diathèse rhumatismale?

La blennorrhagie serait ainsi ramenée à un rôle plus modeste, un rôle purement étiologique; elle ne serait plus une diathèse, mais en éveillerait une latente jusque-là.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. Depuis vingt-cinq ans je cherche à éclairer le point de doctrine sur lequel M. Peter vient d'appeler l'attention, en omettant seulement, à ce qu'il me semble, un des termes de la question. Il se demande si la blennorrhagie est une cause spécifique ou prédisposante du rhumatisme; ne faut-il pas poser une troisième hypothèse, et chercher si la blennorrhagie ne serait pas plutôt une cause occasionnelle et non prédisposante des accidents rhumatismaux, lorsque la diathèse rhumatismale existait déjà chez les malades?

Depuis que j'ai dirigé dans ce sens mes investigations, dans un très-grand nombre de cas (je ne saurais fournir des chiffres pour ceux qui les aiment, mais certainement chez le plus grand nombre des malades), j'ai trouvé soit des rhumatismes articulaires antérieurs, soit des antécédents rhumatismaux héréditaires. J'avoue cependant que dans quelques cas il ne m'a point semblé en être ainsi, mais c'était le très-petit nombre.

Voici un exemple encore récent de cette influence de la blennorrhagie comme cause occasionnelle éveillant une diathèse latente.

Il n'y a pas très-longtemps que j'eus à soigner un jeune homme dont le père était arthritique à un haut degré (il avait eu des lombagos, des iritis, de l'athérome artériel et enfin une hémorrhagie cérébrale). La sœur du père, après divers accidents arthritiques, était morte d'hémorrhagie cérébrale; ainsi de ce côté la diathèse arthritique était évidente.

Quant à la mère, elle était très-lymphatique, et l'un de ses enfants, frère de notre malade, était mort de méningite tuberculeuse.

Le jeune homme dont il s'agit, à la suite d'une blennorrhagie, fut pris d'une arthrite subaiguë qui dura trois ou quatre mois. Il était en convalescence lorsqu'il survint une conjonctivite, puis une irido-choroïdite antérieure, enfin une kératite très-intense qui laissa des opacités sur les cornées.

L'année suivante vers la même époque, le jeune homme vit se succéder la même série de phénomènes : blennorrhagie, rhumatisme articulaire, conjonctivite, irido-choroïdite, kératite intense.

Le pli était pris pour ainsi dire, car sans nouvelle cause occasionnelle, sans blennorrhagie pendant deux autres années, toujours vers la même époque, les mêmes accidents se manifestèrent.

L'affection oculaire était tellement intense, qu'un spécialiste consulté déclara qu'un œil était perdu, et que pour conserver l'autre, il fallait immédiatement pratiquer l'iridectomie. Gosselin et moi, nous nous opposâmes à toute opération, connaissant d'après les antécédents la marche que suivait la maladie, qui se dissipa comme d'ordinaire au bout d'un certain temps, sans que la vision fût compromise, comme le spécialiste l'avait annoncé.

M. PETER. M. Guéneau de Mussy vient à l'appui de ma doctrine; j'avais considéré la blennorrhagie comme pouvant être une cause prédisposante du rhumatisme; il la regarde comme en étant plutôt une cause occasionnelle. Entre nous deux, il n'y a au fond qu'une différence d'adjectif, car la même cause peut être prédisposante chez certains organismes, occasionnelle chez d'autres.

La discussion est remise à la prochaine séance. La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 23 novembre 1866. — Présidence de M. BOURDON.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Ventouses vésicantes. — A propos du procès-verbal, M. *Bouvier* annonce qu'il a écrit à son ancien interne, M. le docteur Million (Allier), pour avoir l'observation du seul cas de mort survenue à la suite de l'emploi des ventouses vésicantes. On sait que ces ventouses sont tout simplement des ventouses ordinaires qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'elles amènent la vésication. Or, chez le malade en question, autant du moins que M. Bouvier se le rappelle, ces circonstances étaient on ne saurait plus déplorables.

C'était en 1847. Il s'agissait d'un homme de trente ans à peu près, fort malade, avec phénomènes ataxiques et trouble marqué des facultés intellectuelles. Trois ou quatre ventouses furent posées, puis, comme d'ordinaire, le ventouseur s'en alla pour revenir les lever un peu plus tard. Le malade ne se plaignit pas ou se plaignit mal; il fut oublié, pas très-longtemps, deux heures à peine, mais c'était trop pour lui. Le lendemain je trouvai de véritables escarres à la place des ventouses; elles avaient fait l'effet de moxas; puis il survint un phlegmon étendu entre les muscles de la poitrine, et le malade mourut, peut-être en partie, je l'avoue, par suite de cette complication. Mais il avait déjà présenté, si mes souvenirs sont exacts, des hémorrhagies analogues à celles du scorbut ou du purpura. Il était profondément débilité, et son idiosyncrasie même peut être accusée de l'accident, comme le défaut de surveillance, et l'état mental.

Ne voit-on pas parfois les sinapismes produire des gangrènes étendues? On n'abandonne pas pourtant l'usage des sinapismes, et quant aux ventouses vésicantes, c'est le seul accident qu'elles aient produit.

Révision du règlement. M. le président annonce que la Société doit se réunir vendredi prochain en séance extraordinaire pour examiner le projet de révision du règlement.

Éloge de M. Natalis Guillot.

M. le président BOURDON retrace dans quelques paroles très-applaudies les qualités de cœur et d'esprit, les travaux et titres scientifiques de M. Natalis Guillot, que la société a compté parmis ses anciens présidents.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : 1° une lettre de remerciement de M. le docteur Villemin, nommé membre de la Société;

2° Un numéro des bulletins de l'Académie de belgique;

3° Un livre de MM. Herard et Cornil sur l'anatomie pathologique des phthsiques;

4° La série des rapports de la conférence sanitaire internationale de Constantinople, envoyés par M. le docteur Fauvel.

Suite de la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique.

M. FOURNIER. La communication de M. Peter est intéressante à plus d'un titre. D'abord c'est un cas de sciatique blennorrhagique, et de tels cas sont rares; je crois avoir signalé les premiers, j'en ai observé six pour ma part, M. Texier en a publié un dans sa thèse; et celui-ci fera le huitième.

En outre M. Peter soulève une question de doctrine sur laquelle sa pensée, si je l'ai bien comprise, peut être formulée ainsi : « Il n'y a pas de rhumatisme blennorrhagique; ce qu'on nomme ainsi est un rhumatisme développé à l'occasion d'une blennorrhagie, comme il aurait pu se développer à propos de tout autre cause, d'un refroidissement par exemple.

Je suis d'un avis tout opposé. Pour moi : 1° la blennorrhagie est la cause efficiente, directe, nécessaire, indispensable, et non-seulement occasionelle de ce rhumatisme spécial; 2° le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme simple sont deux maladies essentiellement distinctes, différant comme symptômes, comme localisation, comme évolution, comme complications possibles, comme conséquences d'avenir et d'hérédité, etc.

De toutes ces différences réunies, je me crois autorisé à induire une différence de nature entre ces deux maladies. Plus simplement, je crois que le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme simple sont deux maladies essentiellement distinctes, offrant certes quelques ressemblances symptomatiques, mais très-différentes comme expressions et peut-être comme nature.

1. Tout d'abord, au point de vue étiologique, notons une différence considérable.

S'il est quelque chose de démontré en étiologie, c'est à coup sûr l'influence du froid ou d'une diathèse rhumatismale sur le développement d'une attaque de rhumatisme. Rencontrons-nous rien de semblable dans l'étiologie des accidents rhumatismaux blennorrhagiques? J'affirme, pour l'avoir constamment recherché et après avoir consulté à nouveau toutes mes observations sur ce sujet, que l'action du froid et de l'humidité est absolument étrangère à la production de ces accidents. J'ai étudié avec le même soin la part que pouvait prendre sur leur développement l'influence d'une diathèse arthritique héréditaire ou acquise; j'ai interrogé minutieusement sur ce point tous mes malades. Or, si j'en ai rencontré quelques-uns qui présentaient par eux-mêmes ou par leurs ascendants une disposition rhumatismale plus ou moins évidente, j'affirme encore que cette disposition faisait absolument défaut sur le plus grand nombre.

Il y a plus, et ceci me paraît bien confirmatif, j'ai vu et vous avez sans doute vu de ces malades, qui prennent un rhumatisme à propos de chaque blennorrhagie nouvelle, et cela deux, trois, quatre, cinq fois de suite et même davantage. Or, de tous ces sujets aussi malheureusement doués que jai rencontrés jusqu'à ce jour, aucun n'était ni rhumatisant par lui-même, ni de souche rhumatismale; aucun ne pouvait invoquer un refroidissement ou toute autre cause occasionnelle comme cause de sa maladie; et j'ajoute : de tous ceux d'entre eux que j'ai suivis, aucun n'avait eu au préalable et n'a eu postérieurement de rhumatisme.

Comme exemple, laissez-moi vous citer l'observation d'un de mes camarades de collége, qui dans le cours de *quatre* blennorrhagies successives a pris *quatre* rhumatismes. Ce jeune homme, mon ami depuis 25 ans, n'est pas le moins du monde rhumatisant, ses parents, son frère, ses sœurs que je connais depuis longtemps, n'ont jamais eu de rhumatismes. Fort de sa propre expérience, il se garantit du froid dès qu'il contracte un écoulement, et le rhumatisme fatal ne se manifeste pas moins. Je me rappelle que lors de sa quatrième attaque, comme je lui demandais avec instance s'il ne s'était pas exposé à un refroidissement, il me répondit non sans quelque ironie : « Tu devrais bien savoir que le froid n'est pour rien dans cette affaire; mes rhumatismes ne viennent que de mes chaude-pisses; à chaque chaude-pisse nouvelle j'ai un rhumatisme, c'est chose convenue. » — Il faisait ainsi, je crois, de l'excellente étiologie.

2. Si de l'étiologie nous passons aux symptômes, nous rencontrons des différences non moins accusées.

1° Il est le plus souvent apyrétique. Lorsqu'il est fébrile, sa fièvre est très-différente de celle du rhumatisme articulaire aigu, de la même façon par exemple, que la fièvre d'une bronchite diffère de celle d'une pneumonie, ou la fièvre d'une grippe de celle d'une dothienentérie. Elle est tout d'abord bien moins vive, bien moins forte; elle ne dépasse guère habituellement 90 à 100 pulsations; elle ne développe qu'une chaleur modérée, nullement comparable à celle du rhumatisme; elle est de plus bien moins persistante; elle ne dure pas plus de quelques jours, après quoi elle s'abaisse, elle tombe, alors même que les accidents articulaires et autres se continuent avec plus ou moins d'intensité. J'ajoute, et ceci a une haute importance, qu'elle ne s'accompagne jamais ni de cet accablement profond, ni de ces phénomènes sympathiques que l'on remarque dans le rhumatisme aigu : sudations profuses qui forment presque un symptôme essentiel de cette maladie, troubles gastriques, urines fortement acides et sédimenteuses, éruptions cutanées, etc. — En un mot, le rhumatisme blennorrhagique même aigu, même fébrile, *ne présente pas l'état général du rhumatisme aigu simple.*

2° Si les symptômes généraux diffèrent de part et d'autre, les manifestations locales n'offrent pas moins de dissemblances.

Le rhumatisme blennhorragique est assez souvent monoarticulaire. Lorsqu'il affecte la forme opposée, il peut bien envahir deux, trois, quatre articulations même; mais c'est tout, il se borne lè. *Jamais,* très-certainement, *il ne se généralise au même degré que le rhumatisme simple.* Jamais on ne vit par son fait, des malades affectés de la presque totalité de leurs jointures, et immobilisés comme des statues sur leur lit de douleur, ainsi que cela ne s'observe que trop souvent dans le rhumatisme vulgaire.

Comme douleurs mêmes, il n'est pas l'analogue de ce rhumatisme. Tantôt il se développe avec une indolence surprenante, *à froid,* comme on l'a dit, au point que les malades peuvent ne pas s'en apercevoir (je connais deux cas de ce genre); tantôt au contraire, ses manifestations sont horriblement douloureuses; elles consistent par exemple en de véritables arthrites, bien autrement pénibles qu'une simple fluxion rhumatismale, et même encore en des synosites tendineuses où le moindre mouvement imprimé aux tendons éveille d'atroces souffrances. — Ce ne sont là sans doute que des nuances, mais des nuances qui donnent à la maladie une physionomie, une allure particulière.

Le rhumatisme blennorrhagique n'a pas la mobilité du rhumatisme vulgaire. Il se déplace moins facilement; il est *plus fixe;* il tient plus en quelque sorte aux articulations qu'il a frappées.

Il n'offre pas non plus ces *délitescences* subites ou rapides, ni cette espèce de transport intégral d'une jointure à une autre, qu'il est assez fréquent d'observer avec le rhumatisme vulgaire. Alors même qu'il dissémine ses localisations, il prend une articulation nouvelle sans abandonner la première, où presque toujours même il persiste un temps plus ou moins long; en un mot il se multiplie, il s'étend plutôt encore qu'il ne se transporte.

Puis, autre différence qui appartient à une époque plus avancée de son évolution, *il se résoud plus difficilement* que le rhumatisme vulgaire. Les fluxions articulaires que détermine ce dernier, s'éteignent en général sans subir les lenteurs d'un résolution progressive. L'arthropathie blennorrhagique présente au contraire assez habituellement une période plus ou moins longue de décroissance, pendant laquelle les phénomènes de réaction locale s'atténuent peu à peu. Souvent encore, aux symptômes aigus survient à cette époque un épanchement articulaire qui tend à se résoudre. Cette *hydarthrose consécutive* ne s'observe que très-rarement dans le rhumatisme simple; elle est fréquente à la suite des complications articulaires de la blennorrhagie.

Enfin, *l'état couenneux du sang* que l'on observe d'une façon si constante dans le rhumatisme aigu simple, fait défaut dans le rhumatisme blennorrhagique. Déjà signalée par Hunter, cette particularité intéressante a été confirmée d'une manière très- précise par plusieurs auteurs contemporains.

III. Les *complications* que le rhumatisme simple développe d'une façon si fréquente vers les grandes séreuses, sont aussi rares, aussi exceptionnelles que possible dans les rhumatismes blennorragiques. Je sais qu'on en a cité quelques cas dont je suis loin de révoquer en doute l'authenticité; mais, ce que je puis affirmer pour ma part, c'est que je n'en ai rencontré aucun exemple jusqu'à ce jour. Sur quarante-cinq observations, je n'en trouve pas une où soit signalée la moindre complication vers le cœur, les plèvres, la moelle ou le cerveau.

En revanche, le rhumatisme blennorrhagique présente très-souvent une localisation fort curieuse qui fait défaut dans le rhumatisme simple, c'est l'ophthalmie. Et quelle ophthalmie spéciale, messieurs, que celle dont se complique la blennorrhagie ! Je ne parle pas ici, bien entendu, de cette ophthalmie si grave, qui, résultant très-certainement d'une contamination directe, d'une contagion véritable, développe en quelques jours, en quelques heures même, d'effroyables symptômes pour aboutir à la fonte du globe oculaire ou à quelque lésion de l'œil irrémédiable. Je parle de cette autre forme si différente qui a été décrite sous le nom *d'ophthalmie rhumatismale, métastatique de cause interne ;* forme essentiellement bénigne par rapport à la précédente, affectant presque toujours les deux yeux, et se portant d'un œil à l'autre avec une singulière mobilité. Eh bien, cette ophthalmie est une manifestation très-fréquente du rhumatisme blennorrhagique ; sur 45 cas, je l'ai vue s'associer dix-sept fois aux symptômes articulaires, c'est-à-dire qu'une fois sur trois au moins le rhumatisme blennorrhagique se complique de terminaison morbide vers les yeux. Or, je vous le demande, rencontre-t-on rien de semblable dans le rhumatisme simple? J'ouvre le traité classique de M. Bouillaud et je n'y rencontre même pas le mot d'ophthalmie. Je fais de plus appel à mes souvenirs et je ne me rappelle pas avoir vu un seul cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'une ophthalmie analogue à celle que nous observons dans la blennorrhagie.

Si je ne craignais d'abuser de l'attention bienveillante que vous me prêtez, je vous signalerais encore d'autres différences de détail entre ces deux maladies, au point de vue de l'évolution, de la durée et des terminaisons. Laissez-moi toutefois, pour terminer ce parallèle, vous entretenir de deux points qui ne manquent pas d'importance.

Quelles sont, pour l'une ou l'autre maladie, les médications les mieux éprouvées? Ce qui réussit le mieux dans le rhumatisme aigu simple, ce sont à coup sûr les modificateurs généraux, et de l'aveu de tous également les modifications locales n'ont qu'une influence secondaire. Dans le rhumatisme blennorrhagique, au contraire, il n'y a guère de succès à attendre que des agents locaux. Les saignées sont nuisibles ou indifférentes ; le sulfate de quinine, si merveilleusement actif contre certaines formes de rhumatisme simple, le nitre, la digitale, les purgatifs, le bicarbonate de soude, etc., ne sont d'aucun secours. Ce qui réussit, ce sont les émissions sanguines locales, le vésicatoire surtout, les badigeonnages à la teinture d'iode, l'immobilisation absolue, la compression.

Enfin, si les récidives sont également fréquentes pour l'une et l'autre maladie, elles se produisent dans des conditions très-différentes. Le rhumatisme simple récidive soit sous l'influence de causes analogues à celles qui ont produit une première attaque (refroidissement, humidité, etc.), soit par le fait d'une disposition constitutionnelle. Le rhumatisme blennorrhagique au contraire ne se répète qu'à l'occasion d'une blennorrhagie nouvelle.

Je me crois donc légitimement autorisé à conclure :

1° Que le rhumatisme blennorrhagique n'est pas un rhumatisme simple survenu comme incident dans le cours d'une blennorrhagie ;

2° Qu'il a son individualité propre et doit être distingué nosologiquement du rhumatisme simple.

Est-ce à dire qu'il n'y ait pas entre eux des ressemblances ? Non sans doute, le siége étant le même, dans les séreuses articulaires le diagnostic est parfois délicat dans ces cas mal déterminés où la maladie reste fruste, selon ce terme pittoresque de M. Trousseau.

Mais dans les cas types, l'aspect seul du malade suffit pour révéler la nature blennorrhagique de l'affection, avant même que l'on ait examiné l'urèthre. Non seulement j'ai vu M. Ricord diagnostiquer souvent ainsi un écoulement que le malade dissimulait, mais j'y suis arrivé moi-même, et ne crois pas avoir fait là un tour de force diagnostique.

Il y a quelques semaines par exemple, un jeune homme se présentait à la consultation du Bureau central, affecté d'une synovite tendineuse du dos de la main et d'une ophthalmie double. Il racontait que l'œil gauche était devenu malade une quinzaine auparavant, puis qu'il s'était délivré et que l'œil droit avait été pris à son tour, puis encore que les tendons de la main étaient devenus douloureux, puis enfin que les deux yeux bien guéris avaient été envahis de nouveau. A cet ensemble de symptômes comme aussi à cette évolution si caractéristique je reconnus facilement — tout le monde en aurait fait autant — un rhumatisme blennorrhagique. Vous avez la chaude-pisse, dis-je alors à ce jeune homme. — Nullement, me répondit-il avec assurance. — Je vous affirme, repris-je, que vous avez la chaude-pisse ; et je lui démontrai.

Qu'on garde si l'on veut le nom de rhumatisme au rhumatisme blennorrhagique, d'autant plus qu'il ressemble à ce que M. Lorrain nomme rhumatisme génital, bien qu'il ne soit en aucune manière un rhumatisme vrai; mais ce qui me choque bien plus, pour ma part, c'est la qualification de blennorrhagie ajoutée à ce mot.

Le mot blennorrhagie ne présente pas de signification précise, car il n'existe pas de virus blennorrhagique. La blennorrhagie peut résulter d'excitations, d'irritations diverses en dehors de toute contagion. D'ailleurs le rhumatisme spécial n'est pas une complication de toutes les maladies dites blennorrhagiques, il ne se rencontre que dans l'uréthrite, jamais, que je sache, dans la blennorrhagie balano-préputiale, ou la vaginite, ou la vulvite, ou ces écoulements du col qui sont réputés blennorrhagiques.

On a remarqué par de nombreuses recherches que c'est avec la blennorrhagie urhétrale seule qu'on observe le rhumatisme. Je ne sache pas qu'on l'ait jamais rencontré comme complication soit de la blennorrhagie balano-préputiale, soit de la viginite, de la vulvite ou des écoulements du col réputés blennorrhagiques. Il semble donc nécessaire que *l'urèthre* soit intéressé pour que les déterminations rhumatismales puissent se produire.

Or cette remarque me paraît très-importante et propre à jeter un certain jour sur la pathologie jusqu'alors si obscure de ces accidents rhumatismaux. Voici comment :

L'observation clinique nous apprend que les excitations de l'urèthre sont susceptibles d'éveiller dans l'organisme quelques-uns de ces phénomènes singuliers que l'on appelait sympathiques autrefois et auxquels on donne aujourd'hui le nom de *réflexes.* Ainsi, il n'est pas rare d'observer à la suite du cathétérisme des accidents fébriles intermittents, qui parfois même prennent la forme pernicieuse. De même on a vu l'introduction dans l'urèthre de bougies, de sondes, ou d'instruments lithotriteurs déterminer des flegmons, des suppurations plus ou moins étendues sur divers points du corps, etc. De même encore, et ceci nous intéresse de plus près, on a vu succéder au cathétérisme de véritables *arthrites,* qui, bien que différentes assurément des fluxions articulaires du rhumatisme blennorrhagique, n'ont pas une analogie significative avec cette dernière affection.

En présence de tels faits, n'y a-t-il pas lieu de se demander si le rhumatisme blennorrhagique ne serait pas une manifestation de même ordre que les accidents qui précèdent, s'il ne serait pas lui aussi un *phénomène réflexe d'irritation uréthrale.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 24 août 1866. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance se compose des 3e et 4e fascicules, 1866, des *Actes du comité médical des Bouches-du-Rhône.*

— M. LE PRÉSIDENT donne lecture du discours prononcé par M. Paul Topinard sur la tombe du docteur Fritz, membre de la Société depuis cinq années. (Voir notre numéro du 23 août 1866.)

LECTURES.

— M. CAUSIT lit une observation de *Gangrène de l'oreille et des régions avoisinantes, à la suite d'une rougeole chez un enfant atteint de carie du rocher; oblitération des troncs carotidiens correspondants par un caillot fibrineux ramifié.* (Voir plus haut.)

M. DUGUET. M. Causit n'est pas assez affirmatif sur les causes de cette gangrène. Il en admet trois : l'artérite, la débilitation et la rougeole, lorsqu'une seule d'entre elles suffit. Pourquoi chercher notamment une artérite dont l'existence n'est pas bien démontrée. La formation de pareils caillots peut s'expliquer autrement : ils n'étaient pas adhérents, les parois du vaisseau n'étaient pas altérées. Tandis qu'on sait que la gangrène est un des accidents ordinaires de la rougeole, et presque spéciaux.

M. TOPINARD. Mais pourquoi la gangrène est-elle commune dans la rougeole? C'est ce qu'il faudrait savoir. Cet accident se voyant aussi dans le diabète, j'eusse désiré que M. Causit examinât les urines au point de vue du sucre; c'est une lacune dans son observation. On oublie que la Société a mis à l'étude, cette année, la question de la glycosurie.

— M. PIERRESON ne trouve pas, dans ce cas, les caractères de a gangrène succédant à une oblitération artérielle, mais ceux de la gangrène humide.

Les symptômes de la paralysie faciale sont incomplétement décrits et n'apprennent pas si les filets profonds (ou supérieurs) du nerf facial sont en cause aussi bien que les superficiels.

Il est fait mention d'altérations importantes du pneumo-gastrique droit, et cependant, durant la vie, on n'a rien noté qui puisse s'y rapporter. Ces altérations seraient donc cadavériques.

M. CAUSIT. Le nerf facial, à l'œil nu, paraissait altéré au niveau de l'orifice inférieur de l'acqueduc de Fallope et même au-dessus. Ni la langue, ni le voile du palais n'étaient déviés. M. Ranvier a considéré en effet les altérations du pneumo-gastrique comme *post mortem.*

M. PELVET. La carotide est un vaisseau trop important et trop volumineux pour que la gangrène, qui proviendrait d'un caillot dans son intérieur, se limite à l'oreille; je pense donc que cette gangrène

ne vient pas de l'oblitération de la carotide et que les caillots se sont formés pendant l'agonie.

M. BARTHEZ. La rougeole n'est pas la seule maladie aiguë fébrile où se rencontre la gangrène; mais elle est celle où cet accident est le plus commun. M. Tourbes, si je ne me trompe, a évalué le chiffre des gangrènes de la bouche venues dans le cours de la rougeole, à 60 pour 100 environ du chiffre total des gangrènes de cet organe. Aujourd'hui, cette complication grave devient plus rare dans les hôpitaux d'enfants. Il est vrai aussi que la mortalité générale sur les rougeoles a diminuée, que les cachexies y sont plus rares, et que l'étendue et la durée de ces gangrènes, lorsqu'elles se présentent, sont moindres.

Si l'on rapproche ces faits des améliorations apportées dans l'hygiène des hôpitaux, on serait donc conduit à penser que la fréquence de la gangrène tient moins à la nature de la rougeole qu'à un mauvais état de l'organisme et à une cachexie amenée par les circumfusa. Cette considération me ferait écarter l'idée de spécificité dans les gangrènes de la rougeole.

M. ANGER. Je rappellerai le cas suivant : Tous les signes d'une gangrène imminente se montrent, dans le cours d'une rougeole, à la joue et au point correspondant de la bouche pour se dissiper complétement d'une façon inattendue. Peu après, une gangrène de la vulve apparaît et se confirme. Alors, le côté de la bouche précédemment sauf, se gangrène. Enfin, à l'autopsie, on découvre une gangrène du poumon. Cela ne ressemble-t-il pas à de la spécificité?

M. DUGUET. L'influence nosocomiale l'explique également. Depuis combien de temps l'enfant était-il dans les salles?

M. ANGER. Il y était entré pour sa rougeole.

M. BARTHEZ. La gangrène s'observe non-seulement dans la rougeole, la scarlatine, la variole, la coqueluche, mais encore dans les cachexies simples.

— **M. PAUL TOPINARD** lit une *Note sur l'essence de romarin employée comme excitant cutané.*

M. ANGER. M. Topinard attribue principalement à l'essence de romarin la propriété stimulante des bains de Pennès et dit, avec 1 gramme ou 2 dans un bain simple, avoir obtenu les mêmes effets qu'avec les bains de ce nom qui sont dans le commerce ou avec ceux composés d'après la formule complexe de Bouchardat.

A-t-il tenu compte de la température de l'eau et s'est-il assuré que certains des effets qu'il a observés, l'excitation fébrile, l'élévation du pouls, par exemple, notées une fois, ne dépendent pas plutôt de l'élévation trop forte de cette température?

Est-il certain ensuite que l'essence se dissolve dans l'eau?

M. TOPINARD. Je ne me suis pas servi du thermomètre et je prenais ces bains à 32 degrés centigrades environ; mais j'ai toujours eu soin qu'ils soient plutôt au-dessous pour éviter précisément la cause d'erreur dont parle M. Anger. J'ouvrais la fiole au fond de la baignoire, il se dégageait une forte odeur et l'on voyait apparaître à la surface des zones irrisées, qui disparaissaient en quelques instants par l'agitation de l'eau.

M. ANGER. Ces zones prouvent que l'essence ne se dissout pas, et alors je ne m'explique l'action que sur les parties du corps qui sont à la surface de l'eau.

M. TOPINARD. Ces zones m'embarrassèrent effectivement; mais lorsqu'un quart d'heure ou vingt-cinq minutes après je sentis les picotements se produire à la région des reins, aux jambes et non au cou, c'est-à-dire loin de la surface et loin des endroits où j'avais ouvert la fiole, je fus obligé d'admettre qu'une quantité très-suffisante s'était dissoute. La remarque très-juste de M. Anger ne prouve qu'une chose, c'est qu'il faut bien peu d'essence dans l'eau pour produire l'excitation cutanée en question, et que, pures sur la peau, quelques gouttes donneraient certainement lieu à plus qu'une rubéfaction, à une vésication ou une vésiculation violente.

M. DUGUET. La propriété irritante signalée par M. Topinard dans l'essence de romarin doit exister dans toutes les essences de labiées, et je m'étonne qu'il ne l'ait pas constatée dans les essences de thym et de lavande, sur lesquelles il a aussi expérimenté. Peut-être est-il particulièrement sensible à l'action du romarin, et je l'engagerais à répéter ses expériences.

M. TOPINARD. J'ai pris moi-même ou fait prendre à d'autres, des bains additionnés les uns d'essence de romarin, les autres d'essences de thym et de lavande. Les premiers ont produit une telle action sur la peau que j'ai poursuivi ces études; les seconds n'ayant pas agi, je me suis arrêté. Peut-être me suis-je hâté! peut-être mes produits, achetés ce jour-là dans une autre pharmacie, n'étaient-ils pas purs ou frais! En tous cas, je recommencerai.

La séance est levée à dix heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 20 novembre, M. le docteur Basselet, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par divers arrêtés ministériels :

1° Il y a lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de clinique médicale, vacante à la Faculté de médecine de Paris (2e chaire);

2° *École de médecine de Grenoble.* — Sont nommés, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble :

Professeur titulaire de pathologie interne, M. Michaud, professeur adjoint de ladite chaire;

Professeur titulaire de pathologie externe, M. Berriat, professeur adjoint de ladite chaire;

Professeur titulaire d'accouchements et maladies des femmes et des enfants, M. Rey, suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite école;

Chargé de l'enseignement de la physiologie, M. Corcelet, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles;

Chargé du cours de clinique externe, en remplacement de M. Chanrion, en congé d'inactivité, M. Minder, chef des travaux anatomiques à ladite école;

Chargé du cours de clinique interne, en remplacement de M. Robin, en congé d'inactivité, M. Buissard, docteur en médecine :

Suppléant pour les chaires de clinique, en remplacement de M. Rey, appelé à d'autres fonctions. M. Allard, docteur en médecine;

Suppléant pour les chaires de clinique (emploi vacant), M. Berger, docteur en médecine;

Chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Minder, appelé à d'autres fonctione, M. Allard, docteur en médecine;

3° M. le docteur de Brouard, médecin adjoint du lycée impérial de Sens, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Hédiard, décédé.

M. le docteur Moreau est nommé médecin adjoint du lycée impérial de Sens, en remplacement de M. le docteur de Brouard.

— La Société médico-chirurgicale de Liége a fondé un concours pour l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements; le prix est de 300 francs. Les travaux devront être remis avant le 1er janvier 1867, à M. le docteur Oscar Ansiaux, quai de l'Université.

Il est interdit aux auteurs de se faire connaître soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur.

— M. le docteur Legrand du Saulle, commencera son cours de médecine légale des aliénés, le mardi, 27 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, et le continuer les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Le docteur Berrut commencera son cours d'anatomie appliquée à la physiologie et à la pathologie, le mardi 27 novembre à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera le mardi et le samedi de chaque semaine à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tons les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la mort apparente et des inhumations prématurées, par Gustave Lebon. Deuxième édition, précédée d'une introduction par P. A. Piorry, de l'Académie impériale de médecine. Un vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Considérations pratiques sur l'asthme, sa nature, ses différentes formes, et sur l'action des eaux sulfureuses d'Amélie-les-Bains, appliquées au traitement de cette affection, par le docteur A. Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, P. Asselin.

Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le docteur Charcot, agrégé de la Faculté de médecine, et médecin de l'hospice de la Salpêtrière; recueillies par le docteur Ball, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Premier fascicule, contenant : 1° Caractères généraux de la pathologie sénile; 2° De l'état fébrile chez les vieillards. In-8°. Prix : 1 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. P. Guersant, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants-malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. Septième fascicule, contenant : de l'Érysipèle, de l'Entorse, de l'Ozène, de la Fistule lacrymale, de l'Anesthésie, du Phlegmon, de la Kératite, du Strabisme, des Oreillons, du Spina bifida, de la Section du filet de la langue, Chute du canal de l'urèthre, du Pemphigus. Prix : 1 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professe ur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 139. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 29 NOVEMBRE 1866. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔTEL-DIEU. Abcès du cerveau. — DISPENSAIRE OPHTHALMOLOGIQUE. Des anomalies dynamiques des muscles latéraux de l'œil et de l'accomodation. — Moyens d'améliorer la condition des enfants en nourrice. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Feuilleton.

PARIS, LE 28 NOVEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

Ce n'est pas la première fois que l'Académie use de sa toute-puissance en matière d'élection. Nous l'avons déjà dit dans une circonstance semblable à celle qui s'est présentée hier, les sections proposent et les académies disposent. Les sections sont assurément les meilleurs juges de leurs propres besoins et les meilleurs appréciateurs du mérite des candidats qui aspirent à l'honneur de partager leurs travaux; et à ce titre l'Académie ne saurait trouver ailleurs des conseillers plus compétents. Mais par cela même qu'elles représentent une subdivision, une spécialité de la science, et qu'elles constituent comme un petit état dans l'état, elles ont leur amour-propre, leur esprit de corps, pourquoi ne dirions-nous pas leurs petites passions, qui peuvent les aveugler quelquefois au point de méconnaître les intérêts plus généraux de la compagnie. C'est dans ces circonstances que l'Académie, ne prenant conseil que d'elle-même, use de sa liberté absolue en choisissant son candidat en dehors de la liste de présentation. C'est ce qui est arrivé hier, conformément à nos prévisions. Personne assurément ne songera à faire un reproche à la section d'accouchement d'avoir présenté une liste de trois accoucheurs; elle était parfaitement dans son rôle et dans la limite de ses attributions en agissant ainsi. Mais tout le monde applaudira à la détermination qu'a prise l'Académie et au choix qu'elle a fait. Une majorité de 56 voix sur 75 suffrages exprimés, acquise au premier tour à M. Barthez est tout à la fois un éclatant hommage rendu au mérite et au caractère de notre savant et honorable confrère, et une manifestation énergique en faveur du principe de liberté et d'omnipotence que l'Académie entend garder vis-à-vis de ses sections. Il pourrait y avoir, sans doute, quelque danger à la voir user trop souvent de ce droit; mais elle n'a point mérité jusqu'ici ce reproche.

Après l'élection, qui avait été précédée elle-même des présentations habituelles et de rapports de M. Gubler sur les remèdes secrets, la séance a été fort occupée, mais par des lectures qui se sont succédé bout-ci bout-là, sans qu'aucune ait pu être achevée. C'est M. Boudet, d'abord, qui est monté une seconde fois à la tribune pour adjurer de nouveau l'Académie de ne pas abandonner l'importante question de la mortalité des nourrissons, et de saisir cette occasion de montrer son zèle et son autorité en proposant une solution à l'un des problèmes sociaux, les plus graves qui lui aient jamais été déférés. A l'accent de chaleureuse conviction avec lequel M. Boudet poursuit la croisade entreprise contre les monstrueux abus de l'industrie des nourrices, on pressent que l'Académie n'aura ni repos ni trêve qu'elle n'ait pris, à cet égard, une détermination sérieuse. Nouveau Saint-Vincent-de-Paule, M. Boudet ne paraît pas disposé à lâcher prise, qu'il n'ait ému, convaincu l'Académie de sa propre compassion et « recueilli lui-même ses voix et suffrages en faveur de ses petits clients. »

L'Académie a entendu ensuite une première partie du rapport général sur les épidémies, par M. Bergeron; et elle allait entendre la lecture du rapport sur la vaccine, lorsqu'un incident des plus animés est venu mettre un terme à la séance avant l'heure fixée pour le comité secret. On se rappelle le rapport sur les faits de syphilis vaccinale du Morbihan, que M. Depaul a fait en son nom et au nom de M. Roger dans l'une des précédentes séances. M. Depaul a cru devoir faire figurer ce rapport en tête de son rapport général sur la vaccine, comme constituant un des événements les plus importants de l'histoire de la vaccination pour l'année actuelle. Là-dessus, interruption du président qui fait remarquer que c'est là un double emploi, le rapport en question ayant été déjà envoyé au ministre. Interpellation très-vive de la part de M. le Secrétaire perpétuel, réplique plus vive encore de M. Depaul; des gros mots commencent alors à s'échanger, et M. Dubois (d'Amiens), se lève pour prendre encore la parole, lorsque le président se levant à son tour s'écrie avec force : Vous n'avez pas la parole, l'Académie se forme en comité secret.

Ce qui s'est passé en comité secret... nous l'ignorons.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Abcès du cerveau.

(Lu à la Société médicale d'Observation par M. SANNÉ, interne des hôpitaux.)

Le nommé H... âgé de dix-sept ans, garçon marchand de vins, entre, le 7 janvier dernier, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. Trousseau.

Aucun renseignement n'est donné, ni sur le début de la maladie, ni sur les antécédents du malade; de plus, celui-ci est dans un état de désordre intellectuel qui ne lui laisse proférer que des paroles incohérentes. On parvient cependant, à grand'peine, à lui faire dire qu'il ressent depuis quatre ou cinq jours des maux de tête très-violents, et que deux jours avant son entrée à l'hôpital, il est allé consulter un pharmacien qui lui a prescrit une purgation.

Le malade est bien constitué, quoique un peu maigre.

La face est pâle, les pommettes sont rosées. Les sourcils se contractent fréquemment sous l'influence d'une céphalalgie frontale très-intense, dont le malade se plaint vivement et qui lui arrache des cris. On ne peut obtenir que des paroles sans suite. Il répond aux questions qu'on lui adresse par des mots et même par des membres de phrases, qui prouvent qu'il ne comprend pas ce qu'on lui demande, ou qu'il ne sait pas suffisamment coordonner ses idées, pour donner une réponse convenable.

A tout moment, il revient à son mal de tête, demandant instamment qu'on l'en délivre.

La peau a conservé toute sa sensibilité, sa chaleur est normale. La tache cérébrale s'obtient assez nettement. Les membres se meuvent parfaitement. Les pupilles sont également dilatées des deux côtés. La vue est un peu affaiblie du côté droit. L'ouïe est très-nette.

Il n'y a pas trace de paralysie faciale. L'auscultation de la poitrine ne montre rien d'anomal dans les poumons ni dans le cœur. Le pouls est régulier, mais notablement ralenti, il bat 52 pulsations.

La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais, elle n'est pas déviée. Il n'y a pas eu de vomissements, mais il y a de la constipation.

Le ventre est légèrement déprimé, la palpation ne provoque aucune douleur.

En présence de ces symptômes et en l'absence de tout renseignement on diagnostique : méningite tuberculeuse au début.

Traitement : Purger avec calomel et jalap.

Le 9 janvier, l'état est à peu près celui de la veille. La céphalalgie persiste, le pouls est toujours à 52 pulsations et régulier. Le ventre se déprime de plus en plus. La constipation continue. Le purgatif n'a pas produit de résultat.

La tache cérébrale est plus apparente. Le diagnostic se confirme. Nouveau purgatif avec calomel et jalap. Application sur le front de compresses imbibées d'une solution de cyanure de potassium.

Le 10, même état. La céphalalgie continue et arrache toujours des cris. Le pouls n'a pas changé. Le ventre prend la forme d'une carène. Le second purgatif n'a pas mieux agi que le premier. La tache cérébrale est toujours très-manifeste.

Le 11, même état.

Le 12, les signes observés jusqu'ici persistent. On constate de plus une hémiplégie droite. Le membre supérieur et le membre inférieur se meuvent difficilement. La commissure labiale est déviée à gauche. Les paupières droites se meuvent facilement. Les paupières gauches sont fermées; cependant, le malade peut les ouvrir. Les pupilles sont dilatées, mais également des deux côtés. Pas de strabisme. La vue est plus faible à droite. A quoi tient cette occlusion de la commissure palpébrale gauche? est-ce à une paralysie de la troisième paire? Ce n'est guère probable, puisqu'elle se trouve opposée à l'hémiplégie, puisque la pupille n'est pas plus dilatée que celle de l'autre côté, et puisqu'il n'y a pas de strabisme. Il semble plutôt qu'elle soit due à une contracture de l'orbiculaire. 56 pulsations.

Le 13, l'hémiplégie a un peu augmenté, le malade remue à peine le bras et la jambe à droite; la sensibilité est conservée; la douleur causée par le pincement de la peau, est parfaitement perçue, mais le membre malade ne peut être retiré.

La céphalalgie et les troubles intellectuels persistent. Le pouls bat 60 pulsations, mais il est irrégulier et vibrant. Le ventre est toujours déprimé. La tache cérébrale se produit toujours.

En présence de la persistance de l'hémiplégie, le diagnostic doit être modifié; il n'est plus probable que l'on ait affaire à une méningite tuberculeuse, il doit exister une lésion profonde des centres nerveux. Il faut croire à une tumeur, probablement à un abcès, dont on doit supposer l'origine tuberculeuse, en l'absence de tout renseignement.

Le 14, les symptômes nerveux persistent. Le pouls est plus régulier, 60 pulsations. Le ventre est moins déprimé, la tache cérébrale est moins marquée.

Le 15, l'hémiplégie diminue un peu, les troubles cérébraux persistent. Cependant la céphalalgie est moindre, la tache cérébrale est plus pâle, le ventre s'arrondit un peu; le pouls marque 64 pulsations. Le malade demande avec instance des aliments.

Le 16, l'hémiplégie diminue encore, le malade se sert plus facilement de son bras, et remue plus aisément la jambe. La commissure labiale se redresse. L'intelligence est toujours très-obstuse. La céphalalgie a diminué. La tache cérébrale ne se produit qu'à peine. Le

FEUILLETON.

Recherches historiques sur les dernières années de Louis et de Vicq-d'Azyr (1),

Par M. DUBOIS (d'Amiens).

« Citoyens représentants,

« Vous avez dit un mot, et le sol de la liberté, labouré d'une nouvelle manière, produit une abondante moisson de salpêtre; ce sol s'est soulevé tout entier contre les tyrans; dans chacun de ses points repose une portion du feu vengeur qui doit les frapper, et de chacun de ses points se lève ainsi le tribut redoutable dont la foudre républicaine va se grossir. Semblable à ce météore terrible qui, formé de mille courants divers, menace du haut de la nue les sommets escarpés et semble être destiné par la nature à maintenir l'égalité sur le globe, la foudre révolutionnaire qui est en vos mains et que dirige habilement votre génie, continuera de renverser les êtres superbes qui voudront s'élever au-dessus du niveau que vous avez tracé, en établissant l'égalité politique et morale, qui est la base de notre liberté sainte. »

C'est avec un sentiment pénible qu'on achève la lecture de cette pièce, surchargée dans l'original de corrections et d'annotations; on voit que dix fois peut-être, dix fois Vicq-d'Azyr a dû la remettre sur le métier; mais, après tout, c'était le langage du temps. Fourcroy lui-même, sans avoir à faire oublier de fâcheux antécédents, sans être poursuivi des mêmes terreurs, en a dit et écrit de la même force. Je me bornerai à citer une de ses allocutions, ce sera l'excuse de Vicq-d'Azyr.

On sait quel était le beau talent oratoire de Fourcroy; mais en ces temps formidables, il était à peu près muet. Membre de la Convention depuis le mois de juillet 1793, assidu aux séances des jacobins, on ne le voyait monter que très-rarement à la tribune; de là quelques soupçons de tiédeur; on alla même jusqu'à lui en faire publiquement des reproches. C'est ce qui arriva aux jacobins, dans la séance du 18 frimaire an II (12 décembre 1793). Montault, tout en faisant l'éloge du mérite de Fourcroy, et surtout de son talent oratoire, lui reprocha de n'en faire pas assez usage à la Convention.

Voici textuellement la réponse de Fourcroy, telle qu'elle se trouve au *Moniteur :*

« Citoyens, je n'entrerai pas dans le détail de la commune de mes « travaux depuis mon enfance, mais j'atteste que je dois la facilité de « m'exprimer autant à l'art qu'à la nature; si cette facilité a été re- « marquée dans mes cours de médecine, je le dois à une étude ap- « profondie de mon état pendant plus de vingt ans.

« Après vingt ans, je suis parvenu, en professant la médecine, à « nourrir le sans-culotte mon père et les sans-culottes mes sœurs. J'ai « parlé à la Convention toutes les fois que j'ai cru pouvoir y dire « quelque chose d'utile, mais l'étude des sciences et des arts ne m'a « pas permis de m'occuper également de politique et de législation, « et j'ai cru que le sage ne devait point parler de choses qu'il ne con- « naissait point parfaitement, mais, au contraire, se renfermer dans « son état.

« Sur l'espèce de reproche que m'a fait un membre de donner aux « sciences la majeure partie de mon temps, je déclare, au contraire, « que je suis resté toujours à mon poste, et que depuis que j'exerce « une fonction publique, on ne m'a vu que trois fois au lycée des « arts, et cela dans l'intention de le sans-culottiser. »

Le *Moniteur* ajoute que ces paroles furent accueillies par des applaudissements; mais c'est qu'aussi Fourcroy pouvait parler avec assurance; on savait qu'il n'avait jamais eu de rapports avec la cour, avec les ci-devant nobles; il n'avait rien à faire oublier. Vicq-d'Azyr était dans une position bien différente; aussi avait-il fini par s'abandonner plus que jamais à ses tristes pensées. Un jour, dit Lemontey, nous le vîmes entrer dans la salle où se réunissait la commission centrale des arts, composée de quelques hommes qui s'étaient donné pour mission de sauver en tremblant les débris de nos vieux monuments. Vicq-d'Azyr leur dit d'un ton calme : Adieu, mes amis! adieu, il en est temps, je vais mourir! La terreur, il est vrai, avait redoublé; depuis la mort de Danton, les exécutions n'avaient plus de bornes. Robespierre venait de faire décréter, par assis et levé, l'existence de l'Être suprême et l'immortalité de l'âme. Le jour était fixé pour l'inauguration du nouveau culte; la fête de l'Être suprême devait avoir lieu le 20 prairial, correspondant au 8 juin 1794. Il semble qu'il y ait comme une fatalité dans les chiffres à certaines époques : Condorcet se donne la mort le 8 avril, Lavoisier tombe

(1) Fin. — Voir les numéros des 6, 13, 18, 23 oct., 13, 20 et 24 nov.

ventre reprend à peu près sa forme normale. Le pouls est régulier et bat 64 pulsations. Le malade demande toujours des aliments. On lui accorde une portion qu'il mange avec grand appétit.

Le 17 à 4 heures du matin, le veilleur en faisant sa ronde trouve le malade mort dans son lit. Ses voisins n'avaient pas été troublés dans leur sommeil et personne n'avait rien entendu qui pût attirer l'attention sur lui. Il est donc impossible de savoir comment se sont passés ses derniers moments, et quelle a pu être la cause d'une mort si inattendue, survenant au moment où l'état du malade semblait s'améliorer.

Autopsie. — Les méninges sont un peu injectées, mais ne présentent ni adhérences, ni granulations.

Le lobe gauche du cerveau est plus volumineux et paraît proéminant au niveau de la jonction de ses deux tiers antérieurs avec son tiers postérieur. La substance cérébrale est ramollie en ce point, en l'écartant un peu avec le doigt, on voit saillir une poche membraneuse qui se détache facilement des tissus ramollis qui l'environnent. Cette poche a le volume d'un gros œuf de dinde; elle paraît circonscrite par une membrane résistante qui ressemble beaucoup à celle d'un kyste hydatique; aussi s'attend-on à voir la cavité remplie d'hydatides. Il n'en est pas ainsi. La membrane étant incisée, il s'échappe, par l'ouverture, un flot de pus bien lié, un peu coloré en noir par places, et exhalant une odeur fétide. La fausse membrane qui forme la poche est très-épaisse, son origine remonte évidemment à une époque éloignée. Sa face interne est rouge, vasculaire; on y voit de nombreuses arborisations. Sa face externe est adhérente à la pulpe cérébrale. La tumeur occupe la partie externe et un peu postérieure du lobe gauche. Le tissu cérébral qui l'environne est complètement ramolli, ce ramollissement qui est blanc occupe toute l'étendue du centre ovale de Vieussens, et vient entamer un peu la couche optique du côté malade. Toutes les autres parties du cerveau sont saines. Les autres organes sont sains; les poumons ne contiennent pas de tubercules.

Réflexions. — Cette observation présente plusieurs points intéressants à étudier : l'histoire du diagnostic, la marche de la maladie et la cause de la mort. L'état dans lequel le malade se présenta, et l'absence de tout renseignement firent croire à une méningite tuberculeuse; un peu plus tard, lorsqu'on vit arriver l'hémiplégie, on put penser à une de ces paralysies passagères qu'on observe dans les méningites. Cependant lorsque l'hémiplégie se prononça davantage, et prit un caractère durable, il fallut abandonner cette vue et croire à l'existence d'une lésion plus profonde des centres nerveux. Ce ne pouvait être une hémorrhagie, à cause de la marche même de la maladie et de l'apparition tardive de la paralysie. C'était probablemement à une tumeur que l'on avait affaire. Quelle était la nature de cette tumeur? Les antécédents du malade étaient inconnus ainsi que le début de la maladie; l'âge pouvait seul fournir des indications pour le diagnostic. On admit donc qu'il existait un tubercule du cerveau, abcédé ou non, qui avait provoqué une congestion des parties voisines et causait ainsi les accidents qui ont été décrits. La marche de la maladie semblait donner raison à cette manière de voir; on se rappelle en effet que, au moment où le malade succomba d'une manière si inattendue, les symptômes paraissaient s'améliorer depuis deux jours.

L'autopsie est venue nous montrer qu'il existait en effet une tumeur, et que cette tumeur était un abcès, mais un abcès non tuberculeux, existant déjà depuis fort longtemps, à en juger par la fétidité du pus, et par l'épaisseur de la fausse membrane qui l'entourait. De plus la tumeur était environnée d'un vaste ramollissement blanc occupant le centre ovale de Vieussens et entamant un peu la couche optique. Ainsi, cette tumeur aurait séjourné dans l'hémisphère gauche, pendant un temps plus ou moins long, sans produire d'accidents, puis elle aurait déterminé le ramollissement de la substance cérébrale environnante et par suite, les accidents qui ont amené le malade à l'hôpital.

Quelle était l'origine de cette tumeur? Le malade ne donnait aucun renseignement, personne n'en fournissait pour lui, il y avait donc tout lieu de croire qu'il avait reçu quelque coup ou fait quelque chute sur la tête et qu'il en était résulté une inflammation locale d'où était venu l'abcès qui nous occupe. Il existe des faits assez nombreux d'abcès du cerveau produits de cette manière et ayant suivi une marche tout à fait semblable.

La mort, comme on l'a vu, a été subite, le malade a été trouvé mort dans son lit, alors que son état, loin de s'aggraver, semblait plutôt s'améliorer. C'est pendant la nuit qu'il a succombé, personne n'a été témoin de ses derniers moments. D'un autre côté, l'autopsie ne nous apprend rien à ce sujet. Le champ est donc ouvert aux conjectures. Celle qui paraît la plus probable fait croire que le malade a succombé a une attaque d'éclampsie.

DISPENSAIRE OPHTHALMOLOGIQUE.

M. Giraud-Teulon.

Des anomalies dynamiques des muscles latéraux de l'œil et de l'accommodation.

(Leçon faite au Dispensaire par M. le professeur de Graefe, et recueillie par M. Delfau, chef de clinique.)

Un des points les plus importants de l'étude pratique des troubles fonctionnels de la vision associée, et qui embarrasse le plus souvent le clinicien, est la connaissance et la détermination, dans chaque cas, des rapports mutuels qui relient la convergence des axes optiques et l'accommodation de chaque œil. Il est donc de quelque intérêt de fixer l'attention sur les moyens pratiques de reconnaître ces rapports.

Tel va être l'objet de ce rapide entretien :

La fixation directe binoculaire et l'accommodation exacte sont sujettes à quelques anomalies; chez quelques malades par exemple, ces fonctions s'accomplissent avec un excès de force :

1° Prenons un sujet dont le punctum maximum soit situé à deux pouces, son punctum remotum étant à l'infini; si on place devant ses yeux des prismes à base externe, il pourra continuer à avoir la vision distincte, mais à condition d'exercer un effort musculaire. Cet effort sera exercé par les muscles droits internes. Ce sujet se trouve placé dans la condition d'un malade dont l'équilibre musculaire latéral est détruit; c'est-à-dire d'un malade atteint de *strabisme dynamique divergent.*

Dans le strabisme dynamique divergent, la fixation binoculaire directe est possible pour toutes les distances, mais à condition d'exercer un effort musculaire.

2° Plaçons maintenant un verre concave devant l'œil d'un autre sujet, également normal. Il pourra voir depuis l'infini jusqu'à une distance d'environ quatre pouces; mais il ne pourra y parvenir que par un effort d'accommodation. Certains sujets réalisent pathologiquement les conditions de cette expérience.

Ce sont les deux types que le professeur se propose d'étudier dans cette leçon.

I. — Défaut d'équilibre des muscles latéraux de l'œil.

Diagnostic. — Il y a deux moyens de découvrir ce défaut d'équilibre des muscles latéraux. Le premier moyen consiste à approcher un petit objet, une pointe de crayon par exemple, jusqu'à une distance de deux pouces et demi ou trois pouces des yeux, en appelant l'attention du malade sur cet objet. On remarque que la convergence des deux axes se fait avec effort, que le sujet a de la tendance à reculer, à se soustraire à l'obligation qui lui est imposée. Alors, si on couvre un des yeux de la main, pour lui dérober la vue de l'objet, cet œil se dévie aussitôt en dehors; il se place de lui-même à l'état de strabisme divergent.

Deuxième moyen : si on place un prisme à base supérieure ou à base inférieure devant un seul œil, on sait qu'il se produit aussitôt de la diplopie. Si l'œil est normal, les images sont simplement et exactement superposées dans le même plan vertical. Si au contraire l'œil est affecté d'un défaut d'équilibre musculaire, les images, toujours l'une supérieure l'autre inférieure, sont de plus écartées latéralement. L'écartement des images permettra d'apprécier le degré du défaut d'équilibre.

Rappelons ici qu'il existe une relation entre la convergence et l'accommodation; à une certaine convergence correspond une certaine accommodation et réciproquement. De sorte qu'en modifiant l'accommodation au moyen de verres, on agit nécessairement aussi sur la convergence.

Un verre concave exige que l'accommodation devienne plus grande afin de compenser la dispersion plus grande des rayons lumineux.

Il en résulte que, chez beaucoup de sujets, la présence d'un verre concave au devant du prisme, rend nulle l'action de ce prisme, et ramène les images écartées latéralement à la superposition verticale. On le comprend aisément; l'excès d'accommodation nécessité par la présence du verre concave, agit secondairement sur la convergence.

Conséquences. — Le défaut d'équilibre des muscles latéraux, entraîne plusieurs conséquences :

1° L'*asthénopie musculaire,* les droits internes étant fatigués par cet excès de travail;

2° *Des sensations névralgiques,* telles que douleurs orbitaires, vertiges, nausées, etc.;

3° *Diverses maladies de la réfraction apparente.* Concurremment avec ces symptômes, on peut, sans doute, rencontrer quelquefois l'emmétropie; mais un des phénomènes les plus constants est la myopie apparente. On la reconnaît en cherchant le punctum remotum pour la vision binoculaire. Il y a une myopie apparente, parce que les malades ne peuvent relâcher leur accommodation au delà d'un certain point moins éloigné que l'infini ou que celui qui correspond à l'état de leur réfraction statique.

Aussi, trouve-t-on souvent une exagération apparente d'une myopie déjà existante. Par exemple, un sujet dont le punctum remotum est à huit pouces (écriture n° 1 de Jæger) peut encore lire avec un verre de huit pouces ou plus faible; dès qu'il est affecté d'un défaut d'équilibre des muscles latéraux, il lui faut un verre 7, 6, peut-être 5.

Dans la vision rapprochée, il exclura un œil; dans la vision éloignée, il conservera les deux yeux, mais en forçant les droits internes;

C'est précisément parce qu'il est obligé de faire un effort des droits internes, qu'il lui faudra un verre négatif plus fort.

En résumé, en ce qui concerne la réfraction, on note dans ces circonstances, une exagération dite réfraction dynamique; l'emmétropie peut simuler la myopie.

4° La conséquence la plus fâcheuse est l'augmentation de la myopie. Concurremment avec ces circonstances, on observe en effet que la myopie a une marche progressive. Ses progrès ont été attribués surtout aux mouvements de convergence; ces mouvements amenant une compression de l'œil et une congestion choroïdienne. M. de Graëfe ne nie pas cette cause, mais pour lui ce n'est pas la principale. Ce n'est pas la convergence normale qui augmente surtout la myopie, mais la convergence exagérée. C'est là qu'est la gravité de la myopie.

Sur 32 myopes, M. de Graëfe a guéri le défaut d'équilibre, et deux fois seulement la myopie a suivi une marche progressive, 30 fois elle est restée stationnaire.

Traitement. — On peut combattre le défaut d'équilibre latéral de trois manières :

1° En agissant sur les muscles (ténotomie);

2° En agissant sur l'accommodation au moyen de verres concaves;

3° Sur la convergence au moyen de verres prismatiques à base en dedans.

De ces deux derniers moyens le seul souvent avantageux est l'emploi de prismes qui reportent à une distance plus grande le croisement virtuel des axes optiques effectifs, soulagent l'adduction et rétablissent par là l'harmonie entre les puissances accommodatrices et la convergence.

Quant aux verres concaves, ils ont l'inconvénient de diminuer les images rétiniennes : 1° par le fait de l'éloignement plus grand de l'objet; 2° par leurs propriétés optiques elles-mêmes. Ce défaut rend souvent illusoire l'emploi des verres concaves dans les distances courtes, le malade ayant, malgré tous les conseils, une tendance invincible à rapprocher pour se procurer de plus grandes images.

Sous ce rapport, les verres concaves peuvent devenir une cause d'aggravation, au lieu de remédier au mal signalé.

Les prismes rendent au contraire de bons services, tant que l'insuffisance n'a pas atteint un degré élevé. On peut les appli-

---

sous la hache révolutionnaire le 8 mai, le 8 juin devait porter le dernier coup à Vicq-d'Azyr; il se croyait obligé d'assister à cette fête pour donner une nouvelle preuve de son zèle; il s'y était rendu dès le matin. Je tiens ces détails d'un témoin oculaire, bien jeune à cette époque, mais tout plein encore des souvenirs de Vicq-d'Azyr (1). Je le vois encore, me disait-il, il marchait à peu de distance de la Convention, tout près du comité révolutionnaire de sa section; on s'était mis en marche fort tard; Robespierre s'était fait attendre, il avait déjà l'insolence du pouvoir; on se dirigeait vers le Champ de Mars; la chaleur était accablante; on eut à traverser deux fois la place de la Révolution; Vicq-d'Azyr, en tête d'un groupe, tenait son chapeau à la main, la tête exposée pendant plusieurs heures aux rayons d'un soleil ardent. Ses idées s'exaltèrent à la vue de cette place où la guillotine demeurait en permanence; il lui semblait, dit Lemontey, que ses amis les plus chers, successivement immolés, l'appelaient du fond de leur tombeau.

Il aurait pu s'écrier, avec le poëte tragique :

> Je vois déjà la rame et la barque fatale;
> J'entends le vieux nocher sur la rive infernale.
> Impatient, il crie : on t'attend ici-bas.

Rentré chez lui, ajoute Lemontey, il se mit au lit, la fièvre l'avait saisi; elle ne le quitta plus; ce délire ne fut qu'un rêve affreux, où la terreur du supplice, les fantômes de la patrie sanglante hâtèrent sa destruction.

(1) M. le docteur Lemerchier, ancien maire de la ville d'Amiens.

Ainsi finit Vicq-d'Azyr à l'âge de quarante-six ans; nous avons vu Louis mourir du moins paisiblement et à un âge plus avancé, ayant atteint sa soixante-neuvième année; il serait cependant difficile de dire lequel des deux a eu le plus à se plaindre de sa destinée; les derniers jours de Vicq-d'Azyr ont été incomparablement plus tristes que ceux de Louis; son histoire a fini d'une manière lamentable, mais en d'autres temps il avait eu des succès, des triomphes, que Louis n'a jamais connus. Célébré, exalté de son vivant, comme historien de la Société de médecine, Vicq-d'Azyr l'a encore été et outre mesure après sa mort; la Société royale avait publié successivement et sans interruption, neuf volumes de ses mémoires; la place d'honneur y avait été chaque fois réservée au secrétaire perpétuel; que si, au contraire, nous mettons en regard le sort réservé aux éloges lus par Louis, dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie, nous verrons que jamais cette pensée du poëte latin :

Et habent sua fata libelli

ne s'est réalisée d'une manière plus frappante et plus imméritée. Voyez en effet le sort réservé aux éloges de Louis; il en avait à peine lu en séance publique deux ou trois, que des clameurs s'élèvent de toutes parts, les familles se récrient, les envieux sont indignés : Louis avait osé faire entendre quelques vérités adoucies par une extrême bienveillance. Louis, dès lors, prend son parti; il continue chaque année de prononcer l'éloge de ses confrères, mais ces éloges, il ne leur donnera pas d'autre publicité, il les réservera pour la postérité; mais cette postérité devait se faire attendre pendant de longues années.

La révolution était survenue, les deux Sociétés avaient été supprimées, les deux secrétaires perpétuels étaient depuis longtemps descendus dans la tombe; lorsqu'un gouvernement réparateur fit remettre à l'École de santé de Paris tous les papiers qui avaient appartenu à l'Académie de chirurgie aussi bien que ceux laissés par la Société royale.

L'École de santé, mise ainsi en possession de ces précieux documents, annonce qu'elle veut faire revivre la gloire des deux savants et à jamais célèbres interprètes de ces deux corps; c'est en l'an IV qu'elle fait cette promesse; les matériaux ne manquaient pas : l'Académie royale de chirurgie n'avait publié que cinq volumes de ses mémoires, mais deux nouveaux volumes, un sixième et un septième, pouvaient être immédiatement livrés à l'impression; vingt-huit éloges, dus à la plume de Louis, se trouvaient également dans les cartons; or, que fait l'École de santé? Elle ne songe pas même à ces précieux documents; elle va tout d'abord fouiller les archives de la Société royale de médecine; elle y trouve quelques mémoires insignifiants et quelques pauvres notices historiques que Vicq-d'Azyr lui-même avait oubliés, elle rassemble le tout et parvient ainsi à ajouter un dixième volume aux publications de cette Société. Mais tout n'était pas fini pour Vicq-d'Azyr : en 1805, Moreau de la Sarthe donne une édition complète des œuvres de Vicq-d'Azyr, et ne consacre pas moins de trois volumes à la reproduction de ses éloges; le panégyrique de Vicq-d'Azyr lui-même se trouve naturellement en tête de cette publication; trois ans après, en 1808, Cabanis laisse dans ses papiers un éloge de Vicq-d'Azyr; on s'empresse de le publier; ce n'est pas

quer jusqu'à trois ou quatre degrés de chaque côté, mais le véritable moyen c'est la ténotomie.

II. — Excès de la force accommodatrice.

Dans l'état actuel de la science, on apprécie ce vice de l'accommodation de deux manières :

1° Par l'état de la réfraction ;

2° Par la latitude absolue de l'accommodation.

M. de Graëfe veut qu'on y ajoute :

3° La latitude relative de l'accommodation.

Les deux premiers moyens fournissent bien quelques données, mais ils ne permettent pas de savoir si le malade fait effort de l'accommodation à la distance où il travaille.

Voici le procédé que propose M. de Graëfe. Si un sujet fait à huit pouces un effort d'accommodation, et qu'on vienne à couvrir un de ses yeux, il exécutera aussitôt de cet œil un mouvement de convergence.

Les prismes à angle supérieur ou inférieur mettent cette convergence en évidence, de même que plus haut, à propos du défaut d'équilibre des muscles latéraux, ils témoignaient de la divergence dynamique. Ici les images doubles sont homonymes ; dans le cas précédent, elles étaient croisées.

Cette méthode est quelquefois imparfaite ; il faut y joindre la mesure de la quantité d'accommodation que le malade met en jeu.

Or, en plaçant un verre positif devant l'œil on a moins de force accommodatrice à déployer ; on a mis en réserve une force correspondante à ce verre. En employant, au contraire, un verre négatif, on fait un effort d'accommodation propre à compenser la dispersion produite par ce verre.

Donc, étant connus, le plus fort verre positif et le plus fort verre négatif au moyen desquels on puisse voir distinctement à une distance donnée, on aura la force accommodatrice mise en réserve et celle mise en jeu. C'est la latitude relative de l'accommodation.

Pour la clinique, on emploiera les verres de Franklin. Ces lunettes consistent en la juxtaposition, par leur diamètre horizontal, de deux demi-verres (+ 20 et — 20, par exemple, ou bien encore + 40 et — 40), fixés dans la même monture. Le praticien n'a pas à changer de verres pour reconnaître l'état de la réfraction dynamique du sujet, dans ses rapports avec la distance à laquelle on le fait lire.

Chez quelques emmétropes, il y a toujours un effort d'accommodation, même pour voir à distance. Quelques sujets, en effet, emploient les trois quarts de leur force accommodatrice, tandis que d'autres en emploient à peine un dixième.

Pour M. de Graëfe, l'énergie de l'accommodation est représentée par la force accommodatrice que chacun peut employer. Ainsi on peut rencontrer des hypéropes chez lesquels le déficit de la réfraction est dissimulé par une grande énergie accommodatrice et qui n'éprouvent jamais de troubles asthénopiques.

Traitement. — Le traitement peut porter :

Sur l'accommodation ; sur les muscles ; sur la réfraction.

1° Sur l'accommodation, en agissant d'une façon indirecte. On emploiera, à cet effet, des prismes à angle interne qui permettraient de disposer d'une quantité plus grande de force accommodatrice pour une distance donnée ;

2° Sur les muscles, à l'aide de la ténotomie ; M. de Graëfe a fait des essais ;

3° En agissant sur la réfraction au moyen des verres positifs. Ces verres diminuent l'effort accommodatif ; on reconnaît, en effet, dans ces cas, que le malade ne met plus en jeu que la moitié de son accommodation relative, au lieu de l'employer tout entière.

Le choix des verres réclame certaines précautions.

Si l'accommodation est restreinte, l'usage des prismes à angle interne peut être funeste, il y a inconvénient, en effet, à donner un punctum remotum plus rapproché. On causerait ainsi de la fatigue, des maux de tête.

D'autre part, quelques personnes sont habituées à faire incessamment un effort d'accommodation ; ainsi, elles ne pourraient parvenir à lire, par exemple, si elles relâchaient leur accommodation. Dans ce cas, les verres qui obligent à ce relâchement (verres positifs) ne sont pas immédiatement supportés. Il y a donc, de ce côté aussi, certaines précautions à observer.

A ces inconvénients se joint enfin la question de la vision excentrique avec les verres de lunettes ; lacune considérable sur laquelle M. de Graëfe se propose d'appeler prochainement l'attention.

Conclusions. — De tout ce qui précède, on peut conclure : que le défaut d'équilibre des muscles latéraux de l'œil, aussi bien que le défaut d'équilibre de l'accommodation entravent les fonctions de l'œil et peuvent même nuire à son intégrité.

L'analyse de leurs rapports doit donc être l'objet de toute la sollicitude du praticien ; leur connaissance exacte étant certainement plus nécessaire encore que la détermination de l'état même de la réfraction qui, étudié seul, laisse presque toujours la question difficile et incomplète.

NOTE

Sur les moyens d'améliorer la condition des enfants en nourrice,

par le Dr Barrier,
Président de la Société protectrice de l'enfance.

Le nom de la *Société protectrice de l'enfance,* que j'ai l'honneur de présider et dont le titre indique le but, a été prononcé avec bienveillance par quelques-uns des orateurs que l'Académie a entendus. Fondée depuis un an, cette Société a dirigé ses premiers efforts vers l'amélioration des conditions auxquelles on impute avec raison l'attristante mortalité des enfants envoyés en nourrice. Le plus grand nombre de ces nourrissons est réparti dans quinze à vingt départements dont quelques-uns très-éloignés, comme Ille-et-Vilaine, Nièvre, Côte-d'Or, etc.

Après avoir vainement tenté de faire créer dans chaque canton de ces départements un comité de protection, la Société s'est adressée directement aux médecins des localités. Ici elle a eu plus de succès et se plaît à proclamer l'empressement des hommes de l'art à mettre à son service un zèle et un désintéressement qui, pour être fréquents dans notre noble profession, n'en sont pas moins dignes d'éloge. Aujourd'hui, la Société a organisé la surveillance médicale des nourrissons dans 340 communes ou hameaux répartis dans huit départements, grâce au concours de 67 médecins qui ont bien voulu s'associer à sa mission philanthropique.

Dans l'espoir d'étendre plus rapidement son action qui, tout en restant officieuse, n'en serait pas moins tutélaire, la *Société protectrice* a voulu se mettre en rapport avec les bureaux de nourrices qu'on appelle libres ou petits bureaux. Une bonne entente aurait contribué à l'atténuation des graves abus qui se sont introduits dans cette industrie, mais un seul de ces bureaux a accepté nos propositions. Ainsi réduite, notre intervention nous montre tous les jours combien elle pourrait être féconde si elle était plus générale.

L'indifférence des familles est un obstacle malheureusement trop réel à cette extension. Malgré la publicité donnée à ses travaux et le concours que lui a généreusement prêté la presse médicale et politique, la *Société protectrice* n'a pas encore attiré autant qu'elle le désire, l'attention de ces nombreux artisans et petits commerçants qui, forcés d'éloigner leurs nouveau-nés, auraient, en acceptant notre assistance, quelques chances de plus de conserver leurs enfants. Cette indifférence diminuera sans doute avec le temps. Il serait trop triste de la croire calculée même chez un petit nombre de ceux à qui on peut la reprocher.

Une des principales causes du mal qu'on déplore est l'incertitude des renseignements obtenus sur les nourrices. Ils sont rarement exacts et complets ; trop souvent ils sont peu sincères, et beaucoup de signatures de maires, curés et autres personnes, sont données avec une complaisance qui a ses dangers. Nous pensons qu'il suffirait peut-être d'appeler sur ce point l'attention de l'administration pour obtenir des mesures de police de nature à donner plus de garanties que le laisser-aller actuel n'en comporte.

On assujettirait les nourrices, au moins celles des bureaux, à l'obligation d'un livret qui renfermerait deux espèces de renseignements ; les uns, fournis et signés par le maire, concernant l'état civil, la moralité, la profession, le degré d'aisance de la nourrice et de son mari ; les autres recueillis et attestés par un homme de l'art sur toutes les conditions relatives aux qualités requises d'une nourrice. Enfin un bulletin consacré à l'enfant résumerait l'histoire de son allaitement. Un livret contenant ainsi le compte rendu d'un ou de plusieurs nourrissages, constituerait le dossier le plus utile et le plus propre à établir les véritables titres d'une nourrice à la confiance des familles.

La Société propose d'exiger que les nourrices viennent toujours en personne, à Paris, chercher leurs nourrissons. Par là, on obtiendrait la disparition de ces intermédiaires que l'on appelle les meneurs et qui, véritables parasites, sont à bon droit l'objet de si graves accusations.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 novembre 1866. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Demarquay, Foucher, Giraldès et U. Trélat, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de médecine opératoire ;

2° Un mémoire de M. le docteur Giraud-Teulon, sur le mécanisme de la production et du développement du staphylome postérieur, et sur ses rapports avec l'insuffisance des muscles droits internes. (Commissaires : MM. Gavarret et Follin.)

— **M. Jolly** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Cazalas, une brochure intitulée : *Examen théorique et pratique de la question relative à la contagion et à la non-contagion du choléra.*

— **M. Devilliers** présente, au nom de M. le docteur Guillaumot (de Poligny), une note sur la mortalité des nourrissons. (Commissaire : M. Blot.)

— **M. Tardieu** dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. Roussin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, sur les phénomènes de l'absorption cutanée. (Commissaires : MM. Béclard, Regnault et Colin.)

M. Tardieu fait hommage ensuite à l'Académie, en son propre nom, d'un ouvrage qu'il vient de publier avec la collaboration de M. Roussin, sous le titre : *Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement.*

— **M. Broca**, au nom de M. Mathieu, soumet à l'examen de l'Académie un petit instrument destiné à extraire le cristallin dans l'opération de la cataracte par incision linéaire.

Cet instrument se compose d'une tige creuse terminée par un anneau A très-fin, en argent ; cet anneau est introduit dans l'incision préalablement pratiquée, en passant derrière le cristallin.

L'instrument étant ainsi placé, l'opérateur presse la pédale B qui communique à la moitié de l'anneau un mouvement de rotation, et l'amène à se juxtaposer sur son autre moitié. En prenant la tige de l'instrument comme axe, elle fait alors l'office d'une pince qui, dans son mouvement, saisit et englobe le cristallin qui se trouve tout naturellement entraîné, lorsque l'opérateur retire l'instrument.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret impérial, en date du 21 novembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Follin, dans la section de pathologie chirurgicale en remplacement de M. Baffos, décédé.

Après la lecture de la lettre ministérielle et du décret faite par M. le secrétaire perpétuel, M. le président invite M. Follin à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues.

---

tout encore : Vicq-d'Azyr, entré à l'Académie française, n'avait pas eu de successeur immédiat, de sorte que son éloge n'y avait pas été prononcé ; en 1825, Lemontey, pour réparer ce qu'il appelait un outrage du temps, s'empresse de composer cet éloge et d'en donner lecture en séance publique.

Enfin, la ville de Paris veut elle-même s'associer à ce concert de louanges et d'hommages ; elle donne à l'une de ses nouvelles rues le nom de Vicq-d'Azyr.

Ainsi, messieurs, rien n'a manqué à Vicq-d'Azyr : son nom n'a cessé de retentir dans nos écoles et dans nos académies ; et c'est à peine si dans ce long espace de temps le nom de Louis a été prononcé ; lui aussi cependant avait laissé de nombreux écrits, mais c'était comme une conspiration du silence ; plus d'un demi-siècle s'était ainsi écoulé depuis que ce précieux dépôt avait été confié à l'École de santé de Paris et à la Société de la Faculté ; lorsqu'enfin, retiré de ces mains insouciantes et confié à notre Académie, le jour de la réparation et de la justice est à la fin venu. Louangeurs de Vicq-d'Azyr, détracteurs de Louis, tous avaient disparu de la scène du monde ; la véritable postérité était arrivée. Mais, par cela même qu'un si long temps s'était écoulé, il y avait un choix à faire, on ne pouvait songer à publier les deux volumes de Mémoires que Louis avait préparés. La science avait marché ; ces mémoires n'étaient plus au niveau des connaissances, ils étaient dépassés ; mais il n'en était pas de même des éloges historiques de Louis. Comme tout ce qui tient à l'esprit et au goût, ils avaient conservé une éternelle jeunesse, ils ont donc été l'objet de vos soins ; exhumés de la poudre où ils dormaient depuis tant d'années, une édition complète en a paru sous vos auspices (1), et vous avez ainsi justifié ce pressentiment de l'avenir qui faisait dire à Louis, dans la langue de Properce, que la postérité lui rendrait un jour et avec usure ce que lui refusaient ses injustes contemporains :

At mihi quod vivo detraxerit invida turba,
Post obitum, duplici fœnore reddet honos.

Dubois (d'Amiens).

De l'origine des actions électriques développées au contact des eaux minérales avec le corps de l'homme, et de l'absorption par la peau (1), par M. H. Scoutetten.

Bien qu'on n'aperçoive pas au premier abord le lien qui unit les deux questions traitées dans cet opuscule, elles ne laissent pas que d'avoir en réalité entre elles une connexion intime, ce dont on ne tarde pas à se convaincre en les examinant avec quelque attention, surtout si l'on se place au point de vue de la théorie des actions électriques des eaux minérales, dont l'auteur poursuit la démonstration. « Si on parvient, dit M. Scoutetten, à démontrer que l'absorption de l'eau par la peau n'est pas possible, les effets des eaux minérales ne peuvent être expliqués désormais que par l'électricité qui se développe au contact de ces liquides avec le corps de l'homme. » C'est ce qu'il s'est proposé de démontrer dans ce nouveau travail.

Voici en quels termes il le résume :

1° Depuis Haller, c'est-à-dire depuis plus d'un siècle, les physiologistes discutent sur l'absorption cutanée ; des opinions contradictoires ont été soutenues avec vivacité selon le résultat apparent des expériences et selon le jugement qui en a été porté ;

2° Aujourd'hui le doute et l'erreur ne sont plus possibles ; la cause des divergences est connue ; la peau absorbe, à moins qu'un obstacle physique ne s'oppose à l'accomplissement de cette importante fonction. L'obstacle est l'huile sécrétée par les follicules de la peau et s'étendant sur toutes les parties de cette membrane ;

3° Tous les corps qui peuvent dissoudre cette huile ou s'unir avec elle, sont absorbables, lorsqu'ils sont à un état convenable de division moléculaire ;

4° L'eau n'étant pas missible à l'huile, l'absorption cutanée ne peut pas s'accomplir lorsque le corps de l'homme est dans le bain ;

5° Les eaux minérales et les sels qu'elles tiennent en dissolution ne pouvant pas être absorbés par la peau, on ne saurait admettre la théorie qui leur accordait le mérite des guérisons obtenues ;

6° Il faut donc reporter à l'électricité dynamique, qui se manifeste au contact de l'eau avec la peau, et dont nous connaissons actuellement l'origine et le parcours dans tout l'organisme, les actions thérapeutiques des eaux minérales.

B...

(1) Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie, de 1750 à 1792, par Louis, etc. Paris, 1859.

(1) Broch. in-8°, Paris, 1866, J. B. Baillère et fils.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1865 dans le département du Lot. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Niepce, sur le service médical des eaux minérales d'Allevard (Isère), pour l'année 1865. (Commission des eaux minérales.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. GUBLER, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes. Les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'accouchement.

La liste de candidatures présentée par la section porte :

En première ligne, M. Tarnier.

En deuxième ligne, M. Joulin.

En troisième ligne, M. Mattei.

L'Académie a ajouté à cette liste les noms de MM. Barthez et Bernutz.

Le nombre des membres votants est de 75, majorité 38.

Au premier tour de scrutin, M. Barthez obtient 56 voix.

M. Tarnier . . . . 15 —
M. Bernutz . . . . 2 —
M. Joulin . . . . . 2 —

M. Barthez ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé élu.

Sa nomination sera soumise à la sanction de l'Empereur.

M. Bouchardat, obligé de s'absenter, quitte le fauteuil de la présidence et le cède à M. Tardieu, vice-président.

La parole est donnée à M. Boudet pour la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

Suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. BOUDET. L'Académie est en présence de la question la plus grave qui ait jamais été soumise à ses délibérations ; elle n'a jamais eu, elle n'aura jamais l'occasion de rendre d'aussi grands services, de prendre une position aussi éminente, si elle veut s'élever à toute la hauteur de la mission dont elle est saisie.

Il ne s'agit pas d'une doctrine médicale plus ou moins féconde, d'une épidémie plus ou moins meurtrière, mais toujours passagère, la population française diminue ou reste stationnaire, la vie nationale est en péril, l'opinion publique, émue par le retentissement de cette tribune, est inquiète et attentive, l'Académie est en demeure de répondre à ses justes alarmes.

Ici M. Boudet rappelant le discours de M. Husson, « qui est venu, dit-il, l'inexorable statistique à la main, confirmer et assombrir encore la vérité du tableau que j'avais tracé à grands traits » et celui de M. Devilliers qui a donné des renseignements si précieux sur ce qui se passe dans plusieurs départements, s'attache à faire ressortir l'importance des chiffres indiqués dans ce dernier, « chiffres qui jettent une sinistre, mais éclatante lumière sur la question. »

A propos du chiffre de 18 p. 100 donné comme la moyenne de la mortalité des enfants en France, M. Boudet s'exprime en ces termes :

Gardons-nous d'accepter ce mot de mortalité normale qui a été appliqué à cette mortalité moyenne. Cette prétendue mortalité normale est une immense violation des lois de la nature. S'il y a quelque part, en France, une mortalité normale, c'est celle des enfants des cultivateurs du département du Rhône, cette mortalité de 5 p. 100 dont M. Devilliers a fait l'heureuse découverte... Que l'on compare ce chiffre de 5 p. 100 à celui de 18 p. 100 qui représente la mortalité moyenne dans toute la France, à celui de 80 p. 100 des départements de l'ancienne Normandie, à celui de 75 p. 100 des 20,000 nourrissons de Paris, à celui de 90 p. 100 du département de la Loire-Inférieure, et on pourra se faire une idée réelle de cette mortalité monstrueuse qui anéantit au berceau la plus grande partie de la population française ! Sur 922,704 naissances, la mortalité qui devrait être de 46,135, est de 166,811 ; ainsi 120,656 enfants sont victimes, chaque année, des systèmes barbares qui sont mis en pratique dans notre pays pour élever les enfants du premier âge.

Le temps est venu d'une révolution régénératrice, le mal est arrivé à ce point que la partie est en danger, et qu'il faut le vaincre à tout prix.

M. Boudet, après avoir rappelé les efforts restés jusqu'ici infructueux de MM. Donné, Gaubert, Boys de Loury, Brochard et Monot, exprime l'espoir que tant d'efforts ne resteront pas impuissants, et que l'Académie de médecine ne se contentera pas, après tant de vœux stériles, et tant d'espérances déçues, de signaler à l'autorité le mal qu'elle connaît et de lui abandonner l'étude des moyens propres à y remédier.

Sans attendre les résultats d'une nouvelle enquête, il faut se hâter d'agir ; il faut d'abord rappeler les mères à leurs devoirs et leur faire connaître toutes les funestes conséquences de l'allaitement par les nourrices. Et ici M. Boudet comble une lacune dans l'émouvante histoire de l'allaitement mercenaire, en exposant des faits que lui a fait connaître M. le docteur Lemonnier, de Saint-Maurice (Orne). D'après ce médecin, c'est surtout dans la première semaine que les enfants succombent ; lorsqu'ils sont transportés en hiver, ils succombent, pour la plupart, au froid et à l'inanition pendant le voyage. Les grandes chaleurs de l'été ne leur sont pas moins funestes. La cholérine, la dyssenterie en emportent également un grand nombre.

M. Boudet passe ensuite en revue les conditions dans lesquelles se trouvent les nourrissons depuis le moment de leur naissance jusqu'à leur départ en nourrice, les dangers du voyage lui-même, pour lesquels il proposerait des mesures particulières, des privilèges à réclamer de la part des administrations de chemin de fer.

Le temps ne lui permettant pas d'achever, M. Boudet exposera, dans une deuxième partie de son travail, les moyens d'arrêter les progrès effrayants du mal, d'opérer une réforme profonde et rapide.

M. Boudet aura la parole dans la prochaine séance pour continuer sa lecture.

RAPPORT.

Épidémies. — M. BERGERON commence la lecture du rapport général officiel sur les épidémies pour l'année 1865. L'étendue de ce travail n'ayant pas permis d'en achever la lecture dans cette séance, la parole sera réservée à M. Bergeron au commencement de la séance prochaine pour le terminer.

Les conclusions seront lues en comité secret à la fin de cette séance.

Vaccine. — M. DEPAUL est appelé à la tribune pour lire le rapport officiel annuel sur la vaccine.

M. Depaul commence par déclarer qu'il a cru devoir placer en tête de son rapport général, le rapport qu'il a fait dans l'avant-dernière séance, en son nom et au nom de M. Roger, sur les faits de syphilis vaccinale du Morbihan. Il se dispensera de le lire ; il le dépose en conséquence sur le bureau.

M. LE PRÉSIDENT interrompt aussitôt M. Depaul pour lui faire remarquer que cette introduction du rapport sur les faits de syphilis vaccinale du Morbihan dans le rapport général sur la vaccine n'a été convenu, ni avec le conseil ni avec le bureau, et qu'elle est contraire à tous les usages et à tous les précédents de l'Académie. Il s'agit d'un rapport qui a été lu, adopté et envoyé par l'Académie au ministre, qui en fera tel usage qu'il jugera convenable. Ce serait faire un double emploi que d'envoyer de nouveau ce rapport au même ministre.

Une altercation très-vive s'engage à ce sujet entre M. le Secrétaire perpétuel et M. Depaul, qui quitte la tribune en déclarant que si l'on n'accepte pas cette introduction il ne lira pas son rapport.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Depaul à remonter à la tribune et à donner lecture de son rapport porté à l'ordre du jour de la séance et attendu par l'Académie.

M. DEPAUL persiste à ne vouloir pas lire actuellement, l'introduction de son rapport devant être modifiée, du moment où l'on en supprime la première partie.

M. le Secrétaire perpétuel se lève pour faire une nouvelle observation, mais M. le Président lui coupe la parole et déclare que l'Académie va se former en comité secret.

La séance publique est close à près de cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le vendredi 7 décembre à trois heures et demie précises, à l'Hôtel de ville.

Ordre du jour : Continuation de la lecture de M. L. Duchesne (aniline).

Communication de M. Blachez sur la fissure à l'anus.

Communication de M. J. Worms, au nom de M. Spencer Wells, membre correspondant.

Élections pour le renouvellement du bureau, du conseil de famille et du comité de publication.

— Le docteur E. Verrier commencera son cours public d'accouchements lundi 3 décembre, à trois heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

Il le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

La première leçon sera consacrée à l'histoire des accouchements, il y aura des conférences obstétricales à la fin du cours.

Un cours particulier recommencera le mardi 4 décembre à quatre heures et demie, 41, rue de l'École-de-Médecine.

Des accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine, par le docteur MOYNIER. In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1860.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne, par le docteur DEZEIMERIS. Sept vol in-8°. Prix : 7 fr. au lieu de 42 fr. net. — Paris, 1828-1835. (Ces ouvrages se trouvent chez A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.)

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 140. — SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1866. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Arthrite blennorrhagique chez la femme.

Les cas d'arthrite blennorrhagique chez la femme se multiplient ; nous en avons publié deux recueillis par M. Fournier ; on nous en a mentionné deux autres, encore inédits ; enfin M. Edmond Langlebert nous communique le suivant :

Madame X..., âgée d'environ trente ans, vint, il y a quelque temps, me consulter pour une blennorrhagie uréthrale aiguë.

Madame X..., de tempérament lymphatique et d'assez bonne constitution, n'a jamais eu d'enfant ; elle prétend n'avoir jamais été atteinte d'aucune autre maladie vénérienne ; elle n'a jamais souffert de douleurs rhumatismales. Elle éprouve actuellement de fréquents et impérieux besoins d'uriner, de vives douleurs pendant la miction, surtout lorsque s'échappent les dernières gouttes d'urine. Une légère pression exercée d'arrière en avant sur l'urèthre amène au méat une goutte très-évidente de muco-pus jaunâtre et peu épais. A ces signes, il est facile de reconnaître une blennorrhagie s'étendant jusqu'aux parties profondes du conduit uréthral. La vulve et le vagin ne présentent aucune trace d'inflammation. Eau de goudron édulcorée avec un mélange, à parties égales, de sirop de Tolu et de sirop de bourgeons de sapin, pilules de camphre et de thridace, cataplasmes laudanisés et saupoudrés de camphre, appliqués sur le bas-ventre pendant la nuit, ceinture de flanelle pendant le jour.

La malade revient me consulter quelques jours après. La fréquence et la vivacité des besoins d'uriner ont disparu, ainsi que les douleurs qui accompagnaient l'émission des dernières gouttes d'urine ; mais l'écoulement uréthral reste le même. La malade me dit alors que depuis la veille elle a été prise, au poignet droit, d'une vive douleur qui l'empêche de remuer la main. Je constate, en effet, un gonflement assez considérable au niveau de l'articulation radio-carpienne, sans changement de coloration à la peau. Le moindre mouvement que l'on cherche à imprimer à l'articulation excite une douleur des plus intenses ; le mouvement des doigts est également très-pénible. La malade n'a éprouvé ni frissons, ni fièvre, ni aucun autre signe de réaction générale.

Cet ensemble de symptômes ne peut évidemment se rattacher qu'à une arthrite radio-carpienne, dont la cause certaine est la blennorrhagie de l'urèthre ; car l'articulation n'a été soumise à aucune violence extérieure, et la malade n'a jamais eu de rhumatisme. Onguent napolitain belladoné, appliqué trois fois par jour en couche épaisse autour du poignet, et cataplasmes de farine de lin ; à l'intérieur, 25 grammes de cubèbe par jour, eau de goudron. Trois jours après, je remplace l'onguent napolitain par un liniment laudanisé, afin d'éviter la stomatite. La douleur et le gonflement ayant déjà diminué, je conseille à la malade de substituer aux cataplasmes un pansement avec de la ouate. Repos absolu du membre.

Ce traitement a eu un résultat des plus favorables. En moins de vingt jours, tous les symptômes de l'arthrite avaient disparu, sauf une légère roideur de l'articulation, qui peu à peu cessa elle-même, et rendit à la malade le libre usage de sa main. L'écoulement uréthral disparut également et avec lui tous les autres symptômes de la blennorrhagie. Je n'ai pas employé l'iodure de potassium, que conseillent en pareil cas quelques médecins, dans la crainte d'irriter le col de la vessie, déjà menacé par l'inflammation blennorrhagique, et de fournir ainsi un nouvel aliment à l'arthrite qu'il s'agissait de combattre.

A ce sujet, M. le docteur Langlebert nous rappelle que, dans son *Traité des maladies vénériennes*, il a combattu vivement l'opinion de ceux qui considèrent encore l'arthrite ou le rhumatisme blennorrhagique comme exclusivement propre à l'homme.

« Quelques auteurs, dit M. Langlebert, ont avancé que l'homme seul est exposé à l'arthrite blennorrhagique, et ont même tiré de ce fait un signe distinctif entre cette affection et le rhumatisme vulgaire, commun aux deux sexes. Ce jugement est trop absolu. Il est vrai de dire que l'arthrite blennorrhagique s'observe beaucoup plus rarement chez la femme que chez l'homme ; mais cela ne tient pas à une immunité propre au sexe féminin ; cela dépend uniquement de ce que chez la femme l'uréthrite, cause nécessaire de l'arthrite blennorrhagique, est moins fréquente que chez l'homme. Ajoutons que beaucoup de femmes cherchent à dissimuler ce qu'elles éprouvent du côté de leurs organes génitaux, surtout quand la cause en est suspecte, et que chez elles le diagnostic d'une uréthrite chronique, ou à son déclin n'est pas toujours chose facile, même pour un praticien exercé. D'où il résulte qu'une arthrite peut très-bien, chez la femme, être méconnue dans sa nature et considérée comme un simple rhumatisme, alors qu'elle dérive d'un écoulement uréthral. »

Choléra, artérite, gangrène du pied.

Le choléra peut-il avoir pour résultat d'amener un trombose ou une artérite ? M. Laugier posait cette question mardi dernier, à sa clinique, à l'occasion d'une autopsie.

Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans qui venait de mourir d'infection purulente à la suite d'une gangrène mal limitée du pied, qui s'était étendue encore après le détachement de toutes les parties antérieures à l'astragale, et même de cet os.

Lorsque cet homme avait été transféré, le 4 octobre, dans le service de M. Laugier, où il occupait le n° 48 de la salle Sainte-Marthe, il raconta qu'il venait d'avoir le choléra d'une manière violente ; aussi, regardant son mal de jambe comme la conséquence de cette affection, il s'était fait admettre la veille à l'Hôtel-Dieu, dans une salle de médecine.

A l'autopsie, outre les signes de l'infection purulente, d'abcès métastatiques du foie et des poumons, etc., on trouva l'artère péronière oblitérée par un caillot volumineux qui s'étendait sur un espace de plusieurs centimètres, jusque vers le point où la péronière antérieure perfore le ligament interosseux. Ce caillot était très-consistant et adhérait fortement aux parois du vaisseau.

Il y avait donc eu dans ce cas une artérite qui avait produit la gangrène par arrêt de la circulation. Mais cette artérite se rattachait-elle par un lien quelconque au choléra dont le malade venait d'être atteint ? Avant de l'affirmer, il faudrait posséder un certain nombre de faits semblables.

Tétanos spontané traité par l'ammoniaque à haute dose.

Dans la Revue clinique du 1er septembre dernier, nous avons rappelé à nos lecteurs un mode de traitement du tétanos exhumé récemment de l'oubli, où il semblait depuis longtemps tombé, par M. le docteur Mac-Auliff, nous voulons parler du traitement par l'ammoniaque à haute dose. M. le docteur Bertheau, de Pouancé, nous écrit, à ce sujet, que pendant qu'il lisait cet article il avait à traiter un enfant atteint de cette terrible affection, et qu'il crut devoir tenter la médication ammoniacale.

Voici l'observation abrégée qu'il nous communique à cette occasion.

Le 1er septembre dernier, dit notre correspondant, arrive à mon cabinet un jeune homme de seize ans, atteint depuis quatre jours de roideurs du cou, et de contraction des mâchoires. Le malade, domestique de ferme, ne pouvait manger ni travailler, et venait me consulter comme pour un malaise simplement *ennuyeux*. Prévoyant la gravité du mal, et ne pouvant traiter régulièrement le malade, vu l'éloignement de son domicile, je le fais entrer à l'Hôtel-Dieu de Pouancé.

Application de six sangsues à chaque apophyse mastoïde.

Le lendemain matin, 2 septembre, le diagnostic n'était pas douteux.

Rigidité du cou, contraction des mâchoires pouvant à peine être écartées d'un centimètre, renversement de la tête en arrière déjà très-prononcé ; parole difficile et presque inintelligible ; contraction violente des muscles thoraciques et abdominaux s'augmentant par le contact ; embarras de la respiration ; dysurie et constipation ; pas de fièvre.

Le malade, d'une constitution moyenne, n'avait ni plaie, ni blessure, ni contusion, ni aucun antécédent morbide qui pût faire rattacher son affection à une lésion cérébrale ou rachidienne. La seule cause des accidents pouvait être l'impression de fraîcheurs humides. Je diagnostique donc un *tétanos spontané rhumatismal*.

Prescription : Potion d'extrait de valériane ; musc, 0,04 cent. en quatre pilules ; sinapisme, lavement laxatif.

Le 3, aggravation des symptômes précédents. La contraction s'est généralisée, a envahi les membres inférieurs, et quand je veux soulever le malade dans son lit en lui plaçant la main sous la nuque, sa tête se renverse complétement en arrière, et le corps entier se dresse droit, en ne s'appuyant que sur les talons.

La respiration devient courte, s'embarrasse. Pas d'urines ni de selles.

Vésicatoire au cou, lavement laxatif, et cathétérisme. Je remplace la potion de valériane par la potion ammoniacale ainsi formulée :

Eau distillée. . . . . . 400 grammes.
Ammoniaque. . . . . . 8 —
Sucre . . . . q. s.

à prendre dans les 24 heures.

Les 4, 5, 6, et 7, état à peu près stationnaire. La contraction est générale, le malade est roide comme une barre de fer, les bras seuls peuvent légèrement se mouvoir. Dysurie et constipation.

Des sueurs abondantes paraissent.

Même prescription : chaque jour huit grammes d'ammoniaque sont pris et bien tolérés.

Le 8, même état. Sueurs très-abondantes. Le malade, malgré son courage, ne peut avaler les 400 grammes de la potion ; je la réduis comme suit :

Eau. . . . . 250 grammes.
Ammoniaque. . . 5 —
Sucre . . . . . . q. s.

Les 9 et 10, la contraction est la même, la respiration est un peu moins embarrassée.

Prescription : Ammoniaque, 5 grammes par jour ; deuxième vésicatoire au cou.

Les 11, 12, 13, 14 et 15. A partir du 11, la roideur générale diminue lentement, mais progressivement, en commençant par les extrémités inférieures, le tronc et le thorax. Dysurie un peu moindre.

Même prescription journalière.

Le 16. La contraction n'existe plus qu'au cou et à la mâchoire. L'écartement des maxillaires est plus grand, le malade peut avaler un potage. Il demande à cesser la potion ammoniacale qu'il ne peut plus tolérer.

Je prescris quelques laxatifs, jalap et calomel, et une alimentation légère.

Les 17, 18, 19 et 20, amélioration progressive. La roideur du cou diminue lentement. Constipation moindre, miction urinaire libre. Les sueurs disparaissent.

Tout traitement est cessé.

Le 22, état général très-bon. L'enfant mange avec appétit. La contraction cervicale et maxillaire est très-faible.

Le 23, le malade sort de l'hôpital en pleine convalescence.

Le 3 octobre, l'enfant est complétement rétabli.

En résumé, à part les moyens externes, une légère application de sangsues, deux vésicatoires à la nuque, la base du traitement repose sur l'administration de la potion ammoniacale. Pendant cinq jours le malade prend 8 grammes d'ammoniaque, et 5 grammes pendant huit autres jours : en tout, 80 grammes d'ammoniaque en treize jours.

Du jour où l'ammoniaque est administré, des sueurs abondantes paraissent, et l'état tétanique, stationnaire pendant quatre jours, s'améliore progressivement.

Faut-il, se demande notre confrère, attribuer cette cure à l'ammoniaque, comme diaphorétique ?

La réponse, dit-il, est impossible : il faudrait de nouvelles et nombreuses observations de ce traitement pour étayer une opinion certaine. M. Bertheau va au-devant de l'objection qu'on pourrait lui faire, en disant avec raison qu'en face d'une maladie aussi redoutable, on ne saurait sans imprudence se borner à l'emploi d'un seul moyen. Mais nous croyons avec lui que, malgré l'emploi simultané d'autres moyens et notamment des moyens externes, il est très-légitimement fondé à attribuer à l'emploi de l'ammoniaque la plus grande part dans une guérison dont les exemples sont assez rares pour devoir être cités.

Exemple de transposition des organes.

Les exemples de transposition des organes sont rares, et méritent une mention dans la science. Ils présentent un intérêt clinique autant qu'anatomique. Voici un exemple assez curieux de ce genre d'anomalie qui a été constaté par M. le docteur P. Durozier, à qui nous en devons la communication, sur un malade couché au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-

Dieu, dans le service de M. Fournier, suppléant de M. le professeur Grisolle.

Le nommé S..., âgé de cinquante-trois ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu au commencement d'octobre 1866, pour une albuminurie.

Il tousse depuis l'âge de sept ou huit ans; étant enfant, il était souvent oppressé, cependant il courait très-bien et était des plus alertes. Il a eu quatre ou cinq hémoptisies. Il a servi pendant onze ans dans l'artillerie et a passé deux ans en Afrique (1837 et 1838). Pendant son service, il est resté cinquante-cinq jours à l'hôpital militaire de Pont-à-Mousson. Voici dans quelles circonstances : il avait bu de l'eau étant en nage ; il fut pris de délire, on lui mit des sangsues sur le côté droit en avant et un vésicatoire. En 1835, il resta quinze jours à l'hôpital de Valence pour une dyssenterie. Il dit avoir eu le choléra. Il y a huit ans, enfin, il est resté alité quatre jours pour un refroidissement.

Cet homme est malade cette fois depuis deux mois ; il a de l'anorexie, de la gastralgie, quelques vomissements, de la céphalalgie, de l'amblyopie, des douleurs de reins, de l'anasarque. Déjà, pendant l'été, il avait des sueurs profuses et des douleurs dans les jambes. Jamais il n'a eu ni rhumatisme articulaire aigu, ni érysipèle, ni fièvre intermittente. Les jambes, les mains, la figure sont enflées; il y a de l'ascite. Les plèvres contiennent peut-être un peu de liquide. L'urine fournit une grande quantité d'albumine.

Le pouls radial à 52, est régulier, vibrant, développé, dicrote ; le pouls brachial est redoublé. On perçoit à la crurale un double souffle en avant ; aux carotides, un double bruit dur, sans battement notable. Les jugulaires sont un peu grosses, toujours pleines et battantes.

Au cœur, on ne trouve pas de souffle considérable, les bruits sont seulement modifiés ; le premier claquement est dédoublé, le second bruit est un peu rude, un peu soufflant. Le dédoublement du premier bruit répond à un double bruit en avant que l'on trouve dans les artères.

Le cœur est hypertrophié, sans impulsion considérable.

Le côté gauche de la poitrine est notablement moins développé que le droit.

Le cœur est déplacé et occupe une position complétement symétrique de celle qu'il occupe habituellement à gauche. Le poumon gauche dépasse la ligne médiane comme le fait d'ordinaire le poumon droit ; le poumon droit rejoint à peine le sternum. En arrière, on trouve une résonnance passable avec de la matité aux bases, des râles sibilants et sous-crépitants.

Le foie est à gauche, la percussion le délimite facilement ; la rate est un peu difficile à trouver. On perçoit au-dessous du cœur la résonnance que d'ordinaire on rencontre à gauche.

Ajoutons à ces signes de la transposition des viscères, que le testicule droit descend plus bas que le gauche et que le malade est gaucher.

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE,

Par M. le Dr E. Kœberlé.

Obs. XIX. — *Ovariotomie pratiquée le 6 septembre 1865. — Guérison.*

Madame F..., de Wurzbourg, âgée de trente-deux ans, d'une bonne santé et d'un embonpoint ordinaire, s'est aperçue de l'augmentation de volume de son ventre un an environ avant d'être opérée. La menstruation, qui avait toujours été régulière, a fait défaut depuis trois mois. A partir de cette époque, l'augmentation de volume du ventre est devenue très-rapide et a été accompagnée de douleurs abdominales, surtout du côté droit. La circonférence du ventre est de 1m,13. La tumeur donne lieu à de la fluctuation en certains points; elle paraît formée par un grand nombre de loges, dont une ou deux sont assez considérables. Elle paraît adhérente à la paroi abdominale. Utérus normal. L'orifice du col utérin est un peu dévié à droite. La tumeur ne remplit pas l'excavation pelvienne. Je porte le diagnostic suivant : « kyste multiloculaire de l'ovaire droit, en voie d'accroissement très-rapide, probablement adhérent à une grande étendue de la paroi abdominale. L'extirpation de la tumeur se présente dans des conditions très-favorables. » L'ovariotomie eut lieu le 6 septembre 1865, en présence de MM. Bourguignon (de Bischwiller), Bruch (d'Alger), d'Olier (d'Orléans), Koller (de Léman), Herberger (de Wurzbourg), Münch et Rumbach (de Strasbourg). L'incision fut portée progressivement à 24 centimètres de longueur, après avoir ponctionné et déchiré un grand nombre de loges à contenu très-variable ; les adhérences abdominales ayant été en même temps séparées avec la main, la tumeur put être extraite sans que l'on rencontrât des adhérences profondes. Le pédicule, long de 3 à 4 centimètres, fut étreint dans l'anse de fil de fer d'un serre-nœud, et la tumeur qui dépendait de l'ovaire droit fut excisée. L'ovaire gauche et la matrice étaient entièrement sains. Les intestins et le cul-de-sac recto-vaginal ayant été nettoyés du sang et de la sérosité ascitique, la plaie fut réunie au moyen de quatre points de suture profonde et de neuf points de suture superficielle. Le pédicule resta à l'angle inférieur de la plaie, de telle sorte que la ligature demeurât extra-péritonéale. L'extraction, la ligature de la tumeur et le nettoyage de la cavité abdominale durèrent une demi-heure; la réunion et le pansement prirent une autre demi-heure. Le soir, l'opérée se trouvait dans un état satisfaisant, et, sauf une douleur névralgique dans la cuisse et dans la hanche du côté droit, qui persistèrent les deux premiers jours, elle ne s'est point ressentie de l'opération. Nuit bonne. Suintement très-peu abondant à l'angle inférieur de la plaie. Le lendemain matin, l'opérée déjeuna avec du café au lait; à midi, elle prit un potage et mangea des raisins ; elle soupa avec du café au lait. Les épingles furent enlevées dix-huit heures après l'opération. Le pédicule, qui avait été enduit d'un peu de perchlorure de fer et entouré de charpie, était presque desséché. Pouls à 88. Le troisième jour, alimentation *ad libitum*. Pouls à 90. Le quatrième jour, extraction des fils de la suture profonde et du serre-nœud. L'opérée reçoit la visite de M. de Krassowski, de Saint-Pétersbourg.

Le 5 janvier, le pouls est à 80, et l'état général est excellent. La ligature du pédicule est tombée le douzième jour. Madame F... s'est levée le quinzième jour, mais la guérison complète n'a eu lieu qu'au bout d'un mois et demi. Vers le vingtième jour, il s'est formé peu à peu une tuméfaction dans le bassin, le long de l'extrémité inférieure du muscle psoas. Cette tuméfaction, à marche très-lente, provenait d'une inflammation du ligament large correspondant à l'ovaire extirpé. Il se produisit un foyer purulent qui s'ouvrit à plusieurs reprises dans l'angle inférieur de l'incision. L'inflammation et la suppuration s'étaient propagées à des glandes et à des vaisseaux lymphatiques situés au-dessus de l'aine. La malade fut chloroformée, et je donnai issue au pus en incisant la paroi abdominale couche par couche. Il sortit environ 100 grammes de pus très-épais, mêlé de lymphe. Soulagement immédiat. Drainage à l'aide d'un tube de verre. Écoulement de lymphe pendant deux à trois semaines. Cicatrisation complète. La tumeur ovarique composée d'innombrables petits kystes qui n'avaient pas été vidés pendant l'opération, pesait 6 kilogrammes et demi. Il s'était écoulé environ 500 grammes de sérosité ascitique dès que le péritoine avait été ouvert. La perte de sang peut être évaluée à 500 grammes, en raison d'adhérences abdominales très-étendues. Le liquide extrait par les ponctions et par les déchirures d'une dizaine de loges était d'environ cinq litres et demi, ce qui met le poids de la tumeur à 12 kilogrammes.

Remarques. — Les douleurs dont la malade s'était plainte pendant les trois derniers mois provenaient uniquement d'éraillures du kyste. L'exsudation sanguine qui s'y était faite durant cet intervalle, à plusieurs reprises, était parfaitement reconnaissable ; elle avait subi les mêmes transformations que les caillots sanguins dans les ovaires, à l'état normal, et dans les foyers hémorrhagiques en général ; elle était déjà fort vasculaire dans quelques endroits où la tumeur était plus adhérente et plus difficile à séparer. Le liquide contenu dans plusieurs loges était très-foncé, et dans quelques-unes d'entre elles il était tout à fait hémorrhagique. De là l'affaiblissement et le dépérissement rapide de la malade.

Quoique l'opération ait présenté certaines difficultés, elle doit être classée parmi les cas simples dont le pronostic est d'emblée favorable. Par une temporisation de quelques mois de plus, les adhérences seraient devenues plus vasculaires ; la malade aurait été plus affaiblie ; l'ovariotomie serait devenue hasardeuse, plus compliquée, plus laborieuse ; l'hémorrhagie aurait été plus considérable, et la malade aurait supporté difficilement les suites de l'opération.

Je nourris mes opérées très-promptement, afin qu'elles puissent résister aux accidents consécutifs qui peuvent se présenter ; je leur laisse autant que possible leur régime habituel ; elles ne sont soumises à une diète sévère que pendant les premières heures, où l'on ne doit permettre que de l'eau fraîche ou glacée, des fragments de glace, et, s'il y a lieu, du vin de Champagne pour relever les forces. Madame F... n'a été soumise à l'usage d'aucun médicament les premiers jours qui ont suivi l'opération.

J'enlève les épingles de la suture superficielle au bout de quinze à dix-huit heures, après avoir appliqué sur le fil entortillé un peu de collodion. En procédant ainsi il ne survient pas d'inflammation des lèvres de la plaie, et la réunion se fait d'une manière immédiate. Les fils de la suture profonde sont généralement enlevés le troisième ou le quatrième jour, quelquefois plus tard, suivant les indications ; il faut les laisser le moins longtemps possible, les extraire dès le troisième jour, s'il n'y a pas de tympanite, en assurant toutefois la réunion par un pansement convenable. La réunion à l'aide de cordonnets collodionnés suivant le procédé que j'ai adopté dès 1862 (E. Kœberlé, *Opération d'ovariotomie*, Paris, 1865), me paraît être la plus avantageuse. Le serre-nœud, ou tout instrument constricteur du pédicule, peuvent être enlevés le troisième ou le quatrième jour, dès que la ligature du pédicule est sèche ; mais il faut prendre des précautions suffisantes pour que le pédicule soit maintenu dans un rapport constant avec la paroi abdominale.

L'adénite pelvienne a été consécutive à une inflammation du ligament large dont la ligature du pédicule a été le point de départ. La suppuration s'était fait jour dans l'angle inférieur de la plaie, par le trajet étroit dans lequel il n'avait pas été possible d'engager une sonde et de laisser un tube à demeure. C'est pour s'opposer aux suites que la collection purulente aurait pu avoir et pour en amener la guérison que j'entrepris de l'ouvrir au-dessus de l'aine. Les abcès du ligament large du côté dont l'ovaire a été extirpé, sont assez fréquents ; ils s'ouvrent d'ordinaire dans l'angle inférieur de la plaie, mais quelquefois aussi ils s'ouvrent dans l'intestin, dans le vagin, dans la vessie, ou donnent lieu à une péritonite générale.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de la ouate comme agent hémostatique.

Espèce de duvet composé de fils excessivement ténus enlacés, la ouate ou coton cardé se présente, lorsqu'elle est débarrassée des impuretés qui s'y trouvent mêlées, sous la forme de masse blanche plus ou moins épaisse, plus ou moins étendue en feuille, douce, souple, légère, compressible, élastique. Elle réunit de la sorte, et c'est à ce titre que la préconise le docteur Sournez, toutes les qualités des hémostatiques absorbants sans en présenter les inconvénients.

Comme toute matière tomenteuse, la ouate s'attache et se fixe plus aisément que la charpie, l'éponge, l'amadou, l'agaric, aux parties qui sont le siége de l'hémorrhagie.

Elle se prête également mieux à tous les caprices des régions lésées.

Elle gêne moins les mouvements des parties environnantes, sans compromettre en rien le but de son application.

Une fois qu'elle est adhérente, elle réclame moins, pour se maintenir en place, un appareil protecteur ou de soutien.

Introduite dans les sillons les plus profonds et les plus étroits comme dans les cavités et les infractuosités les plus variées, son élasticité permet de compter sur une action compressive, toujours subordonnée à la quantité employée.

M. le docteur Sournez a employé la ouate avec succès pour les hémorrhagies de plaies par arrachement, par instrument tranchant, dans les cas d'épistaxis, de piqûres de sangsues.

Une fois appliquée sur le siége d'une hémorrhagie externe, il suffit de la maintenir en place pendant quelques minutes à l'aide des doigts, puis de retirer doucement ceux-ci les uns après les autres dès que l'écoulement sanguin a complétement cessé.

Quand l'hémorrhagie a sa source dans une cavité, il faut tamponner celle-ci de façon à permettre à la ouate d'exercer une compression modérée.

(*Journal de méd. et de chirurg. belge*, 1865.)

Sur le traitement de la pierre.

Bien des essais exclusivement médicaux ont été faits sur le traitement de la pierre. Voici un nouveau moyen proposé par le docteur Becker (de Mulhausen, en Thuringe).

Cet auteur est convaincu que le ludus de Paracelse, si bien décrit par Van Helmont, et dont la réputation fut si grande contre la pierre, n'est autre chose que le borate d'ammoniaque, employé depuis 1844 dans tous les cas de pierre et de colique rénale. Il assure avoir obtenu presque constamment une amélioration complète de la maladie. Sous l'influence de la médication, les urines se chargent d'acide urique et de phosphate terreux. Ce sel est aussi excellent dans les catarrhes chroniques de la vessie. Voici les formules proposées par le docteur Becker :

1° Borate d'ammoniaque . . . } āā 8 grammes.
Suc de réglisse. . . . . . . }
Eau distillée . . . . 125 —
Toutes les heures une cuillerée à soupe.

2° Borate d'ammoniaque . . . . . 8 grammes.
Eau distillée . . . . 125 —
Sirop de sucre . . . . 15 —
Toutes les deux heures une cuillerée à soupe.

Le docteur Becker pense également que l'allantoïne en provoquant un degré plus élevé d'oxydation de l'acide urique qui forme alors de l'urée, devient ainsi un moyen propre à empêcher la formation de la pierre. C'est ainsi qu'il s'explique comment Van Helmont a eu des succès dans cette maladie, en prescrivant l'urine puisée dans la vésicule allantoïde des cabris ou des veaux. On sait que l'acide urique en s'oxydant, produit de l'allantoïne, et que ce corps en s'oxydant à son tour forme l'urée comme produit final.

(*Rev. de thérap. méd. chir.*, 1er septembre 1866.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 21 novembre 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique.*

MM. Robert et Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, présentent un nouvel appareil dit ophthalmofantôme, destiné à exercer les élèves à faire des opérations sur des yeux d'animaux.

— M. Guersant fait hommage à la Société du septième fascicule de ses *Notices sur la chirurgie des enfants.*

— M. Cullerier fait hommage à la Société de son *Précis iconographique des maladies vénériennes.*

— M. L. Labbé présente, de la part de M. Spencer Wells, une brochure intitulée : *Remarques cliniques sur les divers moyens de détruire le pédicule dans l'ovariotomie.*

— M. Guéniot adresse une lettre de candidature à la place vacante de membre titulaire.

— M. le Président annonce à la Société que MM. Gaillard (de Poitiers), et Ollier (de Lyon), membres correspondants, assistent à la séance.

RAPPORTS.

M. Léon Labbé lit un rapport sur une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Aubrée (de Rennes).

Le rapporteur conclut à la publication de l'importante observation de M. Aubrée, et à l'inscription de celui-ci sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. Léon Labbé fait un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Pénard (de Rochefort), il propose à la Société d'adresser des remerciments à l'auteur, et de déposer son travail aux archives.

Les conclusions sont adoptées.

COMMUNICATIONS.

Tumeur fibro-plastique du genou ayant nécessité l'amputation de la cuisse. — Récidive. — Mort.

M. Laborie. La Société doit désirer connaître la suite des obser-

vations qui lui ont été communiquées ; c'est à ce titre que je viens rappeler l'histoire d'un malade que j'ai opéré au mois de février de cette année.

Il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique ayant envahi le tibia à sa partie supérieure et pénétrant jusque dans l'articulation du genou. Des accidents très-graves nécessitèrent l'amputation de la cuisse.

Le malade guérit parfaitement et put reprendre son état.

Mais en août, il revint dans mon service avec des tumeurs dans la région inguinale. Ces tumeurs ne laissaient aucun doute sur leur nature. J'aurais pu les enlever, mais des symptômes positifs, indiquant des lésions du côté des poumons, je dus m'abstenir.

Le malade est mort le 15 octobre. Nous avons trouvé des masses cancéreuses dans les poumons.

J'ajoute que la tumeur du genou était composée de tissu fibro-plastique sans trace de cellules cancéreuses.

Dans les poumons, au contraire, nous avons trouvé en grande abondance l'élément anatomique cancéreux.

Du côté du moignon, toutes les parties étaient dans un état parfait.

J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux l'extrémité du fémur amputé. Malgré le peu de temps écoulé depuis l'opération, le canal médullaire est fermé par un véritable couvercle osseux.

Anévrysme traumatique du pli du coude.

M. TILLAUX. Messieurs, je désire vous entretenir d'un cas intéressant que j'ai dernièrement observé à la Charité, dans le service de M. le professeur Denonvilliers.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, Étienne B..., habitant la commune d'Alvan, près Châteauroux, était saigné au bras gauche le 14 juillet dernier par une religieuse. Un jet de sang s'échappa immédiatement à une distance de plus de deux mètres. La religieuse effrayée établit immédiatement une forte compression sur le bras, et arrêta ainsi l'hémorrhagie. Mais le membre ne tarda pas à enfler, devint noir et extrêmement douloureux. Le surlendemain de l'accident le malade n'y pouvant plus tenir, supplia la religieuse de lever la compression. L'hémorrhagie ne se renouvela pas. Le gonflement étendu d'abord à tout le bras, se limita de plus en plus, et quelques jours après, il restait seulement une tumeur bien circonscrite au pli du coude. Cette tumeur était indolente, mais le malade s'inquiétant des battements qu'il y observait, fut consulter un médecin de Châteauroux, M. le docteur Joulin. Bientôt la tumeur augmenta de volume, devint douloureuse, la peau rougit et les battements disparurent. M. Joulin l'envoya à Paris, et le 17 septembre il entrait à la Charité.

Au bras gauche existait une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme environ, descendant à 4 ou 5 centimètres au-dessous du pli du coude, et occupant les deux tiers inférieurs du bras. La tumeur offrait au niveau du pli du coude une bosselure. La peau qui la recouvrait était rouge, violacée, très-amincie. On eût dit un abcès chaud tout prêt de s'ouvrir spontanément; fluctuation partout des plus manifestes. A la palpation, l'inspection, et l'auscultation, aucun soulèvement, aucun bruit dans la tumeur. La compression de l'humérale au-dessus n'amenait aucun changement, et les battements des artères radiale et cubitale, quoique plus faibles que du côté opposé, étaient néanmoins perceptibles. En un mot, cette tumeur ne présentait plus aucun signe d'anévrisme, et sans les renseignements très-précis fournis par le malade, le diagnostic eût sans doute été embarrassant.

J'avais évidemment affaire à une poche anévrysmale enflammée, et qui menaçait de s'ouvrir spontanément.

L'anévrysme était-il artériel ou bien artério-veineux? Je crois qu'il était impossible de le savoir, car pour celà, il eût fallu connaître les symptômes du début, et je les ignorais absolument, le malade n'ayant souvenir que de battements.

Je m'abstins les premiers jours de tout traitement actif, observant seulement avec une attention extrême. J'étais d'autant plus inquiet que le jeune homme est épileptique, et que dans une attaque la poche aurait pu se rompre ; mais l'état des parties ne resta pas stationnaire.

La rougeur s'étendait, la peau s'amincissait de plus en plus. Aussi, craignant en mon absence la rupture de la poche, et n'étant pas certain d'ailleurs en présence des signes que je viens de décrire, qu'il n'existât pas un abcès en debors d'elle, je fis, le 25, avec le bistouri, une ponction dans la partie la plus proéminente de la tumeur. Des caillots noirs, semblables à du résiné, se présentèrent immédiatement en petite quantité. Rassuré alors sur le danger d'une hémorrhagie imminente, j'attendis les événements, l'état général du malade étant très-satisfaisant.

Une aggravation notable survint à partir du 28; le pouls s'éleva à 110. La peau était brûlante, un commencement de phlegmon se manifesta à l'avant-bras. Le 29, l'état général était plus mauvais encore. Toute la journée le malade présenta un hoquet continuel, des vomissements, une fièvre très-intense. Son facies était profondément altéré; il ne goûtait plus aucun repos. Il fallait agir.

Les accidents avaient évidemment leur point de départ dans l'inflammation du sac; l'indication à remplir était donc de le fendre largement et de le débarrasser des caillots qu'il contenait; mais je devais songer à la probabilité d'une forte hémorrhagie; deux moyens se présentaient : ou bien fendre le sac et lier dans sa profondeur au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle, ou bien jeter préalablement un ligature au-dessus du sac, suivant la méthode d'Anel. Malgré les dangers sérieux que cette dernière méthode offre dans le traitement de l'anévrysme artério-veineux, c'est à elle que je m'arrêtai, car je n'étais pas certain d'avoir affaire à un anévrysme artério-veineux d'une part, et de l'autre je redoutais les difficultés de la ligature des deux bouts dans la poche.

Je pratiquai donc, le 29 au matin, la ligature de l'humérale à son origine, opération qui, malgré l'œdème considérable du membre, ne présenta aucune difficulté, j'ouvris ensuite le sac et en fis sortir les caillots mi-partie passifs et mi-partie actifs.

Les suites furent très-simples ; à partir de ce moment le hoquet et les vomissements cessèrent, la fièvre tomba, le sommeil et l'appétit revinrent, et quelques jours après, le malade se promenait sans éprouver aucune douleur.

J'espérais la guérison, lorsque le septième jour, 6 octobre, on accourut en toute hâte me chercher, le malade était baigné de sang dans son lit; l'hémorrhagie provenait du sac. Pensant qu'elle venait du bout inférieur, je fus d'abord à la recherche de celui-ci après avoir fait au pli du coude une incision sur le trajet connu de l'artère; j'éprouvai bien quelques difficultés à travers les caillots fibrineux et les bourgeons charnus; je ne tardai cependant pas à le lier, mais l'hémorrhagie continua aussi violente. Je recherchai donc le bout supérieur, dont la ligature mit définitivement un terme à l'écoulement sanguin.

A partir de ce jour, le malade n'a plus éprouvé aucun accident; les plaies ont marché vers une rapide cicatrisation, et j'ai l'honneur, messieurs, de vous présenter aujourd'hui ce jeune homme qui retourne demain dans son pays. Vous pourrez constater que le bras a conservé toute sa sensibilité et sa motilité, sauf l'extension qui n'est pas encore complétement revenue.

— M. LARREY demande si la religieuse qui a pratiqué la saignée, a opéré de son autorité privée ou d'après l'ordonnance d'un médecin.

— Il résulterait des renseignements connus que c'est de son autorité privée que la sœur a dû agir. —

M. DOLBEAU. Il y a dans la communication de notre collègue une lacune que je désirerais lui voir combler. Le diagnostic n'est pas posé; s'agit-il d'un anévrysme artério-veineux ou d'un anévrysme artériel ? Pour moi, d'après les détails de l'observation, il y aurait lieu d'admettre l'existence d'un anévrysme artériel.

Quelle devait être la conduite du chirurgien ? Il me paraît incontestable que la recherche immédiate des deux bouts de l'artère blessée, au-dessus et au-dessous de la poche anévrysmale, était l'indication vraie. Arrêté par le sentiment des difficultés opératoires, notre collègue n'est arrivé à remplir cette indication que lorsqu'il a eu la main forcée. Il est à remarquer que l'opération a été heureusement pratiquée; il en aurait été de même s'il eût d'emblée eu recours à cette méthode. La région poplitée mise à part, les difficultés opératoires sont loin d'être insurmontables. Dans l'espèce, je dirai même que l'opération est facile, l'artère est assez volumineuse et assez superficielle pour qu'on puisse facilement la rencontrer. C'est ce que j'ai vu lorsque MM. Velpeau et Nélaton opéraient dans deux cas que j'ai observés; c'est ce qui est advenu lorsque j'ai opéré moi-même dans un autre cas.

M. TILLAUX. M. Dolbeau n'a sans doute pas entendu la partie de ma communication relative à la discussion du diagnostic. J'ai dit et je répète que je ne pouvais arriver à un diagnostic positif de l'espèce. Je suis resté dans le doute, et c'est précisément parce que je pouvais espérer avoir affaire à un anévryame artériel que j'ai eu recours à la méthode d'Anel et lié l'axillaire. Si j'avais cru, comme je l'ai cru depuis, à un anévrysme artério-veineux, j'aurais immédiatement pratiqué la ligature des deux bouts. Ce n'est pas que je me dissimule les difficultés d'une opération de cette espèce, même dans la région du coude, quand une tumeur anévrysmale est à ce point volumineuse et enflammée, que l'on a lieu de craindre qu'un phlegmon diffus n'ait pris naissance à son contact.

M. DOLBEAU. Je ferai observer encore que d'après l'examen du malade, c'est l'humérale et non l'axillaire qui a été liée par M. Tillaux.

M. DESPRÉS. Je ne puis comprendre l'incertitude dans laquelle M. Tillaux est resté, relativement au diagnostic. Aucun des grands signes de l'anévrysme artério-veineux n'était constaté, aucune des modifications que sa présence imprime aux veines et à l'artère du membre affecté, les troubles fonctionnels propres aussi à la phlébartérie, engourdissement, refroidissement des doigts n'existaient pas non plus. Pourquoi donc y songer ? Mais il n'y avait pas seulement absence des signes propres et pathognomoniques de l'anévrysme artério-veineux, il y en avait qui appartiennent presque exclusivement à l'anévrysme artériel. Ainsi la coagulation du sang, c'est-à-dire la présence de volumineux caillots dans la poche anévrysmale, ce qui avait d'autant plus de signification que l'accident était encore récent. Je ne dois donner qu'avec réserve un diagnostic basé sur de simples renseignements, mais je crois qu'il s'agissait ici d'un anévrysme artériel faux primitif.

M. TILLAUX. M. Després se base sur l'absence des signes propres à l'anévrysme artério-veineux pour en rejeter l'existence. Mais il semble oublier que la dilatation des veines et de l'artère n'arrive pas dans un aussi bref délai qu'il le suppose, et que j'avais affaire à une tumeur enflammée et par conséquent modifiée, défigurée. C'est dans cet état, et en raison même de cet état, que le malade nous a été envoyé. L'inflammation seule suffirait à expliquer la présence des caillots dans la poche. Cela n'est pas d'ailleurs absolument rare dans les anévrysmes artério-veineux, et la marche ultérieure de la maladie me porte à croire que c'est à cette espèce d'anévrysme que j'ai eu affaire.

M. BROCA. L'affirmation de M. Després relativement à la facilité du diagnostic de l'espèce d'une tumeur anévrysmale m'a engagé à demander la parole. Oui, ce qu'a soutenu notre collègue est vrai, quand les choses sont à l'état simple, mais tout change dans un cas semblable à celui de M. Tillaux. Les bruits caractéristiques en particulier sont en rapport direct de l'état de l'ouverture de communication et du diamètre de la poche anévrysmale. J'ai souvent eu à relever en compulsant des observations, des cas d'erreurs, et je m'explique très-bien sa possibilité dans le cas actuel. Il est vrai que l'on ne rencontre que très-rarement de caillots dans l'anévrysme artério-veineux, mais l'inflammation de la poche peut expliquer leur formation.

Je crois cependant que les détails que nous a donnés M. Tillaux sont de nature à faire admettre l'existence d'un anévrysme artériel, mais je ne saurais être aussi affirmatif que M. Després.

Notre bonorable collègue, M. Larrey, a tenu à relever le côté moral et professionnel de cette observation. Je pourrais rapprocher de de ce fait malheureux celui du docteur Chapelle, de Saint-Malô. La saignée faite par une religieuse fut également suivie de la formation d'un anévrysme.

M. LARREY. Au point de vue pratique, je pense que l'ouverture de la poche et la ligature des deux bouts de l'artère lésée au-dessus et au-dessous de l'anévrysme est la vraie indication à remplir dans la grande classe des anévrysmes traumatiques. Je me rappelle avoir présenté à la Société un cas de la clinique du Val-de-Grâce. L'artère humérale avait été blessée au pli du coude par un éclat de verre, j'ouvris la poche anévrysmate, je liai les deux bouts de l'artère, et le blessé guérit sans accidents.

J'ai voulu que les renseignements relatifs à l'exercice illégal de la chirurgie fussent bien spécifiés, c'est en effet une question grave qui souvent déjà a attiré mon attention et provoqué mes réflexions. Il convient peut-être de la réserver, mais c'est une question à reprendre, et je crois que la Société de chirurgie pourrait s'attribuer la mission de l'éclairer de ses avis. Je serai à sa disposition si elle juge convenable de s'occuper un jour de l'exercice illégal de la chirurgie. Le cas du docteur Chapelle m'est parfaitement connu; outre celui qui vient de nous être signalé, j'en connais encore deux autres pafaitement analogues; j'ai parlé de l'un d'eux dans la Société de chirurgie, j'ai cru aussi devoir les signaler dans une commission de l'Association générale des médecins de France que présidait le ministre de la justice.

Résections sous-périostées.

M. OLLIER. J'ai eu l'honneur d'exposer devant vous, il y a quelques mois, les principes physiologiques et opératoires qui me guident dans la pratique des résections. J'ai surtout insisté sur l'importance de la conservation de la continuité du canal périostéo-capsulaire pour faire reconstituer, après des résections articulaires des articulations de même type que les articulations enlevées. Je citais à ce propos des cas de résection de l'épaule et du coude chez l'homme, aussi complets au point de vue de la reconstitution de l'articulation que les observations expérimentales dont je mis les pièces sous vos yeux. Je viens aujourd'hui, dans le même ordre d'idées, vous exposer le résultat des résections et ablations sous-périostées que j'ai pratiquées sur les os du pied.

L'ablation du calcanéum est une opération qui a été rarement pratiquée en France, et je ne connais même que les faits de M. Rigaud de Strasbourg, mentionnés par M. Bœkel dans sa traduction du traité des résections de Heifelder. Cette opération a été souvent pratiquée à l'étranger pendant ces dernières années, et, bien que les résultats physiologiques n'aient pas été complétement satisfaisants, ils ont été assez remarquables pour faire accepter cette opération conservatrice. Je vous ai montré dans le temps des exemples de régénération du calcanéum chez les animaux après la résection sous-périostée d'une grande partie de cet os. Chez l'homme on peut obtenir, dans des conditions d'âge déterminées, un résultat analogue, au point de vue de la régénération de l'os. Le moule en plâtre que je mets sous vos yeux se rapporte à une jeune fille, qui a dix-sept ans aujourd'hui, à laquelle j'ai enlevé, par la méthode sous-périostée, les cinq sixièmes du calcanéum. J'enlevai d'abord les deux tiers postérieurs en un seul fragment; puis, l'os s'étant brisé au moment où je l'écartais avec un davier, j'enlevai avec la gouge la moitié au moins de la portion restante. A la place des parties enlevées, il s'est reconstitué une tubérosité osseuse sur laquelle porte le poids du corps. Le diamètre antéro-postérieur du pied est diminué, parce que le calcanéum nouveau n'est pas aussi saillant en arrière que le calcanéum normal; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que le tendon d'Achille s'implante solidement sur lui, soulève le talon par ses contractions et abaisse la pointe du pied.

Pour obtenir ce résultat, je détache le tendon d'Achille au lieu de le couper; je conserve tous ses rapports avec la gaîne périostique, de manière qu'au cas où la régénération osseuse ne s'effectuerait pas, le tendon d'Achille puisse continuer à agir sur l'avant pied par l'intermédiaire de cette gaîne fibreuse, *qui agira toujours comme un tendon prolongé.* C'est là le point essentiel du procédé opératoire, qui est du reste combiné de manière à ne léser aucun tendon et à limiter le traumatisme dans l'intérieur de la gaîne périostique. Aussi cette opération est-elle celle qui démontre le mieux l'utilité théorique et pratique de la méthode que j'emploie. J'aborde l'os par une incision coudée, suivant le bord externe du tendon d'Achille, allant jusqu'au-dessous de la tubérosité postérieure du calcanéum, et changeant alors de direction pour se porter en avant et se terminer au niveau de la face supérieure de l'apophyse postérieure du cinquième métatarsien. Inutile de dire que dans cette dénudation de l'os je ne me sers pas du bistouri : je dépouille complétement le calcanéum au moyen de la rugine droite dont je me sers habituellement. A mesure que je détache le tendon d'Achille, je rejette en dedans le lambeau cutanéo-périostique, et je dénude successivement toutes les faces en détachant les tendons des péroniers, qui pourraient gêner la manœuvre.

Ce procédé a un grand avantage au point de vue de la conservation de la forme, le talon ne s'affaisse pas, ou du moins ne s'affaisse que d'une manière peu marquée : vous pouvez voir, d'après ces photographies, qui se rapportent à d'autres opérés, combien la saillie du talon est remarquable, malgré l'ablation du calcanéum. Une de ces figures se rapporte à un sujet auquel j'ai enlevé tout le calcanéum il y a quatre mois, et vous pouvez voir que la forme du pied est à peu près normale, bien qu'il n'y ait peut-être encore que du tissu fibreux ou ostéo-fibreux dans la cavité périostique; mais le talon est solide, et ne s'affaisse pas, bien qu'on presse très-fortement sur lui avec la paume de la main; le malade ne marche cependant encore qu'avec des béquilles.

La seconde série de faits que je désire vous exposer, se rapporte à l'ablation complète du premier métatarsien. L'ablation de cet os, assez rarement pratiquée jusqu'ici, a donné des résultats très-variables, qu'il est d'ailleurs très-difficile d'apprécier, car les malades n'ont pas été suivis. J'ai fait six fois l'ablation de cet os; j'ai eu des résultats différents selon les cas. Un de mes opérés a eu consécutivement l'orteil relevé en haut par le tendon extenseur, que je n'avais pas coupé préventivement. Depuis lors, j'évite cet accident par l'application d'un traitement préventif, consistant dans l'emploi d'une extension continue, au moyen de doigts de caoutchouc fixés à un appareil plantaire qui empêche l'orteil de se porter en arrière. Après ces opérations, je n'ai pas constaté d'abondante reproduction osseuse, à part un cas dans lequel la gaîne périostique contenait déjà des plaques ostéoïdes au moment de l'opération. Dans les autres cas, le tissu nouveau est resté presque exclusivement fibreux, il y avait pourtant des masses ostéoïdes ou osseuses dans l'intérieur. Mais, malgré l'imperfection de la reproduction, la forme de la région est remarquable; il y a une saillie qui touche le sol dans la station, et le pied n'est pas déformé. L'orteil peut se relever et se fléchir très-aisément; mais comme cette opération exige un traitement consécutif, long et douloureux à la fois, pour peu que l'extrémité postérieure de la première phalange fût cariée, l'amputation serait préférable. En pareil cas, je fais l'amputation sous-périostée, c'est-à-dire que je conserve le périoste de l'os, afin d'avoir un coussin plus épais.

Afin de compléter les renseignements que je vous ai donnés sur mes opérés de la résection de l'épaule et du coude, je fais passer sous vos yeux les photographies représentant la forme du moignon de

l'épaule et la saillie deltoïdienne, ainsi que l'écartement dont est susceptible le bras après la résection scapulo-humérale sous-périostée. Le deltoïde reprend ses fonctions, et, qui plus est, les muscles rotateurs, dont l'attache sur la gaîne périostique a été conservée, continuent à agir sur l'humérus. Que la tête se reproduise ou ne se reproduise pas, la gaîne périostique sert d'intermédiaire entre le tendon et l'os, et permet la transmission de l'action musculaire.

M. TRÉLAT. Je demanderai à M. Ollier de vouloir bien se rappeler que j'ai défendu ici, il y a plusieurs années, dans un rapport sur la résection du coude, la méthode opératoire qu'il préconise. J'y vois surtout de grands avantages au point de vue de l'opération, et toute question de régénération osseuse à part, je pense que c'est là le procédé normal pour pratiquer les résections.

M. BROCA. M. Ollier a fait en quelque sorte appel à mon témoignage sur la question de la facilité et de la simplicité du manuel opératoire. Dans l'opération que j'ai dernièrement pratiquée, aucune complication n'est résultée de la méthode suivie. — Au contraire, je fus frappé de l'extrême facilité de l'opération; je n'ai vu aucun de ces nerfs si redoutés au coude, l'opération s'est faite presque à sec, et j'ai pu ainsi enlever huit centimètres de l'humérus et réséquer les extrémités articulaires du cubitus et du radius.

M. TRÉLAT. Les avantages que nous signale M. Broca, sont précisément ceux que j'ai cherché à bien mettre en relief. En opérant toujours le long de l'os sans le quitter un instant, on a non-seulement un guide des plus sûrs, mais une opération simple, une plaie nette sans délabrement. Dans deux opérations que j'ai pratiquées, je me suis conformé à ces préceptes; M. Richet, qui a bien voulu m'appeler pour l'assister dans une résection du coude, peu de temps après la lecture de mon rapport, fut également frappé de la facilité et de la sûreté de cette méthode. Aussi, je le répète, l'ai-je préconisée abstraction faite de toute chance de régénération osseuse, car même à son défaut, cette manière de faire est évidemment la plus simple et la plus sûre.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Pseudarthrose de l'humérus. — Résection et suture des extrémités osseuses.

M. DEMARQUAY présente à la Société de cbirurgie une demoiselle âgée de vingt ans, à laquelle il a pratiqué avec succès la suture des os, pour une pseudarthrose de l'humérus, qui datait de quinze mois.

L'opération a été faite le 13 juin 1866. La fausse articulation siégeait au tiers inférieur de l'humérus. Par une incision longue de 7 à 8 centimètres, faite à la partie postérieure, parallèlement à l'axe du membre et à travers les fibres du triceps, M. Demarquay mit à nu le foyer de la fracture. Faisant saillir successivement les deux fragments, il les dénuda avec soin de leur périoste, dans toute la partie qui devait être retranchée. Puis, à l'aide de la scie à chaînes, il les réséqua dans l'étendue de 1 centimètre pour le fragment inférieur et de 1 centimètre et demi pour le fragment supérieur. Ces fragments, parfaitement libres d'ailleurs de toutes connexions entre eux et les parties voisines, étaient simplement recouverts d'une membrane fibreuse.

Avec une sorte de vilebrequin, le cbirurgien pratiqua ensuite sur chacun des fragments un trou de 4 à 5 millimètres de diamètre, par lequel il fit passer un fil métallique, qui embrassait ainsi dans son anse les nouvelles extrémités osseuses. Enfin, faisant rapprocher autant que possible les nouvelles surfaces, il tordit plusieurs fois le fil sur lui-même, et en abandonna les chefs dans la plaie.

On n'eût plus qu'à réunir par la suture la plaie extérieure et à placer le membre dans une gouttière.

Le fil métallique ne put être retiré que vers la sixième semaine, à la suite de tractions répétées. Il resta toutefois dans la plaie une petite portion de ce fil, qui s'élimina presque spontanément cinq mois après l'opération.

Du 9 août au 10 octobre, on a remplacé la gouttière par une série de bandages dextrinés. Plus tard le bras a été simplement mis en écharpe.

Le travail de consolidation, qui s'est continué régulièrement depuis l'opération, est à peu près complet aujourd'hui. Le cal est volumineux, le bras a son volume normal, la mobilité a disparu, les mouvements volontaires sont possibles, et la guérison peut être considérée comme parfaite. En comparant le bras avec celui du côté opposé, on constate un raccourcissement de 3 centimètres.

Une particularité de cette observation, c'est que la jeune fille avait eu, en même temps que sa fracture de l'humérus, une fracture de la rotule qui s'était consolidée en quarante jours. C'est un exemple de plus à ajouter à tant d'autres de la prédilection malheureuse des fractures de l'humérus, à se transformer en pseudarthroses.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine a choisi mercredi dernier les trois candidats, qu'elle doit présenter au ministre, pour occuper la chaire de thérapeutique et de matière médicale.

Ce choix devait se faire entre MM. Baudrimont, Gubler, Hardy et Sée.

Pour figurer en première ligne sur la liste de présentation, au premier tour de scrutin :

M. Sée a obtenu.	11 voix.
M. Gubler.	8
M. Hardy.	4

Au second tour de scrutin :

M. Sée.	13 voix.
M. Gubler.	8
M. Hardy.	2

Pour la seconde place, sur 22 votants, les voix se sont ainsi partagées :

M. Hardy	13 voix.
M. Gubler	8
M. Baudrimont.	1

Pour la troisième place, sur 21 votants, M. Gubler a réuni 21 voix.

En conséquence, la liste de présentation a été ainsi arrêtée par la Faculté :

En première ligne, M. Sée.
En seconde ligne, M. Hardy.
En troisième ligne, M. Gubler.

— M. le docteur Jules Falret commencera un cours sur les maladies mentales, le lundi 3 décembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique, et le continuera tous les vendredis et lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par P. Cazeaux; ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique. Septième édition, revue, corrigée, avec notes et additions, par M. Tarnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, 1 vol. gr. in-8, orné de 5 pl. sur acier et de 159 pl. intercalées dans le texte, dessinées par Léveillé, gravées sur bois par Badoureau. — Prix : br. 14 fr.; cart. en toile, 16 fr.; demi-reliure chagrin, 17 fr.

Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, par M. Richet, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, de la Société impériale de chirurgie. Troisième édition, 1 vol. gr. in-8 de 1142 p., orné de 4 pl. sur acier et de 64 pl. intercalées dans le texte, dessinées d'après nature par Léveillé, gravées sur bois par Badoureau. — Prix : br. 15 fr.; cart. en toile, 17 fr.; demi-reliure chagrin, 18 fr.

Éléments de chirurgie opératoire, par M. Alph. Guérin, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, membre titulaire de la Société de chirurgie. Troisième édition, 1 vol. in-18 jésus, avec 306 figures intercalées dans le texte, dessinées par Léveillé, gravées sur bois par Badoureau. — Prix : br. 7 fr. 50; cart. en toile, 8 fr. 50.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par MM. Bernutz, médecin de la Pitié, et E. Goupil, médecin du bureau central. 2 vol. gr. in-8. — Prix : 18 fr.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. Whart-Jones, professeur d'ophthalmologie au collége de l'université de Londres. Traduit de l'anglais sur la 3e édition, avec des notes et additions, par M. Foucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et membre de la Société de chirurgie, etc. 1 vol. in-18 jésus, de 750 pages, orné de 4 pl. sur acier, coloriées, et de 147 figures intercalées dans le texte. — Prix, 9 fr.

Principes de pathologie générale, par P. Em. Chauffard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° de 750 p. — Prix, 9 fr.

Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme, recherches expérimentales, par Ludger Lallemand et Maurice Perrin, médecins-majors, professeurs agrégés à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, et Duroy, membre de la Société de pharmacie. 1 vol. in-8°, orné de 10 figures intercalées dans le texte. — Prix, 7 fr.

Origine et développement des os, par A. Rambaud et Ch. Renault. 1 vol. in-8, et atlas in-4° de 28 planches. — Prix : sur papier blanc, 20 fr.; sur papier chine, 30 fr.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie de F. Chamerot et Lauwereyns, rue du Jardinet, 13, à Paris.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. De la goutte viscérale, et de quelques affections liées à la goutte. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles. — Bibliographie. — Feuilleton.

PARIS, LE 3 DÉCEMBRE 1866.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Il est des époques où l'esprit public, las de théories, veut des faits bruts. Non-seulement alors on est hostile aux interprétations plus ou moins hasardées, mais on se défie de toute tendance vers une généralisation, de toute vue un peu compréhensive.

Tel ne semble point être le cas en ce moment ; car les discussions sur les diathèses, leur nature et leur influence, loin de s'éteindre aussitôt sans écho, se prolongent et se généralisent dans les sociétés dont le but est le plus essentiellement pratique.

En France, la *Société médicale des hôpitaux* s'occupe de la blennorrhagie et de ses suites; à Londres, la *Société médicale* discute l'influence de la syphilis sur les maladies qui surviennent chez les sujets syphilitiques ; et de part et d'autre les systèmes se croisent et se multiplient.

Si l'on reste dans le domaine de l'observation attentive, cette tendance à généraliser pourra conduire à de nouvelles découvertes ; car les rapports entre les choses ont une existence non moins certaine que les choses prises en elles-mêmes. On peut même dire que la science se compose surtout de rapports reconnus et bien constatés.

Ainsi, qu'on cherche entre les faits des liaisons plus ou moins directes, qu'on généralise plus ou moins, on peut le faire avec profit, quand on fait marcher l'observation toujours avant la théorie ; quand on use de cette dernière comme d'un moyen provisoire qui sert à fixer l'attention, mais qui ne présente par lui-même aucune espèce de certitude.

Si au contraire on lâche la bride à l'imagination, si l'on s'enferme dans son cabinet pour rêver sur les maladies et sur leur nature, si l'on croit en soi comme en un prophète, loin de faire avancer la science, on met obstacle à ses progrès.

La science médicale est tout entière dans l'observation du malade : observation pendant la vie, observation dans l'amphithéâtre.

L'expérimentation elle-même ne peut que fournir de nouveaux sujets d'observation dans des conditions déterminées.

C'est donc par l'étude du malade que les théories doivent se former et se juger, se compléter ou disparaître. Celles qui n'ont pas cette origine sont toujours vaines, quel que soit le génie de ceux qui les ont formulées.

Cependant nous devons plus d'une fois indiquer des théories de cette dernière espèce; car le devoir d'un journal scientifique est de mettre toujours ses lecteurs au courant, non-seulement des nouvelles découvertes, mais de l'état général des esprits et des tendances scientifiques dont cet état général se compose.

Souvent nous laissons à nos lecteurs le soin de juger par eux-mêmes jusqu'à quel point peuvent être hasardés les systèmes dont nous donnons une analyse; comme souvent nous publions sans commentaires des faits curieux qui sortent des règles ordinaires et sont encore mal déterminés.

Ces faits peuvent mettre sur la voie de découvertes ultérieures; ce sont des éléments informes qui peuvent appeler l'attention de ceux qui nous lisent : leur faire chercher, étudier, rapprocher, et désormais classer les faits semblables; comme les théories mêmes fausses, ébauchées par un praticien, peuvent devenir la base de travaux qui feront avancer la science.

Quelques faits dignes d'être notés se sont présentés à l'Hôtel-Dieu, la semaine dernière.

Un jeune homme que l'on considérait comme présentant le type le plus complet de la fièvre typhoïde est mort dans le troisième septénaire de sa maladie, et à l'autopsie on n'a trouvé aucune des lésions caractéristiques. S'agissait-il là d'un *typhus fever,* maladie qui diffère de la fièvre typhoïde surtout par l'absence de lésions?

Quoi qu'il en soit, le fait est remarquable parce que des médecins habiles, des observateurs éclairés, comme M. le docteur Fournier, ne mettaient point en doute l'existence de la fièvre typhoïde la plus normale et la mieux caractérisée par tous les signes ordinaires.

Dans le service de M. Laugier, un homme, atteint d'une ophthalmie non purulente, et ne présentant nulle part aucun oyer de suppuration, est mort de fièvre purulente avec abcès métastatiques dans le foie et dans les poumons. Nous publierons bientôt sur ce cas une note plus détaillée.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la goutte viscérale, et de quelques affections liées à la goutte (suite).

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Dans la dernière conférence, nous nous sommes occupés des affections qui peuvent, dans le cours de la goutte, se développer du côté du système nerveux, de l'appareil circulatoire, ou du tube digestif.

Nous allons continuer cette étude aujourd'hui, en commençant par les manifestations de ce genre, qui peuvent atteindre les organes de la respiration, et en terminant cette revue pathologique par l'appareil urinaire, nous examinerons ensuite quelques autres phénomènes qui doivent également trouver leur place dans l'histoire de la goutte viscérale.

I. — APPAREIL RESPIRATOIRE.

1° *Asthme goutteux.* — Il est question, dans presque tous les ouvrages, de cette maladie, qui peut exister aussi dans certaines formes de rhumatisme chronique, ainsi que nous le verrons bientôt.

L'asthme goutteux peut être *fonctionnel ;* il affecte alors la forme catarrhale ; c'est la toux goutteuse, la dyspnée revenant par accès, que nous avons déjà signalées en parlant de la diathèse urique.

M. le docteur Vigla en a rapporté un exemple intéressant à la Société de médecine des hôpitaux.

D'autres fois, il s'agit de l'asthme proprement dit, avec *emphysème,* qui alterne avec la goutte ou peut la remplacer. Ces faits sont assez rares : Patissier n'en a vu que 2 cas sur 80 malades; Garrod, 1 cas sur 40; enfin, Hyde-Solter, auquel on doit un traité de l'asthme, en rapporte aussi un cas;

2° La pleurodynie goutteuse est une douleur siégeant sur les parois de la poitrine, qui dégénère souvent en *pleurésie,* s'il faut en croire les auteurs;

3° Existe-t-il une pneumonie goutteuse? Quelques observateurs en ont parlé, mais on manque de faits bien authentiques. Scudamore a vu deux fois la goutte se déclarer après la guérison d'une pneumonie. On se demande s'il ne s'agit pas ici d'une coïncidence fortuite. Toujours est-il que, d'après le même auteur, ces deux affections peuvent coexister, sans exercer aucune influence l'une sur l'autre.

II. — VOIES URINAIRES.

Les affections des voies urinaires sont fréquentes dans la goutte, et deviennent presque la règle, à une certaine période de la maladie. Elles sont rares, au contraire, dans les diverses formes du rhumatisme articulaire chronique. C'est là un caractère distinctif qu'il n'est pas sans intérêt de faire ressortir.

Il faut cependant éliminer du cadre de la goutte viscérale tout ce qui est relatif à la pierre et à la gravelle urique, soit rénale, soit vésicale; ces accidents sont fréquents, il est vrai, chez les goutteux, mais sans leur appartenir d'une manière exclusive.

Mais il existe des affections urinaires qui correspondent directement à la goutte, et que nous allons maintenant décrire.

A. Les reins peuvent être frappés d'un trouble fonctionnel, passager, qui offre des analogies évidentes avec la goutte articulaire. Il survient à une époque peu avancée de la maladie ; il a pour symptômes une douleur vive mais transitoire, alternant manifestement avec la goutte articulaire, et une albuminurie qui ne persiste pas longtemps. Il peut se faire que, pen-

---

FEUILLETON.

LETTRES OBSTÉTRICALES

DE VON SIEBOLD.

Siebold, qui ne connaît ce nom? c'est l'Hippocrate allemand comme Sydenham est l'Hippocrate anglais. Il le dit lui-même page 16 de ses lettres obstétricales, quand il compare sa famille à la célèbre famille des Asclépiades d'où descendait le père de la médecine. Un peu plus de modestie, il est vrai, n'aurait pas été déplacée dans la bouche d'un auteur parlant de lui-même, mais bah! en fait de généalogie, qui ne céderait à la noble faiblesse d'orner sa maison de tous les preux de sa lignée! Siebold, lui, nous fait connaître ses ascendants paternels et maternels, ses consanguins, etc... Tous sacrifiaient à Esculape, et le titre de Von Siebold prouve qu'en Allemagne comme en France, comme en Angleterre, il y a l'aristocratie du métier.

Siebold était donc un gros baron, un prince de la science; mais, au moins, celui-là mettait en précepte ce vieil adage connu : « noblesse oblige. »

J'en prends à témoin ses nombreux écrits scientifiques et littéraires, et notamment ses lettres obstétricales, traduites par le docteur Morpain et précédées d'une introduction du savant professeur Stoltz.

Ce dernier ouvrage de Siebold, si remarquable malgré son peu d'étendue, contient la biographie de l'auteur et se compose de vingt-deux lettres, suivies d'annotations de Stoltz qui pourraient me dispenser de toute espèce de critique. Lisez, lecteur, lisez ces lettres; vous y trouverez, outre ce qui est personnel à l'homme illustre qui s'y fait connaître, des réflexions et des pensées dignes des plus sages moralistes, et pouvant servir tout à la fois à l'histoire de l'art et aux charmes de vos loisirs. Point n'est besoin d'être du métier pour goûter ce petit livre. Il renferme bien des choses, qui n'ont rien à démêler avec l'obstétrique proprement dite. Qu'a-t-elle affaire dans la dix-neuvième lettre par exemple : *Étude psychologique de la femme...*; la vingtième : *Désir de plaire et vanité de la femme...*; la vingt et unième : *Passions de la femme...*, etc. L'auteur ne tarit pas sur les défauts de la femme; heureusement qu'après la critique amère viennent les douceurs, non moins justifiées, que l'éloge, et que la vingt-deuxième lettre est une véritable apothéose du beau sexe.

Si ma notice tombe dans les mains d'une dame, je suis sûr qu'elle voudra lire tout au moins cette dernière partie du livre, ne fût-ce que par la curiosité de savoir ce que pense de ces dames le vilain sexe; lecteurs plus gravement sérieux, faites comme elle, achetez chez J. B. Baillière et fils, les *Lettres obstétricales* de Von Siebold, c'est un format de poche, et il vous sera facile, comme je l'ai fait moi-même, de les lire en chemin, dans la rue, sur l'omnibus, partout en un mot; vous y glanerez bien des choses dont je veux vous laisser la surprise.

La modique somme de 2 fr. 50 que coûte cet ouvrage ne saurait être un obstacle à sa diffusion; trouve-t-on beaucoup de livres de science à ce prix? Eh bien, celui-là est tout à la fois un livre de science et de philosophie. Il initie aux conditions de l'enseignement médical en Allemagne aussi bien que pourrait le faire le rapport de M. Jaccoud.

En voulez-vous quelques exemples : d'abord, après un an d'étude, notre futur docteur, incidemment jeté dans la carrière des héros, est pris comme soldat et incorporé dans l'armée prussienne. Heureusement son amour pour la paix n'en fut pas atteint, car alors le fusil à aiguille n'était pas encore de mise, et les succès de cette arme n'avaient pas fait naître la fièvre des annexions belliqueuses.

Voilà le premier inconvénient qui arrive à l'étudiant en Prusse. M. de Bismark lui-même n'en a pas été exempt, et quand il faisait ses études de droit, il dût quitter Thémis pour Bellone. Voyez-vous d'ici ce grand ministre entre les mains duquel se trouvent aujourd'hui les destinées de l'Allemagne, monter sa faction à la porte de quelque fonctionnaire, en costume de chasseur prussien...

Siebold toutefois retira de ce métier l'obéissance passive et l'exactitude. Il n'en faut pas davantage pour faire fortune. Le terrain de la guerre ne lui était pas entièrement inconnu, car quelques années auparavant il avait fait connaissance avec les soldats français qui promenaient le drapeau tricolore dans toute l'Europe, et il avait vu aussi, par suite des vicissitudes du sort, les Cosaques campés à Wurtzbourg; Siebold et ses camarades leur achetaient des arcs et des flèches en échange de l'argent de leurs menus plaisirs et peut-être aussi de la chandelle destinée à l'étude du soir.

Lorsqu'il fut rentré dans la vie civile, Siebold reprit ses études interrompues et les termina en sept ans. Puis il voyagea par ordre de son père, autant pour se perfectionner que pour laisser à l'auteur de ses jours le temps de se remarier, comme il nous l'apprend lui-même.

De retour à Berlin, Ed. Siebold fut nommé *assistant* à la maison d'accouchements fondée et dirigée par Élie Siebold, son père.

L'*assistant* choisi par le professeur remplit à peu près les fonctions attribuées, chez nous, au chef de clinique. Siebold a tracé, dans sa quatorzième lettre, le rôle de ce représentant immédiat du professeur qui l'a élu. Un bon *assistant,* dit-il, doit être soumis, zélé, imbu des idées du maître, et son second lui-même. Il importe surtout qu'il

dant toute la durée de cette complication, il n'y ait aucune émission de graviers.

Cette manifestation de la goutte n'est pas exceptionnelle ; Garrod en a observé plusieurs cas, et j'en ai vu un moi-même avec M. le docteur Blin. Le malade dont il s'agit était un médecin.

B. Les affections permanentes du rein deviennent presque la règle, dans la goutte chronique ; il s'agit ici d'une *néphrite albumineuse*, offrant des caractères anatomiques qui ne laissent subsister aucun doute sur son origine, à savoir, des infarctus d'urate de soude dans le parenchyme du rein. Nous avons déjà décrit ces altérations, en traitant de l'anatomie pathologique

Une fois constituée, la néphrite albumineuse de la goutte ne diffère que bien peu, par ses symptômes, de la maladie de Bright ordinaire. On trouve en général les urines claires, peu colorées; elles renferment une quantité d'albumine variable, mais presque toujours assez faible, contiennent peu d'urée et de sels, et montrent au microscope des cylindres fibrineux, garnis de cellules épithéliales, ou passés à l'état granuleux. Il peut y avoir de l'œdème de la face et des membres inférieurs; mais ce symptôme fait souvent défaut. On constate aussi, comme dans la maladie de Bright ordinaire, de la dyspepsie et de la diarrhée. Mais, comme nous l'avons fait déjà pressentir, la marche de l'affection est plus lente, et son pronostic moins grave, que celui de la néphrite albumineuse proprement dite.

Cependant on a quelquefois observé de l'urémie dans le cours de cette affection : Basham, Todd, Deschamps (de Bordeaux), et d'autres observateurs, en ont rapporté plusieurs exemples : j'ai appelé moi-même l'attention sur ce point il y a plusieurs années, et M. Fournier en a fait ressortir l'importance dans sa remarquable thèse de concours sur l'urémie.

C. La *goutte vésicale* a été signalée par divers auteurs : Scudamore en a parlé, et Todd s'est attaché à en faire ressortir les caractères; et l'on doit y rattacher un grand nombre de cas que les Anglais désignent sous le nom de *vessie irritable* (irritable bladder).

Dans le principe, comme nous l'avons déjà vu pour les reins, il s'agit d'une affection passagère, d'un trouble dynamique, caractérisé par une douleur soudaine et violente de la vessie, par du ténesme, et par l'émission de sang et de mucopus par l'urèthre, même en l'absence de toute complication calculeuse (Todd); ces phénomènes peuvent alterner avec les affections articulaires.

Mais, à un degré plus avancé, c'est une lésion permanente, avec catarrhe de la vessie, et d'autres phénomènes de cette espèce.

D. On a parlé enfin d'une *uréthrite* goutteuse, avec écoulement de pus par l'urèthre; mais les auteurs (et Scudamore en particulier) ne s'en sont-ils pas laissé imposer? Il s'agissait peut-être d'une arthrite blennorrhagique. Telle est, du moins, l'interprétation qu'il est permis d'appliquer à quelques-unes des observations de Scudamore.

III. — Le cadre dans lequel j'ai cru devoir circonscrire l'histoire des affections goutteuses abarticulaires ne m'a pas permis de vous entretenir de certains accidents qui paraissent également relever, d'une manière plus ou moins directe, de la diathèse goutteuse. Le moment est venu d'en dire quelques mots.

On a depuis longtemps signalé, dans plusieurs des maladies qui impriment à la crase du sang une modification profonde, une disposition particulière aux phlegmons de mauvaise nature et au sphacèle.

La néphrite albumineuse est un exemple de ce genre : on voit souvent survenir, chez les albuminuriques, des érysipèles gangréneux ou des phlegmons diffus dans les régions infiltrées, soit spontanément, soit à la suite d'incisions ou de piqûres. Aussi, les ponctions et les scarifications qui, dans d'autres hydropisies, sont un moyen de soulager le malade, sont-elles formellement contre-indiquées en pareil cas. (Rayer.)

Le diabète nous offre un second exemple de cette prédisposition fâcheuse. Les médecins anglais avaient depuis longtemps remarqué que les anthrax, les gangrènes sèches, les phlegmons diffus, se manifestaient volontiers chez les diabétiques; et M. Marchal (de Calvi), sans connaître les travaux de ses prédécesseurs, a eu le mérite d'appeler l'attention sur ce sujet, qui, avant lui, n'avait guère été étudié en France.

Or, nous rencontrons une série analogue de phénomènes dans la diathèse urique et dans la goutte confirmée.

Cette coïncidence pathologique, déjà signalée par Morgagni, Thompson, Schönbein, Ure, Carmichael et Prout, a été mise en lumière, dans ces derniers temps, par les travaux de M. Marchal (de Calvi), qui a nettement dégagé les accidents diabétiques de ceux qui relèvent de la goutte, ce que n'avait fait aucun de ses prédécesseurs.

On peut diviser en trois catégories principales les phénomènes de ce genre qui se rattachent à la diathèse urique :

1° *L'anthrax urique*, lorsqu'il survient *avant* l'apparition de la goutte, est considéré comme accidentel par Garrod et M. Trousseau ; mais les accidents de ce genre, lorsqu'ils surviennent dans le cours même de cette maladie, paraissent se rattacher à la diathèse goutteuse. Ledwich et M. Marchal (de Calvi) en ont fait connaître plusieurs cas.

2° Les *phlegmons*, les *érysipèles* de mauvaise nature, qui peuvent survenir chez les goutteux, ont été signalés par Prout. On sait d'ailleurs, que l'opération de la cataracte réussit mal chez ces malades, parce que l'œil s'enflamme presque toujours. (Budd.) On peut rapprocher de ces faits la suppuration du globe de l'œil dans un cas de goutte chronique (Critchet), et le défaut de consolidation des fractures. Dans un cas où la malléole externe était fracturée, il survint un accès de goutte : les fragments se séparèrent, des ulcérations se développèrent, les os furent mis à nu; mais tout rentra dans l'ordre, après la cessation de l'accès de goutte.

3° La *gangrène sèche*, signalée par Carmichael, MM. Rayer et Marchal (de Calvi), survient surtout chez les sujets débilités atteints de la forme chronique de la goutte, et présentant des tophus.

IV. — Nous allons parler maintenant des affections intercurrentes dans la goutte.

Il ne s'agit plus ici d'affections subordonnées à la diathèse goutteuse, mais bien des complications qui peuvent survenir dans le cours de la maladie. Comment les affections intercurrentes sont-elles modifiées par la goutte? On peut, à cet égard, établir un parallèle entre la maladie de Bright, le diabète et l'affection qui nous occupe en ce moment. En effet, le traumatisme dans la goutte a des conséquences que nous venons de signaler. Voilà déjà un point de contact entre ces trois affections. Les phlegmasies, d'après Prout, prennent souvent un caractère adynamique chez les goutteux, surtout lorsqu'ils sont strumeux et obèses : c'est ainsi que finissent la plupart d'entre eux. Il y a là un rapprochement nouveau à établir avec l'albuminurie et le diabète. Le typhus présente, chez les goutteux, une gravité exceptionnelle ; il serait constamment mortel, d'après Schmidtmann et Murchison. La syphilis, d'après Wells, est très-grave chez les sujets atteints de goutte. Elle prend volontiers le caractère scorbutique.

Ces accidents, propres aux goutteux cachectiques, s'expliqueraient, selon Garrod, par l'imperméabilité du rein. Une métamorphose rapide des tissus exige souvent une élimination énorme, qui ne peut pas avoir lieu quand l'excrétion rénale est insuffisante. Mais il est probable que le problème est plus complexe que l'auteur anglais ne paraît le supposer ; la crase du sang doit y jouer un grand rôle. On peut affirmer, du moins, que sous l'empire d'une pareille diathèse, les phénomènes mécaniques, physiques et chimiques de la vie doivent s'accomplir avec bien plus de difficulté que dans l'état normal.

Mais lorsqu'il n'existe point de cachexie, la terminaison de ces maladies est loin d'être aussi funeste et les choses se passent à peu près comme dans les conditions ordinaires. Il faut remarquer, cependant, que les accidents inflammatoires réveillent presque toujours la prédisposition goutteuse et font apparaître les accès. Nous avons déjà signalé les effets du traumatisme à cet égard. Relativement aux phlegmasies, on peut distinguer trois cas :

1° L'affection intercurrente (pneumonie, pleurésie, angine, érysipèle) dure un temps plus ou moins long, puis la goutte éclate. Scudamore et Day en ont rapporté des exemples. On regarde en général cette apparition de la goutte comme un phénomène favorable ; c'est la *goutte critique*. On sait qu'il en est parfois de même dans le rhumatisme. On peut se demander si, en pareille circonstance, l'explosion de l'accès n'a pas été provoquée par l'affection intercurrente : s'il en était ainsi, l'apparition de la goutte ne serait point un phénomène critique.

2° L'affection inflammatoire suit sa marche concurremment avec la goutte, sans éprouver de modification notable. Cela se voit quelquefois pour l'angine et la pneumonie. (Scudamore.)

3° Il y a suppression brusque des phénomènes extérieurs de la goutte, au moment où l'affection intercurrente se développe. Ce cas est grave; il faut s'efforcer de rappeler la goutte vers les extrémités, mais on échoue le plus souvent.

V. — L'action de certains médicaments, ainsi qu'on pouvait le supposer *à priori*, offre chez les goutteux des caractères spéciaux. Ainsi le *plomb*, administré à dose médicamenteuse pour arrêter une hémorrhagie, a produit une imprégnation métallique rapide avec le liseré gingival et les coliques saturnines. (Garrod.) Le *mercure*, d'après Garrod et Price Jones, amène plus promptement la salivation chez les goutteux que chez les autres sujets. J'ajouterai que l'*opium* ne doit être administré qu'avec la plus grande réserve aux sujets atteints de goutte chronique, s'il existe chez eux quelques indices d'une affection rénale; car on voit ce médicament déterminer alors des accidents cérébraux dont l'intensité est hors de proportion avec la dose employée.

VI. — Il nous reste à signaler entre la goutte et le diabète, des rapports plus intimes que ceux sur lesquels nous venons d'insister, et qui se rattachent d'une manière encore plus évidente à l'ensemble des modifications que subit l'économie.

Hunter avait posé en principe que, lorsque l'organisme est envahi par une diathèse, aucune autre affection générale ne peut coexister avec celle-ci ; en d'autres termes, une affection constitutionnelle, une fois établie chez l'individu, ne souffre point de rivale.

A ce principe se rattache la doctrine des *antagonismes*, doctrine exagérée, sans doute, par l'école de Vienne (Rokitansky, Engel), mais qui renferme cependant un fond de vérité.

Mais, à côté des *antagonismes*, il existe certainement des *affinités* ; et c'est une relation de ce genre qui subsiste entre *le diabète* et *la goutte*. C'est ce que nous allons maintenant essayer de démontrer.

La notion d'une connexité plus ou moins directe entre le diabète et la goutte ne semble guère remonter au delà d'une quarantaine d'années. Scudamore, loin de pressentir cette affinité, soutient que ces deux maladies se rattachent à des causes tout opposées. Mais un auteur allemand, Stosch, de Berlin, qui publiait, en 1828, un *Traité du diabète*, décrit, dans cet ouvrage, un *diabète métastatique* survenu après la cessation de la goutte; il cite à ce propos deux auteurs anglais, Whytt et Fraser. Deux ans plus tard, Neumann, dans sa pathologie, mentionne un *diabète symptomatique* de la goutte.

A une époque plus rapprochée, Prout, qui paraît avoir entrevu toutes les questions de ce genre, signale les attaques de goutte et de rhumatisme parmi les causes les plus fréquentes du diabète. Rien n'est plus ordinaire, dit-il dans un autre endroit, que de rencontrer un peu de sucre dans l'urine des goutteux; ils ne s'en aperçoivent que lorsque les accidents

---

ne s'occupe pas d'enseignement; et c'est pour cela que Siebold ne veut pas d'un agrégé, qui pourrait introduire une autre école dans l'école!

Nous avons vu cela à Paris, où, depuis la création du concours pour les chefs de clinique, ceux-ci sont à peu près indépendants du maître, et mènent par les salles de malades leurs élèves particuliers.

Lorsqu'il eut subi ses dernières épreuves, Siebold obtint le titre de professeur particulier (*Privat Docent*). « A cette occasion, dit-il, je fis devant la Faculté une leçon sur l'opération césarienne ; et en public je parlai de l'accouchement prématuré (page 51). »

Telles sont donc les épreuves à subir en Allemagne, pour obtenir le titre de professeur particulier. Je regrette ici de voir l'honorable Stoltz (page III, Int.) partager l'erreur de Siebold à propos des professeurs particuliers en France, où, dit celui-ci, est professeur qui veut. La musique, la danse, la grammaire, les langues mortes et vivantes ont leurs professeurs; des sages-femmes se disent professeurs et n'ont jamais rien professé, etc. Sans doute, le charlatanisme a exploité le titre de professeur; mais, en médecine comme en accouchement, c'est sur l'avis de la Faculté que le ministre de l'instruction publique autorise le professeur particulier à faire un cours à l'École pratique. Or qui n'a connu l'état si florissant de cette succursale du grand amphithéâtre, où se sont formés de si bons praticiens, et qui a rendu de si grands services? Presque tous nos maîtres ont professé à l'École pratique. Quant aux professeurs particuliers non autorisés, ce sont, pour la plupart, des élèves plus avancés que d'autres, qui aident leurs camarades à passer leurs examens plutôt que de vrais professeurs.

D'un autre côté, il n'y a pas un seul médecin enseignant à l'École pratique qui ne soit apte à subir les deux épreuves citées dans Siebold ; et comparer le *Privat Docent* avec nos agrégés, ce n'est pas faire honneur à ce corps si distingué des agrégés de la Faculté de Paris. Quelle différence en effet entre un examen et un concours, sans parler du nombre limité des concurrents!

Une autre erreur que je dois aussi relever (*loco cit.*), par ce seul motif qu'elle s'est glissée sous la plume d'un homme que j'estime et dont la position fait autorité, c'est de croire qu'il soit défendu à nos agrégés de faire des cours contre honoraires. Il n'en est rien ; un seul exemple entre plusieurs : jamais cours ne fut plus brillant et plus suivi que le cours particulier de Pajot; or il était agrégé, et son cours était payant... Il ne cessa que quand le maître fut nommé professeur à la Faculté.

Siebold lui-même a fait des cours payants de philologie, science dans laquelle il était très-versé ; il en a fait aussi d'accouchements ; et il a soin de nous apprendre (page 24), qu'il se constituait un assez joli revenu.

Les professeurs particuliers, qui n'existent d'ailleurs qu'à Paris, s'ils ne sont pas examinés *ad hoc*, ont toujours pour critèrium de leur capacité, l'appréciation des élèves eux-mêmes, qui cessent bientôt de se grouper autour d'un professeur incapable, et la clôture d'un amphithéâtre suivrait de près l'absence des auditeurs.

Il y a même quelque chose dans cette institution qui flatte les adeptes d'une profession libérale, c'est que le professeur ne leur est pas imposé, et qu'étant l'homme de ses élèves, il est forcé de travailler sans relâche pour soutenir sa position ; tandis que celui qui possède une chaire, s'il n'a pas l'activité de Siebold, peut se reposer tranquillement sur ses lauriers et émarger à la caisse de la Faculté.

Après cette défense de l'enseignement libre, nécessitée par les parallèles établis dans les lettres obstétricales, je passe à l'appréciation que Siebold fait des sages-femmes, 9e lettre. Il entre dans de grands détails sur l'instruction des accoucheurs de l'antiquité, du moyen-âge et de son époque.

Pour ce qui concerne les sages-femmes badoises, russes et de Berlin, elles ne paraissent pas, en définitive, valoir mieux ni moins que les nôtres, malgré le titre de docteur obtenu par quelques-unes. Elles jouissent seulement, en Allemagne, d'un peu plus de considération qu'en France; et plusieurs femmes de la famille même de Siebold, n'ont pas craint d'embrasser cette profession. Nos Lachapelle et nos Boivin ne nous laissent rien à envier aux pays étrangers

Nous avons toutefois un désir à exprimer, car notre linge de famille n'est pas irréprochable; c'est de voir arriver bientôt la suppression de la 2e classe des sages-femmes, comme cela paraît exister de l'autre côté du Rhin; les conditions d'études et d'examen étant les mêmes, pourquoi ne pas réunir les deux classes en une seule?

Dans sa 10e lettre, l'auteur que j'analyse, examine les diverses méthodes d'enseignement et les conditions nécessaires pour faire un bon manuel sur l'art des accouchements. Un manuel, dirait-on à Paris, fi! mais Siebold croit, et nous partageons complétement son avis, qu'en étude il faut aller du simple au composé; après le manuel, le traité.

Quinzième lettre : qualités physiques et psychiques d'un accoucheur. Que d'accoucheurs, s'ils avaient lu cet article avant d'embrasser le culte de Lucine, auraient préféré le culte de... leurs choux!

Enfin les quatre dernières lettres traitent, comme je l'ai déjà dit, de la psychologie de la femme. On y trouve, entre autres choses, la *caractéristique* de la vie morale de la femme, que Siebold recommande à l'accoucheur de bien étudier.

L'ovaire c'est la femme, avait déjà dit Négrier. La femme c'est la maison, ajoute Siebold ; et il engage celles qui auraient quelques velléités de se faire bas bleu, à méditer ce conseil de Sophocle :

« Γύναι, γυναιξὶ κόσμον ἡ σιγὴ φέρει. »

Aias, 293.

habituels du diabète, la polyurie, la soif, l'amaigrissement, se sont ouvertement déclarés. Un autre observateur anglais, Bence Jones, avait également constaté que la *gravelle urique* prédispose au diabète.

En France, M. Rayer a fait maintes fois remarquer à ses élèves la connexité qui existe entre la gravelle urique, la goutte et le diabète. On peut consulter, à cet égard, la thèse de M. Bentons, et les leçons de M. Cl. Bernard (1855).

M. Marchal (de Calvi) s'est également occupé de cette question, à propos de la gangrène diabétique, dès l'année 1856. Il a publié plus tard (1864) un ouvrage où ce sujet est étudié avec un talent remarquable.

D'après cet observateur distingué, il existe un *diabète urique* ou *goutteux* ; cette conclusion est conforme aux observations antérieures et à la réalité des faits. Mais on pourrait peut-être reprocher à M. Marchal (de Calvi) d'avoir un peu trop étendu le domaine de cette forme de diabète, et celui de la diathèse urique en général. Les réflexions qu'il présente à cet égard ne s'appliquent guère qu'aux classes favorisées de la société, du moins en France.

Il existe incontestablement un rapport entre le diabète d'un côté, la goutte et la gravelle urique de l'autre ; mais la fréquence de cette relation varie suivant le terrain sur lequel on s'est placé pour observer les faits. Ainsi Griesinger, qui a étudié le diabète chez des sujets appartenant à toutes les classes, n'a trouvé que *trois* goutteux sur *deux cent vingt-cinq* diabétiques ; au contraire, M. le docteur Seegen, qui professe la médecine aux eaux de Carlsbad, et dont les malades appartiennent par conséquent aux classes aisées, a rencontré *trois* cas de goutte sur *trente et un* cas de diabète. La proportion, comme on le voit, varie de 1/10 à 1/75.

Il ne faut pas, du reste, se borner à recueillir les faits dans lesquels la goutte se transforme en diabète chez le même sujet ; il faut aussi, comme cela se fait pour les affections du système nerveux, étudier la transmission héréditaire des accidents, et leur répartition chez les divers membres d'une même famille.

Chez le même sujet on voit rarement coexister la goutte et le diabète confirmé ; mais ces deux affections alternent et se succèdent. La gravelle urique ou la goutte ouvre la scène ; puis, en général, la goutte s'éteint au moment où le diabète apparaît. M. Rayer avait déjà remarqué que la goutte se change en diabète ; et Garrod dit, en propres termes : « *quand le diabète apparaît la goutte cesse.* »

Il faut ajouter que l'*obésité* précède souvent le développement du diabète.

Le pronostic peut être quelquefois aussi grave, en pareil cas, que lorsqu'il s'agit du diabète ordinaire ; on voit survenir des accidents gangréneux et la phthisie pulmonaire. Cependant, il faut le reconnaître, le diabète goutteux est le plus souvent d'une bénignité relative, surtout si le malade suit un régime convenable. C'est alors que le diabète est latent (Prout). Je pourrais citer des faits dans lesquels la guérison a paru coïncider avec le retour de la gravelle ou de la goutte ; c'est ce qui faisait dire à Prout que dans le diabète, l'apparition de la gravelle urique est un signe favorable ; cependant ces deux affections peuvent coexister sans s'amender mutuellement ; nous le verrons tout à l'heure dans votre second tableau.

Nous allons maintenant envisager les rapports entre la goutte et le diabète, considérés dans une famille composée de plusieurs individus. C'est ainsi qu'on voit un père goutteux, diabétique et phthisique, engendrer un fils goutteux (Billaud de Babigny) ou bien un père diabétique avoir un fils goutteux (observations personnelles).

Nous avons eu l'occasion de voir nous-même un cas bien remarquable de ce genre, qui nous a été communiqué par M. le docteur Réal, et dans lequel on vit la goutte, la scrofule, le diabète et l'obésité se manifester chez la plupart des membres de la même famille. Voici cette observation réduite sous forme de tableau :

TABLEAU I.

Père. Brasseur, distillateur.	»	»	Colosse.	Diabète.	Mort phthisique à 48 ans.
Mère	Lymphatique.	Sciatique.	»	»	...
1er fils. Brasseur.	Scrofule, Kératite	Rhumatisme articulaire?	Obésité.	Diabète à 50 ans.	Vit encore (60 ans).
2e fils. Brasseur.	»	Goutte à 25 ans.	Obésité à 35 ans.	Diabète.	Mort dans le délire.
3e fils	Lymphatique.	Goutte à 30 ans.	Obésité.	Diabète.	Mort d'un accident.
4e fils. Habitudes alcooliques.	»	»	Obésité.	»	Mort d'une cirrhose.
5e fils	Kératite	Goutte.	Obésité à 35 ans.	Diabète.	Mort phthisique à 48 ans.
Une fille.	»	Goutte.	Obésité.	»	Vit encore.
La fille de celle-ci	»	Goutte.	Obésité.	»	Vit encore.

Il y a évidemment une corrélation plus ou moins intime entre ces diverses maladies se reproduisant ainsi, à divers degrés, chez tous les membres d'une même famille.

J'ai observé moi-même la combinaison suivante :

TABLEAU II.

Père goutteux... { 1er fils. Gravelle.
2e fils. Diabète.
3e fils. Goutte, phthisie.
Fille. Gravelle.

On pourrait aisément multiplier les exemples de ce genre ; mais je crois en avoir dit assez pour vous montrer qu'il existe une corrélation réglée par des lois encore inconnues, entre la diathèse urique, le diabète et la goutte.

Les conséquences pratiques de ces données sont faciles à apprécier. Il faudra soigneusement examiner les urines des goutteux : et lorsqu'on aura reconnu ce genre particulier de diabète, il en faudra instituer le traitement d'une manière conforme à son origine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 novembre 1866.—Présidence de M. Bourdon.

Discussion sur le rhumatisme blennorrhagique. (Suite.)

M. Pidoux. C'est donner une fausse idée de la maladie en question que de la nommer rhumatisme. Elle diffère profondément du rhumatisme vrai ; son siége même n'est pas identique, bien qu'elle paraisse d'abord avoir, comme lui, une localisation articulaire. D'abord l'affection blennorrhagique est beaucoup plus fixe que l'affection rhumatismale ; puis la forme, la configuration, l'aspect des articulations qu'elle atteint est tout autre pour l'observateur. Lorsqu'elle siége à l'articulation radio-carpienne, la main et l'avant-bras semblent tout d'une pièce, les muscles de la région hypothénar s'atrophient, la synoviale s'épaissit. Cette atrophie des masses musculaires, cet épaississement des synoviales rendent l'action de la blennorrhagie comparable à celle du scrofulisme ; en outre, comme dans le scrofulisme, l'affection est souvent mono-articulaire.

Voyez, du reste, quelle altération caractéristique subit la physionomie générale de celui qui vient de prendre une blennorrhagie : l'altération du *facies*, la pâleur, l'expression terne et sans vie du regard sembleraient indiquer une constitution profondément débilitée par une maladie longue et grave, alors que la blennorrhagie est de date encore très-récente.

Il y a là une influence générale, *lues blennorrhea*, dont les résultats sont un lymphatisme provoqué, un état strumeux qui se manifeste par des adénites sous-maxillaires, des éruptions croûteuses des commissures, du pityriasis, une tendance à la suppuration, des engorgements lents et froids, etc.

Par sa marche et par sa nature, l'orchite blennorrhagique se rapproche des maladies strumeuses, et il est vrai de dire que le génie strumeux domine dans la blennorrhagie : c'est un scrofulisme bénin et artificiel qu'elle détermine et réalise ; les douleurs rhumatoïdes qu'elle provoque ne sont ni si simples ni si locales que celles du rhumatisme ; parfois les deux diathèses se combinent, comme le rhumatisme et la scrofule dans les tumeurs blanches dites rhumatismales. Dans la blennorrhagie aussi, il se produit des tumeurs blanches par suite du lymphatisme qu'elle fait naître, et il existe une tendance à la suppuration qu'on a vue se traduire par des psoïtis avec suppuration dans la gaîne du psoas, des arachnitis avec suffusion purulente.

M. Lorain présente la thèse de M. Tissier, son ancien interne, intitulée : ***Considérations sur les accidents à forme rhumatismale.***

A propos des diathèses acquises, M. Tissier, s'inspirant des idées de M. Lorain, a écrit à la page 24 de cette thèse : que la diathèse blennorrhagique se rattachait à l'état génital, aussi bien que les accidents et les complications survenues chez les femmes nouvellement accouchées, chez les nourrices et l'enfant nouveau-né.

M. Lorain, qui accepte comme siennes, sauf quelques restrictions, les idées contenues dans cette thèse, n'est pas d'accord avec M. Fournier sur certains points.

1° Sur la nature des accidents articulaires blennorrhagiques, lesquels peuvent être dans certains cas véritablement rhumatismaux. Il a vu des rhumatisants qui le sont devenus à la suite d'une blennorrhagie, et chez lesquels cette cause agissant dans les circonstances les plus favorables, a provoqué l'explosion du rhumatisme le plus vrai, le plus complet, avec endocardite, etc.

Ainsi le fils d'un homme qui avait eu à 52 ou 53 ans une hydarthrose du genou, sans cause connue, guérie par le massage, contracta à 22 ans, une blennorrhagie qui provoqua un rhumatisme articulaire. Les deux genoux, les deux pieds, l'articulation sterno-claviculaire, furent envahis ; il y eut en outre une acné généralisée, telle que Bazin en a décrit comme manifestation de la diathèse arthritique ; une iritis que Vecker crut d'abord être syphilitique.

Ici sans doute la diathèse arthritique se trouvait en puissance, et la blennorrhagie l'a mise en action.

Autre exemple :

Un malade fut soigné à l'hôpital Saint-Antoine, pour un rhumatisme articulaire aigu, qui s'était déclaré à l'occasion d'une blennorrhagie. Le cœur fut atteint, il survint une endocardite, puis une anasarque, et trois mois après le malade mourut à l'Hôtel-Dieu.

2° Sur le rôle trop exclusif qui serait attribué à l'urethre dans la production de ces accidents.

Le rhumatisme des nourrices ou des femmes enceintes, ressemble tout à fait aux accidents arthritiques de la blennorrhagie ; comme eux, il est très-souvent suivi d'hydarthroses.

Une jeune femme, enceinte, écrit de la campagne qu'elle a une douleur dans le genou. Je reconnus, dit M. Lorain, que ce devait être un rhumatisme amené par l'état génital ; car, ayant passé dix-huit mois comme interne à la Maternité, un an avec M. Dubois à la clinique, j'avais acquis une expérience toute spéciale. En effet, c'était une hydarthrose qui finit par guérir. La malade accouche ; je la supplie de ne pas nourrir pour ne pas prolonger l'état puerpéral ; elle résiste, et pendant qu'elle nourrit elle est prise d'une nouvelle arthrite avec double kératite. A seize ans cette dame avait eu un ictère pour lequel elle était allée pendant deux ans de suite à Vichy.

Une femme enceinte de huit mois est prise d'un rhumatisme lent de trois ou quatre articulations. Comme elle avait eu en même temps

---

Les femmes possèdent beaucoup d'imagination, trop quelquefois pour le bonheur des hommes. Juvénal, dans sa sixième satire, a touché du doigt ce côté féminin. La vanité, la légèreté n'en sont que des conséquences physiologiques ; l'hystérie, la monomanie religieuse, des conséquences pathologiques.

Enfin la jalousie, la haine, l'envie et le désir de la vengeance sont les péchés mignons de l'être que Jéhovah nous a donné pour compagne. A considérer l'associé de l'homme par ces côtés-là, que dites-vous, lecteur, du cadeau que nous a fait le dieu de Moïse ? Surtout s'il est vrai (vingt et unième lettre), que l'éducation elle-même est impuissante à réfréner de telles passions chez la femme toujours soumise à l'influence de sa sexualité.

Ne serait-ce pas là le fluide négatif de cet être, comme l'amour en est le fluide positif ?

En tous cas, craignons la jalousie de ces dames. Siebold reconnaît deux espèces de jalousies : l'une *douloureuse*, l'autre *active*. C'est cette dernière qui engendre la haine et la vengeance. « Je préférerais le voisinage des lions et des dragons à celui d'une méchante femme, » a dit Sirach.

Il est vrai que Siebold termine sa caractéristique par la description de la bonté, de la douceur et de la patience, qui sont aussi l'apanage du sexe faible. Les qualités comme les défauts doivent être connus du juge médical. Les femmes les leur révèlent volontiers ; voilà pourquoi les études psychologiques de la femme, faites par des médecins, seront toujours plus exactes que celles qui proviennent de toute autre classe d'observateurs. Voilà pourquoi aussi, nous recommandons à tout ami de la vérité, la lecture des lettres obstétricales de Von Siebold.

Dr Eug. Verrier.

De la mélancolie. Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine. — Prix Lefèvre 1863. Par M. L. Colin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Civita-Vecchia (1).

«Ce mémoire, a dit M. Dubois (d'Amiens) dans son rapport général sur les prix de 1863, a répondu de tous points aux intentions de l'Académie ; l'auteur est celui qui a le mieux vu que, pour parler dignement, c'est-à-dire scientifiquement, de la mélancolie maladive ou folle, il fallait d'abord bien parler de la mélancolie ordinaire ou simple et pour ainsi dire raisonnable. »

Voici les conclusions de cet ouvrage, pour l'appréciation duquel nous n'aurions rien à ajouter au jugement porté au nom de l'Académie.

1° Il existe deux formes de mélancolie :

A. La mélancolie simple, sans aliénation, sans dépression intellectuelle, fréquente dans la société, cause habituelle de la forme suivante ; on peut la désigner sous le nom de caractère mélancolique ;

B. La mélancolie des aliénés, ou folie mélancolique, ou mélancolie avec dépression intellectuelle et morale. Pour mieux distinguer on peut lui conserver, mais alors avec une tout autre acception, le nom de lypémanie.

2° Le délire partiel n'est pas le caractère principal de la folie mélancolique ; c'est, avant tout, la dépression des facultés intellectuelles et morales avec perte de conscience de cette dépression.

3° S'il existe des conceptions délirantes, des hallucinations, elles ne prennent le caractère d'un fait morbide qu'autant que le malade a également perdu à leur égard la faculté d'appréciation qui, dans la mélancolie simple, lui permet d'en saisir la fausseté. Br...

(1) Un vol. in-12 ; Paris, 1866, chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11. Prix : 3 fr.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par M. A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Académie impériale de médecine. Quatorzième édition, revue, corrigée d'après le codex de 1866, augmentée de formules et de l'énumération des médicaments qui doivent se trouver dans toutes les pharmacies. Un vol. in-18 de 600 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le quarante-huitième fascicule du **Grand dictionnaire universel du xixe siècle,** de M. Pierre Larousse, est en vente. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales ; le *Grand dictionnaire universel* paraît avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Quarante-huit fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 volumes in-8°, sont en vente. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Registres de médecins. — Comptabilité spéciale pour l'inscription des visites. — Registres pour 400 comptes, 6 francs ; registres pour 600 comptes, 8 francs ; registres pour 800 comptes, 10 francs. — Papeterie Chamouin, 29, rue Bonaparte.

des vomissements incoercibles, on provoque l'accouchement prématuré; l'enfant est retiré vivant, le rhumatisme guérit.

Dans le service de M. Vernois à l'hôpital Necker, on a recueilli quatre ou cinq exemples de nourrices prises d'inflammations purulentes des articulations du carpe, du tarse, scapulo-humérale, etc.

Dans le livre de M. Bouchut, où l'on trouve tout, est mentionné le rhumatisme des enfants nouveau-nés, cette branche de l'arbre génital.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. — Mais ce n'est pas un rhumatisme.

M. LORAIN. — Ce peut être un faux rhumatisme. Ce que je voulais surtout établir, c'est l'existence possible de diathèses parallèles, d'un état morbide premier, donnant la faculté de se développer aux états secondaires.

M. CHAUFFARD. — Je demanderai à M. Lorain de nous poser des conclusions à la séance prochaine.

M. PÉTER tient à rappeler qu'il n'a pas nié la corrélation du rhumatisme et de la blennorrhagie. Il a demandé si la blennorrhagie éveillait une diathèse rhumatismale ou produisait une arthropathie spécifique.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

COMMUNICATION.

M. MILLARD rapporte un cas d'empoisonnement produit chez un homme de 34 ans par l'usage prolongé d'un sous-nitrate de bismuth impur. (Douleurs atroces dans le ventre, dans les bourses et dans les poignets, traits contractés, couleur jaunâtre, pouls à 44, etc.). Un pharmacien, ayant analysé le sous-nitrate de bismuth, y trouva du plomb, qu'il attribua à ce que ce sel, mal lavé, avait retenu du nitrate de plomb.

M. GUÉRARD. C'est impossible. Le nitrate de plomb ne précipite pas par l'eau; le plomb ne peut se rencontrer naturellement dans le sous-nitrate de bismuth; mais ce dernier sel est cher; et par falsification ou par erreur, il peut contenir du blanc de céruse, sous-carbonate de plomb.

De telles erreurs ou falsifications dans les pharmacies sont loin d'être rares. Un jour j'avais prescrit pour une jeune fille une dose assez élevée de bromure de potassium, il y eut des accidents sérieux, et le restant de la potion, analysé, se trouva contenir de l'iodure au lieu de bromure. Je fus chez le pharmacien, et lui demandai à voir son bromure de potassium. Il en avait de pur; mais, vérification faite sur ses registres, il fut prouvé qu'il l'avait acheté la veille, après avoir exécuté mon ordonnance.

M. PÉTER rappelle que le sous-nitrate de bismuth, souvent arsenical et vénéneux avant les travaux de Monneret, qui l'a prescrit le premier à hautes doses, a été purifié depuis lors avec soin. Il ne peut contenir du plomb que par erreur.

M. GUÉRARD, ou par la faute du pharmacien.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite de la clôture de la conférence sanitaire internationale de Constantinople dont le gouvernement de l'Empereur avait, comme on le sait, provoqué la réunion, et dont les travaux se sont prolongés pendant près d'une année, Sa Majesté a daigné, sur la proposition de S. Exc. le ministre des affaires étrangères, accorder, par décrets du 7 de ce mois, des promotions ou des nominations dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur aux délégués français et étrangers dont les noms suivent :

Ont été nommés au grade de commandeur :

Salih-Effendi, délégué ottoman, président de la conférence;

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire, l'un des deux commissaires français.

Au grade d'officier :

M. le docteur Bartoletti, deuxième délégué ottoman;

M. Pinto de Soveral, délégué portugais.

Au grade de chevalier :

M. Kalergi, délégué hellénique;

M. le docteur Mühlig, délégué prussien;

M. le docteur Naranzi et M. le baron de Collongne, secrétaires de la conférence.

M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire de France à Constantinople, second commissaire français, qui, par l'activité et l'importance de sa coopération aux travaux de la conférence, s'était acquis des titres exceptionnels à la bienveillance du gouvernement de l'Empereur, a été appelé par S. Exc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, aux fonctions d'inspecteur général des services sanitaires de l'Empire, en remplacement du docteur Mêlier, décédé.

— Samedi dernier, la Faculté de médecine a voté, sur l'ordre des présentations à faire au ministre, pour la chaire de pathologie générale. Les deux compétiteurs étaient M. Lasègue et M. Chauffard.

Au premier tour de scrutin :

M. Lasègue a obtenu 14 voix.
M. Chauffard. . . . . 9 id.

En conséquence, M. Lasègue est présenté en première ligne et M. Chauffard en seconde.

— Par arrêté ministériel, M. Hartzer a été nommé médecin de la maison centrale de Hagueneau.

— Par décision ministérielle, en date du 5 novembre :

La disposition qui limite à cinq années la durée des fonctions de répétiteur à *l'École du service de santé militaire de Strasbourg* ne sera pas applicable de droit à ceux des répétiteurs qui seraient en possession du titre d'agrégé près la Faculté de médecine ou l'École supérieure de pharmacie. Ces officiers de santé seront maintenus dans l'emploi de répétiteur tant que le Ministre le jugera convenable, ou jusqu'à l'époque où le cours de l'avancement les appellera à changer de fonctions.

En conséquence, M. le médecin-major de 2e classe Beaunis, répétiteur d'anatomie, et M. le pharmacien-major de 2e classe Cauvet, répétiteur d'histoire naturelle, sont maintenus jusqu'à nouvel ordre dans leurs fonctions. Le concours précédemment annoncé, et qui doit s'ouvrir à Paris, le 10 janvier prochain, n'aura pour but que de pourvoir à l'emploi de répétiteur de clinique et de pathologie médicales.

— Une nouvelle fausse, heureusement, avait jeté l'alarme parmi les amis de M. Trousseau. Nous sommes heureux de pouvoir annoncer aujourd'hui que l'éminent professeur, qui a été souffrant, en effet, pendant quelques jours, a récupéré aujourd'hui la plénitude de sa santé.

— Le concours pour trois emplois de professeur agrégé à l'École impériale de médecine militaire, s'est terminé le 25 novembre dernier.

Ont été désignés au choix du ministre : MM. Servier, médecin-major de 2e classe, aux hôpitaux de la division d'Alger; — Spillmann, médecin aide-major de 1re classe, surveillant à l'École de Strasbourg (corps); — Mathieu, médecin aide-major de 1re classe au 19e ligne.

— La Société de médecine de Strasbourg, dans sa séance du 8 novembre, a renouvelé son bureau, qui se trouve constitué de la manière suivante pour l'année 1866-1867 :

Président : M. le professeur Schützenberger;

Vice-présidents : M. le professeur Hirtz, M. le docteur Eissen;

Secrétaires : M. le docteur Hecht, M. le docteur Felz;

Trésorier : M. le professeur Oberlin.

— M. le docteur Caron fera jeudi prochain 6 décembre à 8 heures du soir (cercle des sociétés savantes, 7 rue vivienne), une conférence gratuite sur la puériculture et l'hygiène de la première enfance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. les docteurs L. Belhomme et Aimé Martin. Un très-fort vol. in-12. Prix : 6 fr. 50. — Paris, 1864.

Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, par le docteur E. Moynier. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1858.

De la chorée, par le docteur E. Moynier. In-4°. Prix : 2 fr. — Paris, 1855.

Leçons sur les maladies cutanées dartreuses, professées à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Hardy, rédigées et publiées par le docteur Pihan Dufeillay, ancien interne à Saint-Louis. Troisième partie. In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1862.

Traité de pathologie interne, par J. Frank, traduit par Bayle. Six vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50 au lieu de 30 fr. net. — Paris.

(Ces ouvrages se trouvent chez A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.)

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le neuvième demi-volume (le 1er du tome cinquième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : Angine diphthérique, par MM. Roger et Peter; Angine de poitrine, par M. Parrot; Angioleucite, par M. Velpeau; Angle céphalique, par M. Bertillon; Animal, par M. Hollard; Ankylose, par M. Ollier; Antagonisme, par M. Laveran; Anthracosis, par M. Dechambre; Anthrax, par M. Trélat; Anthropologie, par M. Broca; Antidote, par M. Gubler; Antilles, par M. Dutrouleau; Antimoine, par MM. Orfila, Gobley et Delioux de Savignac; divers articles de botanique, par M. Baillon; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 fr. — Paris, 1866, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Soubd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 142. — JEUDI 6 DECEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 6 DECEMBRE 1866. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance a été presque entièrement occupée par la lecture des rapports annuels des commissions permanentes, c'est-à-dire des commissions de vaccine, des eaux minérales et des épidémies. C'était hier la dernière limite fixée par le règlement pour la lecture de ces rapports, la séance annuelle devant avoir lieu mardi prochain. Aussi est-ce avec une grande précipitation et en passant un grand nombre de feuillets que ces rapports ont été lus ; et cela est d'autant plus regrettable que ces rapports présentent en général, dans quelques-unes de leurs parties au moins, un très-grand intérêt. Hier notamment, le rapport de M. Guérard sur les eaux minérales et celui de M. Bergeron sur les épidémies, auraient beaucoup gagné à être lus moins vite et à être entendus dans leur entier. Nous les retrouverons, il est vrai, dans les mémoires de l'Académie, où nous pourrons y puiser quelques extraits à l'usage de nos lecteurs. Mais il s'écoulera plusieurs mois d'ici là.

M. Boudet a terminé sa lecture sur la question de la mortalité des nourrissons. Nous avons dit, il y a huit jours, quel était l'esprit et le caractère de cette lecture, avec quelle chaleur de sentiment et quel accent de conviction l'honorable académicien montrait à ses collègues toute l'étendue et la profondeur du mal auquel il l'adjure de porter au plus tôt remède. Dans cette deuxième partie, dont on trouvera un résumé substantiel au compte rendu, il trace à l'Académie son devoir, — ce serait le cas de dire sa mission, — dans cette grave conjoncture.

Nous reviendrons plus tard sur ces propositions, qui méritent d'être prises en très-grande considération.

Il y a peu d'apparence que la suite de cette discussion soit reprise maintenant avant le mois de janvier, les dernières séances de décembre étant généralement occupées par les opérations du renouvellement du bureau et des commissions. Nous profiterons de ce répit pour mettre prochainement sous les yeux de nos lecteurs quelques-uns des documents qui nous sont communiqués sur la question. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. GUBLER.

Observation d'aphasie avec ataxie phonétique.

(Lue à la Société médicale d'observation, par M. BORDIER, interne du service.)

Le 21 mars dernier entre à l'Hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, un homme de trente-deux ans, d'une constitution assez robuste, exerçant la profession de charpentier.

Les personnes qui l'amènent racontent que quatre semaines avant, pendant qu'il travaillait, une planche qu'on fit basculer le vint atteindre de bas en haut à la mâchoire inférieure. Un peu de sang sortit par le nez et la bouche, cet homme fit quelques pas chancelants pour aller s'appuyer contre un mur, puis tomba sans connaissance.

Il resta dans cet état pendant vingt-deux heures, la respiration paraissait, nous a-t-on dit, profondément entravée; il était cyanosé et presque asphyxiant; enfin, la respiration se rétablit, l'intelligence revint, mais le malade était aphasique; un abcès survint à la région blessée qui le tint 15 jours au lit ; enfin, ne recouvrant point la parole, il se présenta à l'hôpital.

État au moment de l'entrée. — Une cicatrice au niveau du bord inférieur gauche de la mâchoire inférieure est le vestige du coup reçu; le masque est immobile et sans expression; la bouche et les lèvres inertes; il ne peut siffler ni rire; l'invite-t-on à garder dans sa bouche une certaine quantité de liquide, ses lèvres sont impuissantes à en retarder l'écoulement au dehors. De chaque côté la paupière inférieure est tombante, l'œil *larmoyant* et *injecté*. Le regard cependant est vif et expressif, ce qui contraste avec le reste du visage; le malade entend parfaitement et comprend avec rapidité et précision, mais il ne peut prononcer aucune syllabe. Il fait entendre, à la façon d'un sourd-muet, un son guttural inintelligible. Il n'a jamais su ni lire ni écrire, mais il dessine facilement et avec toute l'habitude d'un charpentier toute figure géométrique qu'on lui demande de tracer; ses gestes suppléent du reste avec assez de vivacité à la parole qui lui manque, pour répondre aux diverses questions qu'on lui adresse, sans laisser douter de l'intégrité complète d'une intelligence supérieure à celle de beaucoup de ses voisins dans la salle.

Il exprime une douleur vive au niveau de la région frontale, douleur qui n'existe que dans la position horizontale; le cuir chevelu est douloureux spontanément et à la pression. Il fait comprendre que depuis son accident il éprouve fréquemment des fourmillements dans les doigts. Il est dans l'impossibilité d'écarter ou de serrer ses mâchoires d'une façon suffisante pour la préhension ou la trituration de ses aliments. Si on le prie de tirer la langue hors de la cavité buccale, il ne le fait qu'avec une peine et une lenteur extrêmes; il en est de même des différents mouvements de latéralité de la pointe; c'est ainsi que nous avons pu estimer précisément à quatre secondes la durée de chacun de ces mouvements; temps énorme si l'on songe à la rapidité nécessaire à l'articulation des mots.

La sensibilité de l'arrière-gorge est très-affaiblie; le voile, à peu près immobile, tombe inerte, et donne à la voix un timbre nasonné.

L'état général est bon, l'appétit assez développé. Le pouls régulier à 71, la température normale.

L'urine ne présente ni sucre ni albumine.

Dans la pensée qu'il peut exister dans les centres nerveux, une infiltration sanguine ou plastique, M. Gubler prescrit 0,20 centigrammes d'iodure de potassium et un gramme de bromure, dans le but de mitiger l'action stimulante de l'iodure.

Le 24 mars, le malade a fait des progrès très-sensibles : il ne prononce aucune consonne; il ne prononce que quelques voyelles; mais il les rhythme assez bien pour rappeler à l'oreille l'harmonie générale du mot qu'il a ainsi ébauché en supprimant les consonnes. La mémoire est excellente, et il rend parfaitement compte de la gêne qu'il éprouve non pas à trouver le mot qu'il faut dire pour rendre sa pensée, mais à prononcer le mot qu'il a trouvé, et qu'il veut dire.

Le 27, à la visite du matin, le malade réussit à siffler un peu quoique assez imparfaitement.

Le 30, sa voix, toujours nasonnée, exprime un peu mieux sa pensée. On reconnaît assez facilement le « bonjour Monsieur » qu'il essaye de dire, dans ces quatre syllabes : on, oû, o, eu.

Lorsqu'on veut lui faire dire le pronom *ma*, il ne le fait qu'en deux temps très-séparés. Il prononce d'abord avec grand effort le son qui répondrait à la lettre *m* répétée plusieurs fois; puis, après un temps d'arrêt, il prononce rapidement, et jette, pour ainsi dire, la syllabe *ah*, qu'il accompagne d'une expiration violente et non en rapport avec l'effet qu'il veut produire; l'harmonie instinctive n'existe plus dans les différents mouvements nécessaires à la prononciation, et il fait, pour vaincre la difficulté qu'il éprouve, des efforts considérables, dont il sort la face rouge et couverte de sueur.

Après avoir constaté ces faits, M. Gubler ajoute l'élément *ataxie*, au diagnostic paralysie *labio-glosso-laryngée*, porté dès le premier examen.

Le 5 avril, le malade se plaint d'avoir mal à la tête, ses yeux expriment une certaine hébétude, ils sont injectés; il parle plus mal que la veille. On prescrit un purgatif.

Le 6, mieux que la veille, pas d'appétit.

Le 7, il a travaillé le matin au service de la salle. Cela l'a beaucoup fatigué, et il éprouve depuis ce temps, dans les deux membres supérieurs, un tremblement très-prononcé.

Le 10, la face est moins immobile et a repris quelque expression; il parle mieux qu'il n'a jamais fait depuis son entrée dans les salles; mais ses lèvres et sa langue s'agitent, à ce moment, par petits mouvements saccadés et incertains qui produisent un chevrotement de la voix et un bégayement de la parole très-accentués. La fatigue qu'il éprouve est telle qu'il est incapable de dire également bien deux fois la même phrase.

Malgré ces progrès, il n'y a guère que les voyelles qu'il puisse bien prononcer; encore, ne le fait-il que très-imparfaitement pour celles qui, comme *o*, *u*, nécessitent une intervention active des lèvres. Quant aux consonnes *b*, *p*, *g*, *l*, leur prononciation est impossible, et l'on voit le malade qui la tente se fatiguer en efforts qui restent impuissants.

Le 25, la prononciation s'est beaucoup améliorée; le cercle de ses phrases s'est surtout beaucoup étendu; ce que le malade constate lui-même, et annonce avec satisfaction, en disant *ca*, *a*, *eu*, ça va mieux.

Le 28, l'état général est bon ; il a engraissé depuis son entrée. Il part pour Vincennes.

Depuis son retour, nous avons revu cet homme, qui parle actuellement d'une façon fort intelligible; mais il est bègue, et prononce à la façon d'un enfant dont la langue est encore rebelle à certains assemblages de consonnes.

Réflexions. — La complexité des symptômes présentés par ce malade, leur brusque apparition, comme leur marche progressivement rétrograde, l'absence de toute lésion révélée par un minutieux examen des muscles, des surfaces cutanées ou muqueuses, de l'os maxillaire et de l'articulation temporo-maxillaire, doivent faire rejeter l'idée de toute lésion qui mettrait pour ainsi dire obstacle mécanique à la parole; tels seraient une altération du tissu lingual, un corps étranger, une fracture, etc. Procédant par élimination, l'esprit est donc amené à chercher dans le système nerveux la cause du trouble fonctionnel observé, et en raison de la pluralité des nerfs mis en cause, à supposer l'existence d'une lésion dans un point qui leur soit commun, dans le bulbe.

On observait, en effet, chez cet homme les signes d'une paralysie faciale incomplète, mais double : abaissement des paupières inférieures avec larmoiement, immobilité presque absolue des muscles des joues et des lèvres.

La branche maxillaire inférieure du trijumeau paraissait avoir été surtout atteinte; témoins la gêne de la déglutition, l'impossibilité presque absolue des mouvements de la mâchoire, tant ceux d'abaissement et d'élévation que ceux de latéralité.

La branche maxillaire supérieure n'était pas épargnée, si l'on en juge par l'insensibilité presque complète du voile du palais, insensibilité constatée avant l'emploi du bromure de potassium.

Quant à la branche ophthalmique, la recherche de la sensibilité sur le globe oculaire, la conjonctive et la muqueuse nasale ne laissaient pas de doute sur la parfaite intégrité de ses fonctions.

La perte de la motilité du voile du palais, la gêne des mouvements de la langue, l'absence de quelques-uns, révélaient une altération semblable du côté du glosso-pharyngien et du grand hypoglosse.

La demi-paralysie portait donc à la fois sur le facial, le trijumeau, le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse, nerfs dont les origines réelles peuvent être poursuivies, comme on sait, dans les faisceaux intermédiaires du bulbe, au niveau de la protubérance, non loin du quatrième ventricule. L'absence du sucre ou de l'albumine dans l'urine n'en était pas moins constatée. Quelle était la lésion? Y avait-il eu, avec une commotion cérébrale au début, une petite hémorrhagie bulbaire avec dépôts plastiques consécutifs? Telle était du moins l'hypothèse admise par M. Gubler.

Dans tous les cas, quelle que fut la lésion, nous avions affaire à une paralysie labio-glosso-pharyngée présentant, il est vrai, une marche bien différente, procédant sans doute d'une cause différente de la marche et de la cause de la paralysie décrite sous le nom labio-glosso-pharyngée, par M. Trousseau. Dans la première, la paralysie a été incomplète, la marche progressivement curative; dans la seconde, la paralysie est complète, la marche fatalement progressive. Dans l'une et dans l'autre survient le symptôme aphasie. Le malade dont je viens de lire l'observation est bien en effet un aphasique, mais c'est un aphasique dont l'intelligence n'a été nullement atteinte.

« Il est, dit M. Trousseau dans ses leçons de clinique, une « deuxième espèce d'aphasie dans laquelle l'intelligence est « complète, la mémoire ne fait pas défaut, les malades écrivent « facilement et traduisent exactement leur pensée par l'écri- « ture, comme les sourds-muets qui ont reçu de l'instruction. » Et il cite à ce propos l'histoire d'un aphasique qui lui remettait, écrit de sa main, le récit de sa maladie. Il en est de même du malade dont je parle, bien qu'il n'eût de sa vie su lire ni écrire. Il avait bien, en effet, perdu la faculté d'élocution, mais quelque éloignée que fût la ressemblance entre les sons qu'il produisait et des mots, elle était cependant assez grande pour qu'on pût reconnaître, sous sa forme imparfaite, que c'était un mot, et que c'était le mot juste.

Mais à l'aphasie se joignait un autre symptôme sur lequel je veux particulièrement insister : l'*ataxie*.

M. Gubler désigne par le nom générique d'*anhermènie*, la privation des différents modes d'expression : parole et chant, écriture et dessin, pleurs et rires. L'aphasie est une espèce du genre.

Mais la perte de la parole peut tenir à trois causes différentes, qu'il classe ainsi :

1° A l'anéantissement des facultés supérieures de l'entendement : imagination, raisonnement.

On ne parle pas parce que la pensée fait défaut.

2° A l'abolition de la mémoire des mots, de leur mode d'arrangement, de leur valeur relative.

On ne parle pas, parce qu'on n'a plus les signes représentatifs de la pensée.

C'est là l'aphasie proprement dite; elle a sa condition anatomique dans la lésion du lobule antérieur d'après M. Bouillaud, du lobule antérieur gauche seulement d'après Dax; plus précisément de l'insula de Reil et de la troisième circonvolution d'après M. Broca.

3° Enfin, la perte de la parole peut tenir à l'inertie ou à l'incoordination des puissances qui produisent la phonation et l'articulation des sons.

On ne parle pas parce qu'on est frappé de mutisme, de paralysie ou d'ataxie phonétique.

Cette troisième espèce peut à la rigueur dépendre de la paralysie indépendante, bien que coïncidente, de tous les appareils musculaires qui servent à mouvoir le soufflet respiratoire, la

glotte et le porte-voix, ainsi que les organes dévolus à l'articulation des sons; mais, selon M. Gubler, elle peut se rattacher aussi à la lésion d'un point central situé vers la protubérance, auquel aboutissent les origines profondes des paires nerveuses : facial, trijumeau, hypoglosse, pneumogastrique et spinal réunis, qui régissent les mouvements de la respiration ainsi que ceux de l'appareil labio-glosso-pharyngé.

C'est dans la troisième catégorie d'aphasie : l'aphasie par inertie et incoordination, que je rangerai mon malade; car il est bien différent de l'aphasique par perte de la mémoire des mots.

En présence de ces deux sortes d'aphasies, ne serait-on pas en effet porté à admettre l'existence de deux centres fonctionnels au service de la faculté du langage?

L'un penserait le mot propre et le dicterait pour ainsi dire aux organes chargés de l'articulation et de la phonation; l'autre présiderait à l'articulation, à l'émission du mot dicté : cette hypothèse serait du reste en rapport avec la notion anatomique, qui nous montre les fibres nerveuses des nerfs encéphaliques, se partageant par une disposition, qui rappelle celle des nerfs rachidiens par rapport à la moelle, en deux parties, dont l'une s'arrête dans la substance grise de la protubérance, tandis que l'autre se continue avec la substance blanche des hémisphères. La lésion de chacun de ces centres séparément donnerait lieu à l'aphasie; mais dans un cas l'intelligence serait abolie, dans l'autre conservée. En outre, le trouble fonctionnel résultant de la lésion de ce que j'appellerai avec M. Gubler le centre bulbaire, pourrait être double; c'est-à-dire qu'il peut y avoir simultanément paralysie ou paresse et incoordination ou ataxie, comme chez ce malade.

Tel est en effet le dernier symptôme qui a persisté chez lui ou plutôt celui qui s'est dégagé, lorsqu'à mesure que diminuait la paralysie, survenait l'*amyostasie* caractérisée par une contraction choréiforme qui donnait lieu au bredouillement et au bégayement observés.

Extrait du rapport de M. Auguste Voisin.

... Après avoir indiqué les points sur lesquels je m'accorde avec l'auteur de cette observation, je dois signaler ceux où nous différons. Ainsi je ne puis ne pas séparer complétement mon interprétation de la sienne, lorsqu'il admet comme cause de tous ces phénomènes paralytiques, une hémorrhagie du bulbe avec dépôts plastiques consécutifs.

Je fonde son diagnostic sur la multiplicité des phénomènes paralytiques et la prise d'ensemble d'un certain nombre de nerfs crâniens qui prennent leur origine dans des points rapprochés de la moelle allongée.

Il ressort en outre des considérations qu'il vous a présentées, que la moelle lui semble avoir été atteinte dans ses deux moitiés.

C'est sur ce diagnostic anatomique que je veux faire porter mes critiques, convaincu que je suis que la cause de ces paralysies multiples a été dans la contusion de nerfs crâniens dans leur trajet osseux, sous l'influence du traumatisme, et que le bulbe ne doit aucunement être mis en cause.

Supposez, en effet, par la pensée, une ou des hémorrhagies bulbaires assez étendues pour atteindre les deux nerfs faciaux, les trijumeaux et les deux hypoglosses; imaginez-vous l'importance et la grandeur de lésions qui, dans une région où le moindre état morbide est si profondément grave, intéresseraient les deux corps restiformes (origine réelle des racines ganglionnaires des trijumeaux), les deux moitiés de la protubérance (origine réelle des petites racines des trijumeaux); les deux faisceaux latéraux près des olives (origines réelles des deux nerfs faciaux); les deux parties du bulbe correspondant aux deux tiers inférieurs des deux olives (origines réelles des deux hypoglosses), et vous serez, je pense, aussi peu enclins que moi à admettre l'hypothèse de M. Bordier, touchant un malade qui non-seulement a survécu, mais encore n'a éprouvé, sauf au moment de l'accident, aucun phénomène grave du genre de ceux que produisent les hémorrhagies du bulbe (troubles du pneumo-gastrique portant atteinte à la respiration). Le seul fait de la conservation de la vie avec de pareilles lésions est par lui-même déjà invraisemblable. Comment encore comprendre que les branches ophthalmiques des trijumeaux n'aient présenté aucun trouble, si les trijumeaux avaient été atteints à leur origine réelle.

Quoi de plus simple, au contraire, que d'interpréter la série des symptômes par la contusion des trijumeaux, faciaux, hypoglosses dans les canaux osseux qu'ils parcourent à la base du crâne.

Tout s'explique alors, aussi bien la non-existence de la fièvre, l'absence de symptômes intéressant la vie, de troubles de la respiration et de la circulation, de phénomènes du côté des branches ophthalmiques des trijumeaux et la rapidité du retour à un état de santé meilleur. La non-existence de troubles des branches ophthalmiques me semble résulter de ce qu'elles ne sont pas renfermées dans des canaux osseux, analogues à ceux des branches maxillaires inférieure et supérieure des nerfs faciaux et hypoglosses. Leur trajet par la fente sphénoïdale les exposait moins à la contusion qu'ont ressentie les autres nerfs dans les canaux osseux qu'ils parcourent.

Ces paralysies par contusion des nerfs crâniens dans leurs canaux osseux ne sont pas, du reste, chose extrêmement rare; les chutes laissent quelquefois à leur suite des troubles variés de ces nerfs; et pour arriver à des faits qui me sont personnels, les accidents de chemins de fer produisent souvent à leur suite des bourdonnements d'oreille, suivis de surdité, et des paralysies du nerf facial, qui s'expliquent par la violence des chocs et la force d'impulsion au moment des chutes.

De semblables lésions suffisent parfaitement à déterminer les troubles de la parole qu'a offerts le malade de M. Bordier; troubles essentiellement attribuables à la paralysie du nerf facial et de l'hypoglosse dans les branches qu'ils distribuent aux lèvres, aux joues et à la langue.

L'ataxie phonétique n'a pas besoin non plus d'une autre explication; elle était le résultat des efforts disproportionnés que le malade faisait pour parler.

Ce malade avait, en somme, la plupart des symptômes appartenant à la paralysie glosso-labio-pharyngée, décrite par MM. Duchenne (de Boulogne) et Trousseau.

M. Bordier me paraît avoir eu raison de faire ressortir les différences entre cet état produit par le traumatisme et cet ensemble de phénomènes désignés par M. Trousseau, sous le nom de paralysie glosso-labio-pharyngée, et qui se caractérisent par des troubles paralytiques de tous les nerfs émanés de la moelle allongée, de la région cervicale et même de celle de la moelle épinière.

Chez le malade de M. Bordier, au contraire, les phénomènes paralytiques étaient très-limités et n'ont pas présenté la marche envahissante qui est le propre de ces affections progressives du système nerveux.

Quant à l'aphasie dont était atteint le malade, elle doit être rangée dans la catégorie des aphasies par discontinuité d'action entre les organes centraux de la parole et les agents locomoteurs.

DU MÉCANISME

de la production et du développement du staphylome postérieur et de ses rapports avec l'insuffisance des droits internes.

Par le Dr GIRAUD-TEULON, ancien élève de l'École Polytechnique.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

On sait que la cause prochaine de la myopie confirmée consiste dans l'ectasie, l'amincissement des membranes profondes du globe oculaire, connus sous le nom de staphylome postérieur.

L'anatomie pathologique enseigne que la région des membranes profondes premièrement distendue est la zone du tissu cellulaire ou connectif interstitiel plus ou moins lâche qui entoure la lame criblée, et sépare les deux couches fibreuses tant du névrilème du nerf optique que de la sclérotique dans sa portion postérieure.

Lors du mouvement de convergence mutuelle des axes optiques, en même temps que la pression est accrue dans l'intérieur du sac élastique choroïdien, le plan postérieur de la sclérotique, sa lame externe est tirée en avant par les muscles obliques. La lame interne, intimement unie à la choroïde, est au contraire repoussée en arrière par l'accroissement de la tension intra-oculaire.

Il y a donc naturellement tendance à disjonction de ces deux lames, qui ne sont que mollement unies entre elles dans la région du nerf optique, dans le seul fait de l'accroissement de pression interne qui suit le mouvement de convergence.

Cette tendance est singulièrement favorisée quand le mouvement de convergence mutuelle s'exerce dans un plan supérieur ou inférieur au plan de l'horizon.

Elle se change en un fait accompli et pathologique quand le mouvement de convergence est rendu plus difficile par l'insuffisance des muscles droits internes. La disjonction des deux lames (*idest* le staphylome postérieur) est alors inévitable si l'insuffisance est prononcée.

L'observation clinique vérifie ces aperçus. Notre travail rapporte trente-huit à quarante observations dans lesquelles un léger staphylome postérieur s'est rencontré avec l'emmétropie et même l'hypéropie, ou une myopie extrêment légère, conditions en apparence paradoxales, mais dans lesquelles on a pu constater très-nettement l'insuffisance des muscles droits internes.

En résumé :

1° La myopie reconnaît généralement pour cause prochaine l'existence ou le développement de l'ectasie des membranes profonde de l'œil, le staphylome postérieur à tous ses degrés, cette ectasie elle-même se produit sous l'influence d'une cause prochaine et d'une cause prédisposante.

La cause prochaine est l'application à des travaux sur objets rapprochés.

La cause prédisposante est l'insuffisance des muscles droits internes ou des forces de la convergence.

2° Au nombre des signes diagnostiques de l'insuffisance des droits internes, et comme un de ses principaux caractères, il convient donc de placer dorénavant la présence de tout staphylome postérieur, et particulièrement, au début, d'une simple petite érosion de la choroïde sur le bord externe du disque optique. En un mot, le staphylome postérieur serait le symptôme non de la myopie, mais de sa cause première, l'insuffisance des muscles droits internes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Bons effets du collodion mercuriel contre les macules syphilitiques.

M. le docteur Leclerc a publié, dans la *Presse médicale belge*, l'observation d'une jeune femme chez laquelle des taches nombreuses avaient survécu aux papules d'une syphilide traitée avec succès par un médecin. Ces taches fauves, qu'on ne pouvait faire que difficilement pâlir par la pression, avaient surtout pour siége le visage, le menton et le cou. Des bains alcalins, des bains de sublimé, des bains de mer, ne changèrent rien à cet état de choses. La malade se désespérait. M. Leclerc songea alors à faire badigeonner chaque tache avec un pinceau chargé du liquide suivant :

Sublimé corrosif.	0 gr. 50
Collodion	15 gr.

Cinq jours après, les taches étaient devenues à peine apparentes; trois applications de collodion mercuriel les firent disparaître entièrement. L'emploi de ce liquide n'avait pas eu d'autre inconvénient que de produire une sensation de prurit d'ailleurs très-tolérable.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*).

L'ortie contre les hémorrhagies passives.

Guidé sans doute par l'indication du sirop d'ortie, signalé dans quelques traités de matière médicale, le docteur Benavente en a employé la décoction, 30 grammes par 500 grammes d'eau, contre les hémorrhagies à la dose de plusieurs tasses par jour. Elle a réussi, dans deux cas de ménorrhagie passive et quatre de métrorrhagie symptomatique, contre lesquelles le seigle ergoté, le tannin et l'opium avaient échoué. Elle s'est montrée également efficace dans un cas d'hémoptysie et une épistaxis rebelle. Le docteur Gallego l'a employée de même d'après la pratique populaire à Almaden, ainsi que plusieurs autres médecins espagnols, et tous avec succès.

Les propriétés excitantes de l'ortie étant bien avérées, il est facile de prévoir son action et d'en déterminer l'emploi. Toutes les hémorrhagies passives en sont tributaires. C'est en excitant ainsi tout l'organisme qu'elle a réussi également comme fébrifuge. D'autres stimulants réussiraient au même titre. Par son action intense, elle peut offrir cependant des avantages particuliers. C'est ce qu'une étude expérimentale et comparative à faire avec la décoction ou l'extrait de cette plante commune, peut seule élucider. (*Siglo medico* et *Union médicale*).

Traitement de la maladie hydatique du foie.

Le docteur John Hurley communiquait récemment, à la Société médico-chirurgicale de Londres, un cas de kyste hydatique du foie, traité avec succès.

Voici le traitement que propose ce médecin dans de pareils cas :

Il faut ponctionner la tumeur au-dessus de l'ombilic, parce que le sac, quelque volumineux qu'il soit, jouit d'une élasticité telle qu'il se contracte de manière à occuper, après son évacuation, l'épigastre ou l'hypochondre.

Il faut ponctionner avec un gros trocart, laisser la canule en place, jusqu'à ce qu'elle devienne libre dans la plaie qui commence à suppurer. On la remplace alors non par une seule sonde (qui ne suffirait pas à vider le sac de son liquide et de ses contenus membraneux), mais par deux ou trois sondes en gomme élastique n° 12. On doit tâcher de les disposer de façon que, dans l'intérieur de la tumeur, leurs extrémités se trouvent rapprochées.

Pour faciliter la désagrégation des parois des kystes et favoriser l'inflammation adhésive, on injecte de la teinture d'iode, trois fois par jour, durant plusieurs semaines, jusqu'à ce que le malade sente que ces injections produisent une sensation de chaleur. Dans l'intervalle, on injecte de l'eau créosotée (30 gouttes par litre), pour empêcher la décomposition du liquide. L'injection faite par l'une des sondes, sort par les autres.

Après que les parois des kystes ont été expulsées, on injectera, soir et matin dans la tumeur, une solution de 8 grammes de sulfate de zinc dans 1 kilogramme d'eau créosotée. Faite plus tôt, cette injection durcirait les kystes et en retarderait l'expulsion.

Enfin on fera bien d'aider à la rétraction de la tumeur par l'application continuelle d'un bandage serré.

(*Gaz. méd. de Lyon*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 décembre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Bertrand, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en 1866 à Busy (Doubs). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de MM. les docteurs Desormeaux et Dolbeau, qui se présentent comme candidats pour la section de médecine opératoire;

2° Une note de M. Godin, pharmacien à Paris, sur une huile de foie de morue iodo-ferrée. (Comm. : MM. Boudet et Gobley.)

— M. RICORD offre en hommage, au nom de M. Cullerier, un précis iconographique des maladies vénériennes.

— M. LOUIS présente une brochure de M. Grimaud (de Caux), intitulée : *Du choléra, du moyen de s'en préserver et de son traitement spécifique.*

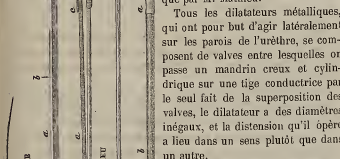
— M. DEVERGIE dépose sur le bureau deux brochures de M. Legrand du Saulle, intitulées, l'une : *Étude médico-légale sur la sépa-*

ration de corps; l'autre : *Étude médico-légale sur la paralysie générale.*

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Pécholier (de Montpellier), un travail sur les indications de l'emploi de la diète lactée.

— **M. DEVILLIERS** présente un travail de M. le docteur Fortoul, chargé du service des enfants assistés dans le département de la Côte-d'Or, sur la mortalité des nourrissons dans ce département.

— **M. GOSSELIN** présente, au nom de M. le docteur Voillemier, un nouveau dilatateur cylindrique fabriqué par M. Mathieu.



Tous les dilatateurs métalliques, qui ont pour but d'agir latéralement sur les parois de l'urèthre, se composent de valves entre lesquelles on passe un mandrin creux et cylindrique sur une tige conductrice par le seul fait de la superposition des valves, le dilatateur a des diamètres inégaux, et la distension qu'il opère a lieu dans un sens plutôt que dans un autre.

Le dilatateur cylindrique est entièrement différent :

1° Le mandrin est plein et creusé sur deux de ses côtés d'une rainure à queue d'aronde.

2° Les valves sont remplacées par deux petites lames d'acier, convexes en dehors et planes en dedans. Réunies, elles n'ont qu'un volume de 2 millimètres. Ces lames sont engagées dans les rainures du mandrin auquel elles servent de conducteur et dont elles complètent la forme cylindrique;

3° Il résulte de cette forme que la dilatation est répartie également sur tous les points de la circonférence du canal;

4° On ajoute, à l'extrémité antérieure de la tige formée par la réunion des deux lames, une petite bougie pour traverser plus facilement le rétrécissement;

5° La dilatation opérée, le mandrin est retiré sur le talon des lames, qui présente un pas de vis; on ajoute un long stylet sur lequel on introduit avec certitude une sonde dans la vessie;

6° La sonde est garnie en avant d'un ajutage métallique légèrement convexe à son extrémité et percé d'un trou assez grand pour qu'elle passe aisément sur le stylet.

Les côtés de cet ajutage présentent aussi des trous nombreux pour que l'urine puisse s'y engager dans le cas où le trou principal se trouverait coiffé par la vessie au moment où elle revient sur elle-même.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain à l'heure ordinaire.

La séance d'aujourd'hui sera consacrée à entendre la suite des lectures des rapports des commissions permanentes, après qu'on aura entendu toutefois la fin du travail de M. Boudet sur la mortalité des nourrissons. Il y aura ensuite comité secret pour voter sur les conclusions des rapports des commissions permanentes, et pour entendre le rapport de M. le Trésorier.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

Suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. BOUDET continue la lecture qu'il a commencée dans la séance précédente.

Me voici, dit-il, arrivé au point le plus délicat de la tâche que j'ai entreprise, le mal et ses causes ont été mis en évidence, il s'agit de dire avec quelles armes il faut le combattre.

Trois systèmes sont en présence : le système du monopole administratif; le système de la liberté absolue ou du laisser faire; le système de la liberté laissant tout son essor à l'initiative des individus et des associations, mais contenue dans ses écarts, et secondée dans son activité bienfaisante par la vigilance et le concours de l'administration.

S'il fallait opter entre la liberté absolue et le monopole administratif, je n'hésiterais pas à réclamer le monopole, mais le temps du monopole est passé. Quant au système de la liberté absolue et du laisser faire, l'orsqu'il s'agit du salut des générations françaises, ce serait la plus funeste et la plus coupable des erreurs.

A quelque point de vue que l'on envisage le problème à résoudre, quel que soit le système qui excite la préférence, tout le monde est d'accord sur ce point, que l'industrie nourricière laissée à elle-même, affranchie de surveillance efficace, offre le plus désolant tableau et produit les plus déplorables résultats. Que pourrait-on donc attendre d'un affranchissement plus complet encore ?

Je ne veux donc ni du monopole ni de la liberté absolue; mais quelle doit être cette liberté tempérée que je réclame ? Ici M. Boudet examine d'abord les droits et les ressources de l'autorité dans les personnifications diverses, en face de l'industrie nourricière. Il en conclut que c'est un impérieux devoir d'adopter en principe la réglementation et la surveillance de l'industrie nourricière, et, dit-il, puisque c'est une industrie ayant pour objet d'élever des créatures humaines, qu'elle est de toutes les industries la plus délicate, la plus grave dans ses conséquences, il est de droit qu'elle soit soumise à l'autorisation préalable, qu'elle soit réglementée et surveillée à l'égal au moins des industries les plus dangereuses...

Que l'autorité ouvre donc les yeux sur la gravité des faits qui lui sont dévoilés, qu'elle envisage sa responsabilité, ses devoirs et ses plus pressants intérêts, qu'elle se rende compte des ressources qu'elle peut trouver dans nos lois et nos institutions pour réglementer, réformer, assister l'industrie nourricière, pour l'épurer par la crainte du châtiment aussi bien que par l'espoir de justes récompenses, pour réveiller le sentiment maternel, et la situation deviendra bientôt moins douloureuse.

M. Boudet fait appel ensuite à la Société elle-même, à la nation qui doit tendre sans cesse à s'affranchir en prenant en main le soin de sa prospérité et de sa grandeur.

S'adressant au corps médical, pourquoi, dit-il, le corps médical, à l'exemple du généreux promoteur de la ligue de l'enseignement en France, ne formerait-il pas une ligue pour la propagation des préceptes de cette science de l'hygiène dont les applications sont si sûres et si bienfaisantes !

L'autorité peut sans doute exercer une précieuse tutelle sur les enfants et les nourrices en les plaçant sous la surveillance des maires de leurs communes, en imposant aux nourrices un livret où toutes les vicissitudes de la santé des nourrissons seront régulièrement inscrites, en faisant constater les décès et leurs causes avec une rigoureuse exactitude, en créant des inspections médicales, etc. Mais cette intervention laisserait subsister encore une foule d'abus, si le dévouement des particuliers ne venait compléter la tâche. C'est ainsi que la Société protectrice de l'enfance et les associations qui se formeront à son exemple dans les départements, rendront les plus importants services, si elles comprennent bien leur mission. M. Boudet donne ici un avis développé sur les services que pourraient rendre ces associations.

Enfin, arrivant au rôle de l'Académie, il formule en ces termes les propositions qu'il lui soumet :

En même temps l'Académie doit prendre elle-même une part active et continue à l'œuvre régénératrice qu'il lui appartient de diriger au nom de la science qu'elle représente.

L'enquête administrative ne peut embrasser qu'une des faces de la question, l'Académie doit faire aussi son enquête; elle a uno compéteuce supérieure et incontestable; qu'elle n'hésite pas à l'affirmer, et qu'elle se mette en devoir de la démontrer par ses actes.

Il existe au sein de l'Académie plusieurs commissions permanentes; instituons une nouvelle commission permanente sous le nom de Commission de l'hygiène de l'enfance.

Cette commission deviendra la tête et le cœur du mouvement national qui va infailliblement se produire; elle sera le foyer de lumières qui rayonnera sur le pays et le guidera dans ses efforts.

Cette commission, invoquant le concours des médecins et des hygiénistes français, demandant même aux étrangers le tribut de leur expérience, exécutera cette enquête médicale que doit compléter l'enquête administrative; elle deviendra ainsi un centre permanent où afflueront les documents, les mémoires, les propositions, et où tous ces matériaux, activement élaborés, deviendront une source féconde de lumière et de progrès. Absorbant dans son sein la commission actuelle, cette commission permanente devra signaler son avénement par un premier rapport sur la discussion présente, rédiger des conclusions qui seront soumises au vote de l'Académie et en poursuivre ultérieurement les conséquences.

Que l'Académie de médecine s'empare avec assurance du rôle qui doit lui appartenir dans notre société française, à côté des sciences sociales qui ont conquis leur place au soleil; qu'elle proclame l'hygiène publique; qu'elle montre que l'hygiène est l'art de guérir dans son acception la plus vraie; que c'est de l'hygiène que dépendent la force et la santé des populations; que c'est une science qu'il n'est permis à personne d'ignorer; qu'elle la professe, l'encourage et l'agrandisse par son influence et ses travaux, et qu'elle se mette à l'œuvre pour en faire dès aujourd'hui la plus belle application, en combattant le mal si grand et si profond qui met en péril la vie nationale.

Ce discours est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.

RAPPORTS.

Vaccine. — M. DEPAUL, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du rapport général sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France pendant l'année 1865.

Eaux minérales. — M. GUÉRARD donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, du rapport général sur le service des établissements d'eaux minérales en France pendant l'année 1864.

Épidémies. — M. BERGERON termine la lecture commencée dans la précédente séance, du rapport général sur les épidémies qui ont régné en France en 1865.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

M. le docteur Guillon a adressé à M. le président la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous adresser six exemplaires du mémoire que j'ai présenté le 27 février dernier au concours Barbier, et je vous serai très-reconnaissant si vous voulez bien en faire remettre un exemplaire à chacun de MM. les membres de la commission.

« La médication qui est le sujet de ce mémoire, et que j'ai introduite dans la pratique : *L'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé sur les couennes diphthéritiques,* amenant très-promptement la guérison de l'angine couenneuse et du croup membraneux inguérissable par toute autre médication, et dans les cas où la trachéotomie est employée sans succès après avoir été préconisée comme moyen de guérison; ce mode de traitement constitue un progrès important dans l'art de guérir qui fera abandonner la trachéotomie (1).

« En conséquence, je dois en faire ici la remarque, M. le président, si cette médication avait été connue, lorsque le frère aîné de l'Empereur et l'Impératrice Joséphine ont été affectés d'angine couenneuse, cette maladie ne les aurait pas conduits au tombeau.

« Veuillez, je vous prie, M. le président, agréer l'expression des sentiments respectueux avec lesquels, j'ai l'honneur d'être, etc.

« Dr Guillon. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 3 août. — Présidence de M. Boys de Loury, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre par laquelle M. Fraignaud s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon;

(1) Ce mémoire est publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 7 avril.

2° Le compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris, par M. le docteur Alix;

3° Le *Bulletin de la Société médicale d'émulation de Paris;*

4° Un mémoire intitulé : *Étude médico-légale sur le curare,* par MM. Aug. Voisin et Liouville. Remercîments, dépôt aux archives.

— **M. LE PRÉSIDENT** fait part à la Société de la mort de M. Gibert, membre honoraire, ainsi que de la nomination au Bureau central de MM. Blachez et Peter.

— **M. PETER** fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : *Angines,* extrait du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. (Remercîments, dépôt aux archives.)

Choléra.

M. COLLINEAU. Je désire simplement décrire, en quelques mots, les accidents ultimes présentés par un cholérique auquel j'ai donné mes soins.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans demeurant rue Godot-de-Mauroi, et qui, depuis plusieurs jours, était atteint de troubles gastro-intestinaux sans gravité.

Le 16 juillet, jour du violent orage qui fut, comme le signal de l'apparition à Paris, des cas nombreux et très-graves de choléra qu'on observe depuis lors, le malade paraissait en bonne voie de convalescence.

Il ressentit du coup de foudre qui éclata dans le quartier de l'Opéra une commotion assez forte pour qu'il en fit part aux personnes de son entourage. Le reste de la journée se passa d'ailleurs sans qu'il fût plus gravement incommodé.

C'est le lendemain matin seulement que les premiers symptômes cholériformes se révélèrent. Encore est-il que leur aspect resta fruste durant la première moitié de ce jour. Si les vomissements et les déjections riziformes, si l'abaissement de la température cutanée plutôt que son algidité, le chevrotement de la voix plutôt que l'aphonie, la raréfaction de la sécrétion rénale plutôt que son abolition, se constataient, en revanche la cyanose restait localisée aux orbites, et les crampes manquaient absolument.

Jusqu'au soir — bien qu'un traitement approprié eût été institué sans retard — cet état persista sans se modifier autrement que par l'accentuation progressive de ses caractères.

Vers neuf heures les évacuations étant devenues moins fréquentes, il se manifesta un commencement de réaction, puis en certains points du corps une sudation abondante et une élévation de température.

Cette caléfaction, malgré tout, ne laissait pas d'être incomplète et de mauvais aloi, lorsque à dix heures environ, il se produisit une selle très-fluide et très-abondante. Peu d'instants après le malade ressent quelques crampes aux cuisses et aux jambes. Puis tout à coup il se plaint d'éprouver à articuler les mots une difficulté insurmontable, et accuse une vive céphalalgie. Quelques secondes plus tard, en proie à une souffrance violente et profonde, ayant pour siége la région dorso-lombaire, il pousse un cri, se roidit comme par une convulsion tétanique, puis s'affaisse et meurt.

J'ai pensé que la communication de ce fait, tout isolé qu'il soit, n'était pas dénué de quelque intérêt, en ce qu'il offre l'expression très-nette de la sidération nerveuse par laquelle se termine la scene chez un certain nombre de malades.

A ma connaissance, plusieurs de ceux qui sont morts frappés par l'épidémie actuelle, ont succombé de la sorte à la brusque hyperbémie des centres nerveux.

M. AUG. VOISIN reconnaît que l'orage du 16 juillet a signalé le début de l'épidémie; mais il rapporte que la première victime que le choléra ait faite à Paris est une femme arrivée, depuis quelques jours seulement, d'Amiens, et qui a succombé rue Malar, dans les premiers jours de juillet.

M. PERRIN donne ses soins à une jeune femme récemment accouchée, allaitant son enfant, et offrant les symptômes d'une atteinte légère de choléra. La sécrétion mammaire, jusqu'ici, ne s'est pas supprimée; M. Perrin se demande s'il convient ou non de laisser la malade allaiter son nourrisson.

M. BRIQUET a vu souvent des nourrices, atteintes de choléra, continuer d'allaiter sans que la santé du nourrisson ait éprouvé aucun trouble. Mais dans les cas où l'affection se caractérise au point d'entrer dans la période algide, la lactation devient impossible parce que dès lors la sécrétion du lait est supprimée.

Dans les cas légers comme celui dont parle M. Perrin, n'ayant pas à redouter de grands dangers de la continuation de l'allaitement, on est autorisé à attendre sans rien changer au régime alimentaire de l'enfant. Dans les cas graves, lorsque la période algide se déclare, on doit, au contraire, se hâter d'aviser parce que la sécrétion lactée ne tardera pas à se tarir.

M. GÉRY père a constaté chez une nourrice présentant les symptômes du choléra le plus nettement tranché, et chez laquelle la cyanose était portée à un degré extrême, que la glande mammaire fournissait encore du lait.

Quant à l'épidémie actuelle, M. Géry ne la croit pas encore parvenue à sa période de décroissance. On continue d'observer des cas foudroyants. Dans une même maison de la rue Folie-Méricourt quatre décès ont été constatés coup sur coup. Dans une autre maison du même quartier, il y a eu trois décès déjà. Or, il est à remarquer que ces deux foyers épidémiques se sont développés dans des conditions de salubrité parfaite.

Enfin, M. Géry signale la violence particulière avec laquelle l'affection sévit sur les jeunes enfants.

M. BRIQUET. Si la sécrétion mammaire n'est pas encore tarie au moment où la période algide se déclare, elle ne persiste guère, et il est probable que le lait que fournit encore la glande était sécrété antérieurement.

La mortalité des enfants par choléra peut s'évaluer selon les proportions suivantes :

Son maximum coïncide avec la première année de la vie.

De cinq à dix-huit ans elle est très-faible;

A partir de dix-huit ans elle suit une progression croissante.

Il convient d'attribuer l'immunité dont jouissent les sujets de cinq à dix-huit ans à ce que, pendant cette période de la vie, ils ne sont généralement pas surmenés, et aussi à l'exubérance de vitalité que possède cet âge.

M. GROS. Lorsque le choléra se développe dans une maison, il y aurait une opportunité de premier ordre à désinfecter immédiatement et très-soigneusement les émanations provenant des fosses d'aisances.

La nature morbide des déjections ne saurait manquer d'ouvrir à la propagation de la maladie une voie d'autant plus facile que l'accumulation de ces matières est plus grande.

M. BRIQUET. Ce mode de propagation du choléra a, en effet, été signalé; Snow, en Angleterre, a insisté sur ce point d'une manière spéciale. S'il existe dans la science des faits nombreux qui semblent confirmer la théorie émise par cet auteur, les faits de nature à l'infirmer ne sont pas moins fréquents.

Ainsi, d'une part, dans les bagnes, on a remarqué que les condamnés couchés dans les lits rapprochés des lieux d'aisances étaient, pendant le cours des épidémies, plus vite et plus fréquemment atteints que les autres. Dans les maisons de détention, où chaque cellule est munie d'une bouche de latrines, la mortalité acquiert, en général, des proportions énormes.

D'autre part, de 1832 à 1849, les progrès de l'assainissement ont été considérables; et, malgré tout, l'épidémie de 1849 a fait, en France, 20,000 victimes de plus que la précédente. En somme, si l'accumulation des déjections, provenant des cholériques, constitue un élément de propagation incontestable, son importance n'en doit pas moins être reléguée au second plan.

M. PERRIN croit qu'il est utile, au point de vue de l'assainissement, de ne pas laisser séjourner près des malades des déjections cholériques, et de les désinfecter, mais sans supposer avec M. Gros que les émanations des matières fécales renferment le principe susceptible de développer le choléra. Chargé récemment, comme membre de la commission des logements insalubres, de faire une enquête sur les explosions des fosses d'aisances, M. Perrin s'est enquis en même temps de savoir dans quelle proportion avaient été frappés du choléra les ouvriers vidangeurs. Or, il résulte de renseignements directs recueillis par lui près de l'inspection municipale de la vidange, que, dans l'épidémie actuelle, comme en 1832, 1849 et 1854, les vidangeurs n'ont pas été atteints en plus grand nombre que des ouvriers exerçant des professions en apparence beaucoup moins insalubres. Or, si les matières fécales renfermaient réellement le germe de la maladie, comment expliquer que le choléra ne fasse pas plus de victimes parmi eux, et surtout parmi ceux d'entre eux qui procèdent chaque jour à l'enlèvement des appareils mobiles, renfermant, comme ceux des halles centrales et de quelques-unes de nos casernes, des matières absolument fraîches. Les ouvriers du dépotoir de la Villette, ceux de l'établissement de Bondy, auxquels quinze compagnies particulières de vidange expédient chaque nuit près de deux mille mètres cubes de matières, ne sont pas atteints davantage par le choléra. Ils payent leur tribut à l'épidémie comme tout le monde, mais non en plus grande proportion. Il en est de même des cinq cents ouvriers qui travaillent du matin au soir dans les égouts. Il n'est donc pas probable que l'intestin soit la voie d'élimination des effluves cholériques. Ces effluves s'échapperaient par les voies respiratoires, si tant est qu'ils puissent prendre naissance au sein de l'organisme.

M. GUSTAVE LAGNEAU rappelle que, pendant le cours de l'épidémie de 1849, une femme hystérique continua de séjourner dans le service de M. Briquet, à la Charité, dans une salle consacrée au traitement des cholériques, et qu'elle ne contracta pas la plus légère atteinte de l'affection.

Les élèves de M. Briquet firent, à la même époque, 120 autopsies de cholériques sans qu'aucun d'eux eût été même indisposé.

M. DEVILLE s'est livré, depuis la dernière séance, à une enquête igoureuse touchant la fréquence de la forme foudroyante dans l'épidémie actuelle; il est arrivé à cette conclusion que les cas foudroyants sont d'une observation très-rare.

— **M. GÉRY** père fait remarquer que, sans être absolument foudroyants, les symptômes graves débutent souvent d'emblée, puis progressent rapidement et sans rémission.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'ouverture du scrutin sur la candidature de M. Pravaz au titre de membre correspondant.

Après dépouillement du scrutin, M. Pravaz est nommé membre correspondant à la majorité des suffrages.

RAPPORT.

La parole est à M. Gros pour la lecture d'un rapport sur les travaux adressés par M. Marmisse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

L'ouverture du scrutin sur la candidature de M. Marmisse sera à l'ordre du jour de la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

21. Du choléra épidémique de 1865, observé à l'hôpital Lariboisière, par M. Émile Langronne.
22. Étude médicale sur l'ouvrier houilleur, par M. François-Jean Baptiste Buisson.
23. Étude sur l'histoire de l'art ophthalmologique, par M. J. Nazaire Laurent.
24. Du pronostic de la procidence du cordon ombilical, par M. François-Émile Desourteaux.
25. Des tumeurs hypertrophiques de l'urèthre chez la femme, par M. Victor Lemoine.
26. Des états organopathiques dans la variole, variose, variosémie, variodermite, pyocélie, variodermite-hémorréique, variostomatite, variopharyngite, varioencéphalite, etc., par M. Henri-Louis Gay.
27. Étude sur les phénomènes spinaux dans les fièvres éruptives, par M. Spiridione Zavizianos.
28. Recherches expérimentales sur les effets consécutifs à la section des nerfs mixtes, par M. Benoît-Paul Magnien.

Nos lecteurs n'ont pas oublié que notre excellent ami et collaborateur M. le docteur Revillout avait été envoyé l'année dernière en Égypte par le gouvernement français à l'occasion du choléra.

Nous sommes heureux d'annoncer que la décoration du *Medjidié* vient de lui être adressée en récompense de son dévouement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

École de médecine d'Arras. — Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1866-1867, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lestocquoy (Michel-Louis), professeur de clinique externe à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

M. Trannoy, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est chargé provisoirement du cours de clinique externe à ladite école, pendant la durée du congé accordé à M. Lestocquoy (Michel-Louis).

M. Lestocquoy (Désiré-Joseph), suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est chargé provisoirement du cours d'anatomie et de physiologie à ladite école, pendant la délégation de M. Trannoy dans la chaire de clinique externe.

École de médecine de Nantes. — M. Polacseck est nommé préparateur des cours de pharmacie et de matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Eonnet, démissionnaire.

École de médecine de Reims. — M. Henrot, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie de Reims, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite école (emploi vacant).

— La chaire d'histoire naturelle des drogues simples près l'École supérieure de pharmacie de Paris avait été déclarée vacante par la retraite de M. Guibout, nommé professeur honoraire.

L'École de pharmacie de Paris vient de présenter en première ligne : M. Baudrimont, agrégé de l'École de Paris; en deuxième ligne : M. Planchon, agrégé de l'École de Montpellier.

— Nous avons la douleur d'annoncer une nouvelle perte dans le corps médical parisien. M. le docteur Casimir Pinel vient de succomber à l'âge de soixante-cinq ans, aux suites d'une longue maladie. Neveu de l'illustre Pinel, M. Casimir Pinel s'était fait une place distinguée parmi les médecins aliénistes de notre époque. On lui doit plusieurs travaux remarqués sur cette branche spéciale de la science, et des notices historiques d'un grand intérêt.

— Un concours pour cinq place d'interne en médecine et trois places d'interne en pharmacie près l'hôpital d'Alger, s'ouvrira dans cette ville le lundi 17 décembre prochain.

Le secrétariat de la mairie d'Alger fournira les diverses conditions de ce concours.

— M. le docteur Luys, médecin des hôpitaux, commencera son cours sur les fonctions et les maladies du système nerveux, le mardi 11 décembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Des accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine, par le docteur MOYNIER. In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1860.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne, par le docteur DEZEIMERIS. Sept vol in-8°. Prix : 7 fr. au lieu de 42 fr. net. — Paris, 1828-1835.

Ces ouvrages se trouvent chez A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ophthalmie sans suppuration, infection purulente.

Mardi dernier, nous annonçions dans notre premier Paris quelques détails sur un fait d'infection purulente, suivie de mort, chez un homme qui ne semblait avoir aucun foyer purulent nulle part.

Voici l'observation qui nous est remise à ce sujet :

Le nommé R..., âgé de quarante-huit ans, peigneur de laine, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, est reçu, le 27 octobre, au n° 35 de la salle Sainte-Marthe, pour une ophthalmie double dont il était atteint depuis plusieurs semaines. Il dit avoir été guéri récemment par M. Sichel, d'une affection semblable, et ne peut donner aucun renseignement sur les causes de cette récidive.

Voici ce que nous observons : conjonctivite assez intense, quelques granulations sur les paupières. A gauche, l'ophthalmie est plus vive, le demi-cercle inférieur de la cornée est plus injecté. Larmoiement assez fort. Photophobie des plus marquées. L'iris, du côté gauche, semble d'une couleur plus foncée; la pupille est plus étroite et moins arrondie que du côté droit; douleur circumorbitaire très-forte, au point d'empêcher le sommeil; état général assez satisfaisant; pas de fièvre; appétit peu considérable. Purgatif; pilules calomel et quinquina; collyre au nitrate d'argent.

Les jours qui suivent son entrée, on ne constate aucune amélioration. Mêmes douleurs circumorbitaires; même photophobie; larmoiement. L'opium à dose de 10 centigrammes, le laudanum de Sydenham en collyre, le sulfate d'atropine sont employés. On constate seulement un peu d'amélioration du côté de l'œil droit; le gauche est toujours dans le même état.

Le 5 novembre, injection toujours très-considérable de la conjonctive à gauche; commencement de pannus sur le demi-cercle supérieur de la cornée de ce côté. M. Panas pratique l'excision de la conjonctive par la méthode du docteur Furnari, à 3 ou 4 millimètres du bord supérieur de la cornée et dans l'étendue d'une demi-circonférence.

Le 6, peu d'amélioration; écoulement sanguin peu abondant.

Les jours suivants, l'amélioration est nulle; on applique des sangsues à la tempe du côté gauche. Pas de soulagement notable. Pendant ce temps, l'œil droit va de mieux en mieux. Il est guéri vers le milieu de novembre, sans autre traitement que l'usage d'un collyre à 5 centigrammes de nitrate d'argent.

Le 24, frisson très-intense avec sueurs très-abondantes; état général assez mauvais; prostration extrême; sueurs froides; pouls petit, fréquent; langue un peu saburrale. Le malade se réchauffe. Purgatif salin; sulfate de quinine.

Le 25, frisson moins intense, mais de longue durée; sueurs abondantes froides; 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 26, frisson; abattement marqué; anorexie. Il est facile de constater alors que les deux yeux sont en bon état; plus de larmoiement; pas de photophobie; les douleurs circumorbitaires ont presque disparu; plus de conjonctivite; l'iritis gauche va bien. Rien à l'auscultation; la respiration est un peu haletante.

Le 27, l'abattement est considérable; douleur très-vive dans l'hypochondre droit; le foie est augmenté de volume; il déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. A l'auscultation, on trouve, à la base du poumon gauche, une respiration moins franche et de nombreux râles sous-crépitants. Anorexie; peu de sommeil. Préparations de quina comme toniques; ventouses scarifiées au niveau du foie.

Le 28, rien de particulier à signaler; la faiblesse et l'abattement sont considérables.

Le 30, mort.

Autopsie.— Abcès métastatiques dans les deux poumons; apparents à la surface du bord postérieur, ils sont au nombre de sept à huit pour le poumon gauche et de quatre à cinq pour le droit. Congestion pulmonaire très-marquée à la base du poumon gauche; emphysème des bords antérieurs des deux poumons.

Foie. — Ce viscère est criblé d'abcès métastatiques; les trois quarts environ du parenchyme sont convertis en abcès; pus concret et très-fétide; autour des abcès, le tissu hépatique est sain; augmentation de volume très-marquée.

Les autres viscères sont sains. Rien de particulier dans le cerveau.

L'œil gauche ne nous présente rien d'anomal; les milieux et les membranes nous paraissent en bon état; pas de phlébite de la veine ophthalmique.

Les piqûres de sangsues s'étaient cicatrisées très-vite sans suppurer, ainsi que les scarifications des ventouses.

Les articulations, n'ayant pas été douloureuses pendant la vie, n'ont pas été ouvertes.

En reproduisant cette observation, nous n'avons pas pour but de soutenir que l'infection purulente peut se produire *sine materia*. Sans doute, il s'était caché dans quelque veine une phlébite qui aura passé inaperçue. Il aurait fallu disséquer avec soin le corps entier pour être certain qu'il n'existait pas du pus quelque part; et encore, le système circulaire est si étendu qu'il eût été bien difficile de rien affirmer.

Mais, en dehors de toute vue théorique, nous avons voulu rappeler, par cet exemple, aux praticiens qu'ils pouvaient se trouver en présence d'une véritable infection purulente avec abcès métastatiques, soupçonnée, comme cette fois, pendant la vie, d'après les symptômes, alors même que l'absence de tout foyer connu semblait rendre une telle pensée des plus improbables.

Choléra, gangrène des pieds.

Dans notre dernière revue clinique nous avons mentionné un cas de gangrène du pied, survenu chez un homme qui venait d'avoir le choléra. La liaison entre le choléra et l'artérite, cause de la gangrène, ne devait pas être établie sur un seul fait, qui pouvait être le résultat d'une simple coïncidence.

Mais ce fait n'est plus isolé, car M. le professeur Laugier vient de recevoir à ce sujet de M. le docteur Soffray (d'Ambérieux), la lettre suivante, qu'il a bien voulu nous transmettre.

« D'après la *Gazette des hôpitaux*, vous vous demandiez si le choléra pouvait amener une thrombose ou une artérite. Ce que je puis vous dire à ce sujet, c'est qu'étant sous-aide en Algérie, faisant le service des cholériques à l'hôpital militaire de Mostaganem (en 1850), j'ai vu un jeune Arabe de 20 ans environ pris d'une attaque de choléra qui a été très-forte et très-longue, 20 à 30 jours. Au début de sa convalescence on s'est aperçu que les deux pieds étaient gangrenés; les parties molles étant tombées, je lui ai enlevé avec la pince à pansement tous les métatarsiens, dans la même séance. Il y a eu une cicatrisation parfaite, et j'ai vu le sujet longtemps après, se promener dans les rues de Mostaganem, gros et gras, mais avec deux béquilles. »

Il n'y aurait rien d'étonnant du reste à ce que le choléra pût amener des gangrènes, le diabète en amène bien, par suite de la profonde atteinte qu'il porte à la vitalité. Or celle qui résulte du choléra dans certains cas n'est pas moins grande; et nous n'avons pas besoin de rappeler qu'on a trouvé plus d'une fois du sucre dans l'urine des cholériques.

Ovariotomie.

Deux opérations d'ovariotomie viennent d'être faites tant à Paris que dans la banlieue : l'une à l'hospice des Ménages, par MM. Gosselin et Labbé; l'autre à l'Hôtel-Dieu, par M. Maisonneuve.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans, fortement constituée, qui avait déjà subi plusieurs ponctions suivies d'injections iodées dans le kyste.

Le neuvième jour de l'opération, mercredi dernier, cette femme allait assez bien; le pouls n'avait jamais dépassé jusqu'alors 120 pulsations au maximum, et il tendait de plus en plus à se rapprocher de la normale. Vers la fin du premier septenaire, on s'était beaucoup inquiété de vomissements, que les préparations opiacées semblaient exaspérer encore au lieu de les calmer. Mais lorsqu'on eut cessé l'usage de l'opium, ces vomissements avaient disparu.

La malade de M. Maisonneuve, âgée de quarante-cinq ans, couchée au n° 15, salle Saint-Paul, a été opérée vendredi dernier, 30 novembre. Elle portait un kyste, devenu purulent à la suite de ponctions, et présentait, depuis quelques temps, des accidents de fièvre hectique qui rendaient l'opération urgente.

L'incision fut faite sur une longueur de 20 centimètres environ; il n'existait aucune adhérence, et le kyste fut extrait facilement après avoir été vidé en partie. On peut évaluer à 4 ou 5 litres le liquide qui s'y trouvait contenu.

M. Maisonneuve serra le pédicule dans un clamp; puis il réunit la plaie dans sa moitié supérieure, à peu près, laissant le reste béant afin de rendre plus facile l'écoulement des liquides épanchés.

On sait que M. Maisonneuve n'a pas été jusqu'ici très-heureux dans ses opérations d'ovariotomie. Il avait d'abord un système qui consistait à irriter le péritoine par le frottement, afin de changer la nature de ses sécrétions. Il désirait alors remplacer le liquide normal albumineux, facilement putrescible, par un liquide fibrineux qui tendrait à s'organiser. Maintenant, en laissant le ventre ouvert sur une assez grande étendue, il espère fournir une large issue aux sécrétions de la séreuse, et éviter ainsi les accidents qui pourraient résulter de leur décomposition.

Ces deux méthodes tiennent également à la théorie générale de M. Maisonneuve sur les accidents qui surviennent à la suite des opérations. Il attribue la plupart des morts à l'empoisonnement par des liquides qui restent stagnants, se décomposent, et sont ensuite résorbés. Sa plus grande préoccupation est donc de prévenir le plus possible la stagnation, la décomposition ou la résorption des liquides.

Jusqu'à présent les choses vont assez bien chez la malade de M. Maisonneuve. Le ventre reste souple, la langue nette, le pouls assez tranquille. Depuis l'opération, cette femme semblait digérer beaucoup mieux, et prenait chaque jour avec appétit deux côtelettes et quatre potages. Avant-hier on a retiré le clamp et donné une assez forte dose de rhubarbe. Depuis lors jusqu'à ce matin, huitième jour, il y a eu deux vomissements et l'appétit semble diminué, mais l'état général reste satisfaisant.

A Londres, M. le docteur Spencer Wells vient de publier dans le *Medical Times and Gazette*, sa quatre-vingt-quatrième opération d'ovariotomie, laquelle fut faite le 10 octobre.

La malade avait trente-cinq ans, et portait sa tumeur depuis sept ans.

Le kyste était multiloculaire, il avait été ponctionné six fois, deux fois injecté d'iode. On fit d'abord sortir le liquide ascitique qui fut évalué à sept pintes, puis on prolongea l'incision à trois pouces au-dessus et six pouces au-dessous de l'ombilic. Il n'existait pas d'adhérences avec la paroi abdominale; mais la tumeur qui pesait près de 14 livres, tenait sur plusieurs points soit à l'épiploon, soit à l'intestin, soit au mésentère. Quelques petites granulations blanches, répandues çà et là sur le péritoine, avaient fait porter un pronostic défavorable, et cependant les suites furent des plus simples; la malade guérit en peu de jours.

Rhumatisme blennorrhagique.

Au n° 12 de la salle Saint-Paul, service de M. Maisonneuve, se trouve couchée une jeune femme de 20 ans, atteinte de blennorrhagie et de rhumatisme blennorrhagique du genou droit.

A cette occasion, M. Maisonneuve a développé ses idées propres sur le mécanisme des affections articulaires, qui surviennent à la suite soit de blennorrhagies, soit de l'*état génital*, selon le mot de M. Lorain.

Il n'admet pas d'action réflexe, comme le voudrait M. Fournier. Suivant lui, le cathétérisme ne produit jamais d'accident, lorsqu'il n'a pas pour résultat de mettre l'urine en contact avec une muqueuse éraillée, sinon avec une fausse route. Comme preuve, il dit avoir pu faire impunément, sans réaction fébrile, sans retentissement général, les opérations les plus brutales, les plus sanglantes, les plus douloureuses sur des urèthres que l'urine n'avait plus à traverser, par suite d'une fistule au périnée.

Ainsi, pour M. Maisonneuve, l'absorption de l'urine ou du pus ou des liquides virulents en nature, cause une sorte d'empoisonnement, d'où vient la fièvre; puis le poison, pouvant passer dans les diverses sécrétions, peut causer dans les divers organes une irritation plus ou moins vive : dans une articulation un rhumatisme, dans le tissu cellulaire un phlegmon, etc., etc.

On sait que M. Velpeau avait émis le premier une opinion semblable à propos de la fièvre uréthrale. Tout récemment, dans le journal de médecine de Toulouse, un interne très-distingué de cet éminent professeur, M. Dieulafoy, dans un travail que le défaut d'espace nous empêche de reproduire, a combattu cette théorie, et a rattaché aux actions réflexes la fièvre uréthrale, comme M. Fournier y rattache le rhumatisme blennorrhagique.

Nous aurions à parler d'un fait de rhumatisme génital; mais

comme il doit en être question ce soir même à la Société médicale des hôpitaux, nous remettons à lundi les quelques mots que nous voulions en dire.

NOTICE SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE PARIS

Placés en nourrice à la campagne.

Par M. le Dr Roché (de Pont-sur-Yonne.)

Chargé depuis vingt-trois ans (1844-1866) du service médical des nourrissons de Paris, placés par l'intermédiaire de l'administration municipale de la ville de Paris (bureau Sainte-Apolline), j'ai pensé qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de faire connaître la statistique raisonnée de la mortalité que j'ai constatée sur 1,216 enfants confiés à mes soins pendant ce laps de temps, le genre de maladies auxquelles ils ont succombé et l'âge des décédés.

Les sages règlements qui régissent ce service, et qui sont strictement exécutés, tout en offrant une garantie pour les familles, leur procurent généreusement et sans aucun frais des avantages inappréciables : la surveillance et le traitement des enfants par le médecin, des bulletins sanitaires mensuels, l'envoi des vêtements et de l'argent, et même des secours de 12 à 17 fr. par mois pour les parents incapables de payer. Il n'en est pas de même des placements qui se font par les petits bureaux ; comme il n'existe aucune surveillance, il se commet des abus les plus préjudiciables à la santé, et même à la vie des enfants, et qui sont cause de la grande mortalité de ces petits êtres. J'ai connaissance de plusieurs faits de ce genre qui ont coûté la vie aux enfants, et que l'on croirait à peine, s'ils n'avaient donné lieu à des poursuites et à des condamnations judiciaires.

TABLEAU DU GENRE DE MORT DES ENFANTS.

1. Enfants non à terme, morts à leur arrivée ou peu après.	9
2. Méningites aiguës	3
3. Hydrocéphales chroniques	2
4. Convulsions	22
5. Angine simple	1
6. Angines couenneuses	6
7. Croup	8
8. Bronchites	31
9. Pneumonies	18
10. Phthisies congénitales pulmonaires	7
11. Asphyxies par submersion accidentelles, et par imprudence dans le lit des nourrices	3
12. Coqueluches	4
13. Gastrites, vomissements	9
14. Maladies des voies digestives, diarrhées, entérites, choléra indigène, et asiatique	146
15. Dyssenterie	1
16. Muguet	3
17. Rougeole	1
18. Érysipèles ambulants	5
19. Ictère, lésion du foie	2
20. Sclérème	5
21. Affections scrofuleuses	2
22. Marasme, épuisement, affections organiques	9
23. Fièvre typhoïde	1
24. Syphilis	16
Total	314

MORTALITÉ D'APRÈS L'AGE DES ENFANTS.

1. D'un à quinze jours	49
2. De quinze jours à un mois	45
3. De deux à trois mois	38
4. De trois à quatre mois	28
5. De quatre mois à cinq mois	30
6. De cinq à six mois	20
7. De six à sept mois	21
8. De sept à huit mois	18
9. De huit à neuf mois	13
10. De neuf à dix mois	18
11. De dix à onze mois	9
12. De onze à douze mois	4
13. D'un an à treize mois	8
14. De treize mois à vingt	8
15. De vingt mois à deux ans	4
16. A trois ans	1
Total	314

En jetant les yeux sur le premier de ces tableaux, on voit que la mortalité est un peu plus de 26 pour 100, ou d'un quart, et qu'ainsi elle est inférieure au chiffre donné par M. Husson, pour les nourrissons, et qui varie de 29,71 p. 100 à 55,88 pour 100, mais qu'elle est un peu supérieure à celle des enfants du premier âge, qui est de 18,08 pour les départements, Paris excepté. Si l'on considère que 9 enfants non à terme sont morts presque à leur arrivée, et qu'ils étaient à peine viables, la mortalité se trouvera réduite au quart ou à 25 pour 100. La cause de la grande mortalité des nourrissons ne doit pas être uniquement attribuée au défaut de soins des nourrices, mais le plus souvent à l'état déplorable dans lequel se trouvent plusieurs enfants à leur arrivée : un tiers est faible, et présente souvent une constitution détériorée par suite de la pauvreté et de l'inconduite des parents ; plusieurs sont atteints de syphilis congéniale. Ainsi qu'on le voit, les maladies les plus funestes à l'enfance sont celles des voies digestives, diarrhées, entérites, choléra : elles donnent presque la moitié des morts. Cette grande mortalité me paraît tenir le plus souvent au sevrage prématuré des enfants, et à l'alimentation peu convenable qu'on leur donne ; les grandes chaleurs me paraissent également influencer de la manière la plus fâcheuse les voies digestives ; car, c'est pendant les grandes chaleurs que l'on voit succomber en très-grand nombre les enfants par suite de diarrhée, d'entérite, de choléra, etc., qui les enlèvent souvent d'une manière très-rapide ; les trois quarts des morts arrivent à cette époque. J'ai constamment observé que les enfants sevrés, et surtout ceux qui l'ont été prématurément, succombent en bien plus grand nombre.

Après les maladies des voies digestives, celles qui font périr le plus grand nombre d'enfants, ce sont celles des voies de la respiration, bronchites, broncho-pneumonie, etc. Elles ont causé la mort chez 48 enfants, ce qui fait presque un sixième.

Viennent en dernier lieu les convulsions qui reconnaissent des causes bien variées et compliquent souvent d'autres maladies. Elles entrent pour un quatorzième dans la mortalité. Les affections héréditaires, la phthisie, les scrofules, font aussi quelques victimes dans le premier âge ; elles en comptent 8 dans notre relevé. Un fait que je ferai remarquer, c'est que les affections chirurgicales sont très-rares à cet âge, et qu'aucune n'a entraîné la mort.

La mortalité est d'autant plus grande dans le premier âge, qu'on se rapproche davantage du moment de la naissance : ainsi, dans les quinze premiers jours, il se rencontre presque un sixième des morts ; un peu moins dans la deuxième quinzaine du premier mois ; la proportion va toujours en diminuant jusqu'à un an, époque où l'on ne trouve plus que huit morts ou un peu moins de 3 pour 100. Au delà d'un an on ne peut plus établir de statistique, le plus grand nombre des enfants étant retirés de nourrice vers cette époque.

DU DÉLIRE ÉMOTIF

Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral.

Sous le nom de délire émotif, M. le docteur Morel a décrit, dans un travail remarquable que nous avons sous les yeux, une de ces formes de délire symptomatique qui se relient d'une manière intime aux troubles de l'appareil nerveux ganglionnaire viscéral, forme particulière dont les éléments se composent de faits d'impressionnabilité et d'émotivité avec prédominance de certaines idées fixes, de certains actes anomaux, sans compromission obligée ou du moins absolue des facultés intellectuelles. On comprendra la contradiction apparente de ces termes, si l'on tient compte de l'origine même et du point de départ assignés à ce délire. Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, qu'on affirme l'existence d'un délire sans aucune des perturbations mentales qui impliquent de toute nécessité l'idée de folie. Témoin ce vieil adage : si toute folie est un délire, tout délire n'est pas une folie.

Cette nouvelle forme de délire pour laquelle M. Morel réclame une place spéciale dans le cadre des névroses, est fondée sur quelques observations très-curieuses qu'il lui a été donné de recueillir dans sa consultation et dans sa pratique privée.

Si les faits de ce genre ont également échappé jusqu'ici à l'attention des médecins aliénistes et à celle des médecins ordinaires, c'est, dit-il, parce que les médecins aliénistes ne sont pas tous également bien placés pour étudier ce délire dans ses causes, dans sa marche, dans ses terminaisons, en un mot dans toutes les péripéties pathologiques qui constituent une névrose d'un genre déterminé, les malades dont il s'agit ne présentant ni ces actes systématiquement dangereux et malfaisants, ni ces entraînements impulsifs au suicide et à l'homicide qui forcent les familles à s'en séparer et à les placer dans les asiles. Quant aux médecins ordinaires, ceux d'entre eux qui ont pu être témoins de faits de cette nature ont dû généralement les confondre avec l'hypochondrie, avec l'hystérie ou toute autre névrose analogue.

Nous ne pouvons donner ici une description complète de l'état morbide désigné par M. Morel sous le nom de délire émotif ; mais l'esquisse suivante qu'il en a tracée lui-même en manière de résumé à la fin de son mémoire, suffira, nous l'espérons, pour en donner une idée, et pour engager ceux de nos confrères qui auraient l'occasion d'observer des faits susceptibles d'être ramenés à ce type, à nous les faire connaître.

« En étudiant avec soin les symptômes morbides de l'ordre physiologique et de l'ordre moral que présentent certains névropathisés, nous sommes autorisé, dit M. Morel, à regarder la maladie dont ils souffrent comme une névrose du système nerveux ganglionnaire.

« En donnant le nom de délire émotif à l'ensemble des symptômes qui accusent d'aussi étranges perturbations de la sensibilité physique et morale de l'organisme, nous avons voulu fixer l'attention sur une névrose parfaitement caractérisée du système nerveux ganglionnaire viscéral, et que l'on ne doit confondre ni avec l'hystérie, ni avec l'hypochondrie, ni, à plus forte raison, avec la folie proprement dite.

« Le diagnostic se déduit, dans la circonstance présente, de l'examen des troubles de l'ordre physiologique et de l'ordre moral que présente la maladie.

« Du côté des fonctions physiologiques, on remarquera les désordres du système circulatoire et digestif, les troubles de la sensibilité, qui se traduisent sous forme d'hyperesthésies et d'anesthésies générales ou locales. L'inégale distribution du calorique avec alternatives de froid intense et de chaleur suivie de sueurs profuses, les sensations douloureuses qui, partant du centre épigastrique ou de la profondeur des entrailles, vont s'irradiant tantôt dans tout le corps, tantôt dans les parties latérales, et déterminent des anomalies étranges dans la répartition normale de la sensibilité et de la chaleur.

« Il se produit une tendance à une chronicité interminable ; la digestion est particulièrement compromise ; le marasme, la cachexie dans laquelle tombent les individus, les douleurs qu'ils ressentent dans l'estomac et jusque dans les entrailles, ont souvent fait croire à l'existence d'une affection organique.

« Du côté des fonctions morales, on sera frappé de la facilité avec laquelle se créent les émotions d'un ordre maladif, de l'instantanéité avec laquelle certaines idées fixes s'implantent dans l'intelligence, et amènent des craintes non motivées, des impulsions pour ainsi dire irrésistibles, des terreurs ridicules qui prennent parfois les proportions d'une véritable panophobie. On constatera que, malgré la conservation des facultés qui constituent l'homme intelligent et raisonnable, il existe d'étranges perversions de la sensibilité chez l'homme moral, émotif ou affectif. Il éprouve des répulsions et des antipathies qui sont la conséquence d'un état maladif franchement accentué. Il lui devient le plus souvent impossible d'accomplir les actes qui dépendent de l'exercice de la volonté et qui se rapportent aux habitudes les plus ordinaires de la vie, comme seraient ceux de toucher certains objets.

« Le terme de délire émotif appliqué à cette situation morale ne doit pas être pris dans le sens général de folie, impliquant les hallucinations des sens, les interprétations maladives des délirants par persécution et les tendances dangereuses, malfaisantes, qui forcent à isoler les aliénés.

« Tout au plus pourrait-on, en raison des analogies qui existent, confondre cette névrose avec l'hypochondrie et l'hystérie ; mais cette confusion n'est guère possible que dans la période chronique et transformée de l'hypochondrie et de l'hystérie qui se signale aussi par certains actes excentriques, ridicules, imbéciles.

« En règle générale, les hypochondriaques pas plus que les hystériques n'éprouvent les phénomènes morbides subits, instantanés, les impressions étranges que j'ai notés chez les délirants émotifs dans la période aiguë de leur affection. L'exagération de la sensibilité, les anomalies dans la répartition du calorique, l'invasion subite de certaines idées fixes, l'horreur de toucher certains objets, ne caractérisent pas d'ordinaire l'état des hypochondriaques, que préoccupent surtout les intérêts exagérés de leur santé.

« J'ai dit que le terme de délire émotif ne doit pas être pris dans le sens général de la folie ; toutefois il y aurait exagération à prétendre que le délire émotif soit placé en dehors de la loi des transformations morbides, qui domine la pathogénie des névroses et qui mène au trouble radical des facultés intellectuelles.

« L'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie, sont sujettes à des transformations qui déterminent des aberrations mentales parfaitement caractérisées. Ainsi peut-il en être du délire émotif, dont le pronostic est d'autant plus fâcheux qu'il se rattache davantage aux conditions morbides des ascendants et à certaines causes pathologiques qui ont fortement altéré la constitution physique et morale des individus.

« J'ai observé le délire émotif chez les descendants d'individus aliénés ou simplement hypochondriaques, épileptiques ou hystériques.

« J'ai retrouvé l'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie, tantôt à l'état simple, tantôt à l'état complexe (folie hystérique, épileptique, hypochondriaque, délire des persécutions), chez des individus dont les parents n'avaient présenté que l'émotivité en excès, avec ce phénomène de l'ordre moral, si simple en apparence et si complexe quand on l'examine dans ses manifestations diverses, de n'oser toucher certains objets ou d'avoir des craintes irraisonnables.

« Le terme de délire émotif n'a donc rien d'exagéré, rien qui ne soit en rapport avec le trouble d'une fonction organique dont le système nerveux ganglionnaire est le siége.

« Il n'est pas l'expression d'un état psychologique abstrait ou idéal, en d'autres termes, d'un trouble mental sans lésion concomitante de l'organisme, puisque, si l'on admet la localisation des besoins, des penchants qui constituent l'élément affectif, il faut bien admettre le facteur de ces besoins, de ces penchants auxquels on peut donner le nom de sens émotif. »

A défaut de l'anatomie pathologique, qui, dans l'état actuel de la science, ne pouvait éclairer la question, les résultats de la thérapeutique paraissent devoir confirmer les idées théoriques de M. Morel sur le classement du délire émotif parmi les névroses du système nerveux ganglionnaire viscéral.

En effet, les fébrifuges, les antipériodiques, les toniques auxquels on a recours dans la période aiguë, ne font qu'empirer la situation. Dans la phase active de la maladie on emploiera avec succès l'hydrothérapie en enveloppements, affusions, immersions, et comme médicament interne les opiacés à doses progressives.

La médication tonique, les ferrugineux et les antipériodiques, dont il a été fait abus, par la raison que l'on a souvent confondu cet état avec une fièvre d'accès, seront employés avec succès dans la période de convalescence ou de rémission, et alors que les fonctions digestives seront rentrées dans la normalité.

La médication excitante, dans laquelle il faut ranger l'électricité, sera utile dans la période chronique, qui se signale surtout, au point de vue physiologique, par l'épuisement général, la cachexie, le marasme, l'anesthésie, et, au point de

vie moral, par l'affaiblissement de plus en plus grand de la volonté, par des tics ridicules, étranges, par l'indifférence des sentiments et souvent par le refus absolu de prendre des médicaments, ce qui est contraire aux habitudes des hypochondriaques. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Pansement des plaies.

M. Maisonneuve a complétement abandonné l'usage du cérat pour le pansement des plaies. Il se sert maintenant exclusivement de plumasseaux de charpie, imbibés soit d'une solution d'acide phénique au centième, soit de vin aromatique, soit de teinture d'arnica pure, selon qu'il veut produire une excitation plus ou moins grande des parties malades.

Il nous a fait voir un homme qui, ayant eu la main horriblement écrasée, avait été pansé simplement avec la teinture d'arnica, et avait guéri beaucoup plus vite qu'on ne guérit d'ordinaire par l'irrigation continue, etc.

Dans les abcès froids et dans les affections des os, M. Maisonneuse, comme, du reste, maintenant un très-grand nombre de chirurgiens, se loue beaucoup de la liqueur de Villate qu'il emploie soit en applications à l'aide de charpie, soit en injections.

On sait que cette liqueur, préconisée entre autres par le docteur Notta (de Lisieux), est composée ainsi qu'il suit :

Sous-acétate de plomb liquide. . . .	30 grammes.	
Sulfate de cuivre cristallisé } à â . .	15	—
Sulfate de zinc cristallisé }		
Vinaigre blanc	200	—

Faites dissoudre les sels dans le vinaigre et ajoutez peu à peu le sous-acétate de plomb.

De la diète lactée dans les maladies du cœur, les hydropisies et la diarrhée.

M. le docteur Pécholier vient de publier dans le *Montpellier médical* de cette année, une longue étude sur les indications de la diète lactée dans le traitement de diverses maladies et spécialement dans celui des maladies du cœur, de l'hydropisie et de la diarrhée. Voici le résumé de ce travail basé sur de nombreuses observations :

La condition indispensable des succès de la diète lactée, c'est, au moins à son début, la suspension absolue de tout autre aliment et de toute autre boisson. Il faut, en outre, commencer par ne donner au malade que des quantités relativement peu considérables de lait, et n'arriver que graduellement à des doses plus considérables.

D'une manière générale et à part de rares exceptions, le docteur Pécholier prescrit ainsi le régime lacté : prendre chaque deux heures une tasse à café de lait coupé avec un tiers d'eau. Augmenter dès le lendemain graduellement la quantité de lait, si celui-ci est bien supporté; en arriver ainsi à deux ou trois litres par jour et même davantage suivant les cas. Quand les bons effets du régime sont en grande partie obtenus, on permet d'ajouter un peu de pain dans le lait. La proportion de pain est peu à peu accrue. Enfin arrive le moment de joindre à cette alimentation des mets légers puis des mets plus substantiels. On revient ainsi au régime ordinaire.

La diète blanche entraînant le plus souvent la constipation, il faut remédier à cet accident par des laxatifs ou de simples lavements.

Le lait cru, tiède ou froid, se digère d'habitude beaucoup mieux que le lait bouilli ; cependant on rencontre le contraire dans certaines idiosyncrasies.

La digestion du lait est favorisée par plusieurs moyens. L'eau de chaux le fait beaucoup mieux supporter pour l'estomac. Le bicarbonate de soude, la magnésie et tous les alcalins peuvent rendre le même service. Cependant il existe certains individus, peu nombreux il est vrai, chez lesquels, au lieu des alcalins, il faut employer les acides. Dans d'autres cas, on doit recourir à des amers en très-petite quantité, ou même à quelques gouttes de bon rhum.

Recherchant ensuite l'action spéciale de la diète lactée, dans diverses maladies, M. Pécholier ajoute :

1° Dans l'hypertrophie active du cœur, il existe un grande tension dans les vaisseaux sanguins, une forte injection des capillaires, des menaces incessantes de congestion et d'hémorrhagie dans les divers organes. La diète lactée, dont les effets ultérieurs peuvent être aidés ou non par la digitale, amène une réduction dans la quantité et la plasticité du sang, diminue la tension artérielle et par là peut prévenir les congestions et les hémorrhagies. Le malade éprouve un calme très-grand, et s'il persévère longtemps et que la lésion ne soit pas trop considérable, on voit lentement se produire une résorption du tissu musculaire du cœur surabondant, et par conséquent une guérison graduelle.

L'action de la diète blanche dans les autres maladies du cœur n'est point aussi nette. Dans ces dernières, cependant, il y a diminution de l'hydropisie consécutive.

2° L'hydropisie, quels que soient sa forme, son siége et sa cause, trouve souvent dans le régime lacté un énergique remède. Impuissant d'ordinaire contre la cause de la maladie, le lait attaque directement l'hydropisie elle-même. Comment agit le lait contre l'hydropisie? M. Pécholier ne nie pas qu'il n'exerce, soit par ses sels neutres, soit de toute autre manière, des effets diurétiques susceptibles de contribuer à la résorption de l'hydropisie; mais, suivant lui, là n'est point tout son effet, pas même son effet principal, et il faut surtout invoquer un changement dans le mode d'être de l'exhalation. Celui-ci, fréquemment devenu vicieux chez les hydropiques, est, par le régime lacté, heureusement modifié. Ce qui confirmerait tout d'abord cette assertion, c'est que sous l'influence de ce régime on voit non-seulement la disparition d'une hydropisie déjà existante, mais encore un retard plus ou moins prolongé et quelquefois définitif dans le retour des accidents.

3° La diarrhée, et surtout la diarrhée tendant à la chronicité, trouve fréquemment dans la diète lactée un puissant remède. C'est surtout contre la diarrhée des enfants due à une entéro-colite, que le lait donne les meilleurs résultats. La forme d'entéro-colite nommée par certains auteurs choléra *infantilis*, et qui présente tant de gravité, cède aussi à ce moyen.

Les circonstances qui motivent l'emploi de la diète lactée dans la diarrhée des enfants nous éclairent sur celles qui indiquent chez l'adulte le même remède contre la même maladie. C'est dans les diarrhées dues à une irritation gastro-intestinale que le régime lacté réussira, tandis qu'il est impuissant et même dangereux contre les diarrhées saburrales et par atonie. Le lait offre dans le premier cas le double avantage d'être un topique tempérant et adoucissant pour les muqueuses irritées, et de fournir une alimentation suffisante, facilement assimilable, et qui par conséquent ne fatigue pas le tube digestif.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 28 novembre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat (Allier), pour 1865-66 ;

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, n° 8;

Une brochure de M. le docteur Bœkel, membre correspondant, à Strasbourg, intitulée : *Résection cunéiforme du genou pour une ankylose angulaire osseuse, suivie de succès*.

MM. Liégeois et de Saint-Germain écrivent pour se porter candidats à la place de membre titulaire.

A propos du procès-verbal :

Suture des os dans les pseudarthroses.

M. MARJOLIN. M. Demarquay nous a communiqué un cas intéressant de pseudarthrose guérie par la résection et la suture des extrémités osseuses. Je crois la suture au moins inutile en semblable circonstance. Je crois que l'on s'expose à faire nécroser la portion de l'os qui avoisine le siége des perforations nécessaires pour passer le fil métallique, et dans l'observation de M. Demarquay, l'on aperçoit mieux les inconvénients de la suture qu'on n'en saisit les avantages. J'ai, pour ma part, obtenu des succès sans la suture, par le seul fait de la résection et du rapprochement des fragments convenablement immobilisés; je craindrais, en faisant plus, de compliquer inutilement ou de compromettre l'opération.

Coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux.

M. DESPRÉS. Dans la dernière séance, à propos de la communication de M. Tillaux, j'ai cru pouvoir avancer que la coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux était un fait tellement exceptionnel, que la présence des caillots devenait, pour notre collègue, un nouveau motif pour rejeter l'idée d'une phlébartérie, une présomption puissante d'accepter le diagnostic: anévrysme artériel faux primitif.

M. Tillaux m'a répondu qu'il y avait des exemples de coagulation dans les anévrysmes artério-veineux. Moins affirmatif, M. Broca m'a objecté que, dans le fait de notre collègue, l'inflammation expliquait la possibilité de la coagulation. J'ai voulu, avant de répondre, recourir aux preuves; la coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux est si rare, que je serais tenté de dire qu'elle n'est pas possible; telle est l'opinion que je viens encore aujourd'hui défendre.

Les observations contenues dans les thèses de MM. Morvan (1847), et Henry (1855), les faits consignés dans nos *Bulletins* par MM. Broca et Richet, témoignent en faveur de l'opinion que je soutiens.

La coagulation du sang dans cette espèce d'anévrysme est si rare, elle est si difficile à obtenir, que dans le fait montré par M. Broca à la Société de chirurgie en 1863, la dissection faite seize ans après le début de la maladie, n'a pas permis de découvrir le moindre caillot.

Dans le livre si complet de M. Broca, un cas d'anévrysme dit de Park; un autre de cette variété, qui porte le nom d'A. Bérard, sont les seuls cas où quelques caillots fibrineux aient été rencontrés. Ici, je pourrais discuter; il me paraît que, dans un cas au moins, les caillots fibrineux étaient situés dans une poche dépendant de l'artère.

Jusqu'ici, on n'a pas vu de coagulation, pas de caillots passifs, oblitérant toutes les cavités d'un anévrysme artério-veineux, et dans ces deux cas le thrill, le bruit du souffle à double courant avaient persisté et pouvaient être constatés. Tous les chirurgiens ne savent-ils pas avec quelle difficulté on obtient la coagulation dans cet espèce d'anévrysme, lorsque, dans un but thérapeutique on a cherché à l'obtenir?

Alors même qu'on réussit à la provoquer, comme dans l'observation de M. Voillemier, rapportée par M. Broca, où la galvano-puncture fut employée, la coagulation n'a été que partielle.

J'ai encore consulté les observations au point de vue des troubles fonctionnels du membre déterminés par l'anévrysme artérioso-veineux. Il en est qui sont spécialement provoqués par lui, l'engourdissement, le refroidissement du membre, les dilatations veineuses; les symptômes que j'avais rappelés comme pouvant servir à préciser le diagnostic, sont partout signalés quand on a su les rechercher.

Si j'ai voulu revenir encore aujourd'hui sur la communication de M. Tillaux, c'est qu'il me semblerait fâcheux de laisser s'accréditer cette opinion, que le diagnostic de l'anévrysme artériel et de l'anévrysme artérioso-veineux peut être impossible.

M. TILLAUX. Si je n'avais considéré comme tout à fait exceptionnelle, cette impossibilité du diagnostic, je ne serais pas venu donner connaissance à la Société de chirurgie du fait que j'ai observé. Aussi, quand M. Després vient nous montrer, preuves en main, que la coagulation du sang est un fait des plus rares dans l'anévrysme artério-veineux, il ne nous rappelle que ce que nous savons tous. Mais il n'éclaire pas la question diagnostique dans un fait où des modifications toutes particulières, dues à l'inflammation, devaient permettre la formation des caillots. Ce que je tiens à maintenir, c'est que le sang peut se coaguler sous cette influence, même dans l'anévrysme artério-veineux, j'ai pu le constater *de visu* dans un cas d'anévrysme artério-veineux du creux poplité; c'est une observation qui appartient à M. Nélaton.

Je comprends moins encore l'objection relative aux modifications qui auraient pu être imprimées au membre. Il est impossible d'admettre qu'elles se produisent dans un cas aussi récent; et d'ailleurs, lorsque j'ai dû opérer, un œdème étendu provoqué par un phlegmon diffus commençant aurait empêché toute observation de la nature de celles que réclame M. Després.

M. BROCA. S'il est une chose bien constatée, c'est que les caillots actifs ou fibrineux ne se déposent presque jamais dans les anévrysmes artério-veineux. C'est là une particularité remarquable qui domine toute leur histoire. Ces faits que j'ai eu l'occasion de constater, que j'ai cherché à expliquer, M. Després les développe devant nous. Je ne saurais ne pas accepter une opinion qui est la mienne, et que j'ai rappelée dans la dernière séance. Mais la tendance à la coagulation fibrineuse étant, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle à la capacité de la poche et du peu de rapidité du courant, la coagulation fibrineuse elle-même peut s'observer dans l'anévrysme artério-veineux. Le fait d'A. Bérard que j'ai rapporté dans mon livre, en témoigne hautement. Le sac anévrysmal, quoique variqueux-*veineux*, renfermait une grande quantité de caillots fibrineux dont quelques-uns étaient denses et adhérents à sa face interne. A plus forte raison, peut-on comprendre la formation de caillots dans un sac volumineux et enflammé, comme l'était celui que portait le malade de M. Tillaux.

Quant aux modifications imprimées au membre par la phlébartérie, il faut en effet du temps, beaucoup de temps pour qu'elles se produisent. Il m'est arrivé, après dix années écoulées, de ne pas les rencontrer.

M. DESPRÉS. Nous sommes en effet du même avis, si nous admettons tous l'extrême rareté de la coagulation dans les anévrysmes artério-veineux. De là à penser que dans le fait de M. Tillaux il s'agissait d'un anévrysme artériel, il n'y a qu'un pas; et je rappellerai que le diagnostic que j'ai défendu est aussi celui de MM. Broca et Dolbeau. Je dirai à M. Broca qu'il n'y a pas d'observation où il soit prouvé qu'il y a eu coagulation de la totalité du sang contenu dans l'anévrysme. Dans tous les cas, des signes de l'anévrysme artério-veineux existaient : souffle, thrill ou battements. Je pourrais encore remarquer que M. Tillaux déplace l'une de mes objections, en parlant des modifications dans la texture des vaisseaux et dans la nutrition du membre, là où je ne réclame que des troubles fonctionnels, comme la dilatation des veines, le refroidissement des doigts, qui peuvent hâtivement se produire. Mais j'ai surtout eu pour but de faire voir qu'il fallait se montrer rigoureux avant d'accepter l'impossibilité d'un diagnostic, et je puis, à ce point de vue, me contenter de ce qui est ressorti de cette petite discussion.

COMMUNICATIONS.

Gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL. Les anthrax, les phlegmons diffus, les gangrènes humides se manifestent volontiers chez les diabétiques. C'est depuis la publication du livre remarquable de M. Marchal (de Calvi), que cette coïncidence pathologique a surtout attiré l'attention.

Je viens, pour ma part, d'observer dans les six derniers mois plusieurs cas de gangrènes diabétiques dont je veux vous entretenir, désireux que je suis de provoquer vos avis sur la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques.

Je donnerai tout d'abord le résumé de mes observations :

J'ai refusé d'amputer les malades où cette indication semblait cependant posée. Je crois avoir sagement fait, mais je vais plus loin et je pose cette question : doit-on pratiquer des incisions, des débridements?

J'ai en effet remarqué que les incisions que j'ai pratiquées ont toujours été suivies d'une perte de sang relativement énorme, et que toujours aussi l'état du malade avait été fâcheusement aggravé à la suite de cette spoliation involontaire. Il serait bien à désirer que de semblables questions fussent élucidées, car je crois que ces faits sont bien plus fréquents que nous n'étions tous disposés à le croire jusqu'à présent.

Ainsi, en remontant dans mes souvenirs, suis-je arrivé à penser que trois fois j'ai amputé dans des cas de gangrène diabétique. Je n'avais pas, en aucune façon à cette époque, eu l'idée du diabète, et cependant, chez deux de ces sujets, où je crus avoir affaire à de la pourriture d'hôpital, il me semble aujourd'hui très-probable qu'il s'agissait de cette espèce de phlegmon phagédénique dont la physionomie m'est aujourd'hui connue, qu'on ne peut plus méconnaître après l'avoir observée, et qui coïncide avec le diabète.

Mes amputés sont morts, et maintenant que j'accuse le diabète de leur mort, je ne puis m'empêcher de remarquer que de semblables échecs jetés dans une statistique, sans indication de l'état général chargent bien mal à propos ses résultats. Je ne connais jusqu'à présent qu'un seul cas d'amputation guérie chez un diabétique, il appartient au docteur Musset.

A tous les points de vue, de semblables faits méritent donc l'attention des chirurgiens ; il est en particulier nécessaire que les opinions, ayant aujourd'hui cours sur les indications chirurgicales dans les gangrènes spontanées, soient de nouveau soumises à la discussion.

M. LEGOUEST. L'intéressante question soulevée par M. Verneuil est de celles qui méritent en effet toutes nos réflexions.

Je ne m'occuperai pas en ce moment de la question de l'amputation; les règles générales, posées à propos des gangrènes spontanées, lui sont applicables et, dans un traumatisme assez grave pour nécessiter l'amputation, le diabète ne saurait être considéré comme une contre-indication. J'aborde la question plus restreinte et moins définie de l'incision appliquée au traitement des anthrax, des phlegmons et des gangrènes chez les diabétiques. M. Verneuil est disposé à regretter les incisions qu'il a pratiquées chez ses malades. Je crois

cependant qu'il a bien fait. Il est heureusement prouvé que les accidents dont nous parlons, quoique toujours graves chez des diabétiques, sont susceptibles de guérison. Je crois que l'on ne saurait refuser dans ces cas le bénéfice de l'intervention chirurgicale et qu'il faut, s'il est nécessaire, débrider ou inciser. Je ne conseillerais pas, dans les cas de gangrène, d'inciser à la périphérie, mais bien sur les escharres, ce qui permet le dégorgement. C'est ainsi que j'ai agi en particulier chez l'un de mes amis, qui a guéri en définitive après avoir perdu deux orteils; diabétique depuis vingt-cinq ans déjà, il assignait cependant une cause toute fortuite à ces accidents; la blessure d'un orteil par une chaussure étroite. C'est en effet ce que l'on constate le plus ordinairement dans les narrations des malades, et M. Verneuil vient encore de nous le faire remarquer.

J'ai d'ailleurs pratiqué des incisions dans d'autres circonstances, mais contrairement à ce qu'avance notre collègue, j'ai trouvé des tissus très-sensibles, si bien que si j'avais à formuler mon opinion à ce sujet, je croirais plutôt à une exagération qu'à une diminution de la sensibilité. Je serais donc disposé à attribuer à la gravité de l'état général le peu de sensibilité rencontré par M. Verneuil chez ses malades.

M. TRÉLAT. L'intervention chirurgicale me paraît aussi, légitime et nécessaire dans les cas de phlegmons, d'anthrax, malgré la complication diabétique. On sait en premier lieu qu'elle peut n'être que secondaire; il n'est pas douteux non plus que des diabétiques atteints d'anthrax n'aient parfaitement guéri. M. Denucé m'en a communiqué récemment une observation; je connais une dame, notoirement diabétique, qui a été soignée d'un anthrax volumineux par M. Richet. Elle a guéri et reste guérie. Si l'on n'avait pas incisé dans ces cas, la maladie aurait-elle eu une aussi heureuse issue ? Il est permis de se le demander. En négligeant en raison du diabète l'intervention habituelle, on oublie que cette négligence est favorable à la manifestation d'accidents non moins à craindre, tels que l'infection putride ou purulente. Rien de plus nécessaire que d'examiner les urines chez les sujets atteints de gangrènes, de phlegmons ou d'anthrax, mais, à mon avis, si l'on y découvre du sucre, on a une indication en plus à remplir, celle du traitement général, mais aucune en moins au point de vue chirurgical.

Je fais bien entendu des réserves au point de vue de l'amputation. Chez un diabétique, plus encore que chez tout autre sujet, l'amputation ne saurait être pratiquée si la gangrène est progressive. Il faut, en un mot, ainsi que le disait M. Legouest, s'en référer aux règles déjà établies à cet égard.

M. LARREY. La communication de M. Verneuil est des plus intéressantes, et je crois que l'on rencontrerait dans les belles monographies écrites dans ce siècle sur les gangrènes spontanées, spécialement dans le livre de François, des faits qui mériteraient de reconnaître le diabète comme étiologie principale. Je trouve cependant qu'il y a déjà un entraînement un peu excessif de ce côté, que l'on exagère l'influence de l'état diabétique, et que l'on fait aujourd'hui pour cette affection ce que nous avons déjà vu bien des fois se produire pour d'autres. Je citerai comme exemple la phlébite.

Les excellentes observations de MM. Legouest et Trélat, abrégeront ce que j'ai à dire sur les indications chirurgicales. Je crois aussi que la chirurgie ne saurait se désarmer, qu'il faut intervenir, toutes réserves établies, lorsqu'il y a lieu. Je laisserai de côté la question d'anthrax et du phlegmon.

En fait d'amputation, lorsque la gangrène est spontanée, il faut attendre qu'elle soit délimitée. C'est là la grande règle qui régit cette partie de la chirurgie. Lorsque la gangrène succède à un traumatisme, mon père avait posé en règle de ne pas attendre, l'amputation devenant un moyen de salut.

Si le traumatisme qui produit la gangrène se rencontrait chez un diabétique, je pense qu'il est des cas où l'on devrait temporiser; ainsi, toutes les fois que les extrémités, les parties inférieures seules des membres sont atteintes. Mais je serais disposé, si la gangrène se rapprochait du tronc, à amputer d'urgence.

J'ai déjà eu l'occasion, autrefois, de proposer cette distinction à faire dans les cas de gangrène traumatique, et de la rappeler devant la Société de chirurgie.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je désire soulever une question incidente étrangère aux faits principaux de la discussion. M. Verneuil nous a dit que l'un de ses malades avait un oignon enflammé, et a paru regretter que l'ouverture n'en ait pas été pratiquée. J'ai eu l'occasion de donner un coup de bistouri sur l'une de ces tumeurs, et j'ai eu la douleur de voir succomber le malade. La bourse séreuse articulaire est en effet en communication avec la petite tumeur qui surmonte la déviation de l'orteil et que l'on appelle vulgairement oignon. Je m'en suis assuré en pratiquant plusieurs fois des injections par le côté interne de l'articulation. Toujours j'ai vu une communication évidente de la petite tumeur avec l'articulation.

M. VERNEUIL. La séreuse accidentelle qui se forme au sommet de la déviation produite par l'abduction de la phalange du gros orteil, communique assez souvent avec l'articulation; aussi me garderais-je bien de toucher à la tumeur qu'elle détermine si je ne pouvais y être obligé, par un abcès, un trajet fistuleux, etc. Il peut, dans ces cas, être dangereux de ne rien faire, et que la communication existe ou non, il devient nécessaire d'agir.

La Société de chirurgie paraissant attacher aux questions que je viens de soulever à propos des gangrènes diabétiques, l'importance qu'elles méritent, je remettrai ma réponse à la prochaine séance. D'ici là d'ailleurs nous pourrons recevoir, soit de nos collègues, soit du dehors, de nouvelles observations. Je rappellerai que je n'ai pas eu seulement en vue de résoudre ou d'éclairer un problème de pratique chirurgicale, mais de provoquer à nouveau l'étude des causes de la mortalité après les amputations.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Outre le prix décerné à l'auteur du mémoire ayant pour devise: *Quicquid in sanis edit actiones sanas, idipsum in morbis edit actiones vitiatas,* l'Académie royale de médecine de Belgique a accordé, dans sa dernière séance, une médaille de quatre cent francs à l'auteur du mémoire envoyé au concours sur J. B. Van Helmont, considéré comme médecin, portant pour épigraphe: « Van Helmont et tant d'autres praticiens qui ont examiné les choses comme il faut, c'est-à-dire sur les malades, en apprendront plus que nous n'en pourrions dire. Mais qui se donne la peine de lire des auteurs qui s'écartent des systèmes communément reçus? »

La compagnie a également décidé que ce travail sera imprimé dans le Recueil des mémoires des concours et des savants étrangers. Conformément au programme des questions mises au concours, ces dernières décisions sont subordonnées à la condition que l'auteur se fasse connaître. En conséquence, il est invité à informer le bureau de l'Académie, dans le plus bref délai possible, de la résolution qu'il croira devoir prendre à ce sujet.

Bruxelles, le 27 novembre 1866.

Le secrétaire, Dr TALLOIS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine s'est réunie mercredi dernier à huit heures du soir, pour dresser sa liste de présentation à la chaire d'anatomie pathologique.

Cinq candidats se trouvaient en présence : MM. Barth, Empis, Houel, Laboulbène et Vulpian.

Sauf MM. Andral et Bouillaud, la Faculté se trouvait au complet.

Au premier tour de scrutin pour la première place, M. Barth a obtenu dix voix; M. Vulpian dix voix; M. Laboulbène, deux voix; M. Empis une voix.

Au deuxième tour, M. Vulpian a obtenu douze voix; M. Barth onze voix; M. Barth ne pouvant être en seconde ligne, la liste de présentation a été arrêtée de la manière suivante:

1° M. Vulpian. — 2° M. Laboulbène. — 3° M. Empis.

— L'Académie de médecine tiendra sa séance publique annuelle mardi prochain, 11 décembre. M. Béclard prononcera l'éloge de Gerdy, M. Dubois (d'Amiens) lira le rapport général sur les prix pour l'année 1866.

— M. Daremberg, ouvrira son cours d'histoire des sciences médicales, au collége de France, le mardi 11 décembre, à midi et demi, et le continuera les vendredis et mardis à la même heure. Il traitera de l'histoire générale de la médecine et de l'histoire des maladies, surtout des maladies épidémiques (syphilis, suette anglaise, épidémies catarrhales, etc.), durant les xve, xvie xviie siècles. Dans la première leçon, M. Daremberg résumera le cours de l'année passée, et donnera le programme de celui de cette année.

— Le docteur A. Garrigou-Desarènes, commencera son cours sur les maladies des oreilles, le lundi 17 novembre, à midi, à son dispensaire, 29, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des yeux, par FANO, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Registres de médecins. — Comptabilité spéciale pour l'inscription des visites. — Registres pour 400 comptes, 6 francs; registres pour 600 comptes, 8 francs; registres pour 800 comptes, 10 francs. — Papeterie Chamouin, 29, rue Bonaparte.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 DÉCEMBRE 1866.

L'école de Paris.

L'École de Paris n'est pas une école traditionaliste, et elle s'en vante. Non point qu'elle repousse la tradition, de parti pris; mais elle ne l'accepte que sous bénéfice d'inventaire. La tradition est chose respectable comme représentant le travail de nombreuses générations; mais dans les éléments qui la composent, il faut faire un choix.

Ce n'est point au nom de l'autorité que les doctrines scientifiques peuvent s'imposer dans notre école. Le seul principe que tous y reconnaissent, c'est le principe du *déterminisme*, en employant ce mot de M. Claude Bernard dans son acception la plus vaste.

Ce qui ne peut se déterminer ni se prouver, on s'en défie. On ne croit pas aux divers systèmes; et c'est pourquoi ils peuvent coexister côte à côte, sans inconvénient. Ce qu'on demande, ce sont des faits bien observés, bien établis, et chacun d'eux peut en fournir.

Avant que l'on eût inventé l'expression de *médecine expérimentale;* avant qu'on eût eu la pensée de présenter comme nouvelle une méthode qu'on a nommée également expérimentale, cette méthode, du moins si on l'entend comme M. Claude Bernard l'a définie, était déjà, depuis longtemps, dominante au milieu de nous.

Voici deux pages dans lesquelles M. Claude Bernard en développe les caractères et la portée.

« A ce propos, il ne sera pas inutile de rappeler en quelques mots les caractères essentiels de la méthode expérimentale, et de montrer comment l'idée qui lui est soumise se distingue des idées systématiques et doctrinales. Dans la méthode expérimentale, on ne fait jamais des expériences que pour voir ou pour prouver, c'est-à-dire pour contrôler et vérifier. La méthode expérimentale, en tant que méthode scientifique, repose tout entière sur la vérification expérimentale d'une hypothèse scientifique. Cette vérification peut être obtenue tantôt à l'aide d'une nouvelle observation (science d'observation), tantôt à l'aide d'une expérience (science expérimentale). En méthode expérimentale, l'hypothèse est une idée scientifique qu'il s'agit de livrer à l'expérience. L'invention scientifique réside dans la création d'une hypothèse heureuse et féconde ; elle est donnée par le sentiment ou par le génie même du savant qui l'a créée.

« Quand l'hypothèse est soumise à la méthode expérimentale, elle devient une théorie ; tandis que si elle est soumise à la logique seule, elle devient un système. Le système est donc une hypothèse à laquelle on a ramené logiquement les faits à l'aide du raisonnement, mais sans une vérification critique expérimentale. La théorie est l'hypothèse vérifiée, après qu'elle a été soumise au contrôle du raisonnement et de la critique expérimentale. La meilleure théorie est celle qui a été vérifiée par le plus grand nombre de faits. Mais une théorie, pour rester bonne, doit toujours se modifier avec les progrès de la science et demeurer constamment soumise à la vérification et à la critique des faits nouveaux qui apparaissent. Si on considérait une théorie comme parfaite, et si l'on cessait de la vérifier par l'expérience scientifique journalière, elle deviendrait une doctrine. Une doctrine est donc une théorie que l'on regarde comme immuable, et que l'on prend pour point de départ de déductions ultérieures, que l'on se croit dispensé de soumettre désormais à la vérification expérimentale.

« En un mot, les systèmes et les doctrines en médecine sont des idées hypothétiques ou théoriques transformées en principes immuables. Cette manière de procéder appartient essentiellement à la scolastique et elle diffère radicalement de la méthode expérimentale. Il y a en effet contradiction entre ces deux procédés de l'esprit. Le système et la doctrine procèdent par affirmation et par déduction purement logique ; la méthode expérimentale procède toujours par le doute et par la vérification expérimentale. Les systèmes et les doctrines sont individuels; ils veulent être immuables et conserver leur personnalité. La méthode expérimentale, au contraire, est impersonnelle; elle détruit l'individualité en ce qu'elle réunit et sacrifie les idées particulières de chacun, et les fait tourner au profit de la vérité générale établie à l'aide du critérium expérimental. Elle a une marche lente et laborieuse, et, sous ce rapport, elle plaira toujours moins à l'esprit. Les systèmes au contraire sont séduisants parce qu'ils donnent la science absolue réglée par la logique seule; ce qui dispense d'étudier et rend la médecine facile. La médecine expérimentale est donc par nature une médecine antisystématique et antidoctrinale, ou plutôt elle est libre et indépendante par essence, et ne veut se rattacher à aucune espèce de système médical. »

Ainsi la méthode expérimentale reposerait sur la vérification expérimentale des hypothèses scientifiques: vérification obtenue tantôt à l'aide d'expériences, tantôt à l'aide d'observations.

Dans ces termes, cette méthode ne serait point nouvelle; et comme les mots sont indifférents quand on s'entend sur le fond des choses, on pourrait accepter ces mots de *méthode expérimentale,* comme synonymes de ceux-ci : *méthode de Paris.*

Ainsi se trouveraient réunis, sous un même drapeau, tous ceux qui ont horreur de l'artificiel et du vague : tous ceux qui vérifient leurs propres hypothèses et les hypothèses d'autrui, soit en observant, à l'occasion, de la manière la plus attentive, soit même en expérimentant.

Malheureusement, en médecine, il ne suffit pas, pour se reconnaître et s'entendre, de marcher vers un même but, étant animés d'un même esprit. Par une faiblesse de la nature humaine, chacun attribue à ce qu'il fait une importance tellement exclusive, qu'on est souvent près de confondre les limites de ses travaux et ses procédés particuliers, avec les bornes de la science, et la seule méthode scientifique.

C'est ainsi que les médecins expérimentateurs ont voulu faire bande à part, et refuser le nom de scientifique à tout ce que l'observation avait appris en médecine.

Est-ce donc par condescendance, ou par suite d'une inconséquence que les circonstances expliquent, qu'ils admettent au nombre des sciences légitimes celles où l'expérimentation ne saurait jouer aucun rôle, et qui sont basées exclusivement sur l'observation raisonnée?

Quoi qu'il en soit, au jugement de ceux qui n'ont aucun motif pour grandir le rôle des uns ou des autres, ni pour les animer les uns contre les autres, les expérimentateurs, comme les observateurs, sont des ouvriers qui travaillent au même édifice, bien que sur des points différents; et l'édifice ne peut être complet, si l'œuvre des uns ne se rattache solidement à celle des autres.

Oui certainement, la science ne saurait consister en suppositions ou en rêves. Elle ne commence que là même où la détermination commence. C'est pourquoi le mot déterminisme nous semble assez bon pour représenter le principe de notre école.

Mais il s'en faut que le déterminisme scientifique soit quelque chose d'absolu, d'indivisible, qui tout à coup répande une lumière complète et sans ombres. S'il en était ainsi, il serait peu de science où l'on trouvât cette détermination.

Un fait peut être déterminé, 1° d'abord dans son existence même, lorsqu'il a cessé d'être douteux; 2° puis dans ses rapports de coïncidence habituelle avec d'autres faits; 3° puis dans ses causes et ses résultats plus ou moins éloignées; 4° enfin dans son mode de production et son mécanisme.

Il est bien peu de faits scientifiques qui remplissent à la fois ces quatre conditions; mais une seule suffit pour que, par un point, un fait devienne scientifique.

Maintenant j'ajouterai que si les expériences, les vivisections, etc., ont souvent pour résultat de bien déterminer les causes et le mode de production, souvent aussi cette détermination, la plus complète possible, s'est faite par l'observation pure sans expérimentation d'aucun genre. C'est ce qui est arrivé pour la gale, où l'existence d'un acarus coïncidant avec l'éruption, le rôle de cause qu'il joue par rapport à elle, le mécanisme de l'irritation qu'il provoque par les sillons qu'il creuse dans la

---

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides, professées par le Dr E. BAZIN, recueillies et rédigées par le Dr DUBUC, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine. Avec 4 planches, 2e édit. (1), 1866.

En rendant compte, dans les feuilletons bibliographiques de la *Gazette des hôpitaux,* des ouvrages nouveaux, nous n'avons pas à discuter les opinions théoriques des auteurs. Ce serait perdre de vue le but et la devise du journal qui est essentiellement pratique ; ce serait en même temps s'exposer à ressusciter des discussions fort intéressantes sans aucun doute, mais peu profitables pour les lecteurs.

Cependant il est bon de rappeler sommairement les doctrines que M. Bazin professe à l'hôpital Saint-Louis sur les affections cutanées, et que ses meilleurs élèves recueillent et publient sous ses yeux depuis quelques années ; de telle sorte qu'aujourd'hui ses leçons de pathologie cutanée sont complètes. M. le docteur Fournier a publié, en 1858, les leçons sur les syphilides; M. le docteur Dubuc nous donne cette année une deuxième édition, beaucoup plus complète que la précédente.

Il règne à Saint-Louis trois doctrines différentes : celle de Willan ou organicienne pure, représentée jadis par Biett, dernièrement encore par Cazenave et par Gibert; celle d'Alibert, qui paraît isoler la dermatologie du reste de la pathologie, et qui est officiellement professée et enseignée par Hardy ; enfin, celle de Bazin qui considère les affections cutanées, non pas comme une maladie, mais comme un symptôme, comme la manifestation d'un élément diathésique : c'est du vitalisme.

Par la méthode analytique de Whlan, on reconnaît la forme ; par la méthode naturelle d'Alibert, les dermatoses sont divisées en groupes, genres, espèces, soit d'après leur état inflammatoire local, soit d'après leurs causes, leur siége, leurs caractères extérieurs, dont la moindre différence servait à établir une variété.

Ce qui distingue M. Bazin de ses confrères en dermatologie, c'est qu'il ne s'en est pas tenu à l'élément local, à la manifestation cutanée; il en a cherché la cause, l'origine, l'élément pathogénique. En effet, si toute affection cutanée présente des caractères communs qui dependent du siége anatomique, elle en présente aussi de spéciaux ou spécifiques selon l'origine d'où elle émane, selon la cause qui l'a produite.

M. Bazin, on le sait, fait rentrer toutes les affections cutanées dans quatre grandes classes, qui sont les manifestations des diathèses herpétique, scrofuleuse, arthritique ou syphilitique. Il y joint les affections cutanées parasitaires et artificielles. Cette classification est admise aujourd'hui implicitement, sinon ouvertement par la majorité des médecins ; cependant les arthritides, ou manifestation de la diathèse arthritique, ont rencontré un peu plus d'opposition.

Vraie ou non, cette théorie est fort acceptable, et pour notre part, nous l'adoptons comme plus pratique et plus philosophique, car elle envisage et l'élément anatomique et l'élément pathogénique ; car elle traite plutôt la cause de la lésion que la lésion elle-même.

Ce volume est exclusivement consacré à l'étude de la syphilis et des manifestations cutanées auxquelles elle donne lieu.

Il y a quelques semaines (25 septembre 1866), nous analysions dans les colonnes de ce journal l'excellent *Traité historique et pratique de la syphilis* de M. le docteur Lancereaux. Quoique envisageant le même sujet, M. Bazin se distingue de M. Lancereaux, en ce que les syphilides ont plus particulièrement attiré son attention.

L'ouvrage de MM. Bazin et Dubuc se divise en quatre parties. La première traite de la syphilis considérée comme unité pathologique ; la deuxième s'occupe de la syphilis tégumentaire ; dans la troisième les auteurs envisagent les affections syphilitiques de la peau en particulier ; et la quatrième contient quelques observations.

Dans l'évolution de la syphilis, M. Bazin a, comme nous le savons, des idées qui ne sont pas celles que nous avons entendu enseigner à l'hôpital du Midi. Il admet une syphilis irrégulière (p. 53), dont les symptômes se développent quelquefois deux ans, trois ans, dix ans même après la manifestation d'une blennorrhagie ou d'un chancre mou. Et ici nous avons à signaler un point qui n'est pas accepté par la majorité des syphiliographes, mais qui est admis par MM. Bazin et Auzias-Turenne, c'est l'existence d'une blennorrhagie syphilitique ; blennorrhagie qui ne serait qu'un symptôme constitutionnel transmis dans sa forme par les femmes syphilitiques atteintes de catarrhe spécifique de l'utérus et du vagin, blennorrhagie fort rare assurément et que Bazin ne confond pas plus avec la blennorrhagie ordinaire, qu'il ne confond les catarrhes symptomatiques des maladies constitutionnelles avec les catarrhes idiopathiques (p. 55). Mais ce qui est essentiel, c'est de pouvoir distinguer cette blennorrhagie de la blennorrhagie simple, et l'auteur a cherché à nous donner quelques signes

(1) Un vol. in-8 de xv, 463 p. Chez Adrien Delahaye.

peau, la maladie toute en un mot a été connue, scientifiquement connue par l'observation seule.

C'est qu'en effet la nature elle-même agit sur la plus vaste échelle comme un immense expérimentateur. Nos expériences de laboratoire sont peu de chose auprès de celles qui peuvent se faire autour de nous, et dont nous pouvons observer les suites.

L'important c'est de voir et de bien voir, de ne rien croire par hypothèse, de vérifier ses idées propres et celles d'autrui; car le fait est pour le savant ce qu'était la terre pour ce géant d'un ancien mythe, Anthée, qui bientôt s'épuisait loin d'elle.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Boulay.

Hydrophobie rabique. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Raymond Petit, interne du service.)

L..., âgé de cinquante-quatre ans, militaire en retraite, d'une constitution forte et vigoureuse, a été apporté à l'hôpital Necker, le 31 octobre 1866.

Les quelques renseignements que nous pûmes à ce moment recueillir près des personnes qui l'accompagnaient, joints aux symptômes que nous avons pu nous-même constater, ne nous ont pas permis de méconnaître que L... était atteint d'hydrophobie rabique.

D'après les renseignements précis que nous a fournis sa femme, le lendemain de son entrée à l'hôpital, voici l'histoire de ce malade.

Incubation. — Mordu très-superficiellement par un petit chien, il y avait dix-neuf jours, L... ne se ressentit nullement de ce léger accident avant le 25 octobre. L'excoriation de la peau produite par l'agression du chien, siégeait à la racine du nez, et s'était complétement cicatrisée, si bien qu'il nous a été impossible de rien constater de ce côté.

Un faux renseignement fit croire d'abord qu'il n'avait été mordu qu'il y a deux ans, par un autre chien, au mollet; mais cette erreur a été depuis parfaitement rectifiée.

Invasion. — Donc, le 25 octobre, L... se sentit dès le matin un peu fatigué et morose, il n'alla pas à son travail. Cet état dura jusqu'au lendemain vendredi vers une heure de l'après-midi. A cette heure-là il fut subitement pris d'une lipothymie qui dura assez longtemps, sans aller jusqu'à la syncope.

Période de confirmation de la maladie. — A dater de ce moment, se sont manifestés les premiers symptômes de la rage. Ce ne fut pourtant que dans la nuit du vendredi au samedi qu'eut lieu la première crise d'excitation.

Mais ce fut surtout le lendemain matin que commencèrent à se succéder de véritables accès de délire furieux. Les crises duraient de deux à cinq minutes, puis le malade redevenait calme, recouvrait même presque toute sa sérénité d'esprit jusqu'à ce qu'une nouvelle crise survînt.

Durant ces crises, il se dressait sur son lit, s'agitait et se plaignait d'étouffer. Alors il échappait aux gardiens qui étaient chargés de le surveiller, et courant à la fenêtre, il criait à pleins poumons: de l'air, de l'air!

Trois hommes ne pouvaient le maintenir durant ces accès, mais s'il échappait à leur vigilance, s'il se débattait, il n'essayait nullement de les frapper ni de les mordre.

Sentant ses crises approcher, il prévenait sa femme et ceux qui l'entouraient, et les suppliait de s'éloigner afin, disait-il, qu'il ne leur fît pas involontairement du mal.

A ce moment, comme plus tard du reste, il ignorait la maladie affreuse dont il était atteint.

Dès ce moment L... a présenté une hydrophobie très-marquée. La vue de l'eau ou de tout autre liquide, ou bien la vue d'un objet métallique brillant le faisaient tomber dans un accès de délire violent. Alors il se débattait encore et rejetait au devant de lui à chaque moment une bave écumeuse.

Revenu de ces crises, il racontait que, pendant les accès, il éprouvait une constriction horrible à la gorge.

La langue était devenue sèche; il n'allait pas du tout à la garde-robe, mais il urinait bien.

La journée du samedi se passa de la sorte. Mais il fut d'une agitation encore plus grande dans la nuit. Crachottant continuellement, si on lui présentait un verre pour le faire boire, il se rejetait avec effroi en arrière en lançant vers la personne la plus voisine toute la bave qui remplissait sa bouche.

Puis survenait une nouvelle crise; plusieurs fois il courut à la fenêtre, et l'ouvrant, il se prit à crier d'une voix formidable, lançant des paroles incohérentes et sans suite.

Le dimanche, les crises furent un peu moins nombreuses et moins violentes; les forces semblaient déjà affaissées.

Il se leva dans la journée et il sortit même quelques instants dans la rue.

Le lundi fut aussi plus calme; mais les attaques de fureur revenaient aussi fortes, quoique moins fréquentes.

Dans la journée, sa femme lui persuada qu'il fallait boire pour se guérir, aussi fit-il des efforts inouïs pour y arriver. Il parvint à manger un peu de pain trempé dans du vin; il but même une ou deux gorgées d'eau, mais en fermant les yeux, et encore au moment où il s'efforçait de les déglutir, fut-il repris d'une crise nouvelle.

Pendant les crises il parlait beaucoup et très-haut, sans que sa voix fût altérée.

Le crachottement continuait.

Dans la nuit du lundi au mardi, les crises furent d'une violence extrême. Le délire revêtait de plus en plus un caractère furieux; il chassa ses gardiens hors de sa demeure.

C'est à ce moment que se sont manifestés chez lui, même en dehors des crises, les symptômes d'un priapisme qui a été en progressant depuis.

La vue des femmes qui se trouvaient présentes, provoquait chez lui des érections répétées, puis il tombait dans une crise, et pendant cette crise il suffoquait, et enfin avait lieu une émission spermatique complète.

Le priapisme et les éjaculations augmentèrent dès lors dans d'effroyables proportions, au point de devenir continuels, le mardi dans la journée. Mais, entre les crises, les forces semblaient manifestement décliner. Il essayait pourtant de plaisanter, et il avait des moments de calme durant lesquels il devenait tendre et affectueux pour ceux qui l'entouraient.

C'est dans cet état que ce malheureux nous a été amené, à une heure de l'après-midi, le mercredi 31 octobre. A son entrée, l'interne de service le trouva dans une de ces crises violentes, et dut le faire maintenir dans la camisole de force. Il lui prescrivit un quart de lavement avec chloroforme, 4 grammes. Puis, quelques minutes après, le malade reprit ses sens, redevint calme, parla à l'interne de service avec beaucoup de douceur, cherchant même à faire le plaisant. En ce moment on essaya d'approcher de ses lèvres un verre d'eau, mais il tomba presque immédiatement dans une crise violente, lançant vers les personnes présentes une bave gluante et légèrement écumeuse. Puis il se mit à crier à l'assassin, en injuriant ceux qui l'entouraient.

Le calme revenu a duré quelques heures. A cinq heures, je le vis dans un nouvel accès de fureur, mais les forces avaient visiblement et rapidement décliné. Les yeux étaient hagards, injectés fortement; déjà sur les cornées existaient des exulcérations assez larges.

Les érections et les éjaculations ont cessé; la peau est chaude, couverte d'une sueur abondante, profuse. Il communique à peine avec son entourage.

Il vomit à plusieurs reprises, sans efforts, et comme par régurgitation, une eau verdâtre.

Approchant un verre de sa bouche, il ne témoigna aucune répulsion. Mais à peine eus-je laissé tomber quelques gouttes d'eau sur ses lèvres, qu'il lança vers nous toute la salive qui remplissait sa bouche.

Le pouls était assez bon, fort et fréquent pourtant. La respiration lente et profonde.

A neuf heures, je revins avec l'intention de lui injecter dans les veines une solution de sulfate d'atropine assez concentrée, mais force nous fut d'y renoncer, car il agonisait.

La perte de connaissance était complète, les paupières restaient relevées; la face était rouge, vultueuse. La respiration, devenue stertoreuse, était de plus en plus gênée par les mucosités qui s'accumulaient à mesure dans l'arrière-gorge et le larynx.

Il vomit encore plusieurs fois ce même liquide verdâtre, et succomba, à dix heures du soir, dans le coma et le stertor le plus complet.

Résumé. — Donc, dix-neuf jours d'incubation ont suffi pour que la présence du virus rabique, dans son économie, se soit manifestée.

Pendant les deux premiers jours il a été seulement fatigué et morose. Puis se sont déclarés et succédé tous les symptômes de la rage confirmée, lesquels ont duré cinq jours pleins, au terme desquels la mort est venue.

Autopsie. — Quelque soin que nous ayons mis à rechercher des lésions caractéristiques, comme toujours dans les cas de rage, nous n'avons rien rencontré.

L'autopsie a été faite 36 heures après la mort.

La bouche, le larynx, la trachée, les bronches, contenaient une petite quantité d'un liquide blanc, écumeux.

La langue revêtue d'un simple enduit saburral, ne nous a pas présenté trace des lysses qui ont été signalées par Marochetti. A la base, les papilles présentaient leur volume normal, et n'étaient nullement injectées. Aucune injection ne se remarquait non plus dans le larynx, sur l'épiglotte, dans la trachée ni dans les bronches. Les poumons crépitent bien, mais ils sont fortement conjectionnés, surtout à leurs bases; à la coupe, s'écoule un sang liquide, noirâtre. En quelques points existent de petits foyers apoplectiques, ou plutôt des points où siége une congestion plus intense, sans qu'il y ait eu rupture vasculaire et épanchement de sang.

Le cœur est flasque, et dans ses cavités on ne rencontre pas de caillots, mais bien un sang liquide, noir, comme de la gelée de groseille fluide. Les méninges sont légèrement injectées; le cerveau ne présente aucune altération notable. A la surface des circonvolutions des deux lobes postérieurs existent seulement plusieurs points où l'on voit un piqueté sanguin assez remarquable. D'ailleurs, la substance cérébrale est saine, a une consistance normale et pas d'injection. La voûte à trois piliers seule est ramollie, diffluente. Dans les ventricules, pas de liquide épanché. La moelle présente un ramollissement considérable dans toute son étendue, ramollissement qui va même jusqu'à la diffluence au niveau des renflements cervical et lombaire.

D'ailleurs, pas de trace d'injection ni dans la substance médullaire, ni dans les enveloppes de la moelle.

Le foie et la rate ne présentent aucune altération. L'estomac est rempli par une matière liquide, verdâtre, bilieuse, comme celle qu'il a vomie dans les dernières heures de sa vie. La vésicule du fiel est distendue par la bile.

Nous disions donc avec raison que cette autopsie était absolument négative, car ce ramollissement de la moelle ne nous semble que cadavérique, bien que l'autopsie ait été faite trente-six heures après la mort.

Nous avons recueilli séparément de la bave contenue dans la bouche, dans le larynx, dans les bronches, et des mucosités gastriques, ainsi que du sang, et M. Raynal (d'Alfort) à qui nous avons remis ces produits, a dû procéder à un certain nombre d'inoculations sur des chiens.

Nous ignorons jusqu'à présent les résultats de ces expériences, mais si elles offrent des particularités intéressantes, nous les ferons connaître plus tard, ainsi que M. Raynal a bien voulu nous le promettre.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Fistule vésico-vaginale, compliquée de calcul; broiement de la pierre; suture de la fistule. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Pojolat, interne du service.)

Anne B..., trente-trois ans, habitant Cusset, primipare, accoucha en avril 1865, d'un garçon.

Le travail, lent et douloureux, nécessita l'application du forceps, et fut suivi d'une convalescence longue et pénible.

Dès les trois premiers jours, la malade remarqua, qu'en outre de ses lochies, elle perdait ses urines; ce qui fut attribué par le médecin à l'action du forceps, puis ensuite à un catarrhe vésical. Ayant essayé de sonder la femme B..., il ne put y parvenir et conseilla d'attendre; la guérison devant, disait-il, s'effectuer seule et à la longue.

Quand, trois mois après son accouchement, la malade se leva pour la première fois, elle perdit moins qu'au lit, mais elle remarqua qu'il s'échappait avec l'urine des petits graviers; cette affection calculeuse fut traitée par les eaux de Vichy.

Neuf mois après ses couches, elle commença à sentir de la pesan-

---

distinctifs (p. 179), mais dont la certitude nous paraît contestable.

M. Bazin est partisan de l'unicité du virus syphilitique; il diffère en ce point de M. Lancereaux; et pour lui, s'il n'y a pas identité complète entre le chancre mou et le chancre infectant, il y a au moins une parenté incontestable (p. 61).

Dans la deuxième période de la syphilis, M. Bazin étudie les accidents secondaires sur le tégument externe, sur le tégument interne, et il range dans cette catégorie les affections du système lymphatique, l'iritis et l'albuginite syphilitiques.

A la troisième période se rencontrent les affections des os, du tissu cellulaire profond, du tissu musculaire, les gommes, les abcès gommeux, etc. Quelques-unes de ces affections, les gommes de la langue, par exemple, pourraient en imposer pour des cancers, comme cela est arrivé fréquemment, et comme M. Maisonneuve nous en a rapporté deux exemples dans sa thèse de concours (1). Quelques lignes sur le diagnostic différentiel de ces tumeurs n'eussent pas été déplacées ici. Dans cette période se rencontrent les tumeurs de la mamelle sur lesquelles M. Lancereaux s'est un peu plus appesanti que M. Bazin.

La quatrième période est celle de la syphilis viscérale.

Comme M. Lancereaux, M. Bazin consacre un chapitre spécial à la syphilis héréditaire, puis il étudie l'étiologie, la séméiotique et la thérapeutique de la syphilis en général. Dans la syphilis héréditaire, M. Bazin admet deux formes: l'une précoce, l'autre tardive.

Il ne pense pas, comme Ricord et Devergie, que les maladies constitutionnelles puissent se transformer les unes dans les autres par hérédité, c'est-à-dire que la syphilis chez les parents puisse donner lieu à la scrofule chez les enfants (p. 141).

Si, dans la première partie, M. Bazin, considérant la syphilis comme unité pathologique, traite cette question d'une manière succincte mais complète, sans négliger aucun point doctrinal important, dans la deuxième et dans la troisième partie il étudie surtout la syphilis tégumentaire. C'est la partie importante du livre de M. Bazin, et ici, l'auteur est tout à fait sur son terrain. Pour lui la classification de Willan, adoptée par la majorité des syphiliographes, a bien quelques avantages, mais il lui reconnaît des inconvénients. Ainsi il n'envisage pas la forme squammeuse comme une des variétés de la syphilis; elle ne constituerait en réalité qu'une période de l'évolution de certaines syphilides (p. 224). Il considère aussi la plaque muqueuse, qu'il appelle plaque syphilitique, comme une affection spéciale qu'on ne peut réellement faire entrer dans la classification de Willan, et dont l'évolution se fait en trois temps. Elle a pour caractère d'apparaître simultanément sur plusieurs régions avec une physionomie différente suivant la régions qu'elle occupe (p. 229); ainsi, M. Bazin regarde les éruptions papulo-squammeuses des pieds et des mains non pas comme une syphilide précoce, mais comme des plaques muqueuses ou mieux comme des plaques syphilitiques. Il faudra quelque temps encore avant que ces idées soient généralement adoptées, malgré l'autorité scientifique de M. Bazin.

Après avoir consacré trois chapitres aux plaques syphilitiques, aux végétations et au vitiligo, M. Bazin arrive à l'étude des syphilides, qu'il divise, comme on le sait, en exanthématiques ou généralisées; en circonscrites résolutives, et en circonscrites ulcéreuses.

Depuis la première édition de cet ouvrage (1858), M. Bazin a fait quelques modifications dans les variétés de la syphilide érythémateuse qu'il distingue aujourd'hui en roséole commune ou vulgaire, en roséole granulée ou piquetée, et en roséole papuleuse. Il y joint la roséole annulaire, qui est une roséole modifiée par le mercure; car il importe de faire la part de ce médicament dans les éruptions spécifiques.

Le chapitre IV est consacré aux syphilides malignes précoces, variété peu étudiée jusqu'à ce jour, et participant à la fois, par ses caractères, des syphilides exanthématiques et des syphilides circonscrites ulcéreuses (p. 368). Ce chapitre est une des plus importantes additions faites au livre de M. Bazin, et personne ne pouvait mieux le rédiger que M. le docteur Dubuc qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1864). Quelques observations et de magnifiques planches gravées sur acier et coloriées, terminent ce volume qui complète les leçons de M. Bazin sur les affections cutanées.

Les livres de M. Bazin se recommandent d'eux-mêmes, et à ceux qui seraient tentés de faire des objections relativement à l'ordre suivi pour l'exposition des symptômes, et à la description séparée des syphilides tuberculeuses généralisées, tuberculeuses circonscrites, tuberculo-ulcéreuses, etc., nous dirons que M. Bazin a prévu ces objections, et y a suffisamment répondu au commencement de son ouvrage.

Dr A. Corlieu.

De l'emploi du fer en thérapeutique et en particulier du phosphate de fer du nouveau codex, par le docteur Sandras. Deuxième édition revue et corrigée. In-8° de 52 pages. Prix: 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

(1) *Des tumeurs de la langue*, 1848, p. 89-93.

teur, puis de la douleur au périnée; un mois après, elle consultait le docteur Lorut, qui, après l'avoir sondée, diagnostiqua une fistule vésico-vaginale, et lui conseilla de se rendre à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour s'y faire opérer.

Entrée le 17 mars 1866, elle fut examinée le 18; aux grandes lèvres et aux plis génito-cruraux existe une rougeur érythémateuse due, sans aucun doute, au contact de l'urine. La malade accuse, en outre, un sentiment de brûlure à cet endroit, de la pesanteur au périnée, de la gêne et de la constriction à la région vésicale, elle affirme retenir moins bien ses urines dans la position horizontale.

Ce fait, quelque anormal qu'il paraisse dans l'affection qui nous occupe, s'explique bien par l'existence d'un calcul contre lequel vient heurter l'instrument explorateur (une sonde d'homme), qu'il empêche de pénétrer dans l'urèthre au delà de 2 centimètres et demi à 3 centimètres.

Si on change la direction du cathéter, on franchit l'obstacle contre lequel racle la tige métallique en avançant.

L'état général de la malade est assez satisfaisant, elle est cependant pâle et maigre, ce qu'elle attribue aux divers accidents qui ont suivi ses couches; elle a d'ailleurs joui, antérieurement, d'une bonne santé; ses règles sont revenues il y a huit mois, et depuis cette époque n'ont pas cessé de se montrer avec régularité, mais elles sont peu abondantes.

Le 19 mars, l'examen de la malade avec le spéculum de Bossman laisse voir une solution de continuité transversale, étendue de 25 millimètres environ et située à 3 centimètres de l'ouverture vulvaire; le bec de la sonde s'engage même à travers les lèvres de la fistule qui semble siéger en avant du col de la vessie. Le calcul paraît peu mobile, ce qui peut être attribué à la rétraction des parois de la vessie; car, le lendemain, la malade ayant gardé un peu d'urine, on imprime quelques mouvements à ce corps étranger.

Saisi à deux reprises différentes dans les mors d'un brise-pierre à cuiller, l'écartement des branches donne les dimensions suivantes : 3 centimètres dans un sens, et 2 et demi dans l'autre.

Traitement. — Boissons délayantes, sirop d'orgeat, chaque jour un demi-bain.

Le 20, la pierre est broyée et l'instrument en ramène des débris; injection d'eau froide dans la vessie.

Le 22 et le 24, nouvelles séances. La malade se plaint de ne pas dormir, et de ne pas aller à la selle.

Potion. — Extrait thébaïque 0,05, demi-bain, lavement.

Le 26, le 28 mars; les 5, 7, 9, 11, 13, 16, 18, 20, 23 et 26 avril, nouvelles séances. La malade rend dans l'intervalle de nombreux graviers blanchâtres, assez friables, de volume variable.

Le 27, une sonde a été placée pour faciliter la sortie de l'urine, en empêchant les fragments du calcul d'être continuellement en contact avec le col; mais comme elle s'oppose à la sortie des graviers, on la retire le 1er mai; sa surface interne est revêtue d'une croûte grisâtre, dure et résistante.

Les 2, 4, 7, 10, 13, 15 mai, séance de lithotritie, sortie de fragments de calcul, injection vésicale d'eau froide après chaque séance; demi-bains comme les autres fois.

Le 17, la malade ne sentant plus la douleur que produisaient les calculs, et l'instrument n'en rencontrant plus, l'opération qui a pour but de guérir la fistule est décidée; mais auparavant, on laisse prendre à la femme quelques jours de repos. Du reste, le teint est devenu plus coloré, l'embonpoint s'est accru.

Le 20 mai, nouvel examen; les dimensions sont les mêmes; les bords de la fistule sont bien affrontés naturellement; ses lèvres sont épaisses, très-fortement indurées, ce qui est dû au tissu cicatriciel.

Opération. — Le 25 mai, à une heure. La malade est couchée sur le ventre, appuyée sur des oreillers entassés, la tête moins élevée que le bassin, les cuisses et les jambes fléchies, les genoux écartés prennent leur point d'appui sur le rebord du lit.

Premier temps. — Un aide maintenant le spéculum de Bossman, pendant qu'un autre éponge les lèvres de la fistule que le chirurgien rafraîchit. La lèvre postérieure, présentant la plus grande difficulté, c'est par elle que l'on commence.

Deuxième temps. — Après avoir laissé reposer la malade pendant quelques instants, on exécute la deuxième partie de l'opération; la suture; trois fils de fer très-minces et recuits furent successivement passés au moyen d'un porte-fil tubulé; puis, les lèvres de la fistule étant soigneusement épongées, on écrase un tube de Galli sur les deux bouts de chaque anse de fil; la malade est recouchée.

Soins consécutifs. — Sonde à demeure qui devra être nettoyée matin et soir; deux injections vaginales d'eau tiède chaque jour.

Le tampon de charpie que les chirurgiens américains conseillent d'appliquer sur les bords rapprochés de la fistule a l'inconvénient de s'imbiber de mucosités, et, irritant les lèvres de la solution de continuité, nuit à la réunion.

La malade prend des soupes et des potages.

Le 31, en introduisant le doigt dans le vagin, pour guider la canule à injection, le chef du service explore la fistule, et croit sentir au côté gauche un point où la réunion ne se serait pas effectuée. C'est ce que vint, en effet, montrer l'examen pratiqué le 1er juin.

Les fils sont enlevés, et une solution de continuité étendue d'environ 8 à 10 millimètres, existe à la partie gauche de la fistule; il en sort quelque gouttes d'urine; la réunion est parfaite à droite dans tout le reste de son étendue.

Le 9, nouvel examen; une sonde introduite dans le canal de l'urèthre peut être touchée au moyen d'un stylet recourbé, passé entre les lèvres de la fistule.

La malade sort le 9 juin; elle promet de revenir dans un mois ou deux afin de compléter la guérison par une opération nouvelle.

Elle rentre, en effet, le 10 septembre. L'examen pratiqué le lendemain, à la visite, montre les parties dans le même état que lors de sa sortie.

Le 15, elle prend une médecine; le 17, elle est opérée. Les bords de la fistule sont rafraîchis, deux fils sont passés au moyen du porte-fil tubulé, et un tube de Galli est écrasé sur les deux bouts de chacun d'eux.

Sonde à demeure, deux injections vaginales chaque jour, comme la première fois.

Le 25, on enlève les deux fils, et quoique les bords de la fistule paraissent bien réunis, on laisse cependant la sonde à demeure jusqu'au 27, où la malade la retire elle-même.

Elle garde bien ses urines qui, du reste, ont repris leur cours naturel, et ne coulent plus par le vagin, malgré les mouvements qu'elle fait dans son lit, et lorsqu'elle se lève.

Le 30 octobre, elle est examinée avec le spéculum de Bossman, et on constate que les bords de la fistule sont parfaitement réunis dans toute leur étendue; la guérison est donc complète.

La malade sort le même jour.

Les guérisons des fistules vésico-vaginales sont aujourd'hui si nombreuses, qu'on ne les compte plus guère. Grâce aux procédés opératoires des chirurgiens américains, les femmes ne sont plus condamnées à la plus dégoûtante de toutes les infirmités.

Les perfectionnements apportés aux instruments en ont rendu le manuel assez facile pour que l'on puisse guérir un grand nombre de malades.

Dans l'observation qu'on vient de lire, la disposition de la fistule en a singulièrement facilité la guérison; les lèvres étaient dans un contact assez parfait pour que les sutures n'aient exercé sur elles aucune traction, condition essentielle pour en obtenir la réunion.

La principale difficulté a été, comme toujours, dans l'avivement des lèvres de la plaie. Les aiguilles tubulées de M. Mathieu ont permis de les réunir avec bien plus de facilité que lorsque nous nous servions d'aiguilles que l'on conduisait avec des porte-aiguilles. Les fils de fer ont plus de souplesse que les fils d'argent, et n'ont pas, comme ceux-ci, une grande tendance à se tortiller.

Mais une complication fâcheuse a été l'existence d'un calcul; il fallait, bien entendu, en débarrasser la malade avant de songer à l'opération principale, et bien que sa présence n'ait exercé aucune influence sur les suites, elle a dû en faire ajourner l'exécution.

Le broiement de la pierre a été long; la vessie ne conservant qu'une très-petite quantité d'urine, l'instrument lithotriteur ne pouvait pas se déployer et permettre de prolonger les séances.

Nous étions privés ensuite de la contractilité de l'organe qui, après une injection de liquide, chasse les fragments du calcul. Ceux qui étaient réduits en poussière sortaient encore avec assez de facilité, mais les autres qui s'engageaient entre les lèvres de la fistule ne pouvaient être retirés qu'avec des pinces.

L'opération a pu néanmoins être conduite à bonne fin, et la malade était complétement guérie lorsqu'elle a quitté l'hôpital.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

La pancréatine.

La pancréatine est un remède fort employé en Angleterre. Elle fut proposée en 1858 par le docteur Harley, à l'association Britannique pour l'avancement des sciences médicales, et depuis lors on a publié diverses observations fort curieuses sur son efficacité dans les maladies d'épuisement.

On l'emploie sous forme d'une substance huileuse, telle qu'elle est retirée (des ris de veau), du pancréas des animaux récemment tués. Elle ne doit posséder aucun goût désagréable, et doit émultionner rapidement les matières grasses en présence de l'eau. Son administration est très-facile en émulsion; elle serait probablement plus active en nature ou en dissolution dans l'alcool, qui peut en prendre d'assez grandes quantités. (*Gaz. méd. de Lyon,* 1er septembre 1866.)

Du badigeonnage au collodion riciné comme abortif de la cholérine.

M. le docteur Arsène Druet conseille, dans les cas de diarrhée prémonitoire du choléra, de badigeonner la paroi abdominale avec du collodion riciné. Il étend ce badigeonnage jusqu'à 5 ou 6 centimètres de la colonne vertébrale et recouvre les parties enduites d'ouate, qui fait bientôt corps avec le collodion.

Voici la formule qu'il a adoptée pour les adultes :

Collodion ordinaire. . . .	25 grammes.
Huile de ricin	5 —

Appliqué dès les premières heures de l'invasion cholérique, ce procédé guérit, suivant ce praticien, la diarrhée prémonitoire en fort peu de temps, et suffit, à lui seul, pour enrayer les cas non foudroyants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 17 août 1866. — Présidence de M. Guibout, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de la Société de médecine de Besançon,* année 1865, nº 15;

2° Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille,* numéro de juillet;

3° L'extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, par M. le docteur Paul Delmas (de Bordeaux). (Hommage de la Société de médecine.)

4° Une lettre circulaire émanant du comité médical des Bouches-du-Rhône.

— M. le Président fait part à la Société de la nomination d'un de ses membres titulaires, M. Lunier, au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'ouverture du scrutin sur la candidature de M. Marmisse au titre de membre correspondant. Après dépouillement du scrutin, M. Marmisse est nommé membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

LECTURES.

M. Blondeau lit l'observation suivante :

Observation d'aphasie suivie de guérison.

Dans le courant du mois de février 1863, je fus appelé, une nuit, auprès d'une malade qu'on me disait prise de fièvre cérébrale. C'était une jeune femme d'une vingtaine d'années qu'à mon arrivée auprès d'elle je trouvai assise sur son lit avec son entière connaissance, l'air très-éveillé et absolument sans fièvre. A en juger par sa physionomie souriante, elle ne paraissait nullement partager les craintes que sa famille avait à son égard; mais lorsque je lui adressai la parole pour apprendre d'elle ce qui lui était survenu, elle ne pût me répondre autrement que par un *n'peux pas,* brièvement exprimé et accompagné de gestes d'impatience, sans toutefois en sembler très-chagrinée.

Son entourage me rendit alors ainsi compte des accidents dont on était si vivement préoccupé, et qu'on avait attribués à une fièvre cérébrale.

Depuis peu de temps à Paris, où elle venait passer quelques jours pour son plaisir, la jeune femme était sortie, le matin, aussi bien portante que d'habitude, pour aller déjeuner dans un restaurant voisin de l'hôtel où elle était descendue. Vêtue d'une manière insuffisante, elle avait été saisie par le froid, et dès en se mettant à table, elle ne s'était plus sentie en appétit pour ce repas dont l'heure, par une circonstance fortuite, s'était trouvée retardée. Elle en éprouvait un léger malaise, et tout à coup elle avait perdu la parole, entendant, comprenant bien cè qu'on lui disait mais ne pouvant plus y répondre.

Son mari, alarmé, l'avait reconduite chez elle et avait envoyé immédiatement chercher un médecin. Celui-ci, loin de calmer ses inquiétudes, avait prononcé le mot de fièvre cérébrale, et conseillé d'avertir de suite, par le télégraphe, la mère de la malade qui habitait Louviers. Cette dame, aussitôt partie, arrivait à Paris dans la soirée.

Quelques heures plus tard on venait me chercher.

Rien ne ressemblait moins à une fièvre cérébrale que cette bizarre affection dont la jeune femme avait été prise si brusquement.

Ainsi que je l'ai dit, la malade était assise sur son lit, tout éveillée, avec son entière connaissance et, à en juger à son air souriant, elle ne paraissait aucunement souffrir. Du reste, quand on l'interrogeait à ce sujet, elle témoignait par ses gestes et par le mot *non* un des rares conservés dans son vocabulaire, qu'elle n'éprouvait de douleur en aucune partie du corps. Elle ne pouvait pas parler, mais en dehors de cette *aphasie,* elle n'avait nul autre phénomène morbide qui dût appeler l'attention; ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation, ni trouble de la circulation. Les mouvements volontaires avaient conservé toute leur liberté, toute leur régularité. Mais en recherchant l'état de la sensibilité cutanée, je constatai que, par places, cette sensibilité était diminuée; toutefois l'analgésie était plus notable que l'anesthésie, car la malade sentait bien qu'on la touchait dans certains points où, soit en la piquant, soit en la pinçant, elle restait insensible.

Quant à l'aphasie, elle était nettement caractérisée. Non-seulement la malade ne pouvait ni parler spontanément, ni répondre aux questions qu'on lui adressait, mais encore, soit qu'on lui désignât un objet en le lui montrant, soit qu'on le lui nommât en le lui présentant, il lui était impossible de le nommer après vous, bien qu'il parût évident qu'elle cherchait à le faire. Elle témoignait alors de la contrariété et de l'impatience qu'elle éprouvait de son impuissance par ses gestes accompagnés de son exclamation *n'peux pas.* Plus tard, c'est-à-dire dès le lendemain, lorsque l'aphasie ayant cessé aussi brusquement qu'elle était survenue, la malade, rendant compte de ses impressions de la veille, disait qu'elle reconnaissait très-bien les objets qu'on lui montrait, qu'elle en savait encore très-bien les noms, mais que ces noms il lui était impossible de se les rappeler; que, suivant son expression, elle les avait sur le bout de la langue, mais que, dans le très-court espace de temps qui s'écoulait entre le moment où on venait de les lui dire et celui où elle devait les répéter, elle les oubliait complètement. De même, lorsqu'elle cherchait à les écrire, elle traçait alors sur le papier avec un crayon des lignes en zigzag, témoignant encore de son dépit de ne pouvoir faire mieux.

Les circonstances dans lesquelles cette aphasie s'était produite, l'absence de tout autre phénomène morbide concomittant, sauf l'analgésie et l'anesthésie partielles que j'avais notées et qui prenaient ici une importante signification, me donnèrent à penser qu'il s'agissait ici d'accidents nerveux de la nature des accidents hystériques. Ce qui me confirmait dans mon idée, c'était cet autre fait que, mariée depuis quelques mois, la jeune femme, jusque-là régulièrement menstruée, avait actuellement un retard de six semaines. Il y avait donc lieu de songer à une grossesse commençante. Dès lors, il était permis de penser que cette grossesse avait amené, dans le sytème nerveux de la malade déjà prédisposée par tempérament, une perturbation qui, à un moment donné, et à l'occasion d'une cause déterminante en apparence insignifiante, s'était traduite par les accidents dont j'étais le témoin.

Conformément à cette manière de voir, je rassurai d'abord la famille sur la nature et l'issue d'une affection qui n'avait rien de commun avec la fièvre cérébrale, et n'entraînerait aucun danger pour la vie. J'ajoutai que, sans être en mesure de fixer une limite précise à la durée des accidents, on pouvait espérer, sans être par trop affirmatif à cet égard, qu'ils cesseraient aussi brusquement qu'ils étaient apparus.

Puis, comme il ne me semblait pas urgent d'intervenir avec de gros moyens thérapeutiques, je me contentai de prescrire du sirop d'éther, en insistant sur la nécessité de laisser la malade dans le repos le plus absolu de corps et d'esprit.

Le lendemain matin, la situation n'était en rien changée. Je n'en persistai pas moins dans mon diagnostic et dans mon pronostic, bien que, dans la seconde visite qu'il avait faite quelques instants avant que j'arrivasse, le médecin qui, le premier, avait vu la malade la veille persistât, lui aussi, dans son opinion qu'il exprimait de plus par écrit, soutenant que nous avions affaire à une fièvre cérébrale, et que le danger était grand.

Dans le milieu de la journée l'événement me donnait raison. L'aphasie avait subitement cessé, et je retrouvai la jeune femme parlant aussi librement qu'elle le faisait avant son accident.

Il se produisit toutefois alors un fait digne d'être signalé. Pendant que j'étais auprès d'elle, la malade demanda à se lever tellement elle se trouvait bien. Comme je n'y voyais pas d'inconvénient, je l'y autorisai ; à peine fut-elle installée dans son fauteuil, où elle se sentait beaucoup plus faible qu'elle ne l'était dans son lit, que tout à coup l'*aphasie* se reproduisit complétement, mais pour cesser aussi rapidement dès que la malade eut été recouchée.

A partir de ce moment la guérison se maintint absolue. A quelques jours de là la jeune dame quittait Paris aussi parfaitement portante qu'elle y était arrivée.

M. DELASIAUVE rappelle qu'il a signalé des cas analogues, et rapporte que dans son service est une malade chez laquelle des phénomènes de même nature se renouvellent avec un caractère d'étrangeté spéciale. Après deux ou trois septenaires de calme, la malade est prise de convulsions. Elle reste ensuite une huitaine de jours hémiplégique et aphasique, puis les fonctions lésées reprennent soudain leur régularité.

Une autre jeune fille affectée d'épilepsie et de chorée, a présenté des symptômes d'aphasie qui se sont dissipés lorsque le flux menstruel s'est établi.

Dans le cours des maladies nerveuses, les états congestifs passagers de nature à déterminer des perturbations fonctionnelles de cet ordre, sont d'observation fréquente.

M. BLONDEAU a vu deux jeunes filles qui avaient subi, pendant l'écoulement des règles, une émotion profondément pénible. devenir instantanément paraplégiques, et succomber en quelques jours.

M. GUIBOUT cite l'observation d'une dame prise, à la suite d'une frayeur, d'une aphasie subite et complète, qui céda spontanément au bout de quinze jours.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

M. le sénateur préfet de la Seine vient de publier le mémoire qu'il a présenté au conseil général du département (session ordinaire de 1866). Nous en extrayons le passage suivant qui intéresse particulièrement le corps médical :

« En associant nos efforts, nous avons, pour répondre dignement à la pensée de l'Empereur, réalisé, dans ce département, de grandes et importantes améliorations. Les larges voies que nous avons percées, les travaux d'assainissement que nous exécutons, les transformations multiples qui s'accomplissent de tous côtés, en un mot, toutes les œuvres utiles entreprises dans les diverses parties du département aussi bien que dans la capitale, ont donné des résultats dont on ne saurait méconnaître l'importance et la signification.

L'épidémie que nous venons de traverser, et dont les effets, toujours trop funestes et regrettables, ont été cependant si différents de ceux des épidémies antérieures, n'a-t-elle pas donné, à cet égard, une énergique confimation de nos espérances?

Le choléra a séjourné pendant une année, d'une manière constante, dans Paris et dans le département; mais, tandis que l'épidémie de 1831-1832 avait frappé mortellement 21,670 personnes, celle de 1849, 25,052, celle de 1853-1864, 11,873, le terrible fléau n'en a atteint dans sa récente apparition que 6,626 en 1865, et 5,700 environ en 1866.

La population du département de la Seine était :

En 1831 (année du dénombrement) de..	949,799 habitants.	
En 1849 de	1,399,211	—
En 1853 de	1,544,208	—
En 1865 de	2,111,464	—
En 1866 (année du dénombrement) de..	2,150,916	—

La proportion de la mortalité cholérique au chiffre de la population a été :

Durant l'épidémie de	1831-1832,	de 2.28 0/0 décès.	
—	1849,	de 1,79 0/0	—
—	1853-1854,	de 0,76 0/0	—
—	1865,	de 0.31 0/0	—
—	1866,	de 0.26 0/0	—

A quoi faut-il attribuer ce résultat, Messieurs, si ce n'est — au moins en très-grande partie — aux travaux que je rappelais tout à l'heure, et qui ont été si souvent et si injustement critiqués? En même temps qu'ils ont fait de Paris la plus belle ville du monde et qu'ils ont donné à ce département une situation en harmonie avec ce que réclame le voisinage d'une telle capitale, ces travaux ont modifié heureusement les conditions de la vie humaine : ils ont fait circuler l'air, la lumière et l'eau; ils ont détruit des quartiers infects, des rues étroites et tortueuses, des logements malsains et inhabitables; et ils ont pour but final d'assurer à tous la plus grande somme possible de bien-être, le meilleur des préservatifs contre ces maladies épidémiques ou contagieuses qui marquent si cruellement leur passage à travers les cités et les empires.

Terminons, Messieurs, en nous rappelant les nobles exemples donnés par le souverain et son auguste compagne, allant, au plus fort de l'épidémie, stimuler le zèle, ranimer les courages, porter enfin la consolation aux pauvres malades, et n'oublions jamais la nouvelle dette de reconnaissance que de tels actes de généreux dévouement imposent à cette ville, à ce département, au pays tout entier. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 5 décembre 1866, rendu sur la proposition du ministre de la Maison de l'Empereur et des Beaux-Arts, le docteur Huguier, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a été nommé chirurgien consultant de S. M. l'Empereur.

— Par décrets en date du 28 novembre 1866, ont été nommés membres du comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux : M. Claveau, inspecteur général des établissements de bienfaisance, et M. le docteur Delpech, membre de l'Académie de médecine, en remplacement de M. le baron de Watteville et de M. le docteur Mêlier, décédés.

— Par deux arrêtés en date du 1er et du 6 décembre 1866, rendus en exécution du décret du 5 décembre 1865, le ministre de l'instruction publique a accordé la gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du trésor public pour l'achèvement de leurs études médicales ou pharmaceutiques aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés par les préfets des départements pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra.

Services rendus dans différentes communes du département du Nord.

MM. Tauchon, Moisson, Bourdy, étudiants de la Faculté de médecine de Paris ;

Desoubry, élève de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Services rendus à Vrigne-aux-Bois (Ardennes).

M. Remy (Ollivier), étudiant de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Services rendus à Coëx (Vendée).

M. Chappot, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus dans la Moselle.

M. Maillard, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

— Au nom de M. le docteur Pevillout, nous sommes heureux d'ajouter ceux de MM. les docteurs Duvivier, Davesne, Horteloup, qui faisaient partie de la mission médicale envoyée en Égypte et qui viennent de recevoir l'ordre du Medjidié.

— Les soirées scientifiques de la Sorbonne s'ouvriront de nouveau le jeudi 20 décembre. Les diverses conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

Jeudi 20 décembre. M. Fernet, professeur au lycée Saint-Louis : L'Électricité appliquée aux arts.

27 décembre. M. Riche, professeur à l'école supérieure de pharmacie : Diamant et Charbon.

10 janvier. M. Bertin, maître de conférences à l'école normale supérieure : Polarisation de la lumière.

17 janvier. M. Cazin, professeur au lycée de Versailles : La Chaleur.

24 janvier. M. Desains, professeur à la Faculté des sciences de Paris : Composition de la lumière. — Coloration des corps.

31 janvier. M. Bert, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux : Influence de l'homme sur les animaux.

7 février. M. Jamin, professeur à la Faculté des sciences de Paris et à l'École polytechnique : La Pluie.

14 février. M. de Luynes, docteur ès sciences : Le Verre.

21 février. M. Mascart, docteur ès sciences : L'Œil.

27 février. M. Simonin, ingénieur civil des mines : Les placers de la Californie.

14 mars. M. Vaillant, docteur ès sciences ; Les Madrépores.

21 mars. M. Lissajous, professeur au lycée Saint-Louis : Les Télescopes.

18 mars. M. Bourget, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand : Les Planètes.

Avec la séance du 28 mars seront closes les soirées de la quatrième année.

Les portes intérieures seront ouvertes à sept heures et demie.

Les séances commenceront à huit heures.

On ne sera admis qu'avec des cartes d'entrée.

Les demandes de cartes doivent être adressées par écrit au secrétaire du comité des soirées, à la Sorbonne.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 145. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 13 DÉCEMBRE 1866. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 DÉCEMBRE 1866.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

L'Académie a tenu hier sa séance annuelle, ni plus ni moins solennelle que celle des autres années, avec fracs et épées au bureau, gracieuse corbeille de femmes aux pieds de la tribune, et la même affluence qu'attire tous les ans l'attrait du discours. L'éloge de Gerdy, tel était le sujet ; l'orateur, M. J. Béclard.

Pourquoi l'éloge de Gerdy plutôt qu'un autre? Ce n'est ni la grandeur des découvertes, ni l'éclat de l'enseignement, ni l'importance exceptionnelle des services qui ont pu tenter M. Béclard. Ce que Gerdy a été comme chirurgien et anatomiste, ce qu'il a fait pour les progrès et l'enseignement de la chirurgie, MM. Nélaton et Broca l'ont dit, le premier en séance publique de la Faculté, le second devant ses collègues de la Société de chirurgie. Mais c'est sans doute l'exemple du travail, l'amour sincère et désintéressé de la science, l'austérité un peu sauvage de l'homme qu'il lui aura plu de retracer. Ce qui a dirigé et inspiré sa plume, c'est la part si active et si retentissante que Gerdy a prise à la plupart des débats académiques, c'est surtout l'infinie variété de sujets étudiés par cet esprit plus curieux que pénétrant, plus chercheur qu'inventif et qui, dans les nombreuses questions qu'il a touchées en dehors de sa spécialité proprement dite, physiologie, psychologie, esthétique, a eu plutôt un sentiment vague qu'une perception nette et précise de la vérité.

Disons tout de suite, en effet, que le choix du sujet lui a porté bonheur et que M. Béclard, en parcourant avec son héros les sommets de l'art et de la science, y a trouvé souvent de véritables inspirations et a semé sa route d'une foule de pensées justes et de réflexions élevées. A ces sages réflexions, à cette judicieuse critique, tout le monde a gagné, M. Béclard surtout ; Gerdy est celui qui y a le moins gagné peut-être. Exemple : M. Béclard nous le représente attiré comme les plus grands maîtres vers les hautes régions de la médecine; mais à l'encontre de ces grands esprits qui ont laissé après eux, comme le type abrégé et expressif de leurs recherches, une courte formule qui rallie encore aujourd'hui leurs disciples, il nous le montre se perdant dans les subtilités de l'analyse et finissant par se réfuter lui-même. Ce n'est pas le seul exemple de défaillance dans cet esprit plus hardi que profond. Mais il est un mérite, un mérite rare que M. Béclard s'est plu à reconnaître dans les premiers essais de Gerdy, c'est d'avoir osé penser par lui-même à un âge où l'on n'est d'ordinaire que l'écho de ses maîtres. C'était là, en effet, un des traits les plus saillants de sa physionomie. — Gerdy était surtout un penseur. — Il l'a également loué d'avoir remis en pleine lumière tout un côté négligé du plus grand problème de la physiologie, en montrant que l'être vivant n'est pas tout entier dans la sensibilité et le mouvement, et qu'il y a au fond de la vie quelque chose de plus fondamental encore; et il a fait un éloge non moins mérité de ses recherches sur la musculation, la partie vraiment neuve de son traité de physiologie, qu'il n'hésite pas à placer à côté du célèbre traité de Borelli, et nous ajouterons pour notre compte, qu'il eût pu placer aussi à côté des belles études de Barthez sur le même sujet.

Toute cette partie du discours de M. Béclard, où il se trouve sur son propre terrain, est traitée avec une grande justesse et une grande élévation. On regrettera peut-être avec nous que sur ces hautes et belles questions M. Béclard se soit borné presque au rôle d'historien et de critique, et qu'il ne nous ait pas dit le fond de sa pensée. Est-ce modestie ? Est-ce crainte d'avoir eu l'air de transformer la tribune en chaire ? Nous espérons bien le voir amené un jour à être plus explicite.

Le discours de M. Béclard a eu un grand et légitime succès, il a été souvent interrompu par les bravos et les applaudissements de l'assemblée; mais c'est surtout lorsqu'il est arrivé à l'apologie du concours, l'objet du plus vif et du plus entier attachement de Gerdy, qu'il a provoqué un redoublement de bravos et d'applaudissements, qui sont venus se déposer en manière de couronne sur la tête de M. Velpeau, indiqué par voie d'allusion avec ses collègues MM. Bouillaud et Trousseau, comme l'un des glorieux représentants de ces glorieuses luttes.

Enfin de nouveaux applaudissements ont accueilli le portrait fidèle que M. Béclard a tracé de Gerdy, cet homme excessif en toutes choses, sage mais sans la modération de la sagesse, inaccessible aux passions vulgaires, mais ne résistant pas à l'ivresse de la parole; cet esprit curieux et hardi, qui a conçu plus qu'il n'a pu faire et aspiré plus haut qu'il n'est monté, qui a dit tout ce qu'il a pensé, exprimé tout ce qu'il a senti, à qui il n'eut rien manqué pour exercer l'ascendant que devait lui assurer son savoir, si ce n'est la mesure; cette âme fière, enfin, et même un peu farouche, ignorante des calculs de l'intérêt et dédaigneuse des réserves de la prudence, et de la trempe de celles que le monde respecte et admire, alors même qu'il les évite.

Un mot sur les prix décernés par l'Académie. Jamais peut-être l'Académie ne s'était montrée plus sévère, ou les concurrents plus insuffisants. Plusieurs prix n'ont pu être donnés, faute de compétition; d'autres ont été refusés à des travaux qui n'en ont pas paru dignes. Ce n'est pas la première fois que cela arrive et que nous en faisons la remarque. Il y a là un vice ou une insuffisance quelconque, dont l'Académie a intérêt à rechercher les causes, dans le double intérêt des progrès scientifiques et de sa propre dignité. Quelques travaux estimables cependant ont reçu une légitime récompense, et nous sommes heureux de compter encore cette année parmi les lauréats, notre collaborateur M. le Dr Legros (d'Aubusson) déjà couronné plusieurs fois, on s'en souvient, l'année dernière.

Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de M. BOUCHARDAT.

L'ordre des lectures comprend :

1° Le rapport général sur les prix décernés en 1866, par M. Fréd. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel. Ce rapport a été lu par M. Delpech.

2° Le programme des prix proposés pour 1867 et 1868.

3° Éloge de M. Gerdy, par Jules Béclard, secrétaire annuel.

Voici l'eloge lu par M. Béclard :

ÉLOGE DE GERDY.

Messieurs,

L'année même de la mort de M. Gerdy, et l'année qui l'a suivie, dans des solennités semblables à celle qui nous réunit, deux collègues éminents (1), l'honneur de la chirurgie contemporaine, retraçaient, devant la Société de chirurgie et devant la Faculté de médecine, la vie du penseur original, de l'écrivain fécond, du physiologiste et du chirurgien dont je vais vous entretenir aujourd'hui.

L'Academie ne peut rester muette plus longtemps. Elle doit un public hommage à l'homme qui, pendant vingt années, lui a donné la meilleure part de sa vie. C'est ici, c'est au milieu de nous, que M. Gerdy s'est montré tout entier. Toujours prêt à la lutte, infatigable à l'attaque comme à la défense, orateur véhément, dédaigneux des ménagements timides, souvent il a frappé fort. S'il n'a pas toujours frappé juste, il n'eut pourtant d'autre passion que celle de la justice. Sous l'âpreté de ses critiques, on sent l'homme de cœur et l'honnête homme, et ceux mêmes qui en ont éprouvé l'amertume n'ont jamais pu se défendre, pour cet indomptable adversaire, d'une profonde estime et d'un secret penchant.

A l'extrémité du département de l'Aube, au milieu des coteaux chargés de vigne qui s'élèvent sur les confins des plaines de la Champagne et marquent les limites de l'ancienne Bourgogne, au fond d'une riante vallée arrosée par la rivière d'Ource, est assis le village de Loches. C'est là que naquit Pierre-Nicolas Gerdy, le 1er mai 1797. C'est là qu'il revint souvent pour raffermir une constitution plus robuste en apparence qu'en réalité, et calmer les agitations d'une sensibilité qu'on n'eût pas d'abord soupçonnée sous son extérieur un peu rustique.

Possesseur de quelques arpents de prés et de vignes, qu'il cultivait de ses mains, son père était plus qu'un honnête homme. Élevé à la généreuse école de 1789, il traversa sans fléchir les jours de 93, l'Empire et la Restauration, et conserva jusqu'à sa dernière heure la foi républicaine de sa jeunesse ; donnant ainsi à ses enfants, dès leurs plus tendres années, des exemples de fermeté qui ne devaient pas être perdus.

Le jeune Gerdy reçut les premières leçons à l'école de son village, puis il entra au collége de Bar-sur-Seine, où il ne se fit remarquer que par sa turbulence. Dans ses rapports avec ses condisciples et avec ses maîtres, déjà se révélait en lui cette humeur indocile qui devait être l'un des côtés les plus saillants de sa personnalité. Lorsqu'il revint à la maison paternelle, on eut d'abord la pensée de le placer dans une maison de banque de la ville de Bar. Le retentissement de ses méfaits d'écolier avait franchi l'enceinte du collége : le chef de l'établissement fit quelques difficultés; le père de M. Gerdy n'insista pas.

On était alors en 1813. La carrière de la chirurgie militaire s'offrait avec ses chances glorieuses. D'ailleurs c'était à peu près le seul moyen pour un jeune homme sans fortune d'échapper à l'insatiable conscription. Il fut décidé qu'il étudierait la médecine. Ses études avaient été incomplètes : il le sentit; et alors, seul, sans maîtres, soutenu par cette forte volonté qui ne lui fit jamais défaut, il s'enferma avec ses livres.

Dans le même temps, un officier de santé du voisinage, M. Collon, de Landreville, lui donnait les premières leçons d'anatomie. Après quelques mois d'un travail opiniâtre, il était reçu bachelier.

Au mois de novembre de la même année, M. Gerdy arrivait à Paris. Il avait seize ans, quelques notions d'ostéologie, et une pension des plus modiques. Il s'installa dans un petit hôtel de la rue de la Huchette. L'hiver n'était pas achevé que ses paisibles études furent brusquement troublées par les désastres de la patrie. Foulée par deux invasions, en proie à tous les maux que la guerre traîne à sa suite, la malheureuse et patriotique Champagne supporta le choc avec un héroïsme dont l'histoire a gardé le souvenir. Après ce suprême effort, elle retomba épuisée. La modeste pension du jeune étudiant n'arrivait plus que de loin en loin. Pour continuer une vie de travail qui lui était d'autant plus chère qu'elle devenait plus difficile, il se soumit aux plus dures privations. Il fallut céder enfin.

De graves accidents dans sa santé l'avertirent qu'il avait trop présumé de lui-même. Six mois de séjour au milieu des siens, le repos et l'air natal ne tardèrent pas à relever ses forces. Il revint à Paris et reprit avec une nouvelle ardeur ses études interrompues.

Il avait vingt ans à peine, qu'il ouvrait à la Charité un cours public d'anatomie et de physiologie. La même année, il s'engageait dans un concours ouvert à la Faculté de médecine pour une place d'aide d'anatomie. M. Gerdy avait courageusement triomphé de tous les obstacles accumulés sous ses pas ; il ne sut pas résister à l'insuccès. C'est à Loches, où il s'était de nouveau réfugié, qu'une décision de la Faculté vint ranimer ce cœur blessé et prêt à défaillir. On lui annonçait que le jury, désireux de récompenser ses brillantes épreuves, lui accordait une place d'aide d'anatomie devenue vacante.

La lutte périlleuse des concours, dans laquelle il rencontra dès l'abord une déception d'autant plus cruelle qu'elle semblait imméritée, allait bientôt se montrer pour lui plus clémente. Elle devait le conduire par de glorieuses étapes jusqu'au but marqué par son ambition. Il goûterait par elle l'une des plus vives jouissances que puissent ressentir les âmes vaillantes et fières, le légitime orgueil de ne rien devoir qu'à lui-même.

C'étaient alors les beaux temps de l'enseignement particulier. De jeunes maîtres, nos gloires d'aujourd'hui, répandaient, dans les rangs de la jeunesse dont ils partageaient la vie, de fécondes semences et de salutaires exemples. M. Gerdy professait à la fois l'anatomie, la physiologie, la médecine opératoire, l'hygiène. Il faisait jusqu'à quatre leçons par jour, et trouvait encore moyen, pour augmenter son maigre budget, d'enseigner aux peintres et aux sculpteurs la science des formes extérieures. Quelques années plus tard, il publiait un volume sur ce sujet. La phrase suivante, que j'emprunte à l'introduction, indique clairement le but et l'objet de ce livre :

« L'artiste privé des connaissances de l'anatomie, dit M. Gerdy, « est à celui qu'elle éclaire ce que seraient l'un à l'autre deux peintres dont l'un, prenant son point de vue d'une montagne élevée, « dessinerait une vaste campagne sans l'avoir parcourue, et dont « l'autre, prenant sa vue du même point la dessinerait aussi, mais « après avoir pratiqué les chemins qui la sillonnent, suivi, dans tous « leurs détours et leurs replis, les rivières et les ruisseaux qui l'arrosent et battu les bois qui la couvrent. »

L'anatomie des peintres, en effet, ne peut se renfermer dans l'étude des surfaces et des contours accessibles aux yeux de tous ; elle n'est pas tout entière dans la connaissance de l'exacte proportion des parties, travail auquel les anciens se sont livrés avec un soin minutieux, ainsi que l'attestent les canons de l'art antique chez les Égyptiens et les Grecs. Pour se mettre en garde contre des apparences trompeuses, l'œil doit pénétrer dans la profondeur des organes. Ce qui est à la surface n'est que la représentation plus ou moins affaiblie de ce qui est au-dessous. La connaissance des parties cachées peut seule révéler ces nuances fugitives, insaisissables pour qui ne sait pas voir, véritables secrets de l'exécution. C'est dans l'appréciation du jeu des muscles, ces agents mécaniques des attitudes et des expressions que l'artiste inexpérimenté risque surtout de tomber dans le faux. Comme l'a si bien dit l'illustre Florentin, que les lettres disputent à la peinture, l'immortel auteur de la Joconde : « L'une des principales con-

(1) M. Broca et M. Nélaton.

« ditions de l'art, c'est la connaissance approfondie de la forme « vivante et agissante (1). »

Plaçant l'exemple à côté du précepte, M. Gerdy se livre à l'examen des principaux monuments de l'art ancien et moderne. Il parcourt les musées, visite les ateliers, et fait successivement comparaître devant le tribunal de l'anatomie, les antiques de la galerie du Louvre, les tableaux les plus célèbres des écoles italienne, hollandaise, flamande; et aussi les œuvres des maîtres de l'art français, Poussin, Lesueur, Le Brun, David, Girodet, Géricault, Prud'hon et Greuze. Toutes les remarques de M. Gerdy sont des plus judicieuses. Qui pourrait nier que dans la reproduction des œuvres de la nature, la main de l'artiste ne doive être guidée par elle? Mais à côté de ses justes critiques, on eût aimé à voir l'auteur mettre dans tout son jour cette autre vérité, que le principe de l'art n'est pas dans l'anatomie.

Réprimez pour un moment l'admiration dont vous êtes saisi devant les inimitables chefs-d'œuvre de la statuaire antique; examinez bien, et vous pourrez facilement découvrir quelque défaut d'anatomie. Sans doute, le génie grec n'eût rien perdu, et il eût même gagné quelque chose à les éviter. Mais, ne croyez pas qu'il suffise d'introduire la réalité dans l'art pour le conduire à la perfection. Le plus savant des anatomistes pourrait n'être qu'un peintre ou un sculpteur des plus médiocres. Le laid et le vulgaire se rencontrent aisément. Rien n'est plus rare que le beau. S'il aspire à fixer dans son œuvre les attributs de la beauté, le véritable artiste doit la chercher et la poursuivre sans relâche; trop heureux s'il lui est donné de l'entrevoir un instant sous les voiles dont elle s'enveloppe. L'anatomie n'est ici d'aucun secours. Les sources de l'esthétique sont ailleurs; et la science du beau est assujettie à des lois qu'on n'enfreint pas impunément. Un beau modelé l'emportera toujours sur un modelé savant. S'il était à la fois l'un et l'autre, ce serait le comble de l'art.

L'ouvrage sur l'anatomie des formes extérieures n'était pas la première publication de M. Gerdy. Dès l'année 1821, il avait inséré, dans le *Journal complémentaire des sciences médicales,* une série d'articles intitulés : *Essai d'analyse des phénomènes de la vie.* Par son titre, par son incontestable originalité, ce travail, sorti de la plume d'un jeune homme de vingt-quatre ans, eut un grand retentissement. Ce fut son premier pas dans une voie où il devait laisser les vives empreintes de son passage. On peut dire qu'en lui le physiologiste a précédé, dominé, subjugué le chirurgien. Lorsque, dix ans plus tard, M. Gerdy fera paraître le premier volume d'un *Traité de physiologie,* resté malheureusement inachevé, c'est la doctrine développée dans l'essai sur les phénomènes de la vie, ce sont les mêmes principes que l'auteur placera au seuil de ce livre, comme l'idée mère de son œuvre.

Arrêtons un instant notre pensée, messieurs, sur ces graves questions. A une époque dont nous séparent des séries incalculables de siècles, et dont il est impossible de fixer la date, sous l'influence de conditions inconnues, que l'homme n'a pu reproduire encore, la matière se montre tout à coup sous un nouvel aspect. Sur la terre jusque-là déserte et silencieuse, la vie apparaît. Des attributs, qui n'avaient pas encore reçu d'expression se révèlent; et, depuis ce jour, la matière vivante n'a pas cessé de les recevoir de celle qui l'a précédée, de même qu'elle doit les transmettre à la matière vivante qui lui succédera. Dominé par l'irrésistible besoin de causalité, qui s'affirme bien moins par les vérités que l'homme découvre, que par les problèmes qu'il pose, l'esprit ne peut constater ces attributs, sans les rattacher aussitôt à une force nouvelle. Cet agent inconnu, ce principe incompréhensible, qui est la vie, ne nous apparaît jamais lui-même, il ne se manifeste à nos yeux que par les propriétés de l'être vivant. Des propriétés, voilà seulement ce que nous pouvons saisir.

Mais, que de difficultés, pour arriver à travers l'infinie variété des phénomènes de la vie, jusqu'à ces actes primordiaux, jusqu'à ces faits principes que la physiologie poursuit, sous des noms variés et avec des fortunes diverses, depuis les premiers jours de la science. A toutes les époques, nos plus grands hommes ont été attirés vers ces hauts sommets de la médecine, et ont laissé après eux, comme le type abrégé et expressif de leurs laborieuses recherches, une courte formule qui représente seule aujourd'hui les nombreux disciples groupés autour d'elle. Pour nous renfermer dans les temps les plus rapprochés de nous, voyez Bordeu, Barthez et Bichat. Sous la variété des nuances et derrière un antagonisme plus apparent que réel, la médecine de nos jours, qu'elle le reconnaisse ou qu'elle s'en défende, repose encore sur la doctrine élevée par ces trois grands maîtres sur les ruines du mécanisme de Boerhaave et de l'animisme de Stahl.

M. Gerdy, tout en la combattant dans le détail, appartient à cette école; il est vitaliste par excellence. Ce qui caractérise sa tendance, c'est l'emploi, peut-être trop subtil, de la méthode analytique. Loin de chercher, comme ses prédécesseurs, à tout rattacher, par des liens plus ou moins légitimes, à deux propriétés fondamentales de la matière vivante, la sensibilité et la contractilité, ou comme le dit Barthez, aux forces sensitives et aux forces motrices, M. Gerdy reconnaît dix-huit groupes de phénomènes simples, irréductibles aux lois de la physique, indécomposables les uns en les autres, et relevant chacun d'une propriété vitale particulière. Dans la sensibilité, il distingue la propriété de sentir l'impression, de la faculté de la transmettre, et cette dernière de la faculté de la percevoir. Il admet, je me sers de ses propres expressions, des facultés d'absorption, de sécrétion, d'assimilation : une autre de décomposition nutritive; des facultés de fécondation et d'accroissement; une faculté d'animation, en vertu de laquelle le germe communique la vie aux sucs qui servent à le développer, et qui rappelle l'une des idées favorites de Stahl. M. Gerdy admet encore quelques autres facultés ou propriétés primordiales auxquelles il renoncerait sans doute aujourd'hui.

« Une personne étrangère à l'étude de l'organisation, dit M. Gerdy, mais qui sait qu'elle respire, qu'elle digère, qu'elle marche, qu'elle parle, serait étonnée de ne pas voir figurer sur cette longue liste la faculté de respirer, de digérer, de marcher, de parler. Mais, ajoute-t-il, respirer, digérer, marcher, sont des actions très-complexes et non des phénomènes simples. »

Ces paroles de M. Gerdy, peut-être pourrait-on, non sans quelque raison, les lui opposer à lui-même. Mais à côté de ses imperfections, cet essai se distingue à nos yeux par un rare mérite. A un âge où l'on n'est d'ordinaire que l'écho de ses maîtres, M. Gerdy ose penser par lui-même, et il remet en pleine lumière tout un côté négligé du problème. Non, l'être vivant n'est pas tout entier dans la sensibilité et le mouvement. Tout ce qui vit n'est pas nécessairement mobile et sensible, et l'on conçoit au fond de la vie quelque chose de plus fondamental encore. Dans le végétal, cet animal qui dort, suivant la poétique image de Buffon, apparaissent déjà les premiers rudiments de la vie, et nous les retrouvons encore dans ces êtres douteux placés aux limites des deux règnes, aussi bien que dans les éléments morphologiques des tissus de l'animal.

Dans la tentative de M. Gerdy, ne cherchons pas ce qu'elle ne peut nous donner. Éloigner toujours davantage l'horizon au delà duquel son regard ne pénètre pas, voilà ce que l'homme appelle connaître. Une cause ne sera jamais pour lui qu'un effet qui en précède un autre. Quand il a trouvé le rapport de subordination et de coordination des effets, il a construit la science, cet édifice toujours relatif, toujours incomplet, toujours perfectible.

Le *Traité de physiologie,* dont il ne nous a guère donné que l'introduction, M. Gerdy l'avait conçu dans les plus vastes proportions. On y trouve un exposé raisonné des diverses méthodes d'enseignement; un chapitre intitulé du raisonnement, abrégé complet de logique; un plan de classification des êtres vivants; une distribution nosologique de tous les états morbides; de brèves indications sur une science nouvelle dont il parle souvent, mais dont il ne nous a pas laissé l'histoire, l'hygiologie, ou comme il le dit lui-même, la connaissance de cet état, qui n'est déjà plus la santé et qui n'est pas la maladie. On y trouve encore un essai sur les races humaines. Polygéniste convaincu, M. Gerdy cherche à démontrer par les monuments de l'histoire que les souches primitives du genre humain se sont mélangées sur toute la surface de la terre par les migrations et les invasions à force ouverte, si bien qu'il n'en existerait plus une seule à l'état de pureté. Mais, la partie vraiment neuve de ce livre, c'est le chapitre de la musculation, expression qu'il substitue à celle de locomotion, pour faire mieux sentir que dans l'équilibre immobile de la station et des attitudes, les puissances musculaires ne restent pas inactives. Ce chapitre étendu, travail considérable, que n'ont point fait oublier les belles recherches des frères Weber, peut être placé à côté du célèbre traité de Borelli.

Bien d'autres points de physiologie ou d'anatomie ont été abordés par M. Gerdy. Il en est peu qu'il n'ait marqués d'un progrès.

Le premier, il fait connaître le rôle que jouent, dans l'acte de la déglutition, les piliers postérieurs du voile du palais. Dans son ingénieuse dissertation sur la vision distincte et sur la vision confuse, il montre que, si nous devons à la première ces notions exactes sans lesquelles il n'y aurait pas de science, la seconde nous fait connaître ce qui nous entoure dans un instant en quelque sorte sans durée, et peut seule, dans la pratique ordinaire de la vie, nous donner le sentiment de nos rapports avec les choses qui nous environnent. Il débrouille la texture compliquée du cœur; dans la langue, il découvre et décrit des muscles nouveaux. Dans son article sur la circulation, l'un des plus remarquables du répertoire des sciences médicales, il restitue à la contractilité des vaisseaux, que l'école dominante alors prétendait confondre avec l'élasticité, la prépondérance qui lui appartient dans les circulations locales, frayant ainsi la voie aux travaux de la physiologie contemporaine.

M. Gerdy s'est peu livré aux expériences du laboratoire; il a surtout excellé dans ce qu'on pourrait appeler la physiologie descriptive. Plaçant l'observation, c'est-à-dire l'expérience toute faite, avant l'expérimentation qu'il définit l'expérience préparée, il insiste souvent sur les difficultés, les incertitudes, les contradictions et les abus de la méthode expérimentale.

Le goût et l'habitude de la méditation, l'attrait des hautes questions de physiologie, et un certain tour philosophique de l'esprit, l'entraînèrent bientôt sur le terrain de la psychologie. De là son livre intitulé : *Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence.*

Qui n'a lu ces admirables pages de Buffon, dans lesquelles le grand naturaliste fait parler au premier homme le plus magnifique langage que la philosophie ait jamais fait entendre? Tous les objets qui l'environnent, il croit d'abord qu'ils sont en lui et qu'ils font partie de lui-même. Dans le trouble inconnu dont son âme est remplie, sa main rencontre un palmier. « Je connus pour la première fois, dit-il, qu'il « y avait quelque chose hors de moi... Je jugeai que ce corps était « étranger au mien, parce qu'il ne me rendit pas sentiment pour sen- « timent. » Remarque aussi saisissante que l'expression est heureuse. C'est aussi par l'étude de la sensation, ce lien mystérieux qui nous rattache à la mystérieuse matière, que débute M. Gerdy.

Au lieu de se replier sur lui-même, au lieu d'interroger sa propre pensée, il s'adresse à la réalité objective et met hardiment le pied sur une terre vierge encore. C'est en pleine virilité que l'homme de Buffon et l'homme-statue de Condillac se trouvent tout à coup jetés dans le monde. Ils ne connaissent encore rien en dehors d'eux, et déjà ils se connaissent eux-mêmes : ce sont des hommes comme on n'en a jamais vu. M. Gerdy prend l'homme au sortir du sein maternel. A ce moment, il n'est pas encore en possession de lui-même; il n'a ni l'idée de sa personnalité, ni celle du monde extérieur. Pour avoir la première, il devra acquérir la seconde, et ce travail intérieur ne se fera pas d'un seul coup. A la naissance, l'enfant voit à peine; les impressions du toucher ne lui donnent que des perceptions confuses. Ce n'est que peu à peu qu'il distinguera d'abord la clarté du jour de l'obscurité de la nuit, puis les couleurs, puis les formes des corps, puis la distance des objets; et la génération des idées suivra du même pas. De beaucoup supérieure à toutes les autres, cette partie du livre de M. Gerdy est remplie d'observations ingénieuses et profondes.

Cultivés par les plus grands esprits dont s'honore l'humanité, les champs de la pensée ont donné d'abondantes moissons. Les richesses de la psychologie spéculative ne peuvent plus guère s'accroître. Plus tard venue, la psychologie expérimentale est pauvre encore. Cependant, ce n'est pas l'œuvre qui manque à l'ouvrier. Depuis le polype qui se nourrit et dont le mouvement n'est que la réponse fatale d'une inconsciente sensibilité, jusqu'à l'animal qui perçoit, se souvient, juge et veut, jusqu'à l'homme, cet être perfectible qui s'élève par le sentiment moral à la notion du devoir et à l'idée d'une cause suprême; que de phénomènes apparaissent, se développent, grandissent ou se transforment! Que d'observations à faire, que de problèmes à résoudre, que de lumières à faire jaillir de ces ténèbres!

L'homme lui-même, est-il en tous lieux cet être toujours identique que les philosophes nous dépeignent à leur image? A côté des monstres du corps, n'y a-t-il pas les monstres de l'esprit; à côté de la raison, la folie? L'homme était-il le même aux divers âges du monde? N'est-ce pas une vérité révélée par l'histoire que l'espèce humaine peut s'arrêter quelquefois, mais qu'elle avance toujours? Et, longtemps avant l'histoire, les vestiges enfouis des œuvres de l'homme ne sont-ils pas le témoignage irrécusable qu'il n'a pas toujours été ce que nous le voyons aujourd'hui et qu'il a traversé une longue enfance?

Lorsque M. Gerdy communiqua à l'Académie, sous forme de fragments, les prémices de son œuvre philosophique, il siégeait depuis longtemps dans cette enceinte. Il y était entré le 25 avril 1837, dans la section de pathologie chirurgicale.

Dans la vigueur de l'âge et du talent, aimant la lutte et la recherchant, le fauteuil sur lequel il venait s'asseoir ne devait pas être pour lui un honneur stérile. Riche des connaissances les plus variées, d'une infatigable activité, son esprit, naturellement porté à la controverse, allait trouver sur ce nouveau théâtre un aliment inépuisable.

Qui de vous pourrait avoir oublié cette physionomie aux traits fortement accusés, ces sourcils proéminents, ce geste saccadé, cette voix sourde, cette parole inégale, mais énergique, vivante, passionnée, ne reculant devant aucune hardiesse et allant droit au but. Ces tempéraments de langage, ces allusions voilées, le charme et l'attrait de la force contenue, M. Gerdy ne les connut jamais. Quand il croyait la vérité en péril, garder le silence lui paraissait une faiblesse coupable; c'est avec emportement qu'il s'élançait pour la défendre.

L'année même de sa réception à l'Académie, à l'occasion des expériences sur l'introduction de l'air dans les veines, il parut plusieurs fois à la tribune; rappela les recherches trop oubliées de Nysten, montra que de petites quantités d'air peuvent pénétrer sans danger dans les vaisseaux éloignés du centre de la circulation, nia que l'air ait la propriété de paralyser l'action du cœur, puisque cet organe bat encore sur la table de l'expérimentateur, et attribua la mort à un arrêt de circulation. On devait démontrer plus tard que le sang mélangé d'air s'arrête dans les poumons, parce qu'il ne peut plus les franchir.

Un mémoire sur la vision, qu'il communiqua l'année suivante à l'Académie, devint le point de départ d'une discussion dans laquelle il chercha à prouver que la vue est le premier des sens. C'était une tentative hasardée. Aussi, malgré ses efforts pour déposséder le toucher, la prééminence qui lui était acquise lui est restée. Il fut plus heureux quand le parallèle s'établit entre le sens de la vue et le sens de l'ouïe. On crut l'avoir vaincu en lui opposant que la culture intellectuelle des aveugles a toujours surpassé celle des sourds-muets. Oui, répondit-il, cela est vrai, mais l'idée que l'aveugle se fait des choses qu'il ne voit pas, ce n'est pas de l'ouïe qu'elle procède, mais des yeux de celui qui la lui communique par le langage.

L'Académie se souvient de ce qui s'est passé dans son sein au sujet du magnétisme animal et de ses étonnantes merveilles. La plume spirituelle d'un maître en l'art d'écrire a retracé cette curieuse et instructive histoire. De prétendus voyants annonçaient avec une imperturbable assurance qu'ils pouvaient lire sans le secours des yeux, voir à travers les corps opaques, regarder dans leur propre corps et dans celui des autres, ressusciter le passé et prédire l'avenir. Devant un examen sévère, tout le prestige tomba.

Ce n'était pas assez pour un ardent apôtre de la vérité. M. Gerdy voulut les battre à l'aide de leurs propres armes. Avec une patience à toute épreuve, il répéta sur lui-même et sur quelques amis les expériences dont il avait été l'incrédule témoin, et il en dévoila l'artifice. Ce fut la dernière défaite d'une doctrine désormais convaincue d'imposture.

Mais l'amour du merveilleux est impérissable. On le croit pour jamais abattu, et tout aussitôt on le retrouve debout sous une autre forme. Le magnétisme animal vient à peine de succomber qu'on voit les tables tourner, courir, danser, écrire, parler; les esprits invisibles annoncer leur présence par des bruits caractéristiques ou s'incarner dans des *médiums* de toute qualité. Ne croyez pas, messieurs, que ces fantaisies qui vous font sourire ne soient que l'inoffensif délassement de quelques désœuvrés. La science des manifestations fluidiques, pour l'appeler par le nom qu'elle se donne, a ses livres, ses journaux, et recrute ses adeptes jusque dans les rangs les plus élevés de la société.

C'est au sujet d'un mémoire de MM. Flandin et Danger, sur la recherche de l'arsenic dans les cas d'empoisonnement, que s'éleva, au sein de l'Académie, la discussion la plus animée et la plus orageuse peut-être qu'elle ait encore entendue. Le rapport de la commission chargée de l'examen de ce travail venait d'être lu. Les conclusions allaient être mises aux voix. M. Gerdy demanda la parole. Aux premiers mots qu'il prononça, tous les yeux se portèrent sur l'homme célèbre dont le nom est pour jamais attaché à la science des poisons. « Je viens, dit M. Gerdy, défendre le faible contre le fort. » Surpris et menacé dans son propre domaine, M. Orfila défendit sa méthode attaquée avec l'ardeur de sa nature méridionale. Le débat devint une lutte acharnée.

Ce n'était pas leur première rencontre. Depuis huit ans qu'il siégeait comme professeur dans le conseil de la Faculté, M. Gerdy n'avait pu s'accoutumer à voir tout plier devant la volonté d'un seul. Soupçonnait-il un acte de complaisance, il se dressait inflexible. Diverses mesures qu'il réprouvait ayant été proposées par le doyen et sanctionnées par ses collègues, il en conçut un ressentiment qui allait grandissant chaque jour; il éclata en cette occasion dans toute sa violence.

Il nous souvient encore de ce temps, dont nous sépare déjà un intervalle de vingt-cinq années. L'Académie tenait alors ses séances dans l'hôtel de la rue de Poitiers. Délaissant les amphithéâtres et les cours de la Faculté, nous accourions à cette joute oratoire comme de véritables Athéniens. Les places réservées au public étaient depuis longtemps envahies. C'est, entassés dans un petit entre-sol obscur, dont la lucarne demi-circulaire prenait jour sur la salle, que nous vîmes M. Gerdy, l'œil brillant, la lèvre tremblante, seul contre tous, déployer pendant deux mois entiers une invincible énergie.

De tout ce bruit, de tous ces éclats, de ces conclusions qu'il parvint à faire modifier, que reste-t-il aujourd'hui? Du procédé d'analyse de M. Orfila, ou de celui dont M. Gerdy s'était constitué l'intrépide défenseur, lequel a survécu? Ni l'un ni l'autre, messieurs. Telle est la science. Elle ne vit qu'à la condition de chercher sans cesse. Quand elle rencontre le mieux, elle l'adopte, avant même de s'enquérir d'où il vient. Mais n'oublions pas que les questions de méthodes précèdent et dominent les procédés de recherches. La toxicologie n'est une science que par elles, et ce n'est que justice de rendre à son illustre fondateur l'hommage qui lui est dû.

(1) Léonard de Vinci, *Traité de la peinture.*

M. Gerdy se rencontrait, dans le même temps, sur le terrain de la chirurgie, avec un nouvel adversaire, athlète inébranlable comme lui, que rien n'a pu abattre, et que tout dernièrement encore nous avons vu relever haut et ferme le drapeau de la méthode sous-cutanée.

Un peu plus tard, M. Gerdy s'engageait, par la voie de la presse, la seule tribune qui lui fût ouverte, dans un débat qu'interrompit brusquement la révolution de février. C'était en 1847. M. de Salvandy, alors ministre de l'instruction publique, soumettait à la chambre des pairs un projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. Ce projet devait être présenté l'année suivante à la chambre des députés. Dans la discussion qui eut lieu au palais du Luxembourg, l'une de nos gloires littéraires les plus éclatantes, M. Cousin, contesta les avantages du mode de nomination alors en vigueur pour les chaires de professeurs. Blessé dans ses plus chères convictions, M. Gerdy prit la plume, et dans une brochure, le morceau le plus remarquable qu'il ait écrit, il vengea le concours des accusations dont il avait été l'objet. « Pourquoi, dit-il en terminant, pourquoi nous a-t-on abaissés si bas que la position n'était plus honorable et qu'il était impossible d'y demeurer sans honte. »

Comme toutes les institutions humaines, le concours, messieurs, a ses défauts et même ses erreurs. Mais il faudrait être bien confiant dans les assurances de la renommée, cette puissance équivoque, pour y trouver des garanties plus sérieuses que dans des épreuves publiques soutenues devant des juges compétents.

Les luttes loyales de l'intelligence exerceront toujours sur les esprits un irrésistible attrait. Le concours plaît à l'homme, parce que le principe qui en est la source est un sentiment de justice, et qu'il a ses racines au plus profond du cœur. Par la publicité de ses épreuves, il émeut profondément les esprits et donne à l'aristocratie de l'intelligence une légitime et durable popularité. A notre époque, où l'on signale comme l'un des signes du temps les défaillances du sentiment moral, quoi de plus propre à relever et à fortifier les âmes que ces nobles spectacles, qui arrachent les esprits à l'oisiveté, enflamment l'émulation et répandent dans la jeunesse de nos écoles la bienfaisante contagion de l'exemple, d'autant plus assurée et d'autant plus rapide qu'elle descend de plus haut.

De toutes parts on s'étonne, on s'afflige. Notre école française, naguère sans rivale, souffre d'un mal profond. L'enseignement libre, autrefois si florissant, source généreuse à laquelle tant de générations d'élèves ont puisé les premières leçons, précieux auxiliaire plein d'activité et de jeunesse, stimulant salutaire de la science officielle dont il était la force, le mouvement et la vie, l'enseignement libre se meurt. Abaissez les barrières, ouvrez la voie à toutes les espérances, réveillez les ambitions qui sommeillent et la santé reviendra d'elle-même, dans ce jeune corps qui ne demande qu'à vivre. Du même coup tomberont ces mesquines entraves dont on l'avait chargé, croyant sauver ce qu'on a perdu.

Ce qu'on reproche surtout au concours, c'est de paralyser le travail original, d'éloigner ce qu'on appelle les hommes à idées et de donner aux artistes de la parole le pas sur les véritables savants. Ne semblerait-il pas, messieurs, à entendre un pareil langage, que les intérêts de l'enseignement doivent être livrés en holocauste à quelques personnalités exceptionnelles ? Combien n'a-t-on pas vu de ces hommes qu'entourait le reflet d'une juste célébrité, compromettre, dans une chaire sans auditeurs, tout un passé glorieux. On oublie trop que la principale mission de nos écoles n'est pas de former des savants, les savants se font eux-mêmes, mais des hommes instruits et utiles, et d'assurer en France le service de la santé publique.

L'investigateur a le livre, la plume, la tribune des académies, des chaires de haut enseignement qui correspondent à la spécialité de ses recherches. Quant au génie, messieurs, il s'élève au-dessus des catégories sociales, et les institutions ne sont pas faites pour lui. Il a mieux que tout cela, il a la gloire dans le présent, et il aura plus tard les suffrages de la postérité.

Je le répéterai après M. Gerdy : « Le professeur, c'est l'homme rare qui joint à une mémoire étendue pour retenir les faits, un jugement sûr pour les apprécier et un raisonnement sévère pour en déduire les conséquences... C'est l'abeille laborieuse qui, butinant partout, fait des produits de son travail un miel délicieux qui profite à l'humanité entière. »

Ces luttes glorieuses que dénigrent si volontiers ceux qui ne les ont jamais affrontées, ont-elles paralysé l'esprit de recherches chez ce maître dont nous pleurons la perte et qui donna à la science du diagnostic une précision jusque alors inconnue (1) ? ont-elles empêché l'éminent clinicien de la Charité d'écrire le *Traité des maladies du cœur*, l'un des monuments les plus achevés de la médecine contemporaine (2) ? ont-elles arrêté l'essor de ce vif et séduisant esprit, professeur à la parole chaleureuse, qu'accompagnent dans sa retraite volontaire, avec le souvenir d'un double enseignement, d'un double triomphe, les regrets d'une jeunesse avide de l'entendre encore (3) ? ont-elles affaibli l'ardeur ou ralenti la plume de ce noble vétéran de la chirurgie devant lequel chacun s'incline, toujours jeune sous ses cheveux blancs, plus actif dans sa verte vieillesse que le plus jeune d'entre nous (4) ?

Le professeur dont je retrace en ce moment la vie, n'est-il pas, lui aussi, un éclatant exemple de fécondité scientifique. Dans la direction nouvelle qu'imprima à ses travaux l'enseignement de la pathologie externe, il a touché à tous les sujets.

Rappelez-vous son beau travail sur les effets de la pesanteur, dans ses rapports avec la circulation et l'activité du mouvement nutritif : effets favorables ou nuisibles qu'il faut diriger. Par le nombre, l'importance et la variété de ses applications, peu de méthodes thérapeutiques occupent une plus grande place dans la pratique de la chirurgie, et on pourrait ajouter de la médecine.

Dans ses études sur la structure et les maladies des os, il montre que l'inflammation, loin d'être rare, est au contraire des plus fréquentes, qu'elle accompagne toutes les lésions traumatiques de leur substance, et qu'elle se présente sous deux formes dont la genèse est pour ainsi dire opposée, puisque dans l'une la matière osseuse se raréfie, tandis que dans l'autre elle se condense.

Affranchir les malades atteints de hernie de la gêne et de la perpétuelle sujétion des moyens contentifs, les sauver des dangers qui les menacent, tel est le but qu'il se proposait dans son mémoire sur la cure radicale des hernies. Si le procédé d'invagination qu'il proposait, eût répondu à ses espérances, on peut dire qu'il aurait rendu à l'humanité un des plus grands services qu'elle attend encore de la chirurgie.

C'est encore à M. Gerdy qu'on doit la première description complète des gaînes aponévrotiques des muscles : sortes de conduits dans lesquels les puissances actives du mouvement se trouvent maintenues dans une direction invariable à tous les moments de la contraction : barrières conductrices des liquides épanchés, dont le chirurgien doit connaître exactement les dispositions pour remonter à la source du mal.

Peu d'années avant sa mort, il arrêtait dans son esprit le plan d'un traité complet de chirurgie pratique, dans lequel il se proposait de résumer tout son enseignement. Il venait d'en publier le troisième volume, quand la mort est venu le surprendre.

En 1848, alors qu'il rédigeait le volume de pathologie générale qui sert d'introduction à cet ouvrage, les électeurs du département de l'Aube l'envoyaient à l'assemblée des représentants chargée de préparer la constitution du gouvernement issu de la révolution de février. Déjà la maladie avait abattu ses forces et éteint sa voix. Une seule fois il monta à la tribune ; on ne l'entendit pas.

A dater de ce moment, la vie de M. Gerdy ne fut plus qu'une longue suite de souffrances. La phthisie pulmonaire dont il était atteint depuis longtemps faisait chaque jour de nouveaux progrès. La volonté était encore entière, mais le corps s'affaiblissait, et les cruelles atteintes de la maladie en brisaient peu à peu les ressorts. De temps à autre nous le rencontrions encore, un manteau de drap jeté sur les épaules, au cœur de l'été, sombre, affaissé, les joues creusées par le mal qui le consumait. Au milieu de ces douloureuses épreuves, supportées avec une inaltérable sérénité, il conservait encore toute son ardeur pour le travail.

Parfois il se laissait aller à l'espérance de jours meilleurs. Ces jours ne vinrent pas. Vers la fin du mois de janvier 1856, il dut garder le lit, et après une lente agonie de deux mois, il rendit le dernier soupir le 18 mars, à l'âge de cinquante-neuf ans. Transportés à Loches par son digne frère, les restes mortels de notre collègue furent reçus en grande pompe dans son pays natal. Ils reposent aujourd'hui dans une sépulture élevée du vivant de M. Gerdy et par ses soins, sur une verte colline, près du ruisseau de Saint-Onrce, à quelque distance du cimetière.

M. Gerdy est une de ces énergiques figures qui se gravent fortement dans le souvenir. Excessif en toutes choses, on le voit tour à tour d'une infatigable patience dans la poursuite laborieuse du vrai ; emporté, violent et intraitable dans l'action ; bon, affectueux, tendre même, dans les habitudes ordinaires de la vie.

Esprit curieux et hardi, M. Gerdy a conçu plus qu'il n'a pu faire et aspiré plus haut qu'il n'est monté. Ne reconnaissant en matière de science d'autre autorité que celle de la raison, il en usa librement, et quand il se rendit à la raison d'autrui, ce ne fut qu'après avoir consulté la sienne.

Ignorant des calculs de l'intérêt et dédaigneux des réserves de la prudence, il a dit tout ce qu'il a pensé, exprimé tout ce qu'il a senti. Pour soumettre les esprits timorés et flottants qui composent d'ordinaire les majorités, le doute et l'hésitation sont de mauvaises armes. Il ne sut jamais s'en servir. Il ne lui a manqué pour exercer dans sa plénitude l'ascendant que devaient lui assurer l'étendue et la profondeur du savoir, qu'une seule chose : la mesure. M. Gerdy fut un sage, mais il n'en eut pas la modération. Inaccessible aux passions vulgaires, il ne sut pas résister à l'ivresse de la parole.

S'il poussa jusqu'à l'intolérance l'ardeur de son culte pour l'immortelle justice, jamais du moins les mensonges de la flatterie ne souillèrent ses lèvres, et lorsqu'il rencontra l'intrigue sur son chemin, on ne le vit pas comme tant d'autres :

> Lui présenter la main et d'un baiser flatteur
> Appuyer le serment d'être son serviteur.

Je suis attiré, je l'avoue, messieurs, vers ces âmes fières et même un peu farouches. Mais lorsque je rentre en moi-même, je sens que la perfection n'est ici-bas le privilége de personne. Dans le commerce de la vie, la vertu sans alliage est une monnaie rare. Pour traiter avec les humains, il faut compter avec leurs faiblesses. Les hommes de la trempe de M. Gerdy, on les redoute et on ne les recherche guère. Hommes utiles pourtant, ne serait-ce que pour arracher les esprits à la léthargie des habitudes et réveiller les consciences endormies. Aussi, et c'est là peut-être le plus grand triomphe de la vertu, alors même qu'il les évite, le monde les respecte et les admire.

Voici le programme des prix décernés pour l'année 1866 et des prix proposés pour les années 1867 et 1868 :

PRIX DE 1866.

Prix de l'Académie. — La question proposée était la suivante :

« De l'érysipèle épidémique. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

1° A titre de récompense, une somme de 700 francs à M. le docteur Jules Daudé (de Marvéjols) (Lozère).

2° Un encouragement de 300 francs à M. le docteur A. Pujol (de Bordeaux).

Prix Portal. — L'Académie avait proposé pour question :

« Faire l'anatomie pathologique des nerfs dans les principales affections viscérales. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Il n'y a pas lieu à décerner ce prix, aucun mémoire n'ayant été envoyé au concours.

Prix Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie était ainsi conçue :

« De la migraine. — Étudier les causes de cette affection, ses phénomènes essentiels, ses rapports avec d'autres maladies et ses conséquences finales ; s'efforcer d'en déterminer le siége et la nature, soit par des investigations propres, soit par les autopsies consignées dans la science ; insister particulièrement sur un traitement rationnel. »

Ce prix était de la valeur de 800 francs.

Dix mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde,

1° Une somme de 500 francs, à titre de récompense, à M. le docteur Merland (de Chaillé), médecin à Luçon (Vendée).

2° Une somme de 300 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Beni-Barde, médecin à Auteuil.

3° Enfin une mention honorable à M. le docteur G. de Fajole, médecin à Saint-Geniez d'Olt (Aveyron).

Prix Capuron. — L'Académie avait proposé pour question :

« Du frisson dans l'état puerpéral. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Deux mémoires ont été adressés à l'Académie.

Aucun de ces mémoires n'a été jugé digne de récompense.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.)

Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix était de la valeur de 4,000 francs.

Trois ouvrages ou mémoires ont été adressés à l'Académie pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

1° Une somme de 3,000 francs, à titre de récompense, à M. le docteur Notta (de Lisieux), pour son travail intitulé : *Nouvelles recherches sur l'emploi de la liqueur de Villatte.*

2° Une somme de 1,000 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Victor Legros, médecin à Aubusson (Creuse), pour son mémoire ayant pour titre : *De la mort imminente par suffocation.*

Prix Orfila. — Ce prix, qui ne peut être partagé, était de la valeur de 2,000 francs.

L'Académie avait proposé la question suivante :

« De la digitaline et de la digitale. »

Un seul mémoire a été envoyé pour ce concours.

Ce travail, ne remplissant aucune des conditions demandées, l'Académie n'accorde, cette année, ni prix ni encouragements.

Prix Lefèvre. — La question posée par le testateur était celle-ci :

« De la mélancolie. »

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Deux mémoires ont été adressés à l'Académie pour le concours, et ces mémoires n'ont été jugés dignes d'aucune récompense.

Prix Ernest Godard. — Ce prix devait être accordé au meilleur travail sur la pathologie interne.

Il était de la valeur de 1,000 francs.

Neuf ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur E. Lancereaux, médecin à Paris, pour son travail *sur l'Alcoolisme.*

Elle accorde des mentions honorables à MM. les docteurs Bucquet (de Paris), et Alexandre Viennois (de Lyon), pour leurs mémoires. (*Du délire d'inanition dans les maladies*), (*De la syphilis vaccinale*).

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS, POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1866.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a bien voulu accorder :

1° Un prix de la valeur de 1,500 partagé entre :

M. Roussillon, de Bourg-d'Oisans (Isère), signalé de nouveau par M. le préfet, pour le zèle et le dévouement qu'il apporte dans ses fonctions de médecin vaccinateur.

M. Vingtrinier, de Rouen (Seine-Inférieure), pour son très-intéressant travail sur l'épidémie de variole qui a sévi dans le département de la Seine-Inférieure, et en particulier dans la ville de Rouen.

M. Bourré (Léon), de Chatillon-sur-Seine (Côte-d'Or), pour le zèle soutenu qu'il déploie depuis plus de trente années, tant pour la propagation de la vaccine que pour la conservation et la distribution du vaccin.

2° Des médailles d'or à :

M. Bréchemier, d'Orléans (Loiret), pour avoir signalé à l'Académie le cowpox découvert à Beaugency.

M. Millet, de Cusset (Allier), qui, par ses efforts, est parvenu à rendre, dans sa circonscription, le chiffre des vaccinations égal à celui des naissances.

M. Bomardou, de Vizille (Isère), recommandé spécialement par M. le préfet pour le zèle et le désintéressement qu'il apporte dans ses fonctions de médecin-vaccinateur.

M. Auguste Millet, de Tours (Indre-et-Loire), qui se trouve au premier rang parmi les plus zélés vaccinateurs de son département.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales :

1° Une médaille d'or à M. le docteur Rotureau, pour les travaux spéciaux publiés par ce médecin sur les diverses stations thermales de l'Europe.

2° Des médailles d'argent à M. le docteur Raoul des Longchamps, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Hammam-Meskoutin (Algérie).

M. Muller, pharmacien en chef de l'hôpital d'Ammam-Meskoutin.

M. Bougard, docteur en médecine à Bourbonne-les-Bains.

M. le docteur Foubert, médecin à Paris.

3° Des médailles de bronze à MM. les médecins inspecteurs : Doyon, d'Uriage (Isère); Batbédat (François), de Gamarde et de Préchacq (Landes) ; de Lagarde (Henri), de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) ; Marbotin, de Saint-Amand (Nord) ; Billout, de Saint-Gervais (Haute-Savoie), et à M. le docteur Legrand du Saulle, de Contrexéville.

4° Des mentions honorables à MM. les médecins inspecteurs : Tellier, de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) ; Nogaret, des Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à MM. les médecins inspecteurs : Auphan, d'Ax (Ariége) ; Alquié, de Vichy ; Niepce, d'Allevard (Isère), Dumoulin, des eaux mères de Salins (Jura) ; Tillot, de Saint-Christau (Basses-Pyrénées) ; Crouzet, de Ba-

(1) M. Rostan.
(2) M. Bouillaud.
(3) Trousseau.
(4) Velpeau.

aruc (Hérault); Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy (Allier); Dubois (Amable), médecin-adjoint à Vichy.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1865,

1° Des médailles d'argent à MM. Bertrand, médecin-major de 2e classe; Dehée, d'Arras (Pas-de-Calais); Daga, médecin-major de 1re classe; Meilheurat, de La Palisse (Allier); Fargeau, de Saint-Léonard (Haute-Vienne); Serradell, de Prades (Pyrénées-Orientales); Pressat, de Pontoise (Seine-et-Oise).

2° Des médailles de bronze à MM. Baillet, de Bar-le-Duc (Meuse); Gintrac (Henri), de Bordeaux (Gironde); Costa, médecin-major de 2e classe; Bernard, de Dieulouard (Meurthe); Chabrand, de Briançon (Hautes-Alpes); Brossard, d'Épône (Seine-et-Oise); Prieur, de Gray (Haute-Saône); Monot, de Moux (Nièvre).

3° Des mentions honorables à MM. Goupil-des-Paillères, de Nemours (Seine-et-Marne); Gevrey, de Vesoul (Haute-Saône); Bazin, de Saint-Brice (Seine et-Oise); Prévôt, fils, d'Hazebrouck (Nord); Villan d'Embrun (Hautes-Alpes); Monteils, de Marvejols (Lozère); Danvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais); Claudot, de Neufchâteau (Vosges); Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales); Clément, de Fraisnes (Meurthe); Massina, de Thuir (Pyrénées-Orientales); Schmitt, de Sarralbe (Moselle); Lemoine, de Château-Chinon (Nièvre); Charpentier, de Premery (Nièvre); Malichecq, de Mont-de-Marsan (Landes); Candelon, de Lombez (Gers); Benoît, de Dieu-le-Fit (Drôme); Vésine-Larue, de Montagnac (Hérault).

4° Rappel de médailles d'argent à MM. Mordret, du Mans (Sarthe); Larivière, médecin principal d'armée; Demonchaux, de Saint-Quentin (Aisne); Fouquet, de Vannes (Morbihan); Masse, médecin de l'hôpital militaire de Blidah (Algérie); Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord); Reverchon, de Chaumont (Haute-Marne); Le Bèle, du Mans (Sarthe); Dusouil, de Melle (Deux-Sèvres); Mignot, de Gannat (Allier); Carret, de Chambéry (Savoie); Piedvache, de Dinan (Côtes-du-Nord).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1867.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante:
« Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques. »
Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix Portal. — L'Académie propose pour question:
« Des diverses espèces de mélanose. »
Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix Bernard de Civrieux. — L'Académie propose pour sujet de prix:
« De la démence. »
Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix Barbier. — Voyez plus haut les conditions du concours.
Ce prix sera de la valeur de 4000 francs.

Prix Capuron. — L'Académie met au concours la question suivante:
« Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent, un temps plus ou moins long, dans la cavité utérine, après leur mort. Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle il faut faire remonter cette mort. »
Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Prix Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe.

Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1868.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose pour question de prix:
« Des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus. »
Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix Portal. — L'Académie pose la question suivante:
« Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes. »
Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix Bernard de Civrieux. — L'Académie propose pour question:
« Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. »
Ce prix sera de la valeur de 800 francs.

Prix Capuron. — L'Académie met au concours la question suivante:
« Du traitement des affections utérines par les eaux minérales. »
Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

Prix Barbier. — Voyez plus haut les conditions du concours.
Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix Orfila. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante:
« De la digitaline et de la digitale.
« Isoler la digitaline; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline.
« Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement?
« Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu?
« Jusqu'à quel point et dans quelle mesure peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme indice ou comme preuve de l'existence du poison et de l'empoisonnement?
Ce prix sera de la valeur de 4000 francs.

Prix Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne.
Il sera de la valeur de 1000 francs.

Prix d'Argenteuil. (A décerner en 1869). — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, pendant cette cinquième période (1863 à 1868), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix sera de la valeur de 8000 francs.

Prix Rufz de Lavison. — La question posée par le fondateur est ainsi conçue:
« Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les « hommes et chez les animaux, qui passent d'un climat dans un « autre, les modifications et les altérations de fonctions et les lésions « organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »
Ce prix pourra être décerné à la séance générale de 1870.

Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours.

Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1868 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat, sont exceptés de ces dispositions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 5 décembre 1866, M. le docteur Puech, médecin-major de 1re classe, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— La réorganisation du service des aliénés va recevoir, en 1867, un commencement d'exécution. Le bureau d'examen et de répartition des malades, ainsi que l'asile Sainte-Anne, sont terminés et ouvriront le 1er janvier.

L'achèvement de l'asile de Ville-Evrard est prochain. Les travaux de l'asile de Vaucluse, bien que retardés par les difficultés imprévues que la nature du terrain a suscitées, seront néanmoins terminés avant la fin de 1867, et l'ouverture de l'asile pourra avoir lieu au plus tard au commencement de l'année 1868.

On sera alors en mesure, chacun de ces trois asiles comprenant 600 places, d'y recevoir 1,800 aliénés.

— La Société médico-pratique de Paris vient d'arrêter la composition de son bureau pour 1867 de la manière suivante:

MM. Aug. Mercier, président; Trèves, vice-président; Perrin, secrétaire-général; Donadieu et Picard, secrétaires annuels; Boucard, archiviste; Ameuille, trésorier.

Référendaires: MM. Trèves et Labarraque.

— M. le docteur Mandl commencera son cours public sur les maladies chroniques du larynx et des poumons, aujourd'hui jeudi, 13 décembre, à sept heures et demie du soir, à l'amphithéâtre n° 4 de l'École pratique, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Des conférences cliniques auront lieu les jeudis, à son nouveau dispensaire, 12, rue Git-le-Cœur (près la rue Saint-André-des-Arts).

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 146. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1866. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cancer et mélanome des vertèbres.

Les affections cancéreuses des vertèbres sont loin d'être rares. Depuis longtemps M. Cazalis a signalé leur fréquente coïncidence avec les cancers de tout autre organe, du sein, par exemple.

Quand donc on voit un cancéreux être pris de douleurs en ceinture ou devenir paraplégique, quand surtout il se fait quelque gibbosité le long de la colonne vertébrale, on est autorisé à croire que ces phénomènes tiennent à un cancer des vertèbres : quelquefois même il est probable que le cancer a commencé par là, avant de paraître dans d'autres organes.

C'est ainsi que M. Raynaud, dans une de ses leçons cliniques, a diagnostiqué un cancer probable des vertèbres, chez une femme atteinte d'un cancer atrophique du sein, et qui, après avoir longtemps souffert de douleurs dorsales, était devenue tout à coup gibbeuse et paraplégique à la suite d'un effort violent pour soulever un objet lourd.

S'il n'est pas sûr qu'il faille considérer les affections mélaniques comme des cancers, du moins est-il maintenant hors de doute que les mélanomes généralisés peuvent aussi envahir les os en général et particulièrement les vertèbres, car tel était le cas chez les deux malades dont M. le docteur Benjamin Anger a fait l'autopsie attentive, et dont il a rapporté l'histoire dans un travail récent sur ce sujet.

Dans le premier cas, une caverne mélanique, creusée dans l'épaisseur des vertèbres, communiquait avec une caverne pulmonaire de même nature.

Dans le deuxième, des cavernes et des infiltrations mélaniques, tant dans les vertèbres que dans les autres parties du squelette, coïncidaient avec de très-nombreuses tumeurs également mélaniques, situées les unes sous l'épiderme, d'autres dans le tissu cellulaire, d'autres enfin dans les divers organes. Nous ne pouvons, faute d'espace, reproduire ici ces deux observations, pas même les deux autopsies; en voici seulement de courts extraits :

OBS. I. — *Vertèbres.* — L'excavation creusée dans la substance des vertèbres était limitée, dans toute son étendue, par des parois osseuses, sauf dans un petit espace autour de son orifice, où elles étaient complétées par un tissu fibreux et ligamenteux, et en arrière, où l'on apercevait, dans une très-petite étendue, la dure-mère rachidienne.

Le corps de la quatrième vertèbre dorsale avait disparu presque en entier ; il n'en restait que quelques fragments faiblement adhérents aux vertèbres voisines. Les parties inférieure de la troisième vertèbre dorsale et supérieure de la cinquième étaient assez profondément excavées, et offraient chacune une surface anfractueuse faisant partie de la caverne. Dans leur intervalle, deux disques intervertébraux avaient subi une profonde altération. Ils étaient amincis, d'une couleur gris obscur, et n'offraient plus aucune trace d'organisation ; quand on essayait de les saisir, ils s'en allaient en lamelles parallèles.

L'orifice de communication avec la caverne pulmonaire, situé à la partie médiane de la colonne, avait un centimètre d'étendue ; son rebord était fermé entièrement par les tissus fibreux et ligamenteux épaissis et adhérents, dans une certaine étendue, aux deux feuillets de la plèvre.

A droite de cet orifice, descendait l'œsophage ; à gauche, l'aorte. Ils n'étaient le siége d'aucune lésion.

L'œsophage obstruait légèrement l'orifice auquel il adhérait dans sa partie gauche. Les corps vertébraux étaient entourés d'un tissu fibreux épaissi et induré. Cette sorte de gaîne, en partie de nouvelle formation, n'était nullement adhérente aux vertèbres altérées. Entre elle et les disques osseux suintait un liquide séro-purulent et d'une teinte noirâtre.

Le tissu osseux qui entourait la caverne n'était pas exempt d'altérations ; il présentait une teinte noir charbon, dans une étendue d'un centimètre. Les lamelles qui composent le tissu spongieux sont hypertrophiées, et les cellules qu'elles circonscrivent sensiblement rétrécies. Le tissu, ainsi modifié, ressemble beaucoup au tissu compacte par ses propriétés physiques, et surtout par sa blancheur et sa densité. Cet état de l'os, difficile à constater à un premier examen, a été de toute évidence après la macération. D'ailleurs, les lamelles osseuses paraissent coupées perpendiculairement, absolument comme les fibres ligneuses rongées par les vers. Cette portion du tissu ayant subi l'hypertrophie, comprenait une zone de 3 millimètres d'épaisseur. Le tissu hypertrophié se fondait, du reste, sans limite tranchée, avec le tissu normal.

Une deuxième caverne était située sur la partie latérale du corps de la cinquième vertèbre dorsale; on ne pouvait l'apercevoir qu'en arrachant les fibres ligamenteuses entourant les disques vertébraux, elle contenait une masse semi-fluide, sorte de gelée noirâtre, mal liée, s'enlevant sous un filet d'eau. Qu'était devenu le tissu osseux qui remplissait cette excavation ? Il n'avait pas disparu en entier. Au centre de la caverne, il n'y en avait plus de trace, mais, sur les bords, on voyait encore des aiguilles osseuses considérablement amincies et évidemment en voie de résorption. Ainsi, raréfaction du tissu dans toute la partie infiltrée ; autour de cette partie raréfiée existait une zone dans laquelle le tissu avait, au contraire, subi une condensation évidente.

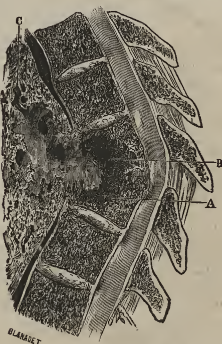


FIG. 1. — Caverne vertébrale mélanique communiquant avec une caverne mélanique du poumon. (Observation I.)
Coupe sur la ligne médiane des vertèbres dorsales.
A, Paroi de la caverne osseuse infiltrée de mélanose.
B, Intérieur de la caverne mélanique du poumon.
C, Bronche s'ouvrant dans la caverne.

Des végétations osseuses s'élevaient de différents points des vertèbres, ostéophytes de nature évidemment inflammatoire.

OBS. II. — Tous les corps des vertèbres sont imprégnés d'une matière noire dont il nous est impossible d'apprécier la consistance. Cette matière noire imprègne quelquefois un corps de vertèbre tout entier, mais le plus souvent, nous trouvons sur chaque vertèbre deux ou trois noyaux circulaires grands comme des centimes ; on s'assure aisément que ces noyaux qui paraissent circulaires à la coupe sont sphériques.



FIG. 3. — Coupe du corps du fémur et de l'extrémité supérieure du même os (Observation II.)
A, A, A, Masses mélaniques en forme de globules circulaires dans l'épaisseur du tissu spongieux, dans le canal médullaire et dans l'épaisseur même du tissu compacte.

Dans les parties infiltrées, le tissu spongieux est moins résistant; les lamelles se laissent plus facilement briser sous le scalpel qui les pénètre sans difficulté.

Caverne dans l'axis. — Le corps de l'axis et la base de l'apophyse odontoïde sont occupés par une caverne du volume d'une petite noix; cette caverne contient une sorte de masse noire, gélatineuse, s'en allant en lambeaux quand on essaye de la soulever avec les pinces. Je la fais aisément disparaître sous un courant d'eau. La caverne apparaît alors avec ses parois anfractueuses d'une teinte obscure. A un examen attentif, on reconnaît aisément qu'elle résulte de la fusion de trois autres cavernes sphériques : trois noyaux ramollis s'étaient réunis dans un espace commun.

Les parois de la caverne nous offrent encore un exemple de condensation du tissu osseux ou d'hypertrophie interstitielle, comme on voudra l'appeler.

Nous coupons longitudinalement les os : dans les extrémités spongieuses (fig. 3), foule de noyaux en tout semblables à ceux trouvés dans les vertèbres. Ils sont sphériques, et dans leur étendue le tissu spongieux est raréfié à divers degrés.

Dans le corps des os longs, une multitude de tumeurs, comme de grosses pilules noirâtres, tantôt se touchant par plusieurs de leurs points et agglomérées, tantôt isolées et dispersées. Le canal central des humérus en était littéralement rempli. Les fémurs en contenaient également, mais en moindre quantité ; de même les tibias. Nous avons recueilli une certaine quantité de ce magma rougeâtre, l'acide nitrique l'a converti en une substance jaunâtre comme les autres produits organiques.

Les mélanomes sont loin d'être communs, car M. Benjamin Anger et M. Worthington n'ont pu en rassembler que six observations, dont les deux premières seules sont personnelles et vraiment complètes.

Si donc nous avons dit quelques mots des lésions osseuses qui ont été trouvées dans ces deux cas, c'est parce que les mélanomes ont été rapprochés des affections cancéreuses qui, nous le répétons, attaquent très-souvent les vertèbres.

Ovariotomies.

Les deux opérations d'ovariotomie dont nous avons parlé samedi dernier, semblent avoir pleinement réussi l'une et l'autre, bien que les malades aient été mises dans des conditions différentes.

M. Gosselin avait rapproché de suite les lèvres de la plaie, et la cicatrisation s'est faite sans que l'on ait eu à noter d'autre accident que les quelques vomissements qui ont eu lieu vers la fin de la première semaine. Avant-hier, quinzième jour, cette femme allait bien.

M. Maisonneuve, comme nous l'avons dit, avait laissé le ventre ouvert sur une longueur de plusieurs centimètres ; il a pansé cette large plaie comme une autre, d'abord avec de l'acide phénique, puis avec du vin aromatique. Vers le douzième jour un morceau de tissu cellulaire sphacélé s'est détaché ; du reste, la plaie a toujours gardé le meilleur aspect, et aujourd'hui, quinzième jour, on constate non seulement que l'état local est satisfaisant, mais que l'état général est meilleur qu'avant l'opération. Les digestions se font mieux, l'appétit est plus vif : la malade prend en général chaque jour deux côtelettes et quatre potages.

Maintenant on parle d'une troisième opération d'ovariotomie, qui serait faite également par M. Maisonneuve, à l'Hôtel-Dieu, probablement mercredi prochain.

Choléra. — Gangrène consécutive.

La *Gazette des hôpitaux* aime à attirer l'attention sur les faits mal déterminés. Souvent il suffit de les signaler pour faire publier des faits analogues ; et, comme nous l'avons dit récemment dans un de nos premiers Paris, pour les faire rentrer désormais dans le cadre scientifique, en les déterminant.

Ainsi nous avons provoqué sur la gangrène cholérique une étude qui, sans doute, ne sera pas sans fruit, comme on peut le voir par la lettre suivante qui nous a été adressée par M. le professeur Laugier.

« On s'occupe beaucoup depuis quelques semaines de la gangrène diabétique ; le temps est venu de s'occuper aussi de la gangrène cholérique. Un fait de sphacèle du pied, tiré de mon service à l'Hôtel-Dieu, et qui a pu être rapporté au cho-

léra, attendu que le malade qui en a été le sujet avait eu, immédiatement avant la gangrène de son pied, une attaque de choléra, a été publié dans la *Gazette des hôpitaux*, et aussitôt cette publication a déjà été l'objet de deux lettres intéressantes de confrères éminents de la province, qui prouvent que le doute ne pouvait continuer sur la relation à établir entre le choléra et la gangrène spontanée des extrémités. M. le docteur Joffray (d'Ambérieu) m'a fait connaître un cas de sphacèle de la partie antérieure des deux pieds chez un Arabe cholérique, qui a survécu au choléra et à la gangrène après avoir perdu successivement tous les métatarsiens. J'ai adressé sa lettre à la *Gazette des hôpitaux*; elle a été publiée. Aujourd'hui c'est M. le docteur Lamare (d'Honfleur), qui me communique une observation tout aussi concluante de sphacèle du pied gauche survenu après une attaque de choléra. La mort du malade a permis de constater l'oblitération des artères pédieuse et tibiale antérieure, au quart inférieur, par un caillot sanguin mêlé à de la sérosité altérée.

Voici du reste l'observation de M. le docteur Lamare :

« G..., âgé de quarante-neuf ans, terrassier, pris du choléra le 7 septembre dernier, est entré à l'hôpital le lendemain. Alors je constate les symptômes de la période algide : le 9 et le 10 se passent sans amélioration très-manifeste, et les retours de réaction cessent dès que l'on diminue l'emploi de l'urtication et les excitants spéciaux, pas de sinapismes aux jambes. Le 11, amélioration ; le 12, la convalescence s'établit franchement, et le 13, je crois ce malade guéri ; mais dans la journée il commence à se plaindre d'une douleur sourde, profonde vers la plante du pied gauche et les orteils. Le 14, à la visite, je trouve ce pied plus froid, moins sensible et un peu violacé. Les lotions chlorurées et alcooliques n'arrêtent pas les progrès du mal. Le 15, la forme gangréneuse se dessine davantage, et est très-complète le 16.

« En même temps apparaissent des symptômes généraux d'infection : frissons, agitation, subdélirium passager, hoquets, soubresauts des tendons, et qui augmentent pendant les journées des 17, 18 et 19 septembre. Dans la nuit suivante, le malade meurt. La peau des orteils n'était pas partout détachée, et il n'y avait pas encore élimination des tissus sphacélés. L'examen du pied et de la jambe fait reconnaître l'oblitération des artères pédieuse et tibiale antérieure au quart inférieur par un caillot sanguin mêlé de sérosité altérée. »

Voilà donc successivement trois cas de sphacèle après le choléra. Il y a lieu de s'étonner que les épidémies précédentes n'aient pas fourni d'observations analogues, ou qu'elles n'aient pas été publiées.

M. Lamare ajoute une remarque très-curieuse et qui pourrait donner la clef de la cause du sphacèle. Huit jours avant l'observation recueillie sur G..., il avait essayé de pratiquer une saignée du bras sur un cholérique ; deux ou trois cuillerées de sang avaient été obtenues à grand'peine ; elles contenaient des parcelles de fibrine coagulée, blanches, très-reconnaissables ; l'une d'elles avait plus d'un demi-centimètre de longueur.

N'est-il pas facile de comprendre par là qu'un pareil obstacle mécanique pourrait, avec l'abaissement de température du sang, déterminer l'effet redoutable de la trombose artérielle.

Vous serez frappé comme moi, monsieur le rédacteur, de l'intéressante communication de M. le docteur Lamare, et vous ne serez sans doute pas éloigné d'attribuer la gangrène des extrémités à la suite du choléra, à cette décomposition spontanée du sang, qui en isolerait la fibrine et la transformerait en corps étrangers charriés avec ce liquide, et capables d'oblitérer les artères d'un petit calibre. Cependant il est bon de faire quelques réserves sur cette apparence d'accroissement de la fibrine ; jusqu'ici on avait admis que la fibrine devient moins abondante sous l'influence du choléra ; de plus, sa séparation spontanée n'a point été indiquée, seulement sa température, moins élevée de quatre ou cinq degrés Réaumur qu'à la suite d'autres maladies, semble devoir favoriser sa coagulation en masse, qui expliquerait l'oblitération des vaisseaux ; circonstance suffisante à la production de la gangrène des extrémités. »

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DES POLYPES DE L'OREILLE

au moyen de l'Écraseur,

par le docteur Garrigou-Désarènes.

Lorsqu'on lit dans les différents auteurs français, qui se sont occupés spécialement des lésions de l'ouïe depuis Itard, ce qui se rapporte aux polypes de l'oreille, on voit une longue discussion assez stérile, engagée au sujet de savoir si la suppuration qui accompagne toujours ces productions a précédé ou suivi le développement de ces dernières : mais à côté de cela on passe rapidement sur le mode opératoire, et à peine s'il est dit quelques mots des suites de l'arrachement, moyen que semblent préférer tous ces auteurs.

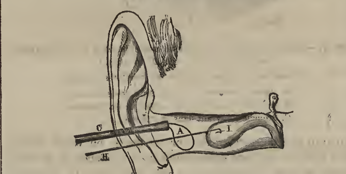
En effet, l'arrachement paraît si simple, si facile, sans même se servir de mon otoscope, si le polype est assez développé ou implanté près de l'orifice externe de l'oreille, on l'aperçoit avec la lumière diffuse du soleil ou le moindre réflecteur, on le saisit avec la première pince à pansement venue, on tourne, on tire et l'on a, la plupart du temps, un fragment du polype. Je trouve que c'est là encore une des heureuses terminaisons de l'opération pratiquée ainsi.

Dernièrement j'avais, suivant mes leçons à mon dispensaire, un médecin vénitien très-distingué, arrivant d'Allemagne, où il avait été témoin d'un cas de mort survenu à la suite de l'arrachement d'un polype de l'oreille ; j'ai malheureusement ouï dire que des cas de se genre s'étaient plusieurs fois présentés.

On comprend trop bien combien l'arrachement peut offrir de dangers quand le polype à opérer est implanté sur le tympan ou bien est un prolongement d'un fongus de la dure-mère ; alors dans la traction l'on arrache le tympan et quelques-uns des osselets, ou bien l'on déchire une tumeur fongueuse qui peut donner lieu à une hémorrhagie très-grave. On peut ne pas bannir ce procédé opératoire, quand toutefois on est bien certain de la nature du polype et du siége exact sur un endroit qui ne peut être lésé dans les tractions. Pour mon compte, dès que je suis appelé pour un polype assez volumineux pour ne pouvoir être détruit sans trop de souffrance, et sans danger par les caustiques, je donne toujours, sur tous les procédés opératoires, la préférence à l'écraseur linéaire, à l'aide de mon écraseur avec lequel je procède sans traction violente, et qui me met à l'abri de toute déchirure du tympan et d'une hémorrhagie sérieuse.

Voici comment je procède :

1° Je reconnais la nature du polype, et je cherche son point d'implantation avec mon petit spéculum auris et mon otoscope auquel, dans ces derniers temps, j'ai ajouté latéralement une lentille biconvexe qui grossit du double les objets éclairés. Si le polype bouche complétement le conduit auditif et empêche la lumière de pénétrer, je sonde légèrement avec un stylet boutonné, et je reconnais l'endroit d'implantation, la forme et le volume du pédicule. Une fois bien renseigné à cet égard, je fais pénétrer dans le tube C de mon écraseur un fil de fer de la grosseur d'un demi-millimètre, ployé en deux, et je laisse une anse capable de passer par-dessus le polype, puis je courbe cette anse en formant avec le tube C un angle droit ou presque droit. Cela fait, j'introduis mon fil et le tube qui le porte dans le corps de l'écraseur D et je fixe le crochet F par deux tours en sens inverse pour chaque fil. L'instrument ainsi disposé, je saisis le polype avec une longue érigne H, que je tiens d'une main pendant que l'autre main conduit l'écraseur dont l'anse de fil A est passé autour de l'érigne, jusque sur la base du polype I; alors je fais tenir l'érigne par un aide, puis je saisis le volant F, et je procède lentement à la section en tournant le volant sans exercer aucune traction avec l'écraseur. L'opération, une fois le polype saisi, dure de 20 à 30 secondes. On est averti que le polype est coupé quand le volant tourne sans aucune difficulté. Après avoir ramené le polype coupé, qui reste souvent légèrement retenu sur le tube C, je lave le conduit auditif avec de l'eau tiède, puis je me livre



à une exploration bien exacte à l'aide de la lumière de l'otoscope. (*Gaz. des Hôpitaux*, 2 déc. 1865).

Si la tumeur reposait sur le tympan, je touche la racine du pédicule avec un léger caustique au sulfate de cuivre. Si elle prenait naissance dans l'intérieur de la caisse, je passe par l'ouverture faite à la membrane tympanique un petit stylet chargé d'une goutte de nitrate d'argent solide et je viens toucher les restes toujours très-minimes du polype. En procédant ainsi pour ces cautérisations tous les deux jours, pendant un temps qui peut varier de quelques jours à un mois, j'achève de détruire la racine du polype, et je termine la suppuration, en ménageant le plus possible la membrane tympanique ou ce qu'il en reste quand la tumeur ayant pris naissance dans la caisse s'est épanouie dans le conduit auditif, après avoir traversé cette membrane.

J'ai eu l'occasion d'opérer neuf polypes cette année avec mon écraseur.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des indications du bromure de potassium.

Diverses tentatives ont été faites en Angleterre et en France pour bien préciser les indications du bromure de potassium dans les affections du système nerveux, et notamment dans l'épilepsie. M. le docteur Auguste Voisin vient de publier, dans l'un des derniers numéros du *Bulletin de thérapeutique*, un intéressant mémoire sur ce sujet. Voici quelles seraient, d'après ses recherches, les indications de l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie.

En premier lieu, le bromure de potassium semble complétement inutile dans l'épilepsie liée à des lésions cérébrales, congénitales ou acquises.

L'utilité de ce médicament est au contraire indubitable dans les cas les plus ordinaires où l'épilepsie est idiopathique et est une pure névrose. Il est bon, évidemment, que la maladie ne soit pas trop âgée, sans quoi le cervelet présente des lésions diverses et la moelle allongée est le siége de vascularisations, de dilatations vasculaires, d'œdème du quatrième ventricule, de dégénérescence granuleuse et de scléro-péri-olivaire, qui sont une cause secondaire du retour d'accès ; mais dans les cas où l'affection est récente et ne date pas de plus de quatre à cinq ans, semble avoir une influence efficace, dans les catégories suivantes en particulier :

1° Dans l'épilepsie, dont la cause prédisposante est une grande impressionnabilité, une exaltation de la sensibilité, et ce que l'on appelle un tempérament nerveux, conditions dans lesquelles le plus léger motif suffit quelquefois pour faire éclater l'épilepsie.

2° Dans l'épilepsie produite par des émotions vives, des impressions pénibles, la peur, l'onanisme et les excès vénériens chez des individus non prédisposés à la maladie.

3° Dans l'épilepsie héréditaire, de nature purement névrosique, soit qu'elle se lie chez les ascendants à l'épilepsie ou à d'autres névroses surtout convulsives, telles que l'hystérie, la chorée. Il n'est pas nécessaire, en effet, que les ascendants aient été épileptiques, il suffit qu'ils aient eu une névrose de l'ordre convulsif, ou même quelquefois une névrose non convulsive. Né avec une prédisposition héréditaire, l'individu devient, sous l'influence de certaines conditions, épileptique, aussi bien qu'il serait devenu choréique et même hystérique.

C'est dans ces trois catégories, où l'épilepsie résulte le plus souvent de l'excitation en excès de la force excito-motrice de la moelle, que le bromure de potassium peut être efficace. L'atténuation de cette force excito-motrice paraît être un des meilleurs résultats de cet agent thérapeutique.

Il en résulte que l'une des principales indications thérapeutiques du bromure de potassium est l'exaltation de la force excito-motrice de la moelle, c'est-à-dire l'existence de secousses, de soubresauts et de mouvements brusques, diurnes ou nocturnes, partiels ou généraux ; le but du médecin, qui doit tendre dans cette cruelle maladie à affaiblir cette propriété médullaire, se trouve ainsi en rapport avec l'un des effets du bromure ; le médicament supprime ces secousses, qui, chez quelques malades, rendent la vie insupportable par leur fréquence, interrompent le sommeil, l'agitent et causent au réveil de la fatigue et de la courbature. Cet agent thérapeutique donne aussi un calme et une tranquillité sur lesquels l'épileptique insiste et attire fortement l'attention. Il jouit dès lors d'un sommeil réparateur auquel il n'était pas habitué.

Saccharolé alimentaire dit phosphate de blé.

On donne ce nom, en Angleterre, à une préparation très-simple et très en vogue, qui sert à nourrir les jeunes enfants délicats, malades, etc. Voici en quoi elle consiste :

Faites une décoction de son ; passez ; ajoutez du sucre ; évaporez à siccité et pulvérisez. Dose de trois à quatre cuillerées à café par jour.

Ce saccharolé est employé avec beaucoup de succès dans toutes les maladies de l'enfance.

Il n'est pas étonnant que cette préparation soit plus efficace que celles qui contiennent des phosphates artificiels. Le milieu du grain est constitué par l'amidon presque pur, c'est près de l'enveloppe corticale que se trouvent la majorité des sels, et en particulier les phosphates engagés dans des combinaisons organiques naturelles qui doivent se trouver réellement alimentaires. (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 septembre 1866.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 5 décembre 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Jarjavay, membre honoraire, fait hommage à la Société de l'*Éloge de Malgaigne*, qu'il a prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine, le 3 novembre 1866.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Sistach, une observation d'*Abcès du foie*, opéré et guéri par la ponction suivie d'injections iodées. (Renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Sistach.)

— M. Dolbeau s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Le Fort présente, au nom de M. Lejal, candidat au titre de membre correspondant, trois observations et une pièce d'anatomie pathologique. (Renvoyé à M. Le Fort, rapporteur.)

— M. Trélat présente, de la part de M. Delore, candidat au titre de correspondant, une thèse d'un de ses élèves, et trois *Observations relatives à un procédé d'opération de fistule lacrymale* ; une *Observation de ténorrhaphie*. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen des travaux de M. Delore.)

A propos du procès-verbal :

Suture des os.

M. DEMARQUAY. Je répondrai aux critiques faites par M. Marjolin, à propos de mon observation, qu'il s'agissait d'une fracture ancienne et que la mobilité et l'écartement des fragments étaient tels, qu'une coaptation complète était impossible à obtenir par la position et les appareils. C'est ce qui me donna l'idée de suturer les os, et je m'y suis décidé après avoir lu plusieurs observations où cette pratique fut suivie sans le moindre inconvénient.

A propos de la correspondance :

Fractures condyliennes du fémur.

M. TRÉLAT. Je désire faire remarquer que la pièce anatomique

que nous présente M. Le Fort, au nom de M. Lejal, offre une disposition rarement rencontrée dans les fractures condyliennes du fémur.

Lorsque j'ai étudié ce sujet, j'avais toujours trouvé les condyles séparés par une ligne verticale. Ici, bien que la fracture soit incomplète, la ligne qui les sépare est transversale. C'est le troisième cas observé. M. Houel a recueilli pour le musée Dupuytren une pièce venant du service de M. Jobert (de Lamballe), et M. Fontan vous en a présenté un exemple.

RAPPORTS.

Ablation des dents sans douleur à l'aide de l'électricité.

M. DESPRÉS fait un rapport sur un travail intitulé : *De l'ablation des dents sans douleur par l'électricité*, par M. le docteur Labat, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

M. Labat, dit le rapporteur, est d'avis que l'anesthésie électrique ne peut avoir d'effet sérieux que quand le courant électrique passe seulement au moment de la luxation de la dent.

Le chirurgien a fait construire en conséquence des instruments qui permissent de bien saisir la dent, sans que le courant passât en dehors au moment de la luxation de la dent.

Les instruments sont un davier muni d'un bouton à ressort, une clef de Garengeot munie d'une bascule propre à faire serrer le crochet en même temps qu'elle établit le passage du courant électrique. Nous signalons à la Société l'habileté de la conception et de l'exécution de ces instruments.

La théorie de l'Américain Hairis, sur l'anesthésie électrique appliquée à l'avulsion des dents, ne nous paraît pas justifiée ; nous croyons qu'il y a simplement substitution d'une douleur à une autre, un mélange d'impressions pénibles et brusques. M. Labat a ingénieusement modifié un procédé connu déjà à Paris et expérimenté par Robert. Mais nous n'avons pas de preuves concluantes à l'appui de l'efficacité de l'anesthésie électrique.

M. Desprès propose le dépôt du mémoire aux archives et l'inscription de M. Labat sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Les conclusions sont adoptées.

Fistule bronchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans. Opération. — Guérison.

M. DESPRÉS fait un rapport sur cette observation, envoyée par M. Sarrazin, agrégé à la Faculté de Strasbourg.

M. Sarrazin a eu recours ici à un procédé radical : l'ablation de la fistule. Il demande à la Société si cette opération est justifiée.

Nous avons peu de documents pour juger la question; nous avons entendu, l'année dernière, M. Serres (d'Alais), nous parler d'une fistule complète du cou congénitale, traitée et guérie par les injections iodées. Nous savons que des fistules accidentelles ont été traitées par l'ablation.

On peut donc répondre en principe que les injections iodées sont autorisées dans les fistules complètes et dans les fistules borgnes externes; mais que si elles ne réussissent pas, l'ablation est une opération acceptable au moins pour les fistules borgnes externes.

M. Després conclut en demandant la publication de l'observation dans le bulletin, des remercîments pour l'auteur, et l'inscription de son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions sont adoptées.

Voici cette observation :

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter aura peut-être la bonne fortune d'éveiller un moment votre attention à cause de l'intérêt qui s'attache à toute malformation remontant au début du développement embryonnaire. Il s'agit d'une fistule bronchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans. Cette enfant, bien développée pour son âge, n'a présenté depuis sa naissance aucune affection digne de remarque, si ce n'est peut-être en hiver, des rhumes assez fréquents accompagnés de leur cortége habituel. Le sommet de la poitrine me semble un peu plus bombé qu'à l'état normal; la sonbrité est très-marquée sous les clavicules; l'auscultation ne révèle aucun signe important.

La mère de la petite A... est morte en mettant au monde une seconde fille qui n'a pas vécu.

Au dire de la tante, qui me présente l'enfant, aucun autre exemple de vice de conformation n'a existé dans la famille.

La lésion est congénitale; on a espéré longtemps qu'elle disparaîtrait par les progrès de l'âge; on n'hésite plus aujourd'hui à soumettre l'enfant, s'il y a lieu, à une opération qui doit la débarrasser de cette infirmité fâcheuse, surtout pour une jeune fille.

Je trouve, à droite de la ligne médiane, un orifice fistuleux situé à un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, au bord interne du sterno-mastoïdien. Il est supporté par un mamelon charnu et admet avec peine une bougie de 3 millimètres de diamètre.

La muqueuse qui double le conduit est rouge et sensible; par le cathétérisme, on provoque une petite toux sèche, très-supportable. Le trajet monte obliquement en suivant la direction du sterno-mastoïdien, et se termine en cul-de-sac, à 2 centimètres 1/2 environ au-dessus de l'orifice cutané; il sécrète assez abondamment un liquide muqueux, transparent, incolore.

Au courant des travaux publiés sur les fistules congénitales du cou, il me fut facile de reconnaître là une fistule bronchiale due à l'oblitération incomplète d'une des dernières fentes bronchiales. M'étant bien assuré par le cathétérisme et par des injections que la fistule était borgne, je résolus d'en entreprendre l'oblitération.

J'avais le choix des méthodes, car je crois être le premier qui ait sinon entrepris, du moins mené à bonne fin cette opération. L'incision simple ne pouvait être qu'insuffisante, car le trajet fistuleux est doublé d'une muqueuse qui semble parfaitement organisée. La cautérisation destructive promettait plus de succès, mais je courais la chance de ne pas tout détruire ou d'aller trop loin; la cicatrisation se serait fait attendre et la cicatrice pouvait être rétractile et difforme. Je préférai l'excision; elle me permettait, du reste, de conserver le cul-de-sac fistuleux presque dans son intégrité, et je me promettais d'en étudier la muqueuse.

La petite malade étant chloroformée, nous introduisîmes un bout de bougie emplastique, taillé d'avance d'une longueur convenable, jusqu'au fond de la fistule. Circonscrivant alors de très-près le mamelon charnu et prolongeant notre incision en haut d'environ 1 centimètre, il nous fut assez facile d'énucléer en quelque sorte, par la dissection, le trajet fistuleux et le bout de sonde qui le distendait, saisis tous deux par une pince à dents de souris. Des adhérences fibroïdes, assez serrées, fixaient les tissus que j'enlevais aux parties voisines, et j'eus lieu de me féliciter de la précaution que j'avais prise de distendre la fistule au moyen d'un corps résistant qui me servait en quelque sorte de conducteur. Il y eut au début un écoulement de sang assez abondant, eu égard aux dimensions de la plaie; il s'arrêta spontanément au bout de quelques minutes. Les suites de cette opération furent des plus simples : la réunion immédiate fut obtenue par la suture entortillée et l'immobilisation de la tête. Aujourd'hui la cicatrice est linéaire, un peu déprimée il est vrai, et longue d'environ 1 centimètre.

Je désirerais soumettre au jugement de la Société de chirurgie les questions suivantes : Faut-il opérer les fistules bronchiales? S'il est permis d'opérer les fistules borgnes, ne faut-il pas s'abstenir, dans le cas où la fistule étant complète, présente un orifice interne à la partie inférieure de la paroi latérale du pharynx? N'y aurait-il pas à craindre, dans le cas où on réussirait à fermer l'orifice externe, de transformer la fistule complète en fistule borgne interne que distendraient en cul-de-sac les sécrétions muqueuses et salivaire et peut-être même des substances alimentaires liquéfiées? Dans le cas où on opère une fistule borgne externe, le procédé que j'ai suivi mérite-t-il l'approbation de la Société?

Gangrènes diabétiques.

— M. VERNEUIL communique une observation sur ce sujet, adressée par M. Lizé, du Mans, membre correspondant.

M. O..., âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution éminemment replète et sanguine, ayant fait de grands excès de boisson, était atteint, en 1862 et 1863, d'ulcérations aux jambes, qui avaient résisté à toutes sortes de moyens externes. Pas de varices pour expliquer ces lésions.

Comme M. O... buvait huit ou dix litres de liquide par jour, je fis analyser ses urines qui contenaient environ 32 grammes de sucre par 1,000 grammes.

Un traitement alcalin suffisamment prolongé et un régime approprié purent amener un tel changement chez ce malade, que les ulcérations si rebelles des jambes guérirent d'elles-mêmes.

Le 21 août dernier, M. O... est obligé de s'aliter à cause de douleurs atroces à la plante du pied droit, principalement au niveau du deuxième orteil. A la base de cet orteil, et vers la face palmaire, existe un point noir laissant suinter une sanie roussâtre. La plante du pied et sa face dorsale, le mollet correspondant jusqu'au jarret, ne peuvent supporter la moindre pression sans donner lieu à des douleurs atroces. L'analyse des urines faite par M. Guettier, excellent pharmacien de l'École de Paris, fournit environ 40 grammes de glycose par litre.

Les jours suivants toute la face palmaire de l'orteil se noircit davantage et les parties molles sont tout à fait sphacelées; traitement interne par les alcalins, régime approprié. Poudre de quinquina arrosée d'alcool camphré.

Le 2 septembre, redoublement des douleurs spontanées qui sont atroces; énorme abcès gangréneux à la plante du pied et aspect noirâtre des tissus suivant le trajet du deuxième métatarsien jusqu'au niveau du talon. Gangrène du quatrième orteil. Nouvel abcès au niveau de la malléole interne; incision avec le bistouri. Décollement de la peau dans le voisinage de cette région; hémorrhagies successives réprimées par des applications de perchlorure de fer; continuation du traitement alcalin et des pains de gluten.

Phénomènes de résorption purulente.

Mort le 10 octobre dernier.

Nota. — Il est manifeste ici que les ulcérations des jambes, et plus tard la gangrène du pied droit étaient une conséquence du diabète. En effet, le traitement alcalin et un régime convenable avaient d'abord suffi pour guérir les ulcères des jambes; malheureusement les mêmes moyens avaient échoué contre la gangrène du pied droit; malgré cet insuccès, je n'ai jamais songé à amputer la jambe, persuadé que ce n'était pas avec un procédé aussi extrême, qu'il était possible d'atteindre la racine d'un mal qui tenait précisément à l'affection diabétique.

M. VERNEUIL. Je rappellerai les diverses questions que j'ai soulevées à propos de ma communication. Les grandes opérations sont-elles praticables chez les diabétiques? quels sont leurs résultats? L'intervention chirurgicale plus restreinte, les débridements, les incisions, ont-ils des avantages réels, ne présentent-ils pas des inconvénients? Enfin, dans le cas de gangrène étendue d'un membre ou d'une partie d'un membre, les règles adoptées en chirurgie pour les gangrènes spontanées sont-elles de tous points applicables dans le cas de gangrène diabétique?

J'ai incliné, il est vrai, vers l'abstention chirurgicale, mais je n'ai pas voulu établir qu'il faille supprimer les opérations chez les diabétiques. Ce dont nous avons besoin, c'est de mieux connaître l'histoire des opérations pratiquées chez les diabétiques et d'une manière générale chez les diathésiques. Ce qu'il faut réclamer ce sont des faits, bien plutôt que des appréciations quelque autorisées qu'elles puissent être; et malgré les très-précieux renseignements fournis par nos collègues, je crois devoir encore faire appel à l'expérience de chacun.

Pour l'amputation primitive, par exemple, un chirurgien sachant qu'il a affaire à un diabétique, s'est-il trouvé en présence d'un accident qui indiquât le sacrifice d'un membre ou d'une portion de membre? Quel a été le résultat d'amputations pratiquées dans de semblables circonstances?

Nos honorables collègues ne nous ont donné de faits qu'à propos des phlegmons et des anthrax. Ils sont partisans des incisions; ils ont inoisé. M. Trélat se demande même si les malades n'auraient pas couru de plus grands dangers sans l'incision. Il est difficile d'accepter cet argument. Toujours est-il que l'on m'a concédé qu'il fallait être parcimonieux, et que j'ai montré des inconvénients réels dus aux incisions que j'ai pratiquées. Je ne saurais donc changer d'avis à ce sujet.

M. DEMARQUAY. Lorsque M. Marchal s'est occupé des gangrènes des membres chez les diabétiques, il a, ainsi que M. Musset, beaucoup exagéré en pensant que toute gangrène dite sénile, reconnaissait le diabète pour cause. Cependant, le diabète est infiniment plus commun qu'on ne le suppose. Pour peu qu'on le cherche, on est assuré de le rencontrer dans un service de chirurgie.

Pour ma part, je crois que des maladies internes sont aussi gouvernées par l'influence diabétique. Ainsi, j'ai vu souvent des métrites, des cystites chroniques, subitement s'aggraver puis revenir à un état de demi-guérison supportable où elles demeurent. Il s'agissait de sujets diabétiques, et pendant l'exacerbation, la quantité de sucre était exagérée; diminuait-elle, bientôt les symptômes de l'affection vésicale ou utérine s'amendaient.

Comme tout le monde, j'ai vu les diabétiques sujets aux furoncles, aux anthrax, ou plutôt à des phlegmons profonds qui se terminent par gangrène. Dans tous les cas que j'ai observés, je n'ai, en effet, vu que l'apparence de l'anthrax; c'est, en réalité, un phlegmon à marche et à physionomie particulières. Il faut néanmoins débrider et largement débrider. Ces anthrax ne surviennent en effet que chez des diabétiques forts, non encore épuisés. Les gangrènes sont toujours secondaires et succèdent à l'inflammation; elles se montrent d'autant plus facilement que le sujet est épuisé. Mais le rôle primitif de la phlegmasie, dans sa production, est encore pour moi une indication de recourir à l'incision, d'y recourir hâtivement, préventivement.

On peut être sûr qu'il y a diabète lorsque l'on voit une gangrène se montrer à propos d'une inflammation, d'une irritation des tissus. J'étais dernièrement appelé pour enlever un ongle dans un cas d'onyxis. Je fis l'opération et j'employai la glace. Le soir même il y avait un point gangréneux. Je demandai à examiner les urines et je reconnus la présence du sucre. Ce sujet a succombé. Je pourrais aujourd'hui avancer que, dans certaines opérations que j'ai vu autrefois pratiquer par Blandin, il y avait diabète. Ainsi, dans un cas où la jambe fut coupée pour une gangrène molle du dos du pied, et dans lequel les lambeaux ne tardèrent pas à être frappés de gangrène.

M. LARREY. Je crois devoir rappeler que j'ai accepté l'indication des débridements dans les anthrax, mais sans insister sur ce point de la question. Dans les cas de gangrène spontanée, la délimitation de la gangrène domine toute intervention. Dans les gangrènes traumatiques au contraire, s'il est des cas où l'on peut attendre, ainsi que je l'ai spécifié, il faut se hâter d'amputer si elle s'étend rapidement vers le tronc.

M. TRÉLAT. Il n'y a pas de contradiction entre ce que j'ai dit et ce que pensent MM. Larrey et Legouest. M. Demarquay vient de nous déclarer qu'il incise largement ce qu'il appelle les phlegmons diabétiques. M. Verneuil penche cependant toujours vers l'abstention ou une parcimonieuse intervention; je ne saurais jusqu'à présent reconnaître la valeur des raisons qu'il donne à l'appui de sa manière de voir.

Je ne me suis jamais trouvé, pour ma part, dans le cas d'amputer un diabétique. Mais je crois que, même avant que de semblables faits aient fourni une expérience spéciale, il est facile de tracer une ligne de conduite. Il s'agit, en effet, de savoir si la crainte que l'on doit avoir du diabète prime celle que vous inspirent les accidents qui posent l'indication urgente de l'amputation.

Dans les cas de gangrène spontanée, la conduite du chirurgien est plus définie encore. Il faut, ainsi que le rappelait M. Larrey, attendre leur délimitation. J'ai relu plusieurs observations de gangrènes diabétiques terminées par la guérison. Rien de moins régulier, de plus capricieux que la marche de la gangrène qui frappe et détruit une portion de tissu, une plaque de peau, de muqueuse, un ou plusieurs orteils.

Je dirai à M. Demarquay que, si ses observations démontrent qu'il n'a pas rencontré d'anthrax chez les diabétiques, cette maladie n'existe pas moins chez eux, et qu'il est impossible de récuser les faits signalés par de nombreux et habiles observateurs. D'ailleurs, j'admets, comme lui, qu'il y a de grandes variétés, de grandes différences chez les diabétiques. Avoir du sucre dans les urines, constitue une prédisposition fâcheuse, une possibilité pour certains accidents; mais un grand nombre d'individus vivent en rendant du sucre et n'offrent pas d'accidents spéciaux. Il faut tenir beaucoup plus de compte de la quantité de sucre que de sa présence. Aussi, au point de vue chirurgical, si j'admets que le diabète, comme toutes les maladies générales, aggrave le pronostic des opérations et doive inspirer de la réserve aux chirurgiens, je n'accepterais de contre-indications que dans des cas déterminés, dans ceux, par exemple, où une grande quantité de sucre serait rendue, ou bien dans ceux où l'état général serait mauvais.

M. DEMARQUAY. J'ajouterai à ce que j'ai dit tout à l'heure qu'en présence d'une gangrène spontanée, quelle qu'en soit la cause, l'expectation est pour moi la règle absolue.

Dans le cas de gangrène traumatique, au contraire, je crois devoir amputer. Que l'individu soit diabétique ou non, c'est à l'opération et non plus à la nature que revient le soin de limiter la gangrène.

M. VERNEUIL. Cette discussion nous aura au moins démontré qu'en présence d'une gangrène spontanée, les chirurgiens devront toujours examiner les urines.

Mais il en ressort d'autres enseignements. Ainsi, M. Demarquay aurait-il opéré l'onyxis dont il nous a parlé, s'il eût appris à l'avance que son malade était diabétique. J'ai rapporté dans la dernière séance un cas d'amputation terminé par la mort; je ne me doutais pas que le malade fût diabétique. Si je l'avais soupçonné, je n'aurais pas amputé.

On me dit : c'est la seule chance de salut. Mais il y a bien des cas où le chirurgien refuse une opération possible, parce qu'il en prévoit les mauvais résultats. En l'absence de faits qui me démontrent l'innocuité de l'intervention chirurgicale, je me sens disposé, en présence de ce que je sais de la question, à l'abstention.

Mais il faut aller plus loin, dépasser la question d'indication opératoire; il faut que la chirurgie entre à fond dans l'étude et dans la juste appréciation des états diathésiques. Il faut savoir leur influence sur le résultat de nos opérations, en ne négligeant aucune des données que nous fournit à ce sujet la science contemporaine; nous arriverons à pénétrer bien des mystères et à savoir enfin comment et pourquoi meurent nos blessés et nos opérés.

M. TRÉLAT. Je suis de l'avis de M. Verneuil, mais il faut apporter une grande réserve dans l'interprétation. De ce qu'un individu est diabétique, il ne s'ensuit pas qu'il soit incapable de subir une opération nécessaire, ou de supporter un traumatisme. Il y a certainement une foule de diabétiques auxquels on a fait des opérations, et il y a beaucoup de diabètes bénins. Je crois donc que les faits actuellement connus ne permettent pas d'établir que la présence du sucre dans les urines soit toujours une contre-indication formelle à une opération nécessaire, et que par cela seul puissent être expliqués les accidents qui surviendraient.

M. DEMARQUAY. Il ne faudrait cependant pas oublier que la quan-

tité de sucre rendue ne constitue pas un renseignement d'une valeur absolue. Il peut y avoir très-peu de sucre dans l'urine, et des accidents très-graves. Le contraire peut être observé. Aussi, en présence d'un diabétique, je m'abstiendrai autant que je pourrai. Je viens de refuser de toucher à un ongle incarné, parce que j'ai trouvé du sucre dans l'urine.

M. LEGOUEST. Les avis formulés par nos collègues sont à peu près unanimes. J'ai la satisfaction de constater que je suis avec eux en communauté d'opinions. L'intervention du chirurgien est jugée nécessaire dans les phlegmons, les anthrax, les traumatismes; elle est au contraire inopportune dans les gangrènes spontanées.

Il n'en résulte pas que la question ait marché; nous avons raisonné avec nos connaissances générales, il faut des faits. J'espère qu'ils se produiront, et que l'appel de M. Verneuil ne restera pas inutile.

M. VERNEUIL. La question reste en effet tout entière. Les questions que j'ai posées ont à peine provoqué des faits. Il suffira d'être convaincu que l'on trouvera des diabétiques dans tous les services de chirurgie pour que l'on se mettre à l'œuvre. La question que nous examinons n'est évidemment pas faite, et c'est pour cela que je l'ai posée devant la Société de chirurgie, où déjà tant d'autres questions restent depuis longtemps à l'ordre du jour et se complètent par des communications et des discussions successives.

M. LARREY. Il serait à désirer qu'à l'avenir aucune opération ne fût faite sans que les urines du malade aient été préalablement examinées. Je crois que la présence du sucre dans les urines n'entraîne pas toutes les conséquences que l'on suppose, qu'il y a tendance à une exagération évidente. Mais l'exagération tombera d'elle-même le jour où l'on aura scruté avec soin tous les faits.

M. le président prononce la clôture de la discussion, et adresse des remercîments à M. Verneuil.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Polype fibreux de l'utérus.

M. DESORMEAUX, présente un polype de l'utérus qu'il a enlevé sur une malade entrée le 1er décembre, à l'hôpital Necker.

La malade, âgée de 43 ans, souffrait depuis trois ans de douleurs abdominales, accompagnées parfois de pertes, mais dont elle ne peut préciser le caractère. Il y a deux mois, ces douleurs augmentèrent, et il se présenta à la vulve une tumeur du volume du poing, environ. En examinant la malade on trouvait les grandes lèvres écartées par une tumeur grisâtre, offrant tous les caractères du tissu fibreux gangrené, et qui distendait la vulve, et d'où sortait un écoulement ichoreux, horriblement fétide et souvent accompagné de gaz. En introduisant le doigt sur les côtés de la tumeur, on constate qu'elle présente un pédicule gros environ comme l'extrémité des cinq doigts réunis, et entouré de tous côtés par le col utérin. Le pédicule s'insère dans la cavité du col par une base assez large; il présente une consistance plus considérable que la tumeur extérieure.

L'extirpation de la tumeur fut pratiquée le 4 décembre, par M. Desormeaux, au moyen de l'écraseur linéaire dont la chaîne fut portée jusqu'au lieu d'implantation.

Le polype extirpé offre une longueur de 15 centimètres environ. Sa partie inférieure est grisâtre et composée d'un tissu fibreux mortifié et macéré dans le pus sanieux qui le baignait; la partie supérieure est formée de trois ou quatre tumeurs de la grosseur de gros marrons, dans l'intervalle desquelles on en trouve d'autres plus petites, en grand nombre, qui varient du volume d'une noisette à celui d'un noyau de cerise. Toutes ces tumeurs sont plongées dans une masse de tissu utérin.

Cette multitude de corps fibreux dans un seul polype est déjà un fait insolite; mais ce qui rend le cas plus curieux encore, c'est qu'en plusieurs points, dans l'intervalle des tumeurs, on trouve des épanchements sanguins, dont plusieurs, formés de caillots, sont entourés d'une membrane kystique de nouvelle formation, et rappellent l'aspect des foyers apoplectiques enkystés du cerveau, et de ceux qui se forment dans certaines tumeurs encéphaloïdes.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. DEMARQUAY présente un nouveau porte-caustique pour l'urètbre. Le porte-caustique de M. Demarquay a pour but de permettre de reconnaître le point de l'urèthre où l'on opère.

M. DESORMEAUX. — Je crois que l'on ne peut avoir de renseignements précis sur ce point, qu'avec l'endoscope. C'est du moins la conviction à laquelle je suis arrivé, après avoir plusieurs fois cautérisé l'urèthre.

La séance est levée à cinq beures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une place d'interne est vacante à l'asile d'aliénés de Marseille.

Les pièces à fournir à l'appui de la demande sont :

1° Certificat constatant que le troisième examen de fin d'année *de doctorat* a été passé, et énonçant le nombre d'inscriptions;

2° Extrait de l'acte de naissance;

3° Constatation des services accomplis soit dans les bôpitaux, soit dans des asiles, ou des récompenses obtenues dans le cours des études médicales.

Les émoluments attachés à cette position sont le logement, la nourriture et 800 francs d'appointements par an.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'ophthalmie diphthéritique, par le docteur RAYNAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 116 pages. Prix: 2 fr. 50.— Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Mélanomes, par le docteur ANGER, prosecteur des bôpitaux de Paris, et le docteur WORTHINGTON. In-8° de 46 pages et trois plancbes. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides, professées par le docteur BAZIN, médecin de l'bôpital Saint-Louis, recueillies, rédigées et publiées par le docteur DUBUC, revues par le professeur. Deuxième édition, considérablement augmentée. Un vol. in-8° accompagné de quatre plancbes gravées sur acier et coloriées. Prix : 10 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix ROUBAUD, pour 1867, 19e année. L'édition 1867 de l'Annuaire médical et pharmaceutique de la France, comprend le recueil complet de la législature médicale et pharmaceutique, et celle des établissements de bienfaisance. La nomenclature de toutes les places médicales et pharmaceutiques du gouvernement; la désignation des sociétés de médecine et de pharmacie de la France; le personnel des Facultés, des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. La liste nominative divisée par départements, arrondissements, cantons et commmunes, de tous les Médecins et Pharmaciens de la France et de l'Algérie. La liste par département, des villes de 2,000 âmes et au-dessus, et les cantons qui n'ont ni médecni, ni pharmacien, etc., etc. Un fort volume in-12 de 480 pages. Prix : 4 fr. — M. E. Simonnet, éditeur, 43, rue de la Monnaie, à Paris.

Agenda médical pour 1867, contenant :

1° *Un Formulaire magistral*, par M. CAZENAVE, conforme au nouveau CODEX; 2° *Mémorial thérapeutique du Praticien*, par MM. TROUSSEAU, PAJOT et DIDAY; 3° *Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie*, par le docteur REVEIL; 4° *Résumé pratique des Eaux minérales*, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par le docteur CONSTANTIN JAMES; 5° *Notice sur les Stations hivernales de la France et de l'Étranger*, par le docteur DE VALCOURT.

Plus un Calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes : la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Écoles préparatoires de Médecine de France, les Écoles de Médecine militaire et navale,* avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de Médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 450 p., dont 190 de calendrier et 260 de renseignements utiles.

PRIX:
- Broché........................ 1 fr. 75
- Cartonné à l'anglaise........................ 2 fr. »
- Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille. 3 fr. »

RELIURES DIVERSES

No 1.	Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier			....	3 fr. »
No 2.	—	à patte	—	—	3 fr. 50
No 3.	—	—	—	l'agenda divisé en 5 cahiers........	3 fr. 75
No 4.	—	—	—	en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille....................	4 fr. 50
No 5.	—	—	—	l'agenda divisé en 5 cahiers........	4 fr. 75
No 6.	—	—	—	et petite trousse....................	5 fr. »
No 7.	—	—	—	—	7 fr. »
No 8.	—	—	—	— avec fermoir maillechort	9 fr. »

NOTA.— Ces divers Agendas sont expédiés *franco* dans toute la France et l'Algérie pour le prix qu'ils sont annoncés, mais alors il faut en envoyer le montant en un mandat de poste ou en timbres de 10 et 20 centimes.

Cet Agenda se trouve à la Librairie de P. ASSELIN, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1866.

Sociétés savantes et hôpitaux.

I. Un mémoire très-intéressant sur les intoxications chirurgicales vient d'être lu à l'Académie des sciences par M. Maisonneuve. Nous en donnerons prochainement un extrait.

Dans la même séance, M. le professeur Thiersch, de l'université d'Erlangen, a fait savoir que, par de nombreuses expériences, il avait vainement cherché quelque principe toxique ou contagieux dans les selles récentes des cholériques. Seulement après une décomposition de trois à six jours, dans une température de cinq à neuf degrés Réaumur, il a paru qu'il se développait dans ces déjections un élément morbide inoculable, car les animaux chez lesquels on en introduisait une minime quantité étaient pris d'une maladie qui présentait les symptômes caractéristiques du choléra.

Après une décomposition plus avancée, les mêmes matières n'ont plus produit d'effet semblable.

II. A la Société médicale des hôpitaux, M. Besnier, dans son rapport mensuel sur les maladies régnantes, a constaté la persistance du choléra, tant à Paris qu'en Normandie, et sa recrudescence à Amiens.

Puis M. Bourdon a relaté un nouveau cas de gangrène par suite d'oblitération des artères, chez une malade qui venait d'avoir le choléra.

Ce fait doit être rapproché des trois autres semblables qui ont été publiés déjà par la *Gazette des Hôpitaux*, depuis qu'elle a mis cette question à l'ordre du jour. On vient de nous en signaler encore un cinquième. Ainsi, il n'est plus douteux que l'oblitération des artères et la gangrène doivent être mises au nombre des conséqences possibles du choléra.

Dans le cas observé par M. Bourdon, à l'autopsie, en outre de l'oblitération par embolie des principales artères des membres inférieurs, on a trouvé sur l'endocarde, et principalement sur les valvules du cœur, des lésions qui paraissaient dues à une récente endocardite; chez le malade de M. Laugier il existait une artérite de la péronière. On doit donc se demander jusqu'à quel point le sang et la membrane interne du cœur ou des vaisseaux peuvent être affectés dans le choléra.

Déjà dans ses récentes études microscopiques sur les intestins des cholériques, M. Lionel Beale a trouvé les vaisseaux des villosités et du tissu sous-muqueux, en partie vides de sang, et en partie oblitérés par des caillots rougeâtres d'une nature particulière. Mais il faudra de nouvelles recherches pour élucider entièrement ce point important de pathologie.

La discussion sur le rhumatisme blennorrhagique continue toujours. M. Lorain a expliqué, plus longuement cette fois, ce qu'il comprend par ces mots : *état génital* ; et M. Féréol est venu ajouter de nouvelles hypothèses à toutes celles qui avaient été précédemment émises. Selon lui, la blennorrhagie qui cause des rhumatismes est une affection diathésique, constitutionnelle, virulente, communicable, idiopathique ; mais pour la faire naître de toutes pièces, à la suite du catarrhe local le plus bénin, il suffit qu'il préexiste une prédiposition spéciale individuelle, une aptitude spéciale à la blennorrhagie.

Ainsi ce serait, dans certains cas, une diathèse spontanée ou artificielle pour ainsi dire, mais qui, pour autant, n'en aurait pas moins la nature spécifique et tous les caractères de la blennorrhagie acquise par contagion.

L'heure très-avancée n'a pas permis de donner la parole à M. Raynaud, qui avait à raconter un fait très-curieux de rhumatisme génital. La séance s'est terminée par la présentation de pièces pathologiques dont une surtout était très-rare. Il s'agissait d'un cancer primitif du cœur, coexistant avec un cancer de l'ovaire, chez une femme jeune encore, qui est venue mourir à la Charité, dans le service de M. Bucquoy.

III. La société obstétricale de Londres a été le théâtre d'une discussion très-vive, sur la pratique de la *clitoridectomie*. On sait que M. Baker Brown et plusieurs autres ont préconisé l'excision du clitoris, comme moyen curatif de la manie, de l'hystérie, de l'épilepsie, de la paraplégie, etc., lorsqu'il leur semblait que ces affections étaient causées ou entretenues par de mauvaises habitudes chez les femmes mariées ou non.

Plusieurs médecins ont critiqué cette opération comme inutile, et ont raconté avoir vu des cas où, pratiquée par M. Baker Brown, elle n'avait produit aucun résultat, non-seulement par rapport à l'affection nerveuse qui n'en était en rien modifiée, mais par rapport aux mauvaises habitudes, qui se reproduisaient aussitôt que la cicatrisation était complète.

On a dit même que souvent l'opération avait été faite sur des femmes qui n'avaient pas compris d'abord ce dont il s'agissait, et ne s'étaient jamais antérieurement livrées à l'onanisme. Une de ces femmes, suivant M. Greenhalgh, après l'excision du clitoris, avait été prise de démangeaisons locales qui l'avaient conduite précisément à cette pratique pernicieuse, qu'elle n'avait pas connue jusqu'alors.

De son côté, M. Baker Brown, auquel MM. Routh et Rogers sont venus sur ce point prêter leur témoignage, a prétendu avoir souvent, par l'excision du clitoris, amélioré la situation de malades dont les unes étaient idiotes, d'autres paraplégiques, d'autres atteintes d'incontinence d'urine, ou de métrorrhagies fréquentes, etc.

Il a ajouté que, du reste, cette opération n'altérait nullement l'excitation sexuelle dans le coït; et qu'au contraire, elle avait souvent pour résultat de faire rechercher les rapports conjugaux par des femmes qui jusque-là n'y avaient trouvé nu plaisir, et les évitaient.

De ce débat, qui avait fini par prendre le caractère d'une lutte personnelle, je crois que nous pouvons légitimement conclure que l'ablation du clitoris est loin d'avoir toute l'efficacité qu'on lui avait attribuée d'abord; et comme cette opération paraît être pour le moment très à la mode en Angleterre, il n'était pas inutile d'apprendre à quoi nous en tenir sur ce sujet.

IV. A l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Laugier, salle Sainte-Marthe, n° 46, se trouve couché, depuis le 7 décembre, un charpentier qui, quelques jours avant était, tombé d'un second étage, et qui présente cette particularité, physiologiquement difficile à expliquer comme résultat d'une chute : d'être complétement paralysé des bras, tandis qu'il peut encore mouvoir ses jambes. Nous reviendrons sur cette observation si elle se complète; on nous a parlé d'un cas semblable terminé par la guérison. — Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des affections concomitantes de la goutte.

I. GOUTTE ET GRAVELLE. — La diathèse urique embrasse la goutte de toutes parts. Il n'est donc pas étonnant que la *gravelle*, qui est souvent une manifestation de cette diathèse, se rencontre assez souvent chez les sujets goutteux. La parenté qui réunit ces deux maladies a été reconnue de tout temps. « Tu as la gravelle et moi j'ai la goutte, » écrivait Erasme à Thomas Morus, « nous avons épousé les deux sœurs. » Sydenham, Murray, Morgagni, ont signalé cette affinité qui nous paraît incontestable.

Mais il existe en même temps un certain antagonisme entre ces deux affections; il est rare, en effet, de les rencontrer simultanément (Scudamore); elles ont plutôt une tendance à se succéder alternativement. On voit souvent disparaître complétement la goutte quand la gravelle s'établit; j'ai été moi-même témoin d'un fait de ce genre. D'ailleurs, lorsqu'on voit coexister la goutte et la gravelle, il ne faut pas supposer, comme on le fait généralement, que ce sont là des phénomènes simultanés; car souvent les graviers se sont pendant longtemps accumulés dans le rein avant d'en être expulsés pour donner lieu aux phénomènes de la colique néphrétique.

Il importe de remarquer que la composition chimique des concrétions urinaires n'est pas toujours la même chez les goutteux. On y trouve habituellement de l'acide urique; mais ils peuvent aussi renfermer de l'urate d'ammoniaque, et sont quelquefois composés d'oxalate de chaux. Au reste, la gravelle oxalique est bien voisine de la gravelle urique; on sait, en effet, que l'acide urique peut être envisagé comme un composé d'urée, d'allantoïne et d'acide oxalique.

Ces variations dans la nature des dépôts urinaires peuvent d'ailleurs alterner. Chez les goutteux qui sont atteints de la pierre, M. Gallois a quelquefois constaté que les calculs étaient

---

BIBLIOGRAPHIE.

1° **Conseils aux familles sur la manière d'élever les enfants,** suivis d'un précis d'hygiène applicable aux différentes saisons de l'année, par M. le docteur A. DONNÉ, recteur de l'Académie de Montpellier, etc. (1).

2° **Hygiène de la première enfance,** par M. le docteur BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. (2).

3° **La puériculture,** ou l'art d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants, par M. le docteur A. CARON, médecin des prisons de la Seine, etc. (3).

L'éducation des enfants a été de tout temps l'une des plus sérieuses et des plus légitimes préoccupations des médecins et des législateurs. Aujourd'hui elle semble être, plus que jamais, une question d'actualité, soulevée à l'Académie de médecine par les mémoires de deux consciencieux praticiens de province, sur l'industrie des nourrices. Le rapport nous a valu une bonne et longue lecture de M. le directeur général de l'Assistance publique, qui a exposé l'état actuel comparé à l'état ancien. Nul mieux que M. Husson n'était en mesure de fouiller aux bonnes sources; mais, il faut le dire, M. Husson dans son administration est un peu comme les rois; ils ne savent que ce qu'on veut ou ce qu'on ose leur dire. Après nous avoir fait connaître les règlements de l'administration et nous avoir prouvé sa supériorité sur les bureaux particuliers, M. Husson constate la diminution excessive du nombre des placements faits par l'administration, qui de 10,000 est tombé à 2,000.

Ce nombre, nous ne craignons pas de le dire, diminuera encore si l'administration n'y prend garde. Pendant dix ans nous avons été médecin de la direction municipale des nourrices dans un département voisin de Paris, et nous avons pu constater une sorte d'éloignement qu'éprouvaient les nourrices pour le *grand bureau*, parce qu'elles sont alléchées par l'appât de plus grands bénéfices offerts par les bureaux particuliers. Contrairement à ce qui devrait être, le bureau de la rue Sainte-Appoline est aujourd'hui une sorte de pis-aller pour les nourrices, car le prix des mois de nourriture s'élève rarement au-dessus de 20 à 25 francs, dont 12 francs sont garantis par l'administration en cas de non-payement de la part des parents. C'est, nous en convenons, un sacrifice de la part de la direction; c'est une petite garantie pour les nourrices. Mais quelles femmes aura-t-on à ce prix? L'administration a ses médecins, qu'elle paye à raison de 12 francs par an, à la charge par eux de visiter les enfants tous les mois, plus souvent en cas de maladie, et de leur fournir gratuitement (art. 17), les médicaments dont ils pourraient avoir besoin. Malgré ces petits sacrifices, malgré la petite garantie, il est évident que les nourrices préféreront s'adresser aux bureaux particuliers, et que les médecins seront les premiers à les y engager, comptant les uns et les autres sur de plus attrayants et de plus légitimes honoraires.

Il y aurait de grandes réformes à proposer; mais nous n'avons pas le droit de nous en occuper.

Beaucoup de livres ont été écrits sur l'hygiène des nouveau-nés : deux surtout sont, pour ainsi dire, devenus classiques; ce sont les livres de MM. Donné et Bouchut. Ils sont élégants, coquets, parés, luisants. Ils ont la tenue irréprochable qu'Hippocrate exigeait du praticien lui-même : « *ejus cultus mundus esto, vestis sit decora.* »

Le livre de M. Donné, ainsi que l'indique son titre, est le guide de la mère de famille; il doit l'être aussi du médecin. Avouons-le, lorsque nous quittons les bancs de l'école, nous savons beaucoup de choses utiles; mais il en est beaucoup aussi que nous ignorons; et parmi celles-là, les choses les plus pratiques; à tel point que pour la direction d'un nouveau-né, il est beaucoup de nourrices, beaucoup de matrones qui en savent autant et plus qu'un jeune docteur. Dans ces circonstances, les détails les plus minutieux ont une grande importance, et M. Donné s'est efforcé de répondre à tout. Bien qu'il soit l'un des premiers qui aient cherché à vulgariser en France la microscopie dans les études médicales, son livre n'est pas, comme on pourrait le croire, la répétition de ses travaux microscopiques. Il est très-sobre de tous les détails exclusivement scientifiques; il est pratique au plus haut point, et il n'est pas une question relative à l'allaitement à laquelle il n'ait répondu. Après l'allaitement, l'auteur s'occupe du régime général des enfants : du sevrage, de l'alimentation, etc.; il consacre une dizaine de pages au développement intellectuel et à l'éducation morale dans leurs rapports avec l'éducation physique. Mais ici, quoi que fasse M. Donné, il prêchera un peu dans le désert; il n'arrêtera pas facilement les parents sur cette pente fâcheuse où l'on est actuellement, quant à l'éducation morale des enfants. Nous ne

(1) 1 vol. in-12, nouv. édit., J. B. Baillière. Prix : 3 fr.
(2) 1 vol. in-12, cinquième édit., avec figures. J. B. Baillière. Prix : 4 fr.
(3) 1 vol. in-12, Germer-Baillière. Prix : 2 fr. 50.

formés de couches concentriques, dans lesquelles l'acide urique et les oxalates se présentaient alternativement, preuve manifeste des changements qui s'étaient successivement opérés dans la composition des produits de l'excrétion rénale.

Remarquons enfin que ces deux acides peuvent se rencontrer dans le sang des goutteux, dans la sueur et dans les urines, en dehors des périodes où se manifeste la gravelle ; preuve nouvelle de la corrélation qui existe entre ces diverses manifestations morbides.

Nous croyons cependant devoir rappeler ici, que la formation d'un sédiment composé d'urates amorphes ou d'acide urique à l'état cristallin, dans les urines, peu de temps après leur émission, ne saurait prouver que l'excrétion de cet acide est augmentée d'une manière absolue. Une diminution notable de la partie aqueuse de l'urine, une acidité prononcée de ce liquide, sont des conditions suffisantes pour provoquer la précipitation de ces sédiments, sans qu'il y ait une élévation réelle du chiffre de l'acide urique. D'un autre côté, nous savons aujourd'hui, grâce aux travaux de Bortels, que des urines qui ont conservé une limpidité parfaite, longtemps après l'émission, peuvent contenir une proportion considérable d'acide urique. Pour connaître à cet égard le véritable état des choses, il serait donc indispensable d'analyser la totalité des urines rendues pendant les vingt-quatre heures, et même de répéter cet examen pendant cinq ou six jours de suite, d'après le précepte de Parkes et de Ranke ; car il est démontré que l'excrétion de l'acide urique subit les variations les plus prononcées, non-seulement aux diverses époques de la journée, mais encore d'un jour à l'autre.

Il semble cependant assez naturel d'admettre que l'acide urique existe en excès dans le sang, lorsque les sédiments urinaires se forment non plus après, mais avant l'émission ; et à plus forte raison, lorsqu'il existe de la gravelle. Mais cet accident peut être provoqué par des causes entièrement indépendantes de la diathèse urique ; une inflammation purement locale de l'appareil urinaire suffit pour le déterminer (Brodie, Royer). J'ai eu plus d'une fois l'occasion de constater l'absence complète d'acide urique dans le sérum du sang, chez des sujets non goutteux qui rendaient habituellement pendant la miction des concrétions uriques plus ou moins volumineuses.

Nous ne prétendons pas nier, toutefois, d'une manière absolue, la corrélation entre ces deux ordres de faits ; loin de là, il est démontré que, chez certains sujets, la gravelle se rattache à l'existence d'un excès d'acide urique dans le sang. M. le docteur Ball m'a communiqué l'observation d'un homme âgé de soixante-quatre ans, qui rendait fréquemment, à la suite de coliques néphrétiques violentes, de petits calculs uriques. Un vésicatoire ayant été appliqué sur la région épigastrique, on constata, dans la sérosité qu'il avait fourni, la présence d'une quantité notable d'acide urique. Le malade n'avait cependant jamais éprouvé aucun des symptômes de la goutte articulaire, et n'était pas albuminurique. Il faut, sans doute, rapprocher ce fait de ceux où l'on voit la gravelle précéder l'apparition de la goutte, pour alterner ensuite avec cette maladie.

On peut établir, en effet, trois catégories à cet égard. Tantôt la gravelle précède la goutte ; c'est le cas le plus fréquent ; tantôt elle lui succède, ce qui est plus rare ; tantôt enfin, ces deux états coïncident, ce qui est plus exceptionnel encore. Sur cinq cents goutteux, Scudamore n'a rencontré que cinq calculeux ; et Brodie prétendait n'avoir jamais vu la gravelle chez un goutteux, atteint de concrétions tophacées.

Les accidents occasionnés par la gravelle s'entremêlent avec ceux de la goutte. Il peut y avoir émission de sable avec l'urine et albuminurie passagère ; il peut exister de la gravelle rénale, que M. Royer signale sous le nom de néphrite goutteuse ; mais nous savons qu'il existe une autre forme de néphrite goutteuse, qui est caractérisée par des dépôts d'urate de soude dans le parenchyme du rein (gouty Kidney des auteurs anglais). Enfin, chez les goutteux il peut exister de l'ischurie ; il peut y avoir une pyélite goutteuse, des coliques néphrétiques et de l'instabilité de la vessie. Tous ces accidents, qui peuvent coïncider avec la gravelle, n'en sont pas nécessairement la conséquence, et peuvent la simuler, ainsi qu'on l'a vu plus haut.

II. Existe-t-il une corrélation bien réelle entre la goutte, la scrofule et la phthisie ? Nous sommes peu disposés à l'affirmer d'une manière absolue ; mais il est vrai que la scrofule est fréquente chez les sujets atteints de rhumatisme noueux ; il est donc permis de se demander si ce n'est pas à cette dernière affection qu'il faut rapporter ce que l'on avait attribué à la goutte. Cependant Prout, qui avait soigneusement examiné ce point, admet que la scrofule et la goutte s'associent souvent, et que les enfants issus de parents goutteux sont exposés à la phthisie.

Cette dernière affection, peu commune dans le rhumatisme articulaire aigu (Wunderlich, Hamerujk), est fréquente chez les sujets atteints de rhumatisme articulaire chronique. Chez les goutteux, au contraire, elle se présente rarement, bien que le diabète, dont nous avons signalé l'étroite parenté avec la goutte, soit, pour ainsi dire, une porte toujours ouverte à l'invasion de la phthisie. Cependant, chez un jeune homme qui portait des concrétions tophacées autour de plusieurs jointures, Garrod a vu se développer une phthisie à marche rapide ; mais on doit considérer ce fait comme exceptionnel.

III. La goutte exclut-elle les affections cancéreuses ? en favorise-t-elle, au contraire, le développement ?

Mon ancien maître et prédécesseur à la Salpêtrière, M. le docteur Cazalis, croit à l'existence d'une étroite relation entre ces deux diathèses.

Pour moi, je puis affirmer à coup sûr que, dans le rhumatisme noueux, le cancer et le cancroïde ne sont pas des faits exceptionnels. Je n'ai point eu l'occasion d'en rencontrer des exemples, dans des cas de goutte bien authentiques ; mais M. Royer a signalé l'existence de l'une et l'autre maladie, sinon chez le même individu, au moins dans la même famille ; et un fait publié, il y a quelques années, dans un journal anglais (1), prouve que ces deux affections peuvent se réunir chez le même sujet. Il s'agit d'un cancer du pénis, avec noyaux cancéreux dans les poumons et le foie, chez un goutteux âgé de soixante-huit ans, qui présentait des tophus volumineux, et une néphrite goutteuse avec des infarctus caractéristiques d'urate de soude dans les reins. Ce fait suffirait à lui seul pour démontrer qu'il n'existe, au moins, aucun antagonisme absolu entre la goutte et le cancer.

IV. Les rapports qui existent entre le rhumatisme articulaire et la goutte ont amené, comme vous le savez déjà, bien des observateurs à proclamer l'identité de ces deux maladies. Nous serons mieux préparés à nous prononcer sur ce point, lorsque nous aurons étudié le rhumatisme ; aussi réserverons-nous cette discussion pour une autre leçon.

(1) *The Lancet*, Londres, 1851.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sulfate de quinine contre le rhumatisme articulaire.

M. Bucquoy nous a montré un malade chez lequel il avait fait avorter en trois jours un rhumatisme articulaire aigu, par une saignée suivie de l'administration du sulfate de quinine à doses fractionnées : 120 centigrammes par jour, en six doses. C'est le second malade chez lequel M. Bucquoy obtient, par ce moyen, un résultat complet.

Affections des organes respiratoires.

Au moment où le temps humide et les premiers froids donnent lieu déjà aux affections aiguës respiratoires, il n'est pas indifférent d'appeler l'attention du médecin sur les sirops médicamenteux les plus justement estimés.

Parmi ces préparations le *Sirop pectoral de Pierre Lamouroux* a pris depuis plus de trente ans une place importante. Comme tous les pectoraux, il jouit de propriétés adoucissantes ; comme plusieurs d'entre eux, il est nutritif à un certain degré, si on le prend pur ; mais dans les cas d'affections aiguës des organes respiratoires, il semble avoir une action toute spéciale et rapide que l'on ne retrouve à un aussi haut degré dans aucun des médicaments analogues. S'agit-il d'une bronchite, d'une laryngite, d'une trachéite, de ces inflammations à forme convulsive qui, outre l'élément irritation, se compliquent souvent d'un état nerveux, ce sirop diminue la douleur et l'irritation des conduits aériens et calme la toux qui dépend de la lésion directe de ces organes.

Nous avons à plusieurs reprises signalé à nos lecteurs tout le parti qu'ils pouvaient tirer d'un médicament dont l'emploi a toujours été suivi, dans un temps généralement court, des plus heureux succès. Très-souvent l'amélioration est rapide ; quelquefois ce n'est qu'au bout de 24, 36 heures, que l'on commence à s'en apercevoir, mais nous ne connaissons pas d'exemple où, une fois l'usage de ce sirop commencé, les progrès de la maladie ne se soient immédiatement arrêtés, pour faire place à un amendement marqué.

Du sel marin contre l'ivresse.

M. Maisonneuve emploie, depuis longtemps, contre l'ivresse un moyen très-simple et qui lui réussit toujours. Il fait prendre à l'ivrogne une dose de 100 grammes à peu près de sel marin, le contenu de deux salières ordinaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 décembre 1866.— Présidence de M. Bourdon.

La séance est ouverte à trois heures quarante minutes.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une brochure de M. Chauffard, sur la spontanéité et la spécificité dans les maladies ;

2° Une thèse de M. Aron, ancien interne de M. Bernutz, sur le phlegmon péri-utérin :

RAPPORT.

Maladies régnantes. — M. BESNIER lit le rapport suivant au nom de la commission des maladies régnantes.

Messieurs, bien que les conditions atmosphériques qui ont dominé pendant le mois de novembre de cette année aient été d'une clémence exceptionnelle, la constitution médicale ne s'en est pas moins modifiée d'une manière très-accentuée, car elle tend à prendre aujourd'hui très-nettement les caractères des constitutions catarrhales, et cela est indiqué dans toutes les communications qui sont parvenues à la commission. Chez la plupart des malades, écrit M. Moissenet, l'état muqueux a été évident, soit primitif, soit consécutif ou accessoire ; chez un grand nombre, tendance aux coliques et aux diarrhées ; chez quelques-uns complications névralgiques, otalgies, névralgies intercostales et sciatiques.

En même temps, on continue à observer des cas de choléra parfaitement caractérisés, et je serais obligé d'entretenir encore la Société de cette grave question à laquelle on n'apporte assurément pas toute l'attention qu'elle réclame.

Affections des voies respiratoires. — La fréquence plus grande que dans la période précédente des maladies aiguës, primaires ou secondaires des voies respiratoires, est établie non-seulement par les communications que vous avez adressées à la commission, mais encore par l'étude du mouvement général des hôpitaux, qui mentionne le nombre des affections pulmonaires aiguës comme supérieur à celui de toute autre affection. Dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, cette proportion est encore plus considérable, et, d'après les documents que j'ai reçus de l'hôpital Sainte-Eugénie, de MM. Bergeron, Barthez et Desnos, elle constitue dans les salles de maladies aiguës de cet établissement, le principal, sinon l'unique contingent. Tantôt ce sont des bronchites aiguës simples, tantôt, au contraire, le caractère catarrhal est très-accentué, et, comme le dit M. Moissenet, les grippes commencent à se montrer avec des traits encore mal dessinés, mais bien reconnaissables ; dans un grand nombre de cas enfin, et

---

sommes pas d'âge encore à nous poser en *laudator temporis acti*, cependant nous nous croyons autorisé à dire, que jamais les parents n'ont eu autant de faiblesse, autant de condescendance pour les caprices de leurs enfants.

Vulgariser la médecine n'est pas annihiler le médecin ; c'est lui fournir des aides intelligents ; c'est surtout combattre une foule de préjugés ; c'est prévenir l'emploi de choses inutiles ou nuisibles. M. Donné a consacré un chapitre aux soins que réclament immédiatement les accidents les plus ordinaires auxquels les enfants sont exposés. L'ouvrage est suivi d'un précis d'hygiène applicable aux différentes saisons de l'année.

M. Donné a voulu réformer des idées fausses, détruire des préjugés, faire pénétrer la vérité dans les esprits. Il s'est placé au point de vue des jeunes mères de famille ; il s'est proposé de leur présenter un guide propre à les diriger dans les difficultés que beaucoup d'entre elles rencontrent dans l'accomplissement de leurs devoirs maternels.

Le livre de M. Bouchut n'est pas nouveau : nous avons analysé l'édition précédente dans la *Gazette des hôpitaux* (20 mars 1862). Cette cinquième édition se trouve modifiée par suite de nombreuses additions qui comportent 142 pages.

Par sa position à l'hôpital des Enfants-Malades, M. E. Bouchut se trouve aujourd'hui placé aux avant-postes du petit bataillon préposé à la garde de l'enfance, et qui a compté tant d'illustrations médicales. M. Bouchut est ardent ; c'est le plus fécond de nos écrivains. Il s'est essayé dans tous les genres et en général avec succès. Il a écrit sur la pathologie générale, sur le nervosisme, sur la philosophie médicale, sur l'histoire de la médecine, sur l'ophthalmoscopie, sur la thérapeutique, etc. Mais c'est la pathologie de l'enfance qui est son terrain favori. Aussi son *hygiène* se trouve-t-elle naturellement au courant de la science.

Nous n'analyserons pas ce petit volume pour ne pas répéter ce que nous avons dit il y a quatre ans ; nous nous contenterons de signaler les principales additions :

1° Des conditions relatives à la formation du sexe chez les enfants ;

2° De l'exercice, des rapports sexuels, de la leucorrhée chez les femmes grosses ;

3° Des maladies de la grossesse (diathésiques, aiguës).

4° De la fabrication du lait de femmes. — Propriétés physiques.

5° De l'éducation physique de la seconde enfance.

Ce dernier chapitre, qui constitue la sixième partie, est tout à fait nouveau. L'auteur a emprunté à Oribase ses préceptes sur l'éducation des enfants jusqu'à la puberté. Le reste de l'ouvrage est consacré aux détails de l'éducation physique chez les modernes.

Le livre de M. Bouchut — et c'est M. Donné qui s'exprime ainsi — marque sur bien des points un pas dans la science ; mais il s'adresse moins aux gens du monde qu'aux hommes de l'art et aux médecins.

Entre MM. Donné et Bouchut se glisse M. Caron, auteur d'un *Code des jeunes mères*, d'une *Hygiène des nouveau-nés*, etc. L'enfance est aussi le sujet de prédilection de notre confrère. Nous sommes plus que jamais au temps des spécialités. Chaque organe a ses médecins ; chaque âge a aussi les siens. Nous avons les syphiliographes, les dermatologistes, les ophthalmologistes, les auristes, les engraisseurs, les dégraisseurs, etc,... M. Caron s'est mis à la tête des *puériculteurs*.

Comme beaucoup de nos confrères, nous avons bondi lorsque nous avons entendu prononcer pour la première fois ce mot, qui avait chatouillé les oreilles de gens plus haut placés que nous. Puis, peu à peu, le tournant, le retournant, nous nous y sommes habitué.

« L'accoutumance ainsi nous rend tout familier. »

Ce mot, après tout, n'est pas disgracieux ; il ne sonne pas plus mal que *myéloplaxe*, *iridencléisis* ; il est doux à prononcer ; il nous rappelle les champs, le parterre, les fleurs et la verdure ; M. Littré n'est pas encore à la lettre P de son *Dictionnaire de la langue française* ; M. Caron tient à son mot ; pourquoi ne pas l'admettre avant l'ouverture de l'Exposition universelle ? Nous aimons la nouveauté : acceptons donc franchement le mot *puériculture* et souhaitons-lui la bienvenue.

Nous avons lu consciencieusement les 234 pages du livre de M. Caron, et, sur la foi du titre, nous croyions toujours arriver à l'hygiène des enfants proprement dite. Nous avons été un peu déçu. L'auteur s'occupe plutôt de la génération au point de vue physiologique. Oui, il a raison sous ce rapport. Voulez-vous de beaux enfants ? Soignez la graine ; étudiez les races ; occupez-vous des croisements. Pourquoi ne feriez-vous pas pour la série générique d'un enfant ce qu'on fait pour la série générique d'un cheval, de Gladiateur, par exemple ? Pourquoi ? — « je me le demande » — on donne une prime de 100,000 fr. à Gladiateur vainqueur ; on donne un prix de 1,000 fr. à un lauréat de l'Académie. — Mais la gloire, dira-t-on. — La gloire..., Nous savons plus d'un lauréat mort dans la misère : les lauriers abritent, mais ne nourrissent pas toujours. — Mais l'Association générale ?... Arrêtons-nous ici, et revenons à M. Caron. Les opinions qu'il émet dans son livre sont exactes, justes ; mais nous croyons qu'il s'appesantit un peu trop sur les notions préparatoires à la géné-

sont des phlegmasies secondaires, comme celles que M. Desnos a observées en grand nombre à Sainte-Eugénie ; bronchites consécutives à la rougeole ou à la coqueluche avec leurs conséquences, pneumonies bâtardes, bronchites capillaires, ou bien accidents aigus de phlegmasie pulmonaire et même de pneumonie calculaire chez les phthisiques, ainsi que l'a notamment observé M. Moutard-Martin, dans ses salles de l'hôpital Beaujon.

Bien que l'on ait en même temps observé des pneumonies et des pleurésies, le nombre général en est resté aux limites, et leurs caractères dominants ne permettent pas de prouver aussi peu d'ensemble. A l'hôpital Lariboisière, M. Hérard a eu recours à la thoracentèse pour deux cas d'épanchement pleurétique; l'un d'eux était séreux, et malgré les vésicatoires répétés, le liquide était remonté très-rapidement jusqu'à la clavicule; une seule ponction a suffi, et l'épanchement ne s'est pas reproduit; l'autre était un épanchement purulent, accompagné de fièvre, et d'un état général grave; l'injection iodée a été faite après la ponction; il en est résulté une amélioration dans l'état général, mais M. Hérard ajoute qu'il faudra recommencer et peut-être pratiquer l'emphyème.

Affections articulaires. — Le nombre des rhumatismes articulaires aigus s'est également accru d'une manière manifeste, en même temps que leur gravité, circonstance digne d'être notée, car depuis longtemps déjà je vous signalais leur bénignité exceptionnelle.

Fièvres. — La fièvre typhoïde existe toujours dans tous les établissements hospitaliers, mais elle conserve comme fréquence et comme gravité des caractères moyens.

La variole existe toujours également, mais le nombre des atteintes est relativement peu considérable. A l'hôpital Lariboisière M. Hérard signale, en déclarant qu'il insiste sur ce point, un certain nombre de varioles et de varioloïdes développées.

Dans sa salle de femmes, après la réception d'une malade enceinte, atteinte d'une variole confluente promptement mortelle.

Affections des voies digestives. — On constate un assez grand nombre d'embarras gastriques, quelques dyssenteries et des diarrhées simples ou secondaires plus fréquentes que d'ordinaire à cette époque de l'année.

Choléra. — Dans mon précédent rapport, j'attirais l'attention de tous sur la persistance des cas de choléra sans interruption depuis les premiers mois de l'année. Aujourd'hui, je suis obligé de déclarer que le mois de novembre compte encore une vingtaine de cas dans les hôpitaux, sans compter ceux qui très-probablement existaient aussi dans la ville.

Dans ses salles de l'hôpital Lariboisière, M. Moissenet a obtenu la guérison, dans un cas de choléra algide, par l'ipéca et la médication saline.

Enfin des renseignements particuliers, mais d'une authenticité non douteuse, me permettent d'annoncer qu'une recrudescence s'est de nouveau manifestée à Amiens et qu'on a eu tous ces derniers jours à observer une maladie cholérique épidémique. Tous ces faits ont une importance telle qu'il semble véritablement malheureux de les voir universellement passer sous silence.

Il y a, dans cette persistance du choléra au milieu de nous, un fait dont la gravité ne saurait échapper à personne, et dont l'importance au point de vue scientifique est capitale. Nous ne devions pas en négliger la constatation, et si quelque nouvelle explosion épidémique venait à se montrer dans une saison postérieure, nous serions en mesure de montrer qu'il n'est pas besoin, pour l'expliquer, d'invoquer une influence épidémique nouvelle et une nouvelle importation.

DISCUSSION.

M. GUIBOUT. Il y a trois semaines, j'ai observé, avec M. Barth, un cas de choléra extrêmement grave, chez une femme qui nous a présenté les phénomènes les plus alarmants : algidité, vomissements répétés, etc., etc. C'était dans la pratique particulière, et non dans mon service d'hôpital. Cette femme est guérie aujourd'hui.

M. PIDOUX. Cette guérison même, malgré le caractère alarmant des symptômes, prouve que M. Guibout n'avait point affaire à un choléra épidémique, mais à un choléra sporadique ; car ce qui distingue ce dernier, ce sont les guérisons facilement obtenues, malgré les phénomènes les plus graves.

M. CHAUFFARD. Ceci n'est pas toujours une preuve de sporadicité. Car au déclin des épidémies, les derniers cas présentent d'ordinaire une bénignité toute spéciale, bien qu'ils soient encore provoqués par l'influence épidémique. D'ailleurs les cas de choléra sporadique sont toujours très-rares à cette saison. Je suis donc plutôt porté à croire qu'il s'agit d'une fin d'épidémie.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Oblitération des artères iliaques, paraplégie avec gangrène. — M. BOURDON. La paraplégie par oblitération artérielle n'était établie jusqu'ici que sur des vivisections, sauf une seule observation de M. Barth, recueillie chez l'homme. M. Goubaut en avait observé plusieurs exemples chez le cheval. Gall et Camins en ont recueilli sur des malades dont le premier a guéri, tandis que chez le second, les artères n'ont point été examinées à l'autopsie. Ainsi ces derniers faits étaient loin d'être bien établis, et d'ailleurs ils se rapportaient à l'oblitération de l'aorte abdominale.

Quant à celle des artères principales des deux membres inférieurs, se produisant simultanément et amenant la paraplégie, il n'en existait pas un seul exemple dans les auteurs, d'après M. Jaccoud.

Voici pourtant un fait de ce genre :

Une jeune fille de vingt-deux ans, très-délicate, ayant fait des excès alcooliques, avait été prise de pneumonie. Étant guérie, après quelques semaines, elle a fait, pour revenir, un voyage de douze heures ; à son arrivée, elle fut prise d'une toux très-fréquente avec oppression, et trentre-six heures après, de douleurs atroces dans les jambes avec refroidissement et paralysie, tant du mouvement que du sentiment des deux côtés. Bientôt les douleurs se calment, tandis que commence une gangrène des deux membres inférieurs, qui fait à gauche de rapides progrès; le membre droit se réchauffe. On diagnostique une oblitération artérielle ; et la mort étant survenue deux jours après, à l'autopsie, on trouve l'aorte saine, mais, à droite, l'artère iliaque primitive, à gauche, l'iliaque externe, l'hypogastrique et le commencement de la crurale oblitérées par des caillots.

Il y avait en outre un infarctus très-considérable de la rate, enfin les traces d'une endocardite verruqueuse ayant plus particulièrement son siége sur les valvules mitrales et aortiques, lesquelles étaient en partie couvertes de concrétions fibrineuses et de caillots allongés. Un de ces derniers, partant de la valvule mitrale, allait en décrivant une anse, se fixer sur la sigmoïde qui n'était pas saine.

La paraplégie était donc le résultat de l'oblitération des artères. Mais celle-ci était-elle due à une embolie ? Le peu d'adhérence des caillots, la soudaineté des accidents le feraient supposer. La trombose a une marche plus lente, puisque dans le cas de M. Barth, elle a mis quatre ans à oblitérer l'aorte.

Le choléra a-t-il joué un rôle dans la production de ces accidents ? Deux faits publiés récemment dans la *Gazette des hôpitaux*, et dus, l'un à M. le professeur Laugier, l'autre à M. le docteur Soffray, permettraient de le supposer (1).

On pourrait admettre aussi que l'endocardite, si elle n'est pas due au choléra, a pu être provoquée par les excès alcooliques, cause fréquente d'altérations du cœur ou des artères. Enfin la fatigue du voyage a pu y contribuer dans une certaine limite.

La circulation supplémentaire qui pouvait se faire du côté droit, où l'iliaque primitive était perméable, tant au moyen de l'épigastrique que des anastomoses de la mésentérique inférieure avec les branches profondes de l'hypogastrique, explique comment, de ce côté, la gangrène s'est moins étendue ; mais la paralysie y était presque aussi complète. L'intégrité des fonctions du rectum et de la vessie prouvait, du reste, que l'influence spinale n'était pas abolie; ce qui se comprend, puisque les artères lombaires, la sacrée moyenne et la sacrée latérale droites ne devaient pas être oblitérées.

Nous regrettons de n'avoir pu faire l'autopsie de la moelle, et de n'avoir pu, pendant la vie, interroger la sensibilité électrique dans les muscles paralysés.

La fixation du point précis où l'oblitération existait, n'était point facile pendant la vie, bien que l'intégrité des fonctions du rectum et de la vessie ait pu faire présumer que cette oblitération ne remontait pas jusqu'à l'aorte.

Pourtant dans l'observation de M. Barth, ces fonctions étaient restées intactes, l'aorte étant oblitérée ; mais cela s'explique par la lenteur extrême de cette oblitération. Dans le fait de Camin, tout est hypothèse, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie.

Quant au pronostic, s'il peut être favorable dans certains cas, lorsque l'aorte abdominale se trouve oblitérée, il n'en est pas de même lorsque ce sont les artères iliaques internes et externes. La circulation étant alors interrompue dans l'épigastrique, la mort arrivera fatalement.

M. FÉRÉOL. J'ai vu un fait très-analogue, sauf que l'oblitération était moins avancée et s'était produite d'un seul côté ; il en résultait une paralysie d'un seul membre inférieur.

(1) Samedi dernier, nous avons publié un troisième fait du même genre. (*Note de la rédaction.*)

M. PETER. Dans un cas de rétrécissement par oblitération de l'aorte, j'ai observé aussi un affaiblissement des membres inférieurs.

Suite de la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique.

M. LALLIER lit une lettre de M. le docteur Bourgeois (d'Étampes) qui relate un cas d'ophthalmie, suite de rhumatisme proprement dit, chez une sœur de l'Hôtel-Dieu.

M. LORAIN. J'ai rapproché le rhumatisme que M. Fournier voulait appeler uréthral de ce que je nomme le rhumatisme génital. La forme est la même. J'ai déjà vingt-cinq observations de ce rhumatisme génital, et je les ai divisées en cinq classes ; à savoir :

1° Rhumatisme blennorrhagique commun, rentrant en tout dans la description de M. Fournier ;

2° Rhumatisme chronique à forme noueuse;

3° Rhumatisme mixte, tenant à la fois de la forme rhumatismale proprement dite et de la forme blennorrhagique ;

4° Rhumatisme généralisé avec endocardites, sciatiques, parotidites, affections du foie, etc. ;

5° Rhumatismes qui paraissent chez les femmes, sous des influences diverses.

Je rappellerai à ce sujet que M. Trousseau a décrit une affection commune chez les nourrices, et qu'il a nommé *tétanie des nourrices*. Serait-il bon de séparer cette affection des autres tétanies qui se rencontrent dans d'autres circonstances ? Non, sans doute.

Dans le moment où M. Charcot faisait, au sujet du rhumatisme, ses leçons qui ont été ou seront publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, il m'a demandé une note sur mes idées particulières ; et dans cette note j'ai fait ressortir l'influence d'un trouble fonctionnel de l'appareil génito-urinaire, dans la production des affections dites rhumatismales.

Plusieurs causes, disais-je, peuvent produire des arthrites ou des ophthalmies :

1° La blennorrhagie ;

2° La métrite et la vaginite ;

3° La grossesse et l'allaitement ;

4° Un traumatisme quelconque ;

5° Certaines maladies aiguës, telles que la dyssenterie, la scarlatine, etc.

Dans tous ces cas il peut y avoir, non-seulement des suppurations articulaires, mais simplement un certain degré de gonflement et de rougeur, bientôt suivi de délitescence.

L'accouchement prématuré, où la cessation de l'allaitement ont souvent amené la guérison en pareil cas.

Des ophthalmies diverses : conjonctivites, iritis, kératite, la gravelle, l'ictère, les coliques hépatiques ou néphrétiques, peuvent être aussi le résultat des causes indiquées plus haut.

Tantôt les rhumatismes de ce genre revêtent la forme vulgaire, avec marche lente, épanchement, parfois ankyloses.

Tantôt ils se compliquent de névralgies, d'érythèmes, d'acné, d'iritis, d'anémie, de manière à faire croire à l'action d'une diathèse. Et, en effet, l'ophthalmie des nouveau-nés n'est pas due à des causes locales, comme on le soupçonnait autrefois, mais à des causes diathésiques qui disparaissent lorsque l'enfant atteint un certain âge. C'est une diathèse transitoire du même genre qui provoque la blennorrhagie.

Tantôt enfin le rhumatisme blennorrhagique, ou bien se généralise avec endocardite, ou bien, en devenant chronique, imite le rhumatisme noueux, et produit dans les articulations qu'il envahit des déformations caractéristiques.

En réponse à cette note que je lui avais envoyée, M. Charcot m'a adressé une lettre dans laquelle il expose des opinions qui se rapprochent beaucoup des miennes.

Parmi les causes qui peuvent produire les affections rhumatismales, il faut, dit-il, distinguer d'abord les causes traumatiques qui peuvent avoir pour résultat, soit un rhumatisme articulaire aigu, comme je l'ai vu chez un boucher à la suite d'une piqûre, soit un rhumatisme chronique à forme noueuse, comme je l'ai observé chez une femme à la suite d'un panaris.

Ensuite, il ne faut pas oublier les causes traumatiques, qui font éclater les rhumatismes pour ainsi dire *spontanément*. Ainsi, les érysipèles de la face produisent la forme aiguë et la forme chronique ; les angines tonsillaires, la scarlatine, la forme aiguë ; la blennorrhagie, l'une et l'autre; la chlorose, la dysménorrhée, surtout le rhumatisme noueux ; la ménopause, la grossesse, l'allaitement, tantôt une forme et tantôt l'autre, etc.

Maintenant, dit M. Lorain, tantôt la forme est bien distincte, tout à fait spéciale, comme quelquefois dans les rhumatismes blennorrha-

---

ration. Il est des choses qu'on apprend sans maître, et la procréation est un peu de celles-là. Nous ne pensons pas qu'il soit bien nécessaire que la femme sache le pourquoi de l'ovulation. Nous autres médecins, nous savons tout cela, et procréons nous mieux que notre crémier ou notre charbonnier? Que le mari sache tout ce qu'enseigne M. Caron, rien de mieux; mais prenons garde d'en faire un demi-savant.

Jusqu'au chapitre XIV, l'auteur reste dans les considérations générales : là commence réellement la physiologie de l'enfant. M. Caron a parfaitement compris que l'hygiène ne peut marcher sans la physiologie, aussi son livre serait-il mieux intitulé : « Physiologie de la conception et du nouveau-né. »

Nous apprécions tout le mérite de l'ouvrage de notre confrère, qui s'adresse plutôt aux maris qu'aux mères de famille, quoi qu'en pense l'auteur. Ses vues sont justes, ses idées très-morales ; mais il y aurait tant à faire que, pour notre part, nous faisons comme les conseils généraux, nous émettons des vœux. Que les plus courageux — et M. Caron est de ceux-là — fassent autrement.

S'il nous était permis de résumer notre opinion sur les auteurs de ces trois ouvrages, nous dirions :

M. Bouchut, c'est le professeur doublé du père de famille;

M. Donné, c'est le père de famille doublé du savant;

M. Caron, c'est le conférencier praticien.

Dr A. CORLIEU.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par M. le docteur J. BÉCLARD. Cinquième édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1866 ; un fort vol. in-8° en deux parties, de 1248 pages. Chez Asselin. Prix : 15 fr.

Nous n'avons rien à apprendre à nos lecteurs sur le mérite de cet ouvrage essentiellement didactique, et qui est déjà entre les mains de tous. Cinq éditions successives dans l'espace de dix ans disent assez quel a été son succès. Le soin avec lequel l'auteur a résumé et condensé, dans les éditions précédentes, tout ce que la physiologie comprend, de nos jours, de notions claires, positives et expérimentalement démontrées, est un garant suffisant de celui qu'il a mis à tenir cette nouvelle édition au courant de la science. Il n'est pas, en effet, une découverte, un fait, une œuvre de quelque importance en physiologie, mis au jour depuis l'édition précédente, qui n'ait sa place, sa mention ou son jugement dans cette nouvelle édition. Les progrès de la chimie organique, l'application du microscope à l'étude de l'organisation, les expériences et les vivisections les plus récentes lui ont fourni le texte de nombreuses additions.

Sobre d'érudition et de discussions, afin de laisser la plus grande place à l'exposition des faits, indifférent aux questions doctrinales, autant peut-être par disposition naturelle d'esprit que par les exigences mêmes de la forme didactique de son livre, M. Béclard n'a pas voulu cependant enchaîner l'esprit de ses lecteurs ; et pour ceux d'entre eux pour qui la lecture de son livre ne serait qu'une incitation à des études plus étendues et à la recherche des faits et des idées dont il n'a prétendu donner que la substance, il a mis à leur disposition l'indication des sources où il a si amplement et si fructueusement puisé lui-même les éléments principaux de son œuvre. Indépendamment d'un index des principaux ouvrages de physiologie publiés depuis Haller jusqu'à nos jours, placés en tête de l'ouvrage, on trouvera à la suite de chaque chapitre une bibliographie très-étendue des travaux relatifs aux diverses parties de la physiologie qui y sont traitées. Enfin au grand nombre de gravures qui figuraient dans les précédentes éditions, on a ajouté de nouvelles figures destinées à faciliter la description de certains appareils ou de procédés nouveaux d'expériences.

Grâce à ces additions, rien ne manque au nouveau *Traité élémentaire de physiologie humaine*. Une seule chose manque à son auteur. ... une chaire de physiologie.

Dr B...

giques ou puerpéraux, tantôt elle est mixte et alors elle dépend à la fois de l'influence spécifique et de l'influence rhumatismale.

M. FÉRÉOL. Nous sommes tous d'accord sur certains points. Ainsi tous nous admettons :

1° Qu'il peut y avoir des accidents blennorrhagiques ayant pour cause une disposition générale, soit naturelle, soit acquise, due soit à un virus, soit à autre chose, mais produisant une forme spéciale soit d'arthrite, soit d'ophthalmie, intimement rattachée à cette cause;

2° Qu'il existe aussi des chaudes-pisses échappant entièrement à ce caractère diathésique, restant de simples catarrhes locaux, et pouvant produire des accidents dus à une cause toute locale, comme des bubons, des orchites, des rétrécissements attribuables à l'inflammation propagée.

L'opinion, qui ne tient pas compte de la diathèse blennorrhagique, et qui assimile les rhumatismes blennorrhagiques aux rhumatismes simples, a été combattue par M. Fournier, et elle l'avait déjà été par M. le professeur Grisolle.

Un homme atteint de blennorrhagie peut contracter un rhumatisme qui n'ait en rien le caractère blennorrhagique, comme je l'ai observé avec M. Cadet Gassicourt, chez un artiste d'un petit théâtre.

Les endocardites et les péricardites que M. Ricord a rattachées à la blennorrhagie, en dépendaient-elles véritablement? C'est douteux. Quand à la sciatique dont M. Peter nous a lu l'observation, elle était probablement due au froid chez un sujet atteint de blennorrhagie.

Ainsi, il serait bon d'aller plus loin que M. Fournier, et d'abandonner définitivement le nom de rhumatisme pour celui d'arthrite, lorsque la cause est une blennorrhagie.

Non-seulement il existe des blennorrhagies particulièrement virulentes, mais il existe des individus qui ont une aptitude spéciale à faire une maladie constitutionnelle de la blennorrhagie la plus simple, du catarrhe le plus innocent.

C'est ainsi que les uns réagissent contre la rage, la syphilis, etc., tandis que d'autres passent par toute la série des accidents secondaires. Je crois donc que les maladies virulentes peuvent naître spontanément dans un terrain ainsi préparé, qu'un catarrhe bénin peut y être transformé en spécifique. J'aimerais entendre traiter ces questions par des hommes qui s'en occupent depuis longtemps, tels que MM. Pidoux et Chauffard.

Il n'est pas facile de savoir d'avance quels individus seront ainsi prédisposés à donner le caractère diathésique aux blennorrhagies qu'ils contracteraient. Parmi ceux que j'ai observés, les uns semblaient sous l'influence de l'herpétisme, d'autres de la scrofule, d'autres enfin paraissent jouir de la meilleure constitution; du reste, cette prédisposition spéciale peut se combiner avec chacune des grandes diathèses pour produire des affections mixtes.

Je ne suis pas d'accord avec M. Fournier quand il veut supprimer le mot *blennorrhagie*, car supprimer le mot, c'est nier la spécialité de la cause.

Je ne crois pas, comme lui, qu'avec une sonde on puisse produire des arthrites blennorrhagiques.

On peut produire, par le cathétérisme, de la fièvre intermittente, des accès pernicieux, des accidents articulaires d'un caractère insidieux et malin, avec grando tendance à la purulence; mais entre ces accidents et les arthrites de cause blennorrhagique, il existe de grandes différentes, et l'on ne trouve que des analogies très-imparfaites, grossières et sans rigueur.

Ce n'est donc pas en tant que phénomènes uréthraux, que les arthrites blennorrhagiques revêtent une forme spéciale, mais en tant que se rattachant à des affections virulentes, qui sont devenues constitutionnelles.

En effet, les catarrhes des organes génitaux sont loin de se ressembler tous : il existe des gonorrhées simples et des gonorrhées virulentes, et c'est ce qui explique comment dans certains cas, lorsque tout écoulement a cessé, le liquide prostatique lui-même, le sperme, les diverses sécrétions normales, peuvent conserver un caractère éminemment contagieux et virulent; tandis que chez d'autres sujets, des catarrhes bien plus abondants que ceux-là n'avaient jamais été, sont pourtant d'une innocuité presque absolue.

Je tends donc à admettre l'hypothèse d'un virus blennorrhagique, une *lues blennorrhea;* et de virulence à spécificité, la distance est faible. Tous les catarrhes peuvent être contagieux, mais ils ne le sont pas de la même manière. Les uns restent purement locaux, les autres engendrent des diathèses. Certaines blennorrhagies rentrent dans les derniers, et sont, à ce point de vue, comparables au chancre mou qu'un médecin américain, M. Hammon, voudrait à tort identifier avec elles.

Il y a certaines analogies, mais il n'y a pas identité, comme le croient encore aujourd'hui certaines personnes, entre la *lues gonorrhea* et la *lues syphilitica*. Mais, je le répète, les prédispositions individuelles jouent le plus grand rôle dans la généralisation de la maladie, et peuvent rendre diathésique le catarrhe le plus bénin.

En résumé : 1° Je crois qu'il existe une diathèse blennorrhagique spéciale;

2° Je crois aussi qu'une prédisposition individuelle spéciale peut se rencontrer chez certains individus;

3° Que cette diathèse blennorrhagique est acquise par l'effet d'un catarrhe spécial, quand elle ne résulte pas uniquement de cette prédisposition individuelle;

4° Que les catarrhes des organes génitaux peuvent être d'origines très-diverses et se rattacher à telle ou telle diathèse;

5° Que très-probablement la spécificité de la blennorrhagie est due à un virus spécial, distinct de tout autre virus.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Manie aiguë. — Hémorrhagie méningée.

M. BLACHEZ. Un malade atteint d'une manie aiguë et paraissant sous l'influence de l'alcoolisme, est mort deux jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, nous avons trouvé une hémorrhagie méningée double, mais pas de fausses membranes véritables. Ce qui nous semblait d'abord en être ne nous a présenté aucune trace de vaisseaux, bien que moi et M. Cornil, nous ayons mis la plus grande attention à en rechercher. On sait qu'en général les hémorrhagies méningées se font par l'intermédiaire de vaisseaux qui se développent dans les néoplasmes. Cette absence complète de vaisseaux dans les fausses membranes est donc chose curieuse. Il y a là de simples concrétions fibrineuses non organisées. En outre, le même malade présentait une sorte de purpura interne : tous les organes, reins, plèvres, péritoine, etc., étaient parsemés de taches ecchymotiques.

Je signalerai encore, comme lésion très-curieuse, une véritable artérite, telle qu'elle est décrite par Virchow, avec dépôt d'apparence graisseuse et, dans le fait, énorme prolifération des éléments des tuniques artérielles interne et externe. MM. Cornil et Cranvier n'ont encore vu qu'un seul cas semblable.

Les poumons étaient très-congestionnés; il existait quelques plaques sur le péricarde; le cerveau était un peu ramolli; le foie, pesant 2,400 grammes, présentait un aspect graisseux, mais les cellules en avaient conservé leur structure normale; la rate était énorme; enfin, le rein offrait le premier degré de la maladie de Bright : il était fortement tuméfié, les tubes en étaient comprimés et altérés par la prolifération extrême des éléments protéiques et graisseux. Cependant on n'avait pas trouvé trace d'albumine dans les urines.

M. PETER. Je demanderai à M. Blachez :

1° S'il a essayé de saisir la relation entre toutes ces lésions, qui me semblent liées entre elles par une étiologie commune?

2° Si le malade n'était pas un ivrogne?

3° Quel était l'état de l'estomac?

M. BLACHEZ. On a omis d'examiner l'estomac. Le malade avait un délire aigu qui pouvait tenir à l'alcoolisme.

M. PETER. Je crois que tout cela est de l'inflammation ou de l'hémorrhagie due à l'alcoolisme. Il y a eu prolifération ou exsudation phlegmasique d'abord; il y aurait eu stéatose plus tard, si le malade avait vécu plus longtemps.

Cancer primitif du cœur.

M. BUCQUOY présente à la Société des pièces anatomo-pathologiques (cœur et ovaire cancéreux) provenant d'une jeune fille dont il résume ainsi l'observation. (Sera publié.)

La Société, à cinq heures et demie, se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La très-prochaine ouverture du nouvel asile d'aliénés, situé rue Ferrus (14e arrondissement), va donner lieu à des mutations dans le personnel médical des services spéciaux. A cette occasion, l'opinion publique désigne hautement MM. les docteurs Jules Falret et Legrand du Saulle, comme devant être nommés à l'hospice de Bicêtre. Ces deux praticiens, par l'ancienneté de leurs titres, par la valeur de leurs travaux et par le succès de leur enseignement, ont depuis très-longtemps mérité la confiance que leur réserve l'administration. Chacun applaudira à ces choix.

L'homme avant l'histoire, étudié d'après les monuments et les costumes retrouvés dans les différents pays de l'Europe, suivi d'une description comparée des mœurs des sauvages modernes, par sir JOHN LUBBOCK; traduit de l'anglais, par M. Ed. Barbier, avec 150 figures intercalées dans le texte. Un beau vol. grand in-8°. Prix broché : 15 fr. Prix relié en demi-maroquin : 18 fr. Paris, 1866. Germer Baillière.

Traité pratique de l'art des accouchements, avec figures, par le docteur HYERNAUX, chirurgien à la Maternité de Bruxelles. 2e édition. Un fort vol. in-8°. Prix : 10 fr. Bruxelles, 1866, G. Mayolez, et Paris, Germer Baillière.

Essai de pathologie et de clinique médicales, contenant des recherches spéciales sur la forme pernicieuse de la maladie des marais, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la pneumonie, la thoracentèse chez les enfants, le carreau, etc., avec de nombreuses observations, par H. GUINIER, professeur agrégé et ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Un fort vol. grand in-8° de 570 pages. Prix : 8 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 148. — JEUDI 20 DÉCEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) JEUDI 20 DÉCEMBRE 1866. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance a été occupée par les scrutins pour le renouvellement annuel du bureau pour l'année 1867, et par des lectures de deux candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique.

D'après le nouveau règlement, le vice-président passant de droit à la présidence, l'Académie avait à élire, pour l'année prochaine, un vice-président, en remplacement de M. Tardieu qui devient de droit président, un secrétaire annuel et deux membres du conseil. Ces élections sont habituellement préparées par le conseil, qui fait officieusement distribuer une liste des membres qu'elle propose aux suffrages de l'Académie. Sa liste portait, pour le vice-président, M. Ricord, pour le secrétaire annuel, M. Béclard, pour les deux membres du conseil, MM. H. Roger et Boudet. Ce travail préparatoire du conseil facilite ordinairement les opérations du scrutin, les candidatures étant rarement disputées. Il n'en a pas été ainsi cette fois pour la vice-présidence. Une portion notable de l'Académie a improvisé une candidature qu'elle a opposée à celle du conseil, et qui a failli de bien peu la faire échouer. Il a fallu deux tours de scrutin pour obtenir une majorité. En effet, au premier tour, sur 66 votes exprimés, M. Ricord a eu 30 voix et M. Denonvilliers 31, la majorité étant 34. Le second tour a donné à M. Ricord 35 voix, la majorité stricte, et à M. Denonvilliers 31 voix. A la suite de cette lutte assez vive, comme on le voit, M. Ricord a été proclamé vice-président pour l'année prochaine. M. Béclard a été réélu secrétaire annuel à l'unanimité des suffrages, et MM. H. Roger et Boudet, à la presque unanimité ont été nommés membres du conseil.

Le bureau sera donc ainsi constitué pour l'année 1867 :

M. Tardieu, président; M. Ricord, vice-président; M. Béclard, secrétaire annuel; et MM. H. Roger et Boudet, membres du conseil, en remplacement des deux plus anciens membres sortants. Nous ne rappelons que pour mémoire le nom de M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, qui n'a rien à voir avec les chances aléatoires du scrutin.

Après ces laborieuses opérations, l'Académie a entendu les lectures de MM. Robert de Latour et Marrotte, tous deux candidats pour la section de thérapeutique. M. Robert de Latour a lu un mémoire sur l'emploi des enduits imperméables dans la pratique chirurgicale, ou plus justement sur le traitement de l'inflammation par les enduits imperméables. C'est une suite aux nombreux travaux de cet honorable praticien sur la théorie de l'inflammation. Le sujet de la lecture de M. Marrotte est le traitement du rhumatisme articulaire aigu. M. Marrotte, au lieu de préconiser, comme on le fait trop souvent, telle ou telle médication à l'exclusion de telles autres, a très-sagement formulé les indications multiples et variables que peut présenter le rhumatisme articulaire, suivant les modes pathologiques divers, et plus ou moins étrangers à sa nature, qu'il peut accidentellement affecter, en raison notamment des circonstances extérieures et des constitutions médicales qui ramènent souvent son traitement aux lois générales de la thérapeutique.

On trouvera un court résumé de ces deux mémoires dans le compte rendu de la séance.

— Quelques mots encore sur la séance publique annuelle de mardi dernier. Le discours de M. Béclard avait naturellement les premiers droits à notre appréciation, comme il avait eu les premiers honneurs de la séance. Mais il ne devait cependant pas nous faire perdre de vue l'excellent rapport général sur les prix, de M. Dubois (d'Amiens), dont le manque de place ne nous a permis de rien dire dans notre premier Paris de jeudi dernier. Nous tenons d'autant plus à réparer aujourd'hui cette omission involontaire, que nous trouvons dans ce rapport des explications qui répondaient, en quelque sorte, d'avance à quelques-unes de nos réflexions sur l'insuffisance de certaines compétitions. Si les compétitions manquent, en effet, pour certains sujets de prix, c'est, comme l'a fait remarquer M. Dubois (d'Amiens), parce que les programmes proposés par les auteurs des legs faits à l'Académie, bien que dictés dans les meilleures intentions, ne sont pas tous également heureux. Comment s'attendre à voir surgir des travaux de quelque importance et de quelque originalité sur une question comme celle de la *mélancolie*, par exemple, qui doit revenir de trois en trois ans, et à tout jamais, comme l'a voulu le fondateur du prix, M. Lefèvre ? Et ainsi de la fondation Civrieux et de quelques autres pour lesquelles l'Académie se trouve liée par les programmes mêmes des testateurs.

L'Académie a bien senti ces difficultés, et sans pouvoir s'y soustraire entièrement, elle a du moins compris qu'elle devait, autant que possible, élargir le champ trop étroit des questions. C'est ainsi que pour le prochain concours du prix Lefèvre, tout en respectant les intentions du testateur, et sans sortir du sujet qu'il a proposé, elle est dans l'intention de chercher désormais, en le développant, à pousser en quelque sorte les concurrents dans des voies chaque fois nouvelles. C'est dans cette vue qu'elle a proposé, pour le concours de 1869, de formuler la question de la manière suivante : « De la mélancolie considérée dans ses rapports avec la médecine légale. » Il y aura là, sinon un sujet absolument nouveau, du moins un point de vue nouveau de la question.

Nous trouvons dans le rapport de M. le secrétaire perpétuel, dont nous regrettons de ne pouvoir indiquer ici que quelques points seulement, quelques avis importants donnés aux correspondants de l'Académie et particulièrement aux rapporteurs des épidémies et des eaux minérales. Ils ont trop naturellement leur place ici pour que nous ne nous empressions de les reproduire. Nous laissons parler M. Dubois (d'Amiens).

« Comme l'a fait très-bien remarquer, dans son rapport de cette année, M. le docteur Bergeron, parlant au nom de la commission des épidémies, l'étude des endémies conduirait à des résultats plus pratiques, plus certains que celle des épidémies. La cause de ces dernières maladies, en effet, est le plus souvent invisible et leurs suites passagères; les endémies, au contraire, exercent sur la population une influence constante, et les rapports intimes qui les unissent aux conditions topographiques permettent d'entrevoir la possibilité d'agir sur elles, d'en atténuer les effets en modifiant ces conditions. L'Académie invite donc ses correspondants à donner désormais plus d'importance que par le passé à l'étude des endémies (sans négliger toutefois celle des épidémies) et aux recherches topographiques.

« La commission a pensé qu'à ce double point de vue le travail serait simplifié par l'usage de cartes dressées, soit d'après celles du cadastre, soit d'après une réduction de celles de l'état-major, cartes sur lesquelles seraient indiquées pour chaque canton, indépendamment des conditions topographiques méritant d'être signalées, les endémies dominantes et les épidémies survenues incidemment.

« L'Académie est en droit d'espérer que, si ce travail était fait simultanément sur toute la surface de l'empire, elle serait en mesure, dans un avenir prochain, de présenter à M. le ministre une géographie médicale de la France, c'est-à-dire une œuvre sans précédents et d'une immense utilité au point de vue de l'amélioration des conditions sanitaires des populations. »

Pour ce qui concerne les eaux minérales, M. le secrétaire perpétuel a tenu aussi à se faire l'écho d'une remarque non moins judicieuse du rapporteur de la commission, M. Guérard, relativement à un fait regrettable qui s'est produit dans ces dernières années, et dans plusieurs établissements d'eaux minérales, fait qui, s'il venait à se généraliser, ne tendrait rien moins qu'à rendre à peu près nulles les appréciations faites par l'Académie.

« Trop souvent, en effet, dit M. le rapporteur, il arrive que des malades, soumis sur les lieux à l'action des eaux minérales, sont en même temps l'objet des médications les plus diverses. Comment dès lors reconnaître les effets véritablement dûs aux eaux minérales; comment faire la part de ce que l'on doit attribuer aux médications faites simultanément? Évidemment, l'Académie ne peut plus alors juger si telle source a produit réellement les effets qu'on lui attribue, ou si ces effets doivent être rapportés à des causes étrangères. Cette remarque, on le comprend, est très-importante; l'Académie pense qu'il suffira d'appeler l'attention de MM. les inspecteurs sur ce fait, pour qu'à l'avenir il ne se renouvelle plus. »

Nous terminerons cette rapide analyse par la citation suivante qui termine le rapport de M. Dubois (d'Amiens), et où l'on trouvera parfaitement défini le rôle des académies et en particulier celui de l'Académie de médecine :

« Ici se termine, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur les devoirs que l'Académie avait à remplir dans le cours de cette année, tant envers l'autorité qu'envers les jeunes savants qui lui soumettent leurs travaux; elle a su poursuivre ainsi la mission toute scientifique qui lui est dévolue, mission distincte de celle qui consiste à recueillir les faits et à les enseigner. L'Académie, en effet, ne recueille point les faits en médecine, c'est l'œuvre des praticiens, des cliniciens; elle n'enseigne pas non plus, c'est l'œuvre des écoles, des professeurs. Elle examine, elle apprécie, elle juge la valeur des faits recueillis, elle les rejette ou les sanctionne, et c'est quand elle les a ainsi sanctionnés, quand elle leur a pour ainsi dire donné droit de domicile dans la science, qu'ils peuvent devenir l'objet d'un enseignement fructueux.

« Telle est la mission de l'Académie, elle a la confiance de l'avoir remplie de manière à satisfaire les esprits les plus sérieux. » — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. MAISONNEUVE.

Désarticulation coxo-fémorale. — Emploi des lotions d'alcool. — Guérison.

Cette observation, si intéressante déjà par elle-même, offre encore ceci de remarquable, qu'elle est le premier cas de guérison de désarticulation coxo-fémorale que l'Hôtel-Dieu ait encore enregistré dans ses archives.

R... (Charles), âgé de vingt-six ans, typographe, vint à l'Hôtel-Dieu le 7 mai 1866; il était depuis trois ans environ atteint d'une coxalgie suppurée. De nombreuses fistules s'étaient produites autour de l'articulation et fournissaient une énorme quantité de pus fétide. Ses forces étaient épuisées; il était amaigri, toussait, avait fréquemment la diarrhée. L'auscultation néanmoins n'indiquait pas d'altération grave de la poitrine. Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, on employa d'abord un traitement reconfortant, puis des injections à la teinture d'iode, et à l'intérieur l'iodure de potassium. Malgré ces moyens, l'état général du malade déclinait de jour en jour; il était urgent de prendre une grande détermination. Deux partis se présentaient : pratiquer la résection de la tête du fémur ou faire la désarticulation coxo-fémorale. C'est à ce dernier parti que l'on crut devoir s'arrêter, en raison de l'extrême amaigrissement du membre et de l'épuisement du malade.

L'opération eut lieu le 18 juin, par la méthode à lambeau antéro-interne; elle fut prompte et facile. Le malade ne perdit que fort peu de sang, grâce à la précaution qui fut prise de faire comprimer l'artère dans le lambeau avant d'achever sa division. Il n'eut pas non plus conscience de l'opération, l'anesthésie par le chloroforme ayant été portée à résolution complète.

Après l'application des ligatures, cette vaste plaie fut soigneusement épongée, puis lavée à plusieurs reprises sur toute sa surface et dans toutes ses anfractuosités avec l'alcool à 40 degrés. On dut faire préalablement quelques grattages dans la cavité cotyloïde, dont la surface était érodée et remplie de fongosités et de détritus.

La plaie ayant été bien essuyée et bien desséchée, les lambeaux furent mis en contact et réunis par douze points de suture simple d'abord, puis par une couche exactement appliquée de bandelettes de diachylon. Le tout fut recouvert d'une couche épaisse de charpie sèche et maintenu par des compresses et une longue bande.

Les suites de cette grave opération furent d'une simplicité inespérée. Le malade n'eut pour ainsi dire pas de fièvre. Dès la première nuit, il dormit paisiblement, et le lendemain il prenait avec plaisir des aliments. La cicatrisation se fit par première intention dans la plus grande partie de la plaie. Mais il s'établit de la suppuration, d'une part, au niveau des deux paquets de fils à ligature, sortant, l'un dans l'angle supérieur, l'autre dans l'angle inférieur de la plaie; d'autre part, sur deux points du lambeau postérieur où déjà avant l'opération il existait des trajets fistuleux.

Les fils de suture furent enlevés le huitième jour. Le pansement eut lieu avec de la charpie imbibée tantôt d'une solution d'acide phénique, tantôt de vin aromatique.

La santé de ce jeune homme reprit bientôt le dessus; le sommeil et l'appétit reparurent, son teint s'éclaircit, il prit de l'embonpoint, et le 31 août il sortit de l'hôpital pour aller achever sa convalescence à Vincennes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Empis.

De la statistique du service d'accouchement de l'hôpital de la Pitié, et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale.

I.

Nommé médecin de l'hôpital de la Pitié le 1er janvier 1863, et comme tel, chargé de la direction médicale du service d'accouchement, j'entrai dans mes nouvelles fonctions sans avoir d'idées bien arrêtées sur la nature et sur l'étiologie de la fièvre puerpérale.

Dans les discussions récentes qui s'étaient élevées à ce sujet, au sein de l'Académie, nos maîtres s'étaient partagés en opinions diverses :

De part et d'autre des arguments puissants avaient été dirigés pour et contre l'essentialité de l'affection ; pour et contre sa nature infectieuse ; pour et contre sa contagiosité.

Après ces mémorables discussions, comme la plupart des médecins auxquels l'occasion de se faire une opinion personnelle n'avait pas été offerte, j'étais resté incertain et indécis sur la meilleure cause ; car de ces débats, il ressortait surtout que l'affection puerpérale était souvent épidémique, et que la constitution médicale jouait un rôle capital dans son étiologie.

Là se bornaient à peu près toutes mes convictions sur les causes de la fièvre puerpérale, lorsque je me trouvai presque au début de mes fonctions, aux prises avec cette redoutable maladie.

Comme mes prédécesseurs dans le service, n'ayant point encore d'idée bien arrêtée sur la nature infectieuse de l'affection et sur sa contagiosité, je ne pris tout d'abord aucune mesure spéciale dans le but d'empêcher sa propagation et de prémunir les femmes saines contre la contagion.

Selon les coutumes du service, je ne conservais pas les femmes malades dans la même salle que les nouvelles accouchées ; elles mouraient à côté de ces dernières, et à peine mortes, le lit qu'elles occupaient était donné à une entrante nouvelle, sans autre purification de la literie que le changement des draps.

Cependant la maladie prit le caractère épidémique ; et du 1er février 1863 au 30 avril suivant, sur un total de 154 accouchements, 18 femmes succombèrent à cette cruelle affection. C'était donc une mortalité de 11,6/10 p. 100 !

Justement terrifié par ce résultat que j'aurais mis volontiers sur le compte de mon impéritie, je voulus savoir jusqu'où il était accidentel dans cet hôpital, et si la mortalité des femmes en couches avait été aussi formidable pendant les autres années, sous la direction savante de mes prédécesseurs dans le service.

Voici ce que la statistique des années précédentes répondait à la question que je voulais éclaircir :

Depuis le 1er janvier 1858 jusqu'au 31 décembre 1862, c'est-à-dire pendant les cinq années qui ont précédé ma venue dans le service qui se compose de 31 lits, et dans lequel il se fait actuellement chaque année de 5 à 600 accouchements, il s'y était fait 2,223 accouchements, sur lesquels 169 femmes avaient succombé à la fièvre puerpérale.

La mortalité avait donc été de 7 6/10 p. 100, répartie pour chaque année de la façon suivante :

Années.	Accouchements.	Décès.	Mortalité.
1858.	403	49	12 1/10 p. 100.
1859.	464	17	3 6/10 —
1860.	460	27	6 1/10 —
1861.	436	50	11 4/10 —
1862.	460	26	5 6/10 —

D'où il ressort que la mortalité de 11 6/10 p. 100 que je venais d'éprouver sur les 154 femmes en couche qui m'avaient été confiées, était encore inférieure à celle qui avait frappé la totalité des accouchements de 1858 ; qu'elle était presque égale à celle des accouchements de 1861 ; et qu'elle était assez peu éloignée de la moyenne générale des autres années pour qu'on ne dût pas la considérer comme un fait exceptionnel.

Je fus vivement ému par cet état de choses. Il me parut désolant qu'une quarantaine de femmes, dans toute la force de l'âge et de la santé, pussent venir chaque année dans mon service, payer de leur vie leur enfantement !

Tout en laissant une part au génie épidémique et à l'influence que la constitution atmosphérique peut exercer sur la fièvre puerpérale, je résolus d'étudier sans relâche les conditions dans lesquelles elle apparaîtrait dans mes salles ; et comme l'hypothèse que cette maladie pût être à la fois infectieuse et contagieuse ne pouvait être tout au plus que stérile, mais qu'elle ne pouvait conduire à aucun danger, je me déterminai à appliquer rigoureusement toutes les mesures prophylactiques découlant de cette opinion, et qui me paraîtraient de nature à prévenir le développement de l'affection et à empêcher son endémicité.

Je viens apporter ici les résultats de mes études pendant quatre années consécutives.

Mon travail sera divisé en deux parties.

A. Dans la première, j'exposerai la statistique des accouchements qui ont eu lieu dans mon service pendant chaque année, et celle des décès qui leur correspondent, en faisant ressortir parmi ces derniers ceux qui appartiennent à la fièvre puerpérale et ceux qui lui sont complétement étrangers.

Je rapprocherai ensuite ma statistique de celle des maternités, de celle des services d'accouchement dans les hôpitaux non spéciaux, enfin de celle des accouchements à domicile.

B. Dans la deuxième partie, j'indiquerai quelles sont les mesures qui ont été instituées dans mon service pour prévenir l'endémicité de la fièvre puerprale, et j'en discuterai la valeur en les comparant aux mesuresqui ont été proposées ou même déjà mises en vigueur par d'atres praticiens.

II. — Première partie.

Statistique des accouchements et des décès des années 1863, 1864, 1865 et 1866 (1).

L'année 1863, qui avait commencé si mal pour les femmes en couches de l'hôpital de la Pitié, se termina d'une façon très-satisfaisante. Dès l'application des mesures hygiéniques que j'instituai dans le service, la ièvre puerpérale cessa d'y être endémique ; il en résulta que du 1er mai au 31 décembre de cette même année, sur un total de 324 accouchements, 4 femmes seulement succombèrent.

Le chiffre de la mortalité générale des femmes en couches pour 1863, fut singulièrement modifié par l'état sanitaire des huit derniers mois de l'anne ; en effet, au lieu d'une mortalité de 11 6/10 p. 100, qui avai été le résultat de l'indemnité de la fièvre puerpérale pendan les premiers mois, il n'y avait plus qu'une mortalité de 1 2/10 p. 100 pour le reste de l'année ; ce qui donnait pour l'année entière, sur un total de 534 accouchements, 22 décès ; c'est-à-lire une mortalité de 1 0/10 p. 100, chiffre vers lequel n'était janais descendu celui de la mortalité des années précédentes.

Voici le relevé, mois par mois, des accouchements et des décès pour cette première année de ma direction du service des accouchements.

1863. Mois de l'année.	Nombre des accouchements.	Nombre des décès.
Janvier.	56	0
Février.	53	6
Mars.	55	6
Avril.	46	6
Mai.	42	1
Juin.	40	2
Juillet.	35	0
Août.	45	0
Septembre.	41	0
Octobre.	33	1
Novembre.	38	0
Décembre.	50	0
Totaux.	534	22

Il est bon de remarquer, à l'occasion de ce premier tableau, que l'épidémie de fièvre puerpérale, qui a causé 18 décès pendant les mois de février, mars et avril, a pris naissance dans l'hôpital pendant les mois qui ont été le plus chargés d'accouchements, et qu'elle s'est éteinte au mois d'avril, non-seulement au moment où j'instituai de nouvelles mesures hygiéniques, mais encore en même temps que le nombre des accouchements descendait à 46 et tombait successivement, les mois suivants, à 42, 40, 35.

J'insiste sur ce premier point parce qu'on va voir par le tableau des accouchements et des décès de l'année suivante, que malgré un nombre d'accouchements bien supérieur à celui de l'année 1863, pendant les cinq premiers mois de l'année, et malgré une apparence d'encombrement présentée par les chiffres, j'ai pu éviter que la fièvre puerpérale ne devînt endémique, et que mes malheureuses accouchées ne fussent décimées par la maladie, comme elles l'avaient été pendant les premiers mois de l'année précédente.

Voici ce tableau :

1864. Mois de l'année.	Nombre des accouchements.	Nombre des décès.
Janvier.	66	0
Février.	57	1
Mars.	58	1
Avril	52	2
Mai.	54	2
Juin.	31	0
Juillet.	44	0
Août.	55	2
Septembre.	36	1
Octobre.	31	3
Novembre.	40	0
Décembre.	45	0
Totaux.	569	12

Les 12 décès qui ont eu lieu pendant l'année 1864, sur un total de 569 accouchements, et qui donnent une mortalité brute de 2,1/10 p. 100, bien inférieure déjà, comme on le voit, à celle des années antérieures, à l'application de mes nouvelles mesures hygiéniques, ces 12 décès, dis-je, ne sont pas tous le résultat de la fièvre puerpérale ; il faut en retrancher deux phthisies pulmonaires, complétement étrangères à l'affection puerpérale, et deux femmes apportées de la ville dans le plus misérable état, après avoir eu l'utérus perforé par des manœuvres obstétricales intempestives et inhabiles. Le nombre réel des décès causés par la fièvre puerpérale, pendant l'année 1864, est donc seulement de huit : ce qui donne une mortalité par cette maladie de 1 4/10 p. 100.

La statistique de ma troisième année met encore plus en relief l'efficacité des mesures hygiéniques instituées dans mon service, en montrant une mortalité par la fièvre puerpérale encore inférieure à celle des deux années précédentes, bien que le nombre des accouchements se soit progressivement plus élevé d'année en année, et qu'ils aient eu lieu dans le même local et dans le même nombre de lits ! En effet, il y a eu dans mon service 620 accouchements pendant l'année 1865, et 6 femmes seulement ont succombé à la fièvre puerpérale ; la mortalité par cette affreuse maladie n'a donc plus été que de 9/10 p. 100 ! Combien nous voilà loin de la mortalité des années 1858 et 1861, où elle était de 12 1/10 p. 100 et de 11 4/10 p. 100 !

Il importe toutefois de faire remarquer que la mortalité brute de mes femmes en couches, pour l'année 1865, pourra être un peu plus élevée dans la statistique administrative que celle que je viens de donner, si on confond avec les décès causés par la fièvre puerpérale, ceux qui sont dus à des affections complétement étrangères à cette maladie.

Voici le tableau des accouchement indiqués mois par mois, et celui de la totalité des décès ; tout à l'heure je ferai ressortir ce qu'il y aurait d'erroné à rapporter tous ces décès à la fièvre puerpérale.

1865. Mois.	Accouchements.	Décès.
Janvier	54	1
Février	59	2
Mars.	68	0
Avril.	41	0
Mai	52	2
Juin	54	2
Juillet	55	0
Août.	50	1
Septembre	50	0
Octobre	56	2
Novembre	36	3
Décembre	46	1
Totaux	620	14

On voit par le tableau ci-dessus que sur 620 accouchements, il y a eu 14 décès ; ce qui donne une mortalité brute de 2 2/10 pour 100 ; mais parmi ces 14 décès, il y en a 8 qui ne doivent pas figurer dans une statistique qui a pour objet d'étudier la mortalité des femmes en couches par la fièvre puerpérale, dans un service d'hôpital. L'examen des causes de ces décès va justifier mon observation. En effet, pour le mois de février, nous comptons deux décès ; mais l'un de ces deux décès est relatif à une femme qui fut apportée à l'hôpital pour une variole hémorrhagique extrêmement grave. Comme elle était enceinte, on la plaça dans le service d'accouchement où elle mourut de sa variole après être prématurément accouchée ; elle ne doit pas compter comme affection puerpérale. Pour le mois de mai, nous avons marqué deux décès ; mais l'un fut causé par une pleurésie tuberculeuse à laquelle la maladie puerpérale fut totalement étrangère, et l'autre est relatif à une femme qui fut prise d'éclampsie pendant le travail de l'accouchement, et qui mourut pendant les attaques.

Le mois de juin figure aussi pour deux décès sur ma statistique ; un seul appartient à la fièvre puerpérale ; l'autre a eu pour cause une perforation de l'utérus, déterminée en ville, par une application de forceps. La femme mourut presque aussitôt après sa délivrance.

Le mois d'août compte un décès ; il est relatif à une femme qui présentait une insertion vicieuse du placenta et qui mourut d'une hémorrhagie foudroyante sitôt après l'accouchement. Ce n'est point encore là de la fièvre puerpérale, ni de l'influence nosocomiale.

Pour le mois de novembre il y eut trois décès ; mais un seul doit figurer sur la statistique de la mortalité par la fièvre puerpérale ; car, des deux autres, l'un a pour cause une variole confluente chez une femme qui n'était pas à terme, et l'autre fut déterminé par une diphthérie généralisée, totalement étrangère à la parturition.

Enfin pour le mois de décembre, la statistique porte un décès qu'il faut encore retrancher : la femme qui en est l'objet était depuis longtemps atteinte d'une maladie de l'estomac, et elle succomba à une hémorrhagie stomacale presque foudroyante.

Il y a donc, comme je le disais tout à l'heure, *huit décès* dans ma statistique, qui n'appartiennent pas à la fièvre puerpérale, qui ne reconnaissent pour cause aucune influence nosocomiale, et qui auraient eu lieu aussi bien en ville ou à la campagne que partout ailleurs. Il est indispensable, dans une bonne statistique, de faire l'analyse des faits, et j'aurai plus loin l'occasion de revenir sur ce sujet à propos des statistiques de la mortalité de la ville. Il est évident que ces huit décès auraient surchargé d'autant la statistique mortuaire des accouchements pratiqués à domicile par les bureaux de bienfaisance, si au lieu de porter toutes ces malheureuses dans un hôpital, ont les eût gardées dans leurs masures ; mais, n'anticipons pas.

La statistique de ma quatrième année donne encore des résultats très-satisfaisants. En faisant la part des décès causés par des maladies étrangères à l'affection puerpérale, on trouve une mortalité de 1 1/10 p. 100 (1). En voici le tableau :

1866. Mois de l'année.	Nombre des accouchements.	Nombre des décès.
Janvier.	55	5
Février.	52	3
Mars.	81	2
Avril.	67	0
Mai	47	1
Juin.	45	0
Juillet.	35	0
Août.	49	1
Septembre	41	0
Octobre.	35	0
Novembre.	41	1
Décembre.		
Totaux.	548	13

(1) La statistique de 1866 est arrêtée au 1er décembre.

(1) La statistique est arrêtée au 1er décembre.

Les treize décès de l'année sont répartis de la façon suivante :

Pour le mois de janvier la statistique porte cinq décès : *deux* seulement sont dus à des métro-péritonites puerpérales; les trois autres reconnaissent pour cause : l'un une méningite tuberculeuse transportée à la dernière période de sa maladie, de de la salle Sainte-Marthe à la salle d'accouchement; un autre a pour cause une maladie de Bright compliquée de maladie organique du cœur et déjà prvenue au dernier degré de la cachexie, quand on la transporta de la salle Saint-Charles à la salle Notre-Dame pour accoucher. Elle mourut sans complication puerpérale. Le troisième décès est relatif à une femme atteinte d'une fièvre typhoïde fort grave que l'on fit passer de la salle Sainte-Marthe à la salle Notre-Dame, parce qu'elle était enceinte; elle mourut de la fièvre typhoïde et non d'autre chose.

Le mois de février compte pour trois décès dans la statistique; mais il y en a un qui doit être retranché parce qu'il a pour cause une pleurésie tuberculeuse et non une affection puerpérale.

Le mois de mai figure dans la statistique pour un décès; mais il est relatif à une femme qui fut apportée à l'hôpital pendant une attaque d'éclampsie et qui mourut pendant les accès. Ce n'est point là de la fièvre puerpérale.

J'en dirai autant des deux décès qui sont portés sur la statistique pour les mois d'août et de novembre : le premier est dû à une variole pendant laquelle la malade accoucha la veille de sa mort; le second appartient à une femme qui fut atteinte de pleuro-pneumonie tuberculeuse au sixième mois de sa grossesse, et qui vint mourir à la Pitié de sa maladie thoracique.

Il y a donc, sur les treize décès de l'année 1866, à en retrancher sept, auxquels la fièvre puerpérale est restée étrangère; ce qui, au lieu d'une mortalité brute de 2 3/10 p. 100, rétablit exactement celle qui a été causée par la fièvre puerpérale à 1 0/10 p. 100.

En additionnant tous les accouchements qui ont eu lieu dans mon service depuis l'application des nouvelles mesures hygiéniques, c'est-à-dire depuis le 1er mai 1863 jusqu'au 1er décembre 1866, on arrive à un total de 2,117 accouchements, sur lesquels l'affection puerpérale a causé 24 décès, soit une mortalité de 1 1/10 p. 100.

Or, sur les 2,223 accouchements qui s'étaient accomplis dans le même service pendant les cinq années précédentes, de 1858 à 1862, il y avait eu 169 décès, soit une mortalité de 7 6/10 p. 100; et si l'on vient objecter, en présence d'une différence aussi considérable, que la mortalité de ces cinq années est évaluée, par rapport à la mortalité générale des femmes en couches du service, et non pas seulement par rapport au nombre des décès causés par la fièvre puerpérale, comme je le fais pour ma statistique, on répondra qu'il est facile de rétablir pour mes quatre années la statistique brute des décès; elle donnera, depuis l'application des nouvelles mesures hygiéniques, pour un total de 2,117 accouchements, 43 décès, soit une mortalité brute de 2 p. cent.

Années.	Accouchements.	Décès par la fièvre puerpérale.	Décès par maladies étrangères.	Total.
1863 (1).	380	4	0	4
1864	569	8	4	13
1865	620	6	8	14
1866	548	6	7	13
	2,117	24	19	43

Eh bien, entre 2 p. 100 et 7 6/10 p. 100, il y a encore en faveur des conditions hygiéniques nouvelles, dans lesquelles j'ai placé le service, une différence de 5 6/10 p. 100.

En d'autres termes, sur 600 femmes qui viennent actuellement chaque année accoucher à la Pitié, il y en a 33 6/10 qui ne meurent plus! Sur la totalité des 2,117 accouchements qui ont eu lieu dans mon service depuis bientôt quatre ans, cela fait 118 femmes 5/10 qui me paraissent, si je ne me fais pas illusion, avoir dû la vie au nouvel état de choses.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 décembre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

L'ampliation d'un décret en date du 13 décembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. E. Barthez dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Chailly-Honoré, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Barthez prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Lemaire (de Dunkerque), Meschenet (de Niort), Houza de l'Aulnoit (de Lille);

2° Un exemplaire du compte rendu des travaux du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Somme en 1865. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Verneuil, qui se présente comme candidat dans la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de M. H. Guéneau de Mussy, qui sollicite le titre de membre correspondant;

3° Une note sur l'allaitement maternel obligatoire, par M. le docteur Chassinat (d'Hyères). (Commissaire : M. Blot).

4° Un mémoire de M. Stanislas Chodzko, intitulé : *Des effets sur l'économie de l'acide carbonique naissant.* (Commissaire : M. Chatin.)

5° Un deuxième mémoire, de M. le docteur Bouteiller (de Rouen), sur l'épidémie de variole qui a régné dans cette ville en 1864 et 1865. (Commission des épidémies.)

6° Un pli cacheté, relatif à la contention des hernies abdominales, par M. le docteur Dupré. Le dépôt est accepté;

7° Un pli cacheté, par M. le docteur Monneau, de Chauny (Aisne). (Accepté.)

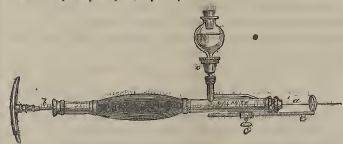
— M. CHEVALLIER adresse la deuxième partie de son mémoire sur les eaux de Bourbonnes, pour être envoyé à la commission des eaux minérales. (Renvoi à la commission.)

— M. BÉCLARD présente :

1° La deuxième partie du tome V du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et signale notamment parmi les articles que contient cette livraison, les mots *Antispasmodiques* et *Aphrodisie*, par M. Fonssagrives; *Anus*, par MM. Trélat, Chassaignac et Guyon; *Aorte*, par MM. Charcot et Ball; *Aphasie*, par M. Jules Falret; *Apoplexie*, par MM. Schutzenberger et Hecht, etc.;

2° Un exemplaire de l'*Histoire naturelle des helminthes des principaux mammifères domestiques*, par M. C. Baillet, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort; extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaire*, publié par MM. Bouley et Raynal.

M. BÉCLARD présente ensuite, de la part de M. Galante, un petit instrument pour pratiquer l'hydro-puncture.



Un jet capillaire de liquide, lorsqu'il est projeté sur un point de la peau et avec la force de 25 atmosphères au moins, la perce et le liquide est introduit dans les mailles du tissu organisé.

Il s'agissait de faire un petit instrument qui produisît ce jet à cette force; c'est ce qu'a fait M. le docteur Sales-Girons avec une seringue fabriquée par M. Galante.

Le liquide est contenu dans une petite ampoule de verre; en tirant le piston, il entre dans le corps de la pompe, dont le diamètre n'excède pas trois millimètres de calibre; en poussant avec le simple effort de la main, il sort un filet capillaire avec la pression voulue de 25 à 30 atmosphères.

Appliqué sur le point de la peau, l'opération de l'hydro-puncture se pratique avec la plus grande facilité. Ce procédé est mis à profit aujourd'hui contre les névralgies rebelles, avec de l'eau pure ou des liquides médicamenteux.

M. RICORD donne lecture de la lettre suivante, adressée à l'Académie par M. Préterre.

« Depuis que M. Ricord a présenté en mon nom à l'Académie (séance du 29 mai 1866), une note sur l'emploi du protoxyde d'azote comme agent anesthésique, j'ai eu un grand nombre d'occasions de faire usage de ce gaz, et je me suis tenu, pour l'expérimenter plus complétement, à la disposition des chirurgiens des hôpitaux et de beaucoup de praticiens.

« Plusieurs membres de l'Académie ont bien voulu venir juger chez moi de la facilité avec laquelle s'administre le protoxyde d'azote, de la rapidité de ses effets et de l'innocuité de son action. Ils ont pu se convaincre ainsi qu'en une ou deux minutes au plus, on obtenait toujours un sommeil suffisant pour extraire une dent ou pratiquer une opération de courte durée.

« Après le réveil, les nausées, l'inappétence, l'abattement et la fatigue qui suivent d'ordinaire l'anesthésie obtenue par le chloroforme ou l'éther, ne se produisent jamais.

« Les expériences publiques, faites en France depuis six mois, ont donc confirmé de tous points ce qui nous avait été annoncé par nos confrères d'Amérique et notamment par notre confrère le docteur Préterre (de New-York.)

« Le protoxyde d'azote n'a offert jusqu'ici, après des milliers d'opérations, aucun accident; je demande donc à l'Académie d'appeler toute son attention sur ce précieux agent anesthésique. »

— M. Ricord dépose ensuite sur le bureau un ouvrage de M. le docteur Charles Roquette, intitulé : *L'homme*, structure et fonctions de ses organes démontrant l'existence de Dieu.

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Péruy, médecin-major, des *Tableaux et Études statistiques sur le recrutement et la géographie médicale du département de l'Aude.* (Commission des épidémies.)

Et au nom de M. le docteur Didiot, médecin principal, un ouvrage intitulé : *La guerre contemporaine et le service de santé des armées.*

— M. BÉHIER fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Dolbeau, des *Leçons de clinique chirurgicale* professées à l'Hôtel-Dieu de Paris.

— M. PIDOUX présente, au nom de M. le docteur W. Rommelaere, un ouvrage intitulé : *Des institutions médicales et hospitalières en Angleterre.*

— M. TARDIEU présente une brochure de M. le docteur Abel Frarier, intitulée : *Étude sur le phlegmon des ligaments larges.*

— M. ROBINET présente au nom de M. Marchant (de Fécamp), correspondant de l'Académie, présent à la séance, un travail considérable qui vient d'être tout récemment couronné par la Société impériale d'agriculture.

M. LARREY demande si le Bureau ou quelques membres de l'Académie ont été informés de l'état de MM. Rayer et Follin qui paraissent avoir été assez sérieusement malades depuis la dernière séance, et s'ils sont en mesure de donner de leurs nouvelles.

MM. TROUSSEAU et BROCA donnent quelques renseignements sur la situation de M. Follin. Il en résulte que M. Follin a éprouvé des accidents extrêmement graves dans ces derniers jours, mais qu'il va beaucoup mieux en ce moment, et que sa vie est hors de danger.

M. LE PRÉSIDENT prie MM. Trousseau et Broca de vouloir bien informer M. Follin de l'intérêt que l'Académie prend à son état. Il se rendra lui-même l'interprète des sentiments de l'Académie auprès de M. Rayer.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que la séance prochaine aura lieu mercredi au lieu de mardi jour de Noël.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du Bureau pour l'année 1867.

ÉLECTIONS POUR LE RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un vice-président, le vice-président actuel passant de droit à la présidence aux termes du nouveau règlement.

Le nombre des membres présents prenant part au vote est de 66, majorité 34.

M. Denonvilliers obtient. . . . . . 31 voix.
M. Ricord . . . . 30 —
MM. Barth et Danyau, chacun. . . . 1 —
Un billet blanc.

Aucun des membres sur qui se sont portés les suffrages de l'Académie, n'ayant réuni la majorité des suffrages, on procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants est de 69, majorité 35.

M. Ricord obtient. . . . . 35 voix.
M. Denonvilliers . . . . 33 —
Une voix perdue.

M. Ricord ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés est proclamé vice-président pour l'année prochaine.

L'Académie procède ensuite au scrutin pour l'élection d'un secrétaire annuel. Le secrétaire est rééligible.

M. Béclard réunit l'unanimité des suffrages.

Deux scrutins ont lieu successivement pour l'élection de deux membres du conseil.

M. H. Roger est élu à l'unanimité moins trois voix perdues, premier membre du conseil.

M. Boudet est élu à l'unanimité, moins deux voix, deuxième membre du conseil.

LECTURES.

Emploi des enduits imperméables en chirurgie. — M. LE Dr ROBERT DE LATOUR, candidat pour la section de thérapeutique, lit un travail sur l'emploi des enduits imperméables, dans la pratique chirurgicale.

Ce travail a pour objet le traitement de l'inflammation par les enduits imperméables. L'auteur établit d'abord que sur la question de l'inflammation, la physiologie est faite : « Nous savons, dit-il, que la chaleur animale est la force motrice de la progression du sang dans les petits tubes circulatoires; que c'est le calorique dégagé au sein des tissus, qui domine et règle la réplétion du réseau capillaire; que par conséquent l'élévation de la chaleur dans l'inflammation est le phénomène essentiel et primitif, tandis que l'engorgement sanguin n'est qu'un phénomène consécutif et secondaire, fatalement enchaîné à cette élévation même de la chaleur. De là, pour les praticiens, cette indication que c'est par la faculté calorificatrice que doit être attaquée l'inflammation; et cette indication, la physiologie va nous apprendre à la remplir. On sait aujourd'hui, par les expériences de Fourcault, expériences répétées par plusieurs physiologistes, et que moi-même, dans un but thérapeutique, j'ai variées à l'infini; on sait, dis-je, que parmi les nombreux éléments de la chaleur animale, figure comme condition absolue, l'action immédiate de l'air sur le corps; et de cette notion se dégage directement l'emploi des enduits imperméables. »

Telle est l'idée fondamentale du travail de M. Robert de Latour; c'est à la démonstration de cette proposition par les résultats de l'expérimentation clinique qu'est consacré principalement ce mémoire.

Le travail de M. Robert de Latour est renvoyé à la section de thérapeutique constituée en commission d'élection.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu. — M. LE Dr MARROTTE, candidat pour la section de thérapeutique, donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'opportunité dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.* L'auteur résume ce mémoire par les propositions suivantes :

Le rhumatisme articulaire aigu, comme toutes les variétés de rhumatisme, est une maladie spéciale, mais non pas spécifique.

Comme tel il est plus habituellement et plus facilement influencé par certains médicaments.

La profondeur variable à laquelle elle pénètre l'organisme, les modifications que lui impriment les circonstances extérieures et plus spécialement les constitutions médicales, ramènent son traitement aux lois générales de la thérapeutique; on y trouve, comme dans les autres maladies, des indications communes, individuelles ou transitoires; des modes pathologiques plus ou moins étrangers à sa nature, inflammatoires, nerveux, bilieux, typhiques, mais ayant une telle importance qu'il est nécessaire de les combattre pour assurer l'efficacité du traitement spécial. Ces modes pathologiques exercent aussi une influence sur le choix de la médication anti-rhumatismale proprement dite. Les médications spéciales trouvent principalement leur indication dans les cas à physionomie vulgaire, et, dans les autres variétés, lorsqu'elles ont perdu leur physionomie spéciale; enfin, pour terminer franchement la maladie et l'empêcher de passer à l'état chronique.

Les bains de vapeur et les bains sulfureux ne doivent être mis en usage, règle générale, qu'au moment où la fièvre rhumatismale est épuisée, sous peine de voir le mouvement fébrile et les localisations articulaires se raviver.

Le mémoire de M. Marrotte est renvoyé à la section de thérapeutique constituée en commission d'élection.

La séance est levée à cinq heures.

UNIVERSITÉ DE FRANCE.

ACADÉMIE DE PARIS.

Le ministre de l'instruction publique a résolu de pourvoir à trois chaires vacantes à la Faculté de médecine de Paris, savoir :

(1) A partir du 1er mai.

1° Chaire de pathologie médicale, vacante par suite de la nomination de M. Monneret, nommé professeur de clinique interne;

2° Chaire de pathologie médicale, vacante par suite de la nomination de M. Béhier, nommé professeur de clinique interne;

3° Chaire de pathologie chirurgicale, vacante par suite de la nomination de M. Gosselin, nommé professeur de clinique externe.

Les candidats à ces chaires sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une noté détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs services et de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le 3 janvier, à trois heures.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année* 1866.

29. Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique, par M. A.-M. Rondeau.
30. De la gangrène du poumon dans la pneumonie aiguë franche, par M. Henri Augros.
31. De l'occlusion chirurgicale des paupières, par M. Henri-Sylvain Filhol.
32. De la hernie diaphragmatique congénitale, par M. J. B. Duguet.
33. Des kystes synoviaux tendineux, par M. Étienne Lantier.
34. Considérations sur les marais et en particulier sur ceux de la Sologne, par M. L. Alfred Lafont.
36. Relation médicale de la campagne (1863-1865) de la frégate la Néreide, par M. Joseph-Bernès Lasserre.
36. Traumatismes du cou-de-pied, par M. Eugène Guieysse.
37. De la contagion du choléra, par M. Alexis Joyaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, le vendredi 21 décembre, à trois heures et demie.

Ordre du jour. — Communication de M. Blachez, sur le traitement de la fissure à l'anus.

Communication de M. J. Worms, au nom de M. Spencer Wells, membre correspondant.

Le choléra de 1866, lecture par M. Boinet.

— L'ouvrage de M. Louis Figuier, les *Merveilles de la Science*, ou Description populaire des inventions modernes, que la librairie Furne et Jouvet vient de mettre en vente, pour les étrennes du jour de l'an 1867, réunit, on pourrait même dire dépasse, les conditions que doit réunir un livre de cette destination.

L'histoire et la destination des grandes inventions scientifiques modernes, la Machine à vapeur, les Bateaux à vapeur, la Locomotive, les Chemins de fer et les Locomobiles; suivies de l'intéressante et si curieuse histoire de l'Électricité : la Machine électrique, le Paratonnerre, la Pile de Volta et l'Électro-magnétisme; le tout décrit et raconté par M. Louis Figuier, avec ce mélange constant de verve et de clarté, qui fait que, dans les livres de cet auteur fécond, la science se lit avec tout l'attrait d'un roman; — 400 gravures sur bois, dessinées par des artistes en renom, MM. Yan d'Argent, Lebreton, Parent, etc., et qui représentent des scènes animées et vivantes de l'histoire de la science contemporaine, et plus de 50 portraits de savants; — le genre particulier du sujet qui, par son utilité générale s'adresse à tous les âges et à toutes les catégories de lecteurs sans exception, aux savants comme aux gens du monde et aux ouvriers; — la beauté de l'impression et le luxe de l'exécution typographique; — enfin le bon marché vraiment surprenant de cette publication (10 fr. broché,) assurent aux *Merveilles de la Science* de M. Louis Figuier, un succès hors ligne à l'époque des étrennes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebora, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Registres de médecins. — Comptabilité spéciale pour l'inscription des visites. — Registres pour 400 comptes, 6 francs; registres pour 600 comptes, 8 francs; registres pour 800 comptes, 10 francs. — Agenda médical. — Papeterie Chamouin, 29, rue Bonaparte.

Les insectes, par Figuier, ouvrage illustré de 605 figures et de 12 grandes compositions. Un fort vol. grand in-8°. Prix broché : 10 francs. — Paris, 1867, L. Hachette et Cᵉ.

Précis iconographique des maladies vénériennes, par M. A. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi. Un vol. grand in-18 de 488 pages, avec 74 planches, toutes dessinées d'après nature, gravées au burin sur acier et coloriées avec le plus grand soin. Cet ouvrage aujourd'hui complet, a paru en neuf livraisons, au prix de 5 francs la livraison (20 cent. de plus à ajouter pour l'envoi par la poste). — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le quarante-huitième fascicule du **Grand dictionnaire universel du** XIXᵉ **siècle**, de M. Pierre Larousse, est en vente. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales; le *Grand dictionnaire universel* parait avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Quarante-huit fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 volumes in-8°, sont en vente. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

L'homme avant l'histoire, étudié d'après les monuments et les costumes retrouvés dans les différents pays de l'Europe, suivi d'une description comparée des mœurs des sauvages modernes, par sir John Lubbock; traduit de l'anglais, par M. Ed. Barbier, avec 150 figures intercalées dans le texte. Un beau vol. grand in-8°. Prix broché : 15 fr. Prix relié en demi-maroquin : 18 fr. Paris, 1866. Germer Baillière.

Traité pratique de l'art des accouchements, avec figures, par le docteur Hyernaux, chirurgien à la Maternité de Bruxelles. 2ᵉ édition. Un fort vol. in-8°. Prix : 10 fr. Bruxelles, 1866, G. Mayolez et Paris, Germer Baillière.

Essai de pathologie et de clinique médicales, contenant des recherches spéciales sur la forme pernicieuse de la maladie des marais, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la pneumonie, la thoracentèse chez les enfants, le carreau, etc., avec de nombreuses observations, par H. Guinier, professeur agrégé et ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Un fort vol. grand in-8° de 570 pages. Prix : 8 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Agenda-formulaire des médecins praticiens pour 1867.

ET CARNET DE POCHE RÉUNIS, CONTENANT :

Outre le Calendrier-Agenda à deux jours à la page :

1° Petit *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, avec la *posologie* et plus de 500 formules; 2° *Accouchements*; 3° *Médecine légale*, rapports complets et authentiques sur diverses questions; 4° *Analyse des urines*, au point de vue séméiotique; 5° *Renseignements divers*; 6° *Dictionnaire des rues de Paris*, publié par le docteur Antonin Bossu.

Le nouveau CODEX a été mis à contribution pour les nombreuses corrections qu'a reçues cette édition.

PRIX DIVERS DES AGENDA-FORMULAIRES

N° 1. Reliure chagrin, fermant au crayon.	3 »
N° 2. — — — en portefeuille	3 50
N° 3. Le même avec trimestres mobiles.	4 »
N° 4. Reliure forme serviette, trimestres mobiles.	5 »
N° 5. Reliure chagrin, portefeuille, avec petite trousse, poche en soie.	6 »
N° 6. Le même, avec trimestres mobiles.	7 »
N° 7. Reliure avec poche et portefeuille intérieurs, petite trousse, trimestres mobiles, etc.	8 »
N° 8 Le même, avec fermoir en maillechort, etc.	9 »
Broché, avec couverture imprimée.	1 75
Cahier plein, doré sur tranche.	2 50
Cahier recouvert en soie, avec trimestres mobiles.	3 »

Les *Agendas* reliés sont tous dorés sur tranche. — Ceux à petite trousse sont, par privilège, munis de *passettes élastiques* brevetées de M. Charrière.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. Decq, *libraire, rue de la Madeleine, 9; ou à* M. Mayolez, *libraire, rue de l'Impératrice, 35;*

Ceux de l'Angleterre, à M. H. Baillière, *libraire à Londres, 219, Regent street;*

Ceux de la Suisse, à MM. Jullien frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Le Directeur, Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 149. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1866. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvre typhoïde. — Anatomie pathologique.

Dans un de nos premiers Paris (mardi, 11 décembre), nous avons exposé comment la science se forme par la détermination successive de chaque fait, sous divers points de vue.

Nous avons dit qu'un fait peut être scientifique à plusieurs degrés, pour ainsi dire. Qu'il doit être déjà considéré comme tel, lorsqu'on possède la notion précise de son existence et de ses rapports de coïncidence avec d'autres. Qu'il le devient plus complétement lorsqu'on le connaît dans ses causes et ses résultats, plus encore lorsqu'on détermine le mécanisme de sa production.

Si nous avions besoin d'un exemple, la fièvre typhoïde nous le fournirait.

Depuis les beaux travaux de Louis, on sait qu'il existe dans cette maladie certaines altérations des plaques de Peyer et des follicules clos de l'intestin, des ganglions mésentériques et de la rate, etc. Cette connaissance est vraiment scientifique; car, sans voir ces altérations, on peut maintenant, à de très-rares exceptions près, les affirmer d'après le seul examen des phénomènes apparents qui coïncident avec elles.

Mais par suite de quel travail intime ces lésions se forment-elles ? Quelle est leur vraie nature ? Sont-elles causes ou résultats des modifications pathologiques qu'on observe aussi dans le sang, etc.? On l'ignorait.

Les recherches anatomo-pathologiques de MM. Ranvier et Raynaud, auxquels il faut joindre les travaux de MM. His et Ricklinghausen sur l'anatomie physiologique des intestins, ont eu pour but de rétrécir cette large part de l'indéterminé.

M. Raynaud a présenté avec de grands développements, dans une de ses leçons cliniques, les résultats de ces recherches; et bien que la question soit encore discutée, nous croyons devoir en dire quelques mots à nos lecteurs, en évitant ce qui ne saurait être compris par ceux qui n'ont pas fait une étude spéciale de la micrographie.

D'après les savants cités plus haut, les plaques de Peyer et les follicules clos de l'intestin, seraient constitués par les mêmes éléments anatomiques que les ganglions lymphatiques en général : ce seraient, pour bien dire, des ganglions lymphatiques étalés. On a donné le nom de tissu adénoïde au tissu dont ils se composeraient, et dans lequel on trouverait d'abord des mailles formées de fibres minces, munies de noyaux à leurs entrecroisements. Ces fibres seraient-elles pleines ou creuses? on n'en sait rien encore; mais leurs intervalles seraient remplis par des corpuscules lymphatiques, qu'on en ferait facilement sortir en les frappant avec un pinceau, suivant le procédé de M. Ranvier.

La rate aurait exactement la même composition dans les corpuscules de Malpighi et la boue splénique, laquelle aurait seulement cela de particulier que le tissu adénoïde s'y trouverait en contact avec le sang.

Ainsi ce tissu réticulé formerait à la fois la rate, les ganglions lymphatiques et une des parties constituantes les plus importantes des intestins; seulement tandis qu'il serait étalé dans ces derniers, dans la rate et dans les ganglions il serait condensé et enfermé dans une coque d'enveloppe plus ou moins résistante.

C'est ce tissu qui serait malade dans la fièvre typhoïde. Alors on verrait se multiplier d'une part les éléments lymphatiques, les cellules; d'autre part les noyaux des fibres. Dans les plaques de Peyer, dans les follicules clos, partout en un mot où le tissu adénoïde ne serait pas condensé et protégé par une coque solide, le résultat de cette prolifération excessive des éléments lymphoïdes et des noyaux serait de distendre les mailles de ce tissu, et de faire perdre aux fibres dont elles seraient formées, leur résistance normale, de telle sorte qu'elles finiraient souvent par céder à cet effort intérieur. Bientôt, du reste, par les progrès du même processus organique, une dégénérescence générale envahissant à la fois les fibres du tissu adénoïde et les éléments contenus dans ses mailles, le tout se confondrait en une sorte de détritus méconnaissable qui paraîtrait au microscope divisé comme en blocs, et qui lui-même subissant une sorte de fonte et tombant en déliquium, donnerait naissance aux ulcérations.

Dans les ganglions et la rate, la résistance de la coque d'enveloppe mettrait en général obstacle à ce dernier résultat, bien que le travail intime fut identique. Cependant quelquefois la coque serait trop faible pour résister, particulièrement dans les ganglions mésentériques, et c'est alors qu'on verrait se produire des péritonites promptement mortelles, par rupture de ces ganglions.

Bien qu'aucune communication directe n'ait été jusqu'ici trouvée entre les vaisseaux lymphatiques et les follicules clos ou les plaques de Peyer, autour desquels ils se distribuent, on admet cependant par hypothèse, que les éléments lymphoïdes contenus dans les follicules clos ou les plaques de Peyer peuvent passer dans les lymphatiques et de là dans le sang, c'est ainsi qu'on expliquerait le trouble profond de la crase sanguine, et la proportion considérable de leucocytes dans le sang, la *leucocytose* qu'on a signalée comme existant au début des fièvres typhoïdes.

En résumé la fièvre typhoïde serait une maladie de tout le système lymphatique dans ses éléments constitutifs; maladie qui pourrait produire, soit dans les muscles, soit dans les divers organes centraux des altérations consécutives que nous n'examinerons pas aujourd'hui, faute de place.

Ovariotomie.

Samedi dernier, en parlant de deux opérations récentes d'ovariotomie, nous annoncions qu'une troisième devait être faite le mercredi, par M. Maisonneuve.

La malade qui devait être opérée, âgée de trente-huit ans, paraissait vigoureuse. On la croyait atteinte d'un kyste de l'ovaire, uniloculaire probablement, car la fluctuation était manifeste d'un côté à l'autre de la tumeur. Aucune ponction n'avait jamais été faite, et rien n'indiquait qu'on eut à craindre des adhérences.

Cependant, une fois que les parois abdominales furent incisées, on s'aperçut que l'opération ne serait pas simple, comme on était en droit de l'espérer. A droite, un kyste multiloculaire, adhérent sur une surface très-étendue ; à gauche, un second kyste également multiloculaire, mais adhérent seulement sur deux points, et qu'on put extraire assez facilement en en liant les deux pédicules ; voilà comment les choses se présentaient.

On ouvrit successivement la plupart des poches du kyste droit; il en sortit a peu près vingt litres de liquide; mais lorsqu'on voulut détacher les adhérences, elles se trouvaient être si étendues et si intimes, qu'on y renonça, et que pour détacher le kyste on fut obligé de le couper en deux, en en laissant une grande partie dans l'abdomen.

Le lendemain matin, la malade mourut d'une hémorrhagie qu'avait fournie l'un des pédicules. L'autopsie a été faite ce matin ; les ovaires étaient sains ainsi que les trompes, et les kystes semblaient être nés sur le péritoine lui-même, peut-être sur l'épiploon. Nous donnerons du reste, bientôt, sur cette autopsie, des détails plus complets, car les pièces doivent être l'objet d'un examen ultérieur attentif.

Érysipèle du cœur.

Il est maintenant démontré que l'érysipèle commençant d'abord sur la peau, peut de proche en proche pénétrer jusque dans les poumons, par exemple. La thèse de M. Labbé, les Bulletins de la Société anatomique, etc., contiennent plusieurs exemples de cette propagation.

Mais l'érysipèle peut-il d'emblée se développer dans un organe tel que le cœur ou les poumons? L'affection cutanée peut-elle par retentissement ou par métastase amener un trouble ou une lésion à une distance assez grande de son siége, sans continuité supposable? C'est là un point encore en discussion. Récemment M. Géneau de Mussy a consacré l'une de ses leçons cliniques à la fièvre érysipélateuse, et nous mettrons probablement bientôt sous les yeux de nos lecteurs les idées qu'il a développées sur les complications possibles de l'érysipèle.

D'une autre part, M. le docteur Duroziez, ancien chef de clinique de la Charité, nous adresse la note suivante sur l'érysipèle du cœur :

« Dans un travail sur le rétrécissement mitral, inséré dans les *Archives* d'octobre 1862, j'ai cité un cas d'érysipèle du cœur, le seul peut-être qui existe dans la science avec autopsie. Nous ne reproduirons que ce qui touche à notre sujet :

M..., trente-six ans, couturière, entre à la Charité le 4 février 1857, et meurt en février 1859.

Cette femme avait été choréique dans son enfance, et avait eu, à dix-sept ans, un rhumatisme articulaire aigu.

Au mois de février 1859, cette femme se trouvait encore dans un état de santé passable, malgré un double rétrécissement auriculo-ventriculaire, lorsqu'elle fut prise d'un érysipèle ambulant qui se fixa sur les seins. La physionomie s'altéra rapidement et la malade mourut.

A l'autopsie, nous trouvâmes les lésions les plus étranges :

Une rougeur générale érysipélateuse a envahi le péricarde; il n'y a ni dépôts fibrineux, ni granulations.

L'oreillette droite est gonflée comme une oreille envahie par l'érysipèle. Elle ressemble assez bien à une crête de coq turgide.

Le trou ovale est complétement fermé.

La tricuspide est rouge, boursouflée; ses lames adhèrent les unes aux autres par leur face supérieure. L'orifice rétréci ne laisse passer qu'un doigt.

La mitrale est cartilagineuse et dure, son orifice a tout au plus la dimension d'un pois.

Les valvules de l'aorte sont très-épaissies.

L'aorte, non dilatée, est athéromateuse.

Le cœur, peu hypertrophié, est un peu dilaté; le muscle est légèrement jaune.

Le foie est granuleux, gras, cirrhotique.

Les poumons sont engoués.

Cette observation date donc de 1859, et, dès cette époque, il n'y avait pas de doute pour nous que l'érysipèle pût s'attaquer au cœur comme aux autres organes.

Nous fûmes étonné de la circonspection avec laquelle Martineau, dans sa thèse sur les endocardites, accueillit et l'idée de l'endocardite érysipélateuse, et l'observation que lui donna notre ami et maître Gubler.

Gubler cite un cas qui, à la localisation près, ressemble identiquement au nôtre. « J'ai conservé, dit-il, l'histoire d'une femme qui eut successivement des inflammations érysipélateuses du pharynx, du larynx, des bronches, et plus tard du péritoine, puis finalement de la peau. Chez ce sujet, l'érysipèle cutané apparut d'abord dans une localité insolite, sur le côté gauche du ventre; c'était, chose remarquable, au niveau de la plaque d'érysipèle interne qui couvrait une partie du péritoine pariétal. Ce trait achevait de caractériser le cas. »

Martineau cite un autre cas de Gubler, mais sans autopsie, dans lequel on entendait un bruit de souffle râpeux au premier temps, qui disparut à la convalescence.

Ces cas sont-ils rares? Nous ne le pensons pas. En voici quelques-uns qui nous appartiennent :

T..., trente-cinq ans.

Le 14 avril 1860, névralgie sciatique.

Le 16, pouls, 96. Le poignet droit est rouge et douloureux; les genoux contiennent du liquide. Le soir, pouls, 132.

Le 17, pouls, 96. Pas de douleurs; le malade se trouve bien; peu de chose au cœur; les deux genoux contiennent encore du liquide. Le soir, pouls, 110.

Le 18, pouls, 84. Souffle au premier temps à la pointe, superficiel. Le soir, pouls, 84.

Le 19, pouls, 76. Bonne nuit; encore un peu de grattement au premier temps, genoux presque dégagés.

Le 25, tension du cuir chevelu.

Le 26, pouls, 96. Ganglions cervicaux développés; froissement péricardique; un peu d'âpreté du premier bruit.

Le 27, pouls, 108, faible, peu développé. Épistaxis; froissement péricardique; bruit de souffle; un peu de dureté du premier bruit.

Le 29, pouls, 108. L'érysipèle déborde sur le front.

Le 30, pouls, 100. L'oreille est envahie.

Le 1er mai, pouls, 96.

Le 2, pouls, 84.

Le 5, pouls, 72. Cœur en bon état. L'érysipèle est éteint.

Le 6, pouls, 60.

Le 9, pouls irrégulier; une pulsation forte est suivie de deux ou trois faibles, puis vient un arrêt; un peu de souffle rude au premier temps.

Dans ce cas, nous voyons l'érysipèle se lier intimement au rhumatisme articulaire aigu et ranimer l'endocardite.

B...., vingt et un ans, domestique, entre le 24 décembre 1857, sort le 2 juillet 1858.

Elle entre avec de la variole.

Le 25 décembre, les oreilles sont rouges, érysipélateuses.

Le 26, les paupières de l'œil gauche sont envahies.

Le 31, au sommet droit, respiration faible et froissements.

Le 2 janvier, l'épaule droite est envahie, puis la région du trapèze, puis le bras droit.

Le 5, céphalalgie.

Le 9, l'oreille gauche est atteinte.

Le 16, vomissements; la nuque est le siége de l'érysipèle.

Le 18, enflure du visage à gauche.

Le 20, bras droit tuméfié.

Le 23, enrouement.

Le 27, épistaxis; teinte légèrement rosée dans le dos.

Le 2 février, voix enrouée, éteinte.

Le 3, vomissements; souffle rude au premier temps, vers la pointe; pouls, 144. Le soir, froissements; claquements assourdis.

Le 4, voix éteinte; souffle cardiaque très-sec, superficiel au premier temps.

Le 5, bras droit douloureux; même souffle; voix éteinte.

Le 16, le souffle diminue; le tictac se dégage.

Le 17, encore du râpement.

Le 18, le râpement a disparu.

Le 2 mars, quelques frottements péricardiques.

Le 1er juin, érysipèle de l'œil droit.

Le 2, rien de notable au cœur.

Nous voyons bien ici le cœur se prendre à travers un érysipèle.

X..., salle Sainte-Jeanne, Hôtel-Dieu, 1865.

Érysipèle ambulant s'avançant sur la poitrine à droite et au coude droit. Bruit rude au premier temps.

D..., trente ans, domestique, entre le 31 octobre 1859, sort le 16 novembre.

Après un refroidissement, elle crache du sang et entre à l'hôpital avec un érysipèle de la face. On trouve un souffle sec, déchirant, pleural en bas, à gauche. A la sortie, on entend des froissements rudes aux bases. (Coïncidence de pleurésie et d'érysipèle.)

R..., pneumonie légère suivie d'un érysipèle de la face.

A. G..., trente-cinq ans, 1858. Étourdissements; paralysie du moteur oculaire commun; fièvre; délire qui diminue et cesse quand débouche par l'oreille gauche un érysipèle, qui envahit ensuite l'oreille droite, le front, l'œil gauche.

H..., trente-trois ans. Il y a trois ans, elle a eu un érysipèle puis ce qu'elle appelle scretch fever. Aujourd'hui, elle a un érysipèle et un souffle très-rude au premier temps.

Nous laissons de côté, pour le moment, la question de l'érysipèle rhumatismal; qu'il nous suffise d'avoir démontré, si nous l'avons fait toutefois, la possibilité de la fixation de l'érysipèle sur le cœur.

DU CYSTICERQUE DU PORC,

Origine du tænia chez l'homme. — Mesures prophylactiques.

Tout le monde connaît les belles découvertes récentes sur les métamorphoses des helminthes et sur leurs migrations. Elles n'ont pas seulement un intérêt considérable en zoologie, elles sont en outre d'une importance capitale pour l'hygiène publique.

Parmi ces métamorphoses, l'une des plus curieuses est celle des cysticerques du porc en tænia chez l'homme. Du moment où cette source du tænia a été connue, on a été en possession d'une prophylaxie bien autrement importante que la meilleure thérapeutique.

Voici un fait qui s'est passé récemment dans l'une de nos principales villes du Nord, à Lille, et qui donne une pleine confirmation aux expériences des zoologistes et aux déductions pratiques qui en découlent au point de vue prophylactique.

Tous les praticiens de Lille étaient unanimes pour reconnaître que, jusqu'à ces derniers temps, le tænia était excessivement rare dans cette ville. D'un autre côté, les vétérinaires étaient également d'accord sur l'absence à peu près complète de la ladrerie chez les porcs de toute la contrée.

Comment les choses avaient-elles pu changer à ce point, que dans ces dernières années le tænia soit devenu si commun parmi les habitants de Lille ?

L'apparition de cette maladie, jusque-là presque inconnue, a suivi l'arrivée sur les marchés de Lille de porcs étrangers au pays, et qui provenaient de régions éloignées.

La cause du mal connue, il s'agissait d'en arrêter les progrès et d'en prévenir le retour.

L'autorité locale, instruite du danger que courait la santé publique, a institué une commission, sous la présidence du savant doyen de la Faculté des sciences de Lille, M. J. Girardin, chargée d'étudier les mesures à adopter pour remédier aux effets de la vente de la viande des porcs atteints de ladrerie.

La commission s'est livrée, sur ce sujet, à une enquête dont les résultats sont consignés dans un rapport très-remarquable que nous avons sous les yeux, et qui a été présenté tout récemment à l'Académie de médecine par M. Robinet. Elle a étudié les divers moyens qui se présentaient naturellement à son esprit.

Interdire l'usage de la viande de porc eût été sans doute le moyen le plus radical; mais dans un pays où la consommation de la viande est généralement insuffisante par suite de son prix élevé et où la viande de porc est à peu près la seule employée dans l'alimentation des pauvres, on ne pouvait songer à priver la population d'une partie aussi importante de sa subsistance.

La cuisson préalable proposée déjà comme moyen susceptible de faire périr les helminthes, et qui a été conseillée notamment pour la destruction des trichines, ne pouvait échapper à l'étude de la commission.

Elle a fait des expériences qui n'ont malheureusement pas donné de résultats complétement satisfaisants à cet égard. En voici deux notamment :

Deux jambons provenant d'un porc ladre ont été soumis à la cuisson dans l'eau bouillante : le premier jambon, cuit ainsi pendant deux heures, avait une température de 58 degrés dans les parties voisines de l'extérieur et de 33 degrés seulement dans les parties centrales.

Le deuxième jambon, cuit pendant six heures, avait atteint 74 degrés à la surface et seulement 65 degrés à l'intérieur.

Dans l'un et l'autre cas, les cysticerques avaient conservé toutes les apparences de la vie.

Ces expériences et d'autres semblables ont mis en lumière ce fait très-important de la très-grande inégalité de température entre les parties extérieures et la partie centrale d'une pièce de viande mise en cuisson; inégalité telle, qu'alors que la partie extérieure est portée à une température très-élevée, le centre n'atteint ordinairement pas la température nécessaire pour tuer les cysticerques.

La cuisson par les procédés ordinaires, serait donc un moyen infidèle et sur lequel on fonderait une fausse sécurité.

La commission a été d'avis qu'il n'y avait qu'un seul moyen de garantir sur ce point la santé publique, c'est de détruire la viande ladre, ce qui nécessite une surveillance spéciale.

Elle a proposé, en conséquence, comme conclusions de son travail, les mesures suivantes :

1° Répandre le plus possible parmi les populations la connaisance des accidents auxquels elles s'exposent par la consommation de la viande ladre;

2° Détruire la viande ladre partout où l'on pourra l'atteindre, soit en faisant abattre sur les marchés les animaux chez lesquels la maladie aura été constatée pendant la vie, soit en faisant détruire la viande reconnue ladre après l'abatage, soit en faisant inspecter aux bureaux de l'octroi la viande des porcs tués hors la ville, et saisir et détruire toute viande reconnue malade.

Il sera intéressant d'apprendre les résultats qu'auront eus les mesures proposées par la commission. C'est ce que nous ne manquerons pas de savoir.

CHORÉE UTÉRINE.

Traitée par les bains de valériane. — Guérison.

Par M. le Dr Démore (de Senoy).

Madame B..., âgée de vingt et un ans, d'une robuste constitution, bien réglée et bien portante jusqu'en mars 1864, époque où elle eut une fièvre typhoïde ataxique très-grave, suivie d'une longue convalescence; se maria en 1865; deux mois après, elle devint enceinte, et avec sa grossesse on remarqua un changement complet dans ses habitudes et dans son caractère : elle devint susceptible, irritable, fantasque; à cette excitation morale, vinrent s'ajouter des mouvements involontaires, continus, limités à un des pieds. Cet état persista jusqu'à la fausse couche qu'elle fit quelques semaines plus tard, et dont elle se remit très-rapidement.

A partir de cette époque, tous les accidents choréiques disparurent entièrement et son caractère redevint ce qu'il était avant, facile et gai. Elle se porta très-bien jusqu'à l'apparition d'une nouvelle grossesse, qui amena, comme pour la première, la bizarrerie de caractère et les mêmes mouvements dans le pied. Ce ne fut que dans le quatrième mois que les accidents de chorée se manifestèrent d'une manière plus évidente. La jambe s'agita progressivement, ainsi que la main du même côté (côté droit). Les mouvements irréguliers et involontaires s'étendirent rapidement au tronc, à la face, et pendant une dizaine de jours, les secousses cloniques n'augmentèrent pas. Quand, sans cause appréciable, la maladie fit de rapides progrès; le côté gauche se prit, tous les muscles furent agités de contractions irrégulières, la marche devint difficile et saccadée.

C'est dans cet état que madame B... vint me consulter, le 15 décembre 1865. Je lui ordonnai un traitement antispasmodique, et je n'eus de ses nouvelles que le 27; il n'y avait pas eu de soulagement. J'insistai de nouveau sur les antispasmodiques, la valériane, le camphre, l'oxyde de zinc, l'huile de Dippel, etc., sans succès. L'opium, la belladone furent donnés à des doses progressivement croissantes, sans plus de résultat; la chorée fit des progrès. Les accidents qui ne se manifestaient que la journée, apparurent la nuit. L'agitation devint extrême et permanente; les lèvres et la mâchoire inférieure agitées de mouvements de latéralité, l'empêchaient de parler.

Au milieu de tous ces désordres, la sensibilité générale et l'intelligence étaient restées intactes. Les fonctions de nutrition s'accomplissaient régulièrement. Voyant les progrès du mal et l'impuissance de ma thérapeutique, je soumis la malade à l'électricité; les trois premières séances rendirent les crises évidemment moins fortes, à la quatrième application le mieux parut plus sensible, les mouvements devinrent moins saccadés, moins violents; les nuits furent plus calmes. Deux autres séances amenèrent une amélioration très-grande. Madame B... paraissait mieux aller, resta huit jours sans renouveler le traitement; quand, le 23 janvier, les accidents reparurent avec plus d'intensité que jamais; je voulus réappliquer l'électricité, mais à trois fois il y eut une exacerbation tellement grande, qu'il me fallut y renoncer, regrettant d'avoir interrompu l'application de l'électricité.

Le système nerveux s'était révolté, et les accidents choréiques étaient terribles; l'agitation devint tellement prodigieuse, qu'il ne fut plus possible de contenir la malade; il n'existait pas un point de son corps qui ne fût le siége de secousses et de soubresauts violents; les muscles de la face, tour à tour contractés et distendus, faisaient les plus étranges grimaces. Madame B... ne pouvait plus rester un seul instant ni assise, ni dans son lit; couchée, elle se jetait en avant avec une soudaineté inouïe; levée, elle courait d'une manière convulsive, se heurtant contre tous les objets qu'elle rencontrait, sans pouvoir éviter le danger.

L'intelligence, sensiblement affaiblie cette fois, était devenue sénile, suivant l'expression de M. le professeur Trousseau.

En présence d'aussi redoutables désordres qui duraient depuis neuf jours, sans trêve d'un seul instant, j'eus un moment la pensée de provoquer l'accouchement, me souvenant que dans sa première grossesse les accidents de chorée avaient disparu avec la fausse couche; quand heureusement il me vint à l'esprit, avant de recourir à ce moyen extrême, de prescrire un bain prolongé, fait avec une forte décoction de racines de valériane. J'avoue que j'attachais peu d'importance à cette médication. Le 3 février, je lui fis donc prendre un bain de valériane. Il fallut deux personnes vigoureuses pour l'y maintenir, tellement les mouvements étaient désordonnés. Au bout d'un quart d'heure, les convulsions cessèrent instantanément, le calme reparut au grand étonnement des assistants.

Madame B..., restée deux heures dans son bain, s'y trouvant très-bien, demanda à se coucher, ce qu'elle n'avait pu faire depuis neuf jours, dormit pendant plusieurs heures; à son réveil, il existait encore de la difficulté dans la prononciation et quelques mouvements légers dans les membres. La nuit fut très-bonne, et à partir de ce jour, les accidents disparurent complétement et sans récidive. Je fis continuer les bains de valériane, la malade en prit sept en huit jours.

Le 25 avril, deux mois et demi après la disparition des accidents de chorée, je revois madame B... en parfaite santé et arrivée au terme de sa grossesse, et le 1er mai, je l'accouchai très-heureusement d'un enfant bien portant.

En terminant cette observation, je me bornerai à rappeler les deux points qui m'ont paru intéressants :

1° L'apparition de la chorée dans les deux grossesses;

2° La guérison instantanée de cette névrose sous l'influence des bains prolongés de valériane.

Dans l'observation qui nous occupe, la chorée a été bien manifestement symptomatique de la grossesse. Cette jeune femme, sauf sa fièvre typhoïde, a toujours eu une excellente santé; d'après ses affirmations très-précises et celles de toute sa famille, elle n'a jamais ressenti d'accidents nerveux que pendant ses deux grossesses.

La chorée compliquant soit une grossesse, soit une affection utérine, est rare. Un de mes amis, M. le docteur E. Quantin, en rapporte quelques cas dans sa thèse inaugurale, 1857, et dans un travail qu'il fit paraître sur la chorée en 1859.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 12 décembre 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Le *Montpellier médical;*

— M. Giraldès offre, en hommage à la Société, une note *Sur les tumeurs dermoïdes du crâne*, extraite des comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie.

— M. Marc Sée écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire.

— M. Guérin présente deux exemplaires de la thèse de M. Frarier pour le prix Duval 1867, intitulée : *Étude sur le phlegmon des ligaments larges.*

Résections sous-périostées.

— M. E. Bœckel adresse de Strasbourg la lettre suivante :

Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Ollier a fait de nouvelles communications sur les opérations sous-périostées, en insistant principalement sur les avantages de cette méthode appliquée aux résections du calcanéum.

Comme nous avons, à Strasbourg, une certaine expérience pratique de cette opération, puisqu'on a fait dans nos cliniques huit extirpations totales du calcanéum, dont deux ont été exécutées cet été avec plein succès, l'une par M. le professeur Rigaud, l'autre par moi-même, sans compter les évidements et les résections partielles, je me permettrai quelques remarques sur les conclusions de l'honorable chirurgien lyonnais.

Je suis d'accord avec lui sur l'excellence de cette résection, qui est en général pratiquée trop rarement, parce que, d'une part, on en craint les difficultés, et que d'autre on s'imagine que le pied, même guéri, devra être difforme et impropre à la marche; mais je puis lui affirmer que la conservation du périoste n'est pour rien dans ces bons résultats.

Il est vrai que, par une singulière coïncidence, les faits sur lesquels je m'appuie sont encore peu connus; mais je sais que mon honoré maître, M. Rigaud, est en train de publier ses sept observations, et quant à la huitième, qui m'appartient, j'espère être bientôt à même d'en présenter les pièces à la Société de chirurgie.

D'ailleurs, toutes les opérations pratiquées aux cliniques de Strasbourg ont été contrôlées par de nombreux élèves, et plusieurs des sujets de M. Rigaud ont été présentés à notre Société de médecine. J'ajouterai que mon jeune opéré a été vu par M. le docteur Morpain, de Paris, et M. Liouville, interne distingué des hôpitaux.

Les résultats sont donc parfaitement authentiques.

Or, dans nos huit cas, on n'a jamais conservé que des lambeaux de périoste insignifiants et il n'y a pas eu de reproduction osseuse, mais le rétablissement de la forme et des fonctions du pied a été au moins aussi parfait que dans le cas type cité par M. Ollier. En effet, nos malades marchent sans aucun appareil prothétique, et la plante du pied repose sur le sol dans toute sa longueur. Le dernier opéré de M. Rigaud a même un talon saillant, et à la simple inspection, on ne dirait jamais que le calcanéum a été enlevé. Cet os ne s'est pas cependant reproduit et a été remplacé par une simple production fibro-

graisseuse, à en juger par la palpation. Chez mon malade, la saillie du talon a disparu, mais elle était naturellement peu prononcée, et j'ai fait constater aux élèves que, deux mois après l'opération, l'enfant, complétement guéri, marchait sans canne, qu'il pouvait se maintenir sur la pointe des pieds, et qu'on sentait alors parfaitement la saillie du tendon d'Achille. Ce tendon m'a paru fixé, d'une part, à la cicatrice plantaire, mais surtout à la facette postérieure de l'astragale. Le périoste n'est donc pas nécessaire pour assurer la fixation du tendon d'Achille.

Est-il capable de reproduire l'os enlevé? Pas davantage, et sans rapporter ici la série d'arguments et de faits invoqués déjà par M. Sédillot dans ses nombreuses publications, je m'en tiendrai au compte rendu de M. Ollier lui-même. (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 555; procès-verbal de la Société de chirurgie.) Voici comment il s'exprime pour le calcanéum : « Une de ces figures se rapporte à un sujet auquel j'ai enlevé le calcanéum il y a quatre mois; et vous pouvez voir que la forme du pied est à peu près normale, bien qu'il n'y ait peut-être encore que du tissu fibreux ou ostéo-fibreux dans la cavité périostique. » C'est absolument ce que nous avons obtenu sans périoste.

Les ablations sous-périostées du premier métatarsien ont-elles fourni des résultats plus probants pour la reproduction osseuse? M. Ollier les juge lui-même sous ce rapport : « Après ces six opérations, je n'ai pas constaté d'abondante reproduction osseuse, à part un cas dans lequel la gaîne périostique contenait déjà des plaques ostéoïdes au moment de l'opération. » (C'est-à-dire qu'il s'agissait d'une nécrose). « Dans les autres cas, le tissu nouveau est resté presque exclusivement fibreux; il y avait pourtant des masses ostéoïdes ou osseuses dans l'intérieur. Mais, malgré l'imperfection de la reproduction, la forme de la région est remarquable. »

Quant à la régénération osseuse des têtes articulaires, M. Ollier ne l'affirme nulle part, il en fait même assez bon marché ; « que la tête se reproduise ou ne se reproduise pas, la gaîne périostique sert d'intermédiaire entre le tendon et l'os, et permet la transmission de l'action musculaire. » (*Loc. cit.*, p. 556.)

Ce n'est donc pas en vue de reproduire des têtes osseuses, mais pour conserver des attaches musculaires, que M. Ollier ménage le périoste dans ces cas.

Il serait du reste assez surprenant que cette membrane pût contribuer à régénérer une tête ou une trochlée humérale, car ces extrémités osseuses sont entourées de cartilage et non de périoste.

Je pourrais montrer un cas de résection de l'épaule (*Thèses de Strasbourg*, 1865, n° 850) et un de la hanche (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 69) où les mouvements et même la forme des articulations enlevées sont revenus d'une façon très-satisfaisante quoique le périoste n'ait pas été ménagé.

Pour le coude, les observations de ce genre pullulent dans les recueils scientifiques.

Partirons-nous de là pour rejeter les résections sous-périostées? Nullement; nous reconnaissons volontiers qu'elles constituent un progrès. Mais il ne faut leur demander que ce qu'elles peuvent donner. Elles nous permettent de ménager les parties, bien mieux que ne le faisaient les méthodes anciennes, comme M. Trélat l'a relevé avec beaucoup de justesse. C'est là leur véritable, mais aussi leur seul avantage. Du reste, le principe était établi depuis longtemps pour la résection du coude. Ericbsen avait montré qu'en rasant exactement les os, il était inutile d'isoler le nerf cubital pour le ménager, et dès 1861, nous avons appliqué son procédé. (Traduction du *Traité des résections* de O. Heyfelder. J. B. Baillière, 1863, p. 181 et 183.) M. Ollier et Langenbeck ont eu le grand mérite de généraliser ces principes, mais en recherbant surtout un autre but, la régénération osseuse.

Malheureusement la fameuse maxime : « donnez-moi du périoste et je ferai de l'os, » qui a fait le tour de tous les journaux politiques au grand étonnement des gens du monde, n'est vraie qu'en théorie. Mais dans la pratique sur l'homme malade, les manchons de périoste détachés des os sous-jacents ne produisent que des stalactites osseuses tout à fait insuffisantes et souvent fugaces.

M. Sédillot a démontré surabondamment que les observations contraires reposaient sur des erreurs ou avaient trait à des nécroses, et les derniers faits relatés par M. Ollier viennent à l'appui de notre manière de voir.

La régénération osseuse, si désirable du reste, ne peut donc pas être obtenue par la méthode sous-périostée, qui arrache violemment et sans préparation aucune le périoste de l'os sous-jacent en détruisant ses propriétés ostéogéniques. Par contre, dans les cas de nécrose, quand cette membrane est soumise à une irritation lente et continue, elle prolifère, s'épaissit et les couches nouvelles, déposées au contact de l'os malade, s'ossifient à leur tour. Quand alors au bout de quelques mois on les perce pour retirer le séquestre, la cavité osseuse occupée par ce dernier se comble, et la pièce du squelette se trouve régénérée.

Eh bien, l'art peut imiter ce procédé de la nature; c'est au moyen de la méthode d'évidement de M. Sédillot. Après ces opérations le périoste reste intact, supporté par une coque osseuse plus ou moins amincie, et le malade se trouve dans les conditions favorables d'une nécrose après l'extraction du séquestre. La régénération de l'os s'obtient alors facilement et pour ainsi dire à tous les âges. J'ai présenté à la Société de médecine de Strasbourg (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1864, p. 191 et *Médecine contemporaine*, 1865, p. 4), un vieillard de soixante-sept ans, auquel j'avais évidé la tête du tibia en y creusant une large cavité de 0m,06 de diamètre. La perte de substance s'est comblée dans l'espace de deux mois, et aujourd'hui encore, on peut voir cet homme scier du bois dans les cours de notre hôpital.

A un pareil âge et dans cette région, la résection sous-périostée eût été tout à fait impossible. Je n'entends du reste tirer aucun parallèle entre les deux méthodes. Pour le chirurgien qui réfléchit et qui ne s'engoue pas des nouveautés, elles ne sont nullement en opposition, et je dois rendre cette justice à M. Ollier, que son esprit est éloigné de ce parti pris, et je ne le défends pas d'une ardeur bien naturelle, quoique un peu exagérée selon nous, les avantages des résections sous-périostées, il ne repousse pas d'une façon systématique l'évidement.

Pour nous, les indications de ces deux méthodes se réduisent à cette proposition fort simple. Toutes les fois que la lésion permettra l'évidement, il faudra préférer cette opération comme étant moins grave et promettant d'une façon certaine la régénération osseuse. Quand, au contraire, l'état du mal commande de sacrifier un os ou une partie d'os en totalité, on s'adressera à la résection sous-périostée, mais en renonçant d'avance à toute régénération ou peu importante sous peine de mécompte.

A l'appui de cette dernière partie de ma proposition, je devrais encore publier ici une observation de résection sous-périostée du tibia, que j'ai pratiquée sur une jeune fille dans un cas de nécrose. Malgré la réunion de ces circonstances favorables, malgré les soins les plus assidus, l'opération s'est terminée, contre mon attente, par une pseudarthrose incurable. Mais j'ai déjà dépassé les bornes d'une simple communication, et je renvoie cette publication à une prochaine occasion.

M. LE FORT. Les sociétés savantes étrangères ont, à plusieurs reprises, nommé des commissions pour étudier des questions importantes et controversées. Je crois que la Société de chirurgie ferait une chose utile en chargeant quelques-uns de ses membres d'étudier les questions cliniques relatives aux fonctions du périoste.

M. LARREY. Je ne crois pas que la lettre de M. Bœckel doive être insérée au *Bulletin*, sans discussion; elle lui paraît, au contraire, avoir trop d'importance et d'actualité pour ne pas fixer l'attention de la Société de chirurgie. Elle fait d'ailleurs allusion directement aux opinions de M. Sédillot, partagées par MM. Bœckel et Rigaud, sur l'insuffisance du périoste dans bien des cas pour la reproduction osseuse. Cette lettre, en un mot, permet de reconnaître que la méthode de l'évidement est préférable à celle des résections sous-périostées. Les précédentes communications de M. Sédillot tendent à le démontrer, comme l'ont démontré, d'autre part, les expériences de M. Marmy, médecin principal de l'hôpital militaire de Lyon.

Je ne doute pas, ajoute M. Larrey, que M. Sédillot, avec lequel je suis depuis quelque temps en correspondance sur ce sujet, ne fasse part à la Société des nouveaux résultats de ses observations pratiques.

Quant à la proposition de charger une commission de la Société d'examiner et de contrôler les faits, je crois préférable de les admettre et de les discuter, à mesure qu'ils se produiront, comme par le passé. Il suffira de laisser à la haute autorité de l'Académie des sciences le soin de juger les travaux qui lui sont adressés sur le sujet difficile mis par elle au concours.

M. DEMARQUAY. A mon avis, l'on a beaucoup exagéré les services que la chirurgie est en droit d'attendre du périoste. Lorsque l'on détache d'un os sain des lambeaux de périoste, il n'est pas encore prouvé que l'on obtienne de résultat. Lorsque l'os est malade, au contraire, les exemples de régénération ne sont ni rares ni nouveaux. Par le fait de l'état morbide de la diaphyse, un travail particulier s'établit dans sa gaîne fibreuse, ses propriétés physiologiques sont vivement mises en jeu. Dans l'évidement que préconise M. Sédillot, je me suis demandé si les reproductions obtenues n'étaient pas dues au travail suscité dans la portion d'os conservée, sous l'influence du traumatisme; travail morbide en définitive, mettant en jeu les fonctions régénératrices du périoste et amenant peut-être la nécrose de l'os. Il serait intéressant de savoir ce que devient la lamelle osseuse, conservée dans les belles opérations de M. Sédillot.

J'ai enlevé le tiers d'un fémur malade, un maxillaire inférieur également malade, j'ai obtenu la régénération en conservant le périoste. Mais je n'ai pas vu l'os se reproduire lorsque l'on a compté sur un périoste sain non préparé en quelque sorte. Il y a d'ailleurs nécessité pour la chirurgie d'élucider ces questions, et je verrais avec plaisir nommer une commission.

M. PERRIN. Avant d'appuyer ou de rejeter la proposition qui nous est faite, il faudrait essayer de définir le mandat de la commission du périoste. Que fera-t-elle ? Des expériences; mais elles sont faites. Des observations cliniques, il faut pour cela compter avec les occasions, les malades ne se présentent pas à volonté. Il se pourrait donc que tel membre de cette commission restât longtemps sans pouvoir apporter son contingent à ses travaux. Il me paraît plus simple de mettre la question à l'ordre du jour, chacun de nous, ici comme en province, adressera les résultats de ses observations.

M. LEFORT. On a fait des expériences, cela est vrai, mais les expériences individuelles n'auront jamais la valeur de celles qui seraient entreprises et suivies par une commission. Si nous mettons à l'ordre du jour de nos discussions la question de la régénération des os par le périoste, nous aurons des observations, cela est probable; mais on nous rappellera des faits connus où on nous donnera des résultats cliniques avec lesquels nous ne pourrons rien juger. Ainsi, lorsque j'ai étudié les résections en Angleterre, j'ai vu une articulation du coude complétement reproduite après une résection étendue. On n'avait cependant pas songé à conserver le périoste. Aujourd'hui un fait semblable, obtenu à l'aide des procédés sous-périostés, serait considéré comme ayant une très-grande valeur. Ce qui empêche de pouvoir compter sur la valeur des faits cliniques, c'est que nous ne savons jamais dans quel état était le périoste. Toute la question est là.

M. VELPEAU. Je ne crois pas le moment opportun pour saisir une commission d'une semblable étude. Il y a des prix proposés, des travaux déjà faits qui devront être jugés. Vous connaissez tous ce qu'ont entrepris à ce sujet MM. Sédillot, Ollier, Marmy, Langenbeck et quelques autres.

Le périoste reproduit de l'os, cela est expérimentalement prouvé, mais il est aussi démontré que ce n'est que dans le jeune âge qu'il est permis de compter sur cette reproduction. Mais le périoste est-il la seule partie de l'os qui soit apte à reproduire la substance osseuse? Et surtout au point de vue de la clinique, quelles sont les conditions qui favorisent ou assurent cette reproduction ? Voilà les questions à l'étude. Sans doute, il ne sera pas sans intérêt de rechercher dans quelle mesure on peut les résoudre, mais je crois qu'il vaut mieux, quand à présent, laisser toute initiative à ceux qui se sont voués à cette étude.

M. PERRIN. Au point de vue physiologique, la question est épuisée. A l'égard de la clinique, il y a une équivoque. Je vois des faits de reproduction osseuse bien connus, sur lesquels on ne discute plus depuis longtemps, j'en vois d'autres essentiellement différents et que l'on voudrait cependant mettre en parallèle avec ceux-là. On a parlé, par exemple, d'ostéoplastie ; il est tout d'abord des cas où bon gré mal gré il faut bien conserver le périoste ; ainsi, dans l'ouranoplastie, il en est d'autres où d'ordinaire on ne met pas l'os à nu, et pour lesquels on conseille aujourd'hui de le décortiquer, au profit du lambeau reproducteur. On ne peut rapprocher ces faits de ceux auxquels je faisais allusion tout à l'heure. Je n'ai pas vu, pour ma part, de démonstration suffisante pour me permettre de croire que l'ostéoplastie et la chirurgie sous-périostée existent autrement encore qu'à l'état de nom.

M. TRÉLAT. En ce qui a trait à la nomination d'une commission, je partage l'opinion de MM. Perrin et Velpeau. Mais je saisis l'occasion de dire que la question posée par l'Institut me paraît de nature à fausser les recherches. Il ne peut, en effet, s'agir de conserver, grâce au périoste, des membres que sans lui l'amputation emporterait. Non telle n'est pas la question, il s'agit de savoir ce que des opérations telles que certaines autoplasties, telles que les résections d'une façon générale gagnent, comme sécurité et comme résultats, quand on les pratique à l'abri du périoste. Je crois l'opinion de la Société de chirurgie déjà faite à cet égard, et je pense qu'en contrôlant des faits ou en en produisant de nouveaux, une commission n'apporterait pas d'éléments plus solides de conviction.

M. VERNEUIL. Je ne pense pas non plus qu'une commission soit nécessaire. Ou nous voulons la vérité sur le périoste ou nous ne la voulons pas. Si, comme je le pense, chacun est désireux de s'éclairer et d'éclairer les autres, nous trouverons, au jour le jour, dans notre pratique les faits nécessaires pour amener des convictions. L'enquête est en définitive ouverte devant la Société sur ce sujet comme sur plusieurs autres. Quant à des expériences nouvelles, on doit, quand on connaît les travaux si consciencieux de M. Ollier, en sentir l'inutilité.

La question a été, en effet, posée par l'Institut de la façon la moins appropriée, mais elle n'a heureusement pas égaré les véritables chirurgiens.

RAPPORT.

Fracture de cuisse. — Emphysème traumatique.

M. L. LABBÉ fait un rapport verbal sur une observation de fracture de cuisse compliquée d'emphysème traumatique, envoyée par M. le docteur Ladureau.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer son travail aux archives. Ces conclusions sont adoptées après la discussion suivante.

M. VELPEAU. L'absence de gangrène me porterait à attribuer aux mouvements l'introduction de l'air qui aurait été toute mécanique. J'ai observé ce fait un bien grand nombre de fois, et je suis disposé à croire que si l'on avait mieux cherché, on aurait dès le début constaté l'emphysème.

M. L. LABBÉ. L'observation a été dès le début prise avec le plus grand soin; ce n'est que le quatrième jour que l'emphysème a été découvert. L'auteur discute et rejette l'hypothèse d'une introduction mécanique de l'air. Il croit à une production spontanée de l'emphysème.

M. DEMARQUAY. L'analyse chimique des gaz peut apprendre si l'on a affaire à de l'air atmosphérique ou à un emphysème spontané. J'admets l'introduction mécanique de l'air et la production spontanée de gaz à la suite de gangrène, mais j'ai aussi observé des emphysèmes en dehors de ces conditions par le seul fait de l'ébranlement profond du système nerveux. Dans ces conditions ce sont les gaz du sang qui s'exhalent et pénètrent dans le tissu cellulaire.

M. PERRIN. Je suis peu disposé à admettre la pénétration mécanique de l'air dans les fractures compliquées. Physiquement on l'explique mal, cliniquement, la gravité de cette complication cadre peu avec l'innocuité reconnue des injections d'air atmosphérique dans le tissu cellulaire.

Quant à l'exhalation des gaz du sang, je ne l'admets pas davantage. Les gaz sont dans le liquide sanguin à l'état de combinaisons ou de fixité tels, que l'on est encore à la recherche d'un procédé qui permette de les séparer pour l'analyse. Les gaz qui se produisent en aussi grande abondance sont les produits de la décomposition des tissus.

COMMUNICATION.

M. L. LABBÉ lit, au nom de M. le docteur Marc Sée, candidat au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *De l'imbibition et de son rôle en pathologie.*

Commissaires : MM. L. Labbé, Lefort et Tarnier.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Appareil pour la crampe des écrivains.

M. DESORMEAUX présente un instrument destiné à combattre la *crampe des écrivains.*

L'inventeur de cet instrument est M. Année, employé dans une administration, qui a éprouvé quelques atteintes de la *crampe* et l'a souvent observée sur ses collègues. Il a observé que la maladie a son siége principal dans le pouce, et que, dans les cas mêmes où les autres doigts ou la main entière sont pris par la convulsion, l'attaque commence encore par un spasme souvent douloureux du pouce. Il attribue ce spasme à ce que dans l'action d'écrire, le pouce chargé de maintenir la plume contre les autres doigts, et forcé de la presser tout en cédant, agit dans des conditions défavorables et contraires à son mode d'action naturelle. Cette théorie de la *crampe des écrivains* a conduit M. Année à construire un instrument d'après des principes différents de ceux qu'on a suivis en général. Les moyens ordinairement conseillés en pareil cas sont : 1° l'emploi d'un gros porte-plume ou d'un instrument qui éloigne le pouce des doigts, et quelquefois le fixe en même temps pour l'empêcher de fléchir; 2° l'usage de porte-plume fixé à un manche volumineux qu'on saisit à pleine main, de sorte que le rôle habituel des doigts dans l'écriture est complétement supprimé. Le gros porte-plume n'est efficace qu'au début du mal. Les instruments qui fixent le pouce et les doigts, n'empêchent pas la crampe de se produire, tout au plus s'opposent-ils à ce que la plume soit lâchée, mais le plus souvent le spasme se porte alors sur le poignet ou l'avant-bras. Quant aux manches volumineux, ils peuvent servir quand on écrit peu, mais ils ne pourraient convenir à des employés qui écrivent la plus grande partie de la journée, il en est de même des différents chariots et des poids attachés au poignet pour le fixer. M. Année a pensé qu'on éviterait la *crampe* en supprimant l'action du pouce dont le seul usage est de maintenir la plume contre les autres doigts. Pour cela il adopte la plume dans une position convenable sur une plaque métallique qui se fixe au moyen de quatre bagues à l'index et au médius. De la sorte, le pouce reste inactif et se pose sur le papier ou sur les derniers doigts pendant que les deux premiers exécutent seuls les mouvements nécessaires pour écrire. L'appareil de M. Année a l'avantage d'être très-léger et fort peu coû-

teux. M. Desormaux s'est assuré que des employés, qui avaient renoncé aux autres appareils, pouvaient écrire avec celui-là pendant plusieurs heures de suite et aussi vite qu'ils voulaient sans éprouver le moindre spasme.

M. LARREY : L'appareil que vient de nous présenter M. Desormeaux pour la crampe des écrivains, m'en rappelle un du même genre imaginé il y a une vingtaine d'années par M. Cazenave (de Bordeaux), qui avait cherché vainement jusqu'alors des moyens applicables à la guérison de cette infirmité.

Les exemples cependant ne manquent pas à l'observation. et les causes assez difficiles à reconnaître produisent des effets variables, selon les muscles de la main affectés de contraction spasmodique. Il suffit quelquefois d'une émotion morale, le trouble, l'inquiétude, ou d'une excitation quelconque, celle du café ou d'une liqueur alcoolique, par exemple, pour provoquer un tremblement convulsif des doigts et la crampe des écrivains.

Nous connaissons tous un habile et infortuné chirurgien, qui dans les derniers temps de sa pratique tenait encore le bistouri d'une main ferme et adroite, tandis qu'il ne pouvait tenir une plume sans trembler sensiblement.

J'ai vu un peintre de talent manier la brosse ou le pinceau avec finesse et légèreté, ne pouvoir écrire qu'avec une grande pesanteur de la main, et en éprouvant une crampe insupportable dans les doigts. Je sais même un savant qui écrit tous les jours beaucoup et assez rapidement lorsqu'il se trouve seul, et dont la main tremble dès qu'il se sert d'une plume sous les yeux de quelqu'un.

On pourrait citer sans doute bien des faits du même genre, et il serait intéressant de les étudier en recherchant les moyens de prévenir une telle infirmité, ou de la guérir radicalement, plutôt que de lui appliquer seulement l'action palliative des appareils mécaniques.

M. DEMARQUAY. La crampe des écrivains est très-commune. J'ai figuré dans l'article avant-bras du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, les appareils imaginés pour remédier à cette infirmité. J'ai soigné plusieurs malades et j'ai vu les contractions se reproduire dans tous les cas. Le seul moyen efficace, c'est le repos absolu. Un de mes malades a pu recommencer à écrire après deux années de repos, mais encore ne peut-il longuement écrire. Il y a d'ailleurs une grande variété de formes : tantôt ce sont les extenseurs, tantôt les fléchissures qui sont malades. Il y a aussi diverses espèces de crampes, la plus grave est celle des pianistes.

M. TRÉLAT. L'appareil présenté par M. Desormeaux pourra rendre des services à quelques malades. Rien de plus variable dans ses manifestations que la crampe dite des écrivains. Si le malade de M. Desormeaux se trouve bien de sa suppression du pouce, d'autres ont besoin d'artifices différents. J'ai réussi une fois en faisant construire un support pour caler le pouce. En nn mot, je crois que le siége étant variable les appareils doivent être appropriés à chaque espèce.

M. DESPRÉS. L'instrument de M. Desormeaux ne réalise ni perfectionnement ni progrès réel. L'appareil de M. Cazenave, celui de M. Velpeau suppriment aussi le pouce. Cette question a d'ailleurs été fort bien étudiée par M. Duchenne (de Boulogne).

Dans l'appareil de M. Velpeau il y a une poire qui supporte une tige à laquelle sont joints deux anneaux qui ont le même effet que les quatre anneaux de l'appareil qui nous est présenté, et le pouce n'est pas actif quand les malades se servent de l'un ou l'autre appareil.

Un des appareils de M. Cazenave (de Bordeaux) supprime aussi l'action du pouce. Il est mû par un mouvement de totalité de la main, et l'écriture est obtenue au moyen d'une plume qui est attachée à l'appareil.

Appareil pour la coxalgie.

M. VERNEUIL présente au nom de M. Guillot, fabricant d'instruments de chirurgie, une gouttière à coxalgie applicable aux cas où l'on veut obtenir graduellement le redressement du membre dévié, et à ceux dans lesquels le redressement brusque n'a pu rectifier du premier coup l'attitude vicieuse.

Cette gouttière dont la forme est celle de la gouttière de Bonnet en diffère cependant par l'indépendance et la mobilité des pièces constituantes.

Sur la pièce pelvienne vient s'ajuster chacune des pièces crurales qui peuvent être portées dans une position très-variée, adduction, abduction, flexions.

Chaque pièce crurale est également mobile au niveau de l'articulation du genou.

Il en résulte que quelle que soit la déviation du membre au niveau de la hanche et du genou, on peut toujours y adapter la gouttière, grâce aux brisures dont celle-ci est munie. Une fois placé le membre peut être ramené progressivement à la rectitude.

L'articulation des pièces crurales avec la pièce pelvienne se fait par un mécanisme qui rappelle celui de la jointure coxo-fémorale; l'immobilisation de ces pièces est assurée par une vis à collier qu'on trouve déjà dans un appareil présenté autrefois à la Société par notre collègue M. Lefort.

Cet appareil est appelé à rendre des services dans des cas particuliers, où ni la gouttière fixe de Bonnet, ni les appareils inamovibles ordinaires ne sont facilement applicables.

La séance est levée à 5 heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

MINISTÈRE DE L'INSTUCTION PUBLIQUE.

Récompenses accordées à des étudiants en médecine pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu le decret du 5 décembre 1865,

Arrête :

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du trésor, à dater du 15 décembre prochain, pour l'achèvement de leurs études (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-après désignés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra.

Services rendus dans les différentes communes du département du Nord :

MM. Tauchon, Moisson, Bourdy, étudiants de la Faculté de médecine de Paris; Desoubry, élève de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Services rendus à Vrigne-aux-Bois (Ardennes) : M. Remy (Ollivier), élève de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Services rendus à Coëx (Vendée) : M. Chappot, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus dans le département de la Moselle : M. Maillard (Léon-Charles-Arthur), étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Circulaire relative aux élèves des lycées dont la santé exigerait, en hiver, le séjour du midi.

Monsieur le Recteur, je vous prie de rappeler à MM. les proviseurs qu'ils sont autorisés à diriger sur un des lycées du midi les élèves dont la santé réclamerait, durant l'hiver, un climat plus doux. MM. les proviseurs devront vous adresser les demandes des familles, que vous me renverrez aussitôt, afin que des mesures soient promptement prises dans les établissements destinés à recevoir ces enfants. Je n'ai pas besoin de faire observer que les frais de voyage restent à la charge des parents.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Fait à Paris, le 1er décembre 1866.

Le ministre de l'instruction publique,
V. DURUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 5 décembre 1866 :

Le directeur du Muséum d'histoire naturelle est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, la donation d'une somme de 15,000 francs en numéraire, faite par M. Serres, professeur d'anatomie comparée dans ledit établissement.

Cette donation sera acceptée sous la condition expresse et essentielle :

1° De l'emploi de la somme de 15,000 francs en rentes 3 p. 100 sur l'État, au nom du Muséum;

2° De l'affectation exclusive des arrérages à l'accroissement de la collection des ossements fossiles;

3° De la mention, sur le titre de rente, de cette affectation, qui ne pourra être changée.

— L'Académie de médecine tiendra sa séance mercredi prochain au lieu de mardi, à cause de la fête de Noël.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par SAPPEY, chef des travaux anatomiques, professeur agrégé à la Faculté du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Deuxième édition entièrement refondue. Tome Ier, deuxième partie, Arthrologie. Cette deuxième partie se donne gratis aux souscripteurs. Prix du tome Ier complet : 12 fr. Un fort volume grand in-8° de 708 pages, accompagné de 226 figures. — Paris, 1866, Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr B. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 150. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) MARDI 52 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1866. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BUCQUOY.

Cancer des ovaires et du cœur.

Nous n'avons fait qu'indiquer, dans notre numéro de mardi dernier, la présentation faite par M. Bucquoy, à la Société médicale des hôpitaux, d'un cancer des ovaires et du cœur qu'il trouva chez une jeune fille de vingt-quatre ans, morte subitement dans son service, au milieu de la convalescence d'une pleuro-pneumonie légère. Voici l'analyse de ce fait intéressant et des réflexions qu'il a suggérées à l'auteur de la présentation.

Le 21 novembre entrait à la clinique médicale de la Charité (service de M. Guillot, suppléé par M. Bucquoy), une jeune fille de vingt-quatre ans, lingère, de constitution assez grêle, mais n'offrant dans son aspect extérieur aucune apparence de cachexie. Pas d'antécédents héréditaires. Quoique sujette à s'enrhumer, elle n'avait pas eu d'hémoptysies, ni de sueurs nocturnes ; en un mot, rien de nature à faire craindre une affection tuberculeuse des poumons.

La menstruation s'établit facilement chez elle, et ne subit jamais d'interruption ; depuis trois mois seulement, l'écoulement avait un peu diminué.

Lorsque la malade entra à l'hôpital, le 21 novembre, il y avait quatre jours qu'elle avait éprouvé tout à coup de la fièvre et du frisson qui l'avaient obligée à garder le lit. Elle avait toussé, les crachats étaient devenus sanguinolents et visqueux, et depuis le début de la maladie, un point de côté persistait du côté droit.

Le 22, on constate chez elle un état fébrile médiocrement intense, le pouls, avec son développement ordinaire, battait 92 à 96 fois par minute; la peau était modérément chaude, la malade continuait à tousser, et ses crachats étaient rouillés et visqueux.

Matité en arrière à droite, dans le quart inférieur de la poitrine avec diminution des vibrations thoraciques. Dans la partie correspondante on entend, à l'auscultation, un souffle peu intense, sans bronchophonie ni égophonie, et la toux développe des râles crépitants manifestes, mais peu abondants.

A la région précordiale, légère voussure dans sa partie supérieure ; pas d'impulsions cardiaques ni de frémissement cataire. Vers la pointe et un peu en dedans, on perçoit nettement entre le premier et le second bruit qui ont conservé leur timbre normal, un bruit de souffle assez rude, circonscrit dans un espace très-limité et couvrant une partie seulement du petit silence. Rien de particulier à l'orifice aortique, ni dans les vaisseaux du cou.

Enfin le palper abdominal fait reconnaître dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, dure, irrégulière, très-mobile et douloureuse à la pression. Cette tumeur plonge dans le petit bassin, et au toucher, on s'aperçoit qu'elle n'a avec l'utérus, parfaitement sain d'ailleurs, que des rapports de contiguïté, et n'y adhère aucunement. Elle aurait, d'après la malade, pris un développement considérable depuis trois mois, la menstruation s'effectuant toujours avec la même régularité.

Peu de jours après son entrée à l'hôpital, la malade était convalescente de sa pleuro-pneumonie, lorsqu'il se présenta chez elle plusieurs phénomènes assez singuliers. Ainsi le pouls tout à coup s'éleva à 160 par minute, la peau restant fraîche et sans qu'il y eût aucun signe d'un état fébrile. En outre, les pulsations étaient devenues presque insensibles aux radiales et aux fémorales, tandis que les carotides battaient assez fort pour déterminer un soulèvement qui permettait de compter le pouls à la vue.

Cependant, pas de signe d'anévrysme de l'aorte ou de dilatation de cette artère. Au cœur, on entendait toujours le bruit de souffle, mais il s'était rapproché du premier bruit avec lequel il finit par se confondre. Il n'y eut jamais d'œdème ni d'albumine dans les urines ; pas d'exophthalmos ni de développement de la glande thyroïde.

Tel était l'état de cette jeune malade, lorsque le 6 décembre, se penchant pour prendre un morceau de sucre sur sa table de nuit, elle retombe tout à coup sur son lit et meurt subitement.

Autopsie pratiquée par M. le docteur Bricheteau, chef de clinique.

Rien de particulier à signaler dans l'aspect extérieur du cadavre.

Poitrine. — Adhérences nombreuses des deux plèvres. A droite et en bas, un peu de liquide séreux mélangé de quelques flocons pseudo-membraneux, et dans la partie correspondante, le tissu pulmonaire rouge est comme carnifié; il surnage et crépite encore. Pas d'emphysème ni de tubercules.

A l'ouverture du péricarde, le cœur se présente sous la forme d'une masse volumineuse, à surface irrégulière et mamelonnée, ayant une coloration jaunâtre dans quelques parties seulement, on reconnaît la couleur propre au tissu musculaire de l'organe.

Les coupes pratiquées dans l'épaisseur du ventricule gauche montrent sa paroi dégénérée dans presque toute son étendue : ce sont des masses jaunâtres, dures, irrégulières, tranchant nettement vers la pointe avec le muscle non altéré et donnant, par le raclage, le suc blanchâtre du cancer.

L'altération pénètre jusque dans la cavité ventriculaire, où elle offre, à la partie postérieure, un groupe serré de végétations lisses et arrondies qui viennent faire saillie derrière la valvule mitrale et s'enchevêtrer dans les cordes tendineuses qui s'y insèrent. Celles-ci, du reste, pas plus que la valvule et les colonnes charnues elles-mêmes, ne participent nullement à la dégénérescence. On trouve encore du cancer infiltré dans la cloison interventriculaire et dans une partie de l'épaisseur du ventricule et de l'oreillette droits.

L'orifice aortique est normal; l'aorte est d'un très-petit volume, mais sans altération.

Organes génitaux. — La tumeur à droite est formée par l'ovaire qui se présente sous l'aspect d'une masse blanchâtre, pesante et très-consistante, de forme ellipsoïde à grand diamètre vertical. (15 centimètres.)

L'ovaire gauche est beaucoup moins volumineux, mais offre la même altération, même tissu dense, blanchâtre, résistant, criant sous le scapel et laissant écouler un suc laiteux caractéristique.

Ce dernier organe cependant présente encore, à sa surface, des kystes remplis d'un liquide transparent, entièrement semblables aux follicules de Graaf, prêts à se rompre.

L'examen microscopique n'y a pas montré d'ovules. Cet examen, pratiqué par M. le docteur Cornil, a fourni les caractères histologiques propres à la dégénérescence cancéreuse, et ces caractères étaient les mêmes dans le cœur et dans les deux ovaires.

Pas de noyaux cancéreux disséminés dans les autres viscères de l'abdomen ni dans les ganglions mésentériques.

Réflexions. — On ne peut méconnaître l'intérêt que présente l'observation précédente, tant à cause du siége exceptionnel de la lésion qu'à cause des difficultés de diagnostic qui se sont présentées pendant la vie.

Rare dans les muscles, le cancer ne se montre que plus exceptionnellement encore dans le cœur, qui est de tous les organes celui qui subit le moins souvent cette espèce de dégénérescence. Celle-ci ne s'y rencontre guère que comme production secondaire, et à l'état de petits noyaux disséminés, lorsque déjà plusieurs des viscères voisins ont été envahis et ont offert pendant la vie des troubles fonctionnels importants.

Quant au cancer primitif du cœur, son existence est loin d'être encore établie. M. le professeur Bouillaud, dans quarante années de pratique, n'en a pas vu un seul cas ; Lebert le nie formellement ; le grand ouvrage de M. Cruveilhier et les *Bulletins de la Société anatomique* n'en contiennent pas d'exemple. Serions-nous par hasard tombés sur une exception ?

En ne tenant compte que du développement rapide de la tumeur ovarienne pendant les trois derniers mois de la vie, et de l'étendue de la lésion cardiaque, j'avais été porté à admettre d'abord la manifestation simultanée du cancer dans ces deux organes, et je croyais avoir sous les yeux un cancer primitif à double localisation. Mais les considérations suivantes m'ont fait abandonner cette opinion.

Le cancer de l'ovaire n'est pas absolument rare chez les jeunes sujets, et il y reste assez longtemps latent pour passer inaperçu. A cause de son volume considérable, surtout à droite, le début de la tumeur devait remonter à une époque assez éloignée. D'un autre côté, la vie est incompatible avec une altération profonde du muscle cardiaque, d'où la probabilité que le ventricule gauche n'avait été que tardivement envahi dans toute son épaisseur. L'examen anatomique a montré, en outre, que la lésion résultait surtout de l'agglomération de petites masses qui ont dû d'abord être disséminées; dès lors, et pour toutes ces raisons, il m'a semblé plus sage de conclure que le cœur n'a été que secondairement affecté. Toutefois, le siége de la manifestation cancéreuse n'en est pas moins très-exceptionnel, et permet de ranger ce cas curieux au nombre des raretés anatomo-pathologiques.

Passons maintenant aux particularités remarquables offertes par la clinique.

L'affection pour laquelle la malade entra à l'hôpital était des plus simples ; c'était une pleuro-pneumonie légère parfaitement caractérisée qui ne tarda pas à s'améliorer; mais en même temps nous avions constaté chez elle : au cœur, un bruit de souffle assez rude occupant un espace limité près de la pointe, et dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse, dure, assez douloureuse, à laquelle on pouvait imprimer facilement des mouvements.

Un bruit de souffle vers la pointe, à l'âge de la malade, devait faire penser à de l'endocardite; mais elle n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire, et d'ailleurs l'idée d'une affection valvulaire semblait combattue par ce fait, qu'on entendait le premier et le second bruits normaux, et que le souffle occupait nettement entre les deux une partie du petit silence.

L'embarras devint plus grand encore lorsque le pouls devint,

FEUILLETON.

I. — MEMOIRES ET COMPTES RENDUS

De la Société des sciences médicales de Lyon.

Ce travail, comme le titre l'indique, se divise en deux parties : d'une part, les mémoires proprement dits dont je parlerai tout à l'heure ; de l'autre, se trouvent les comptes rendus par lesquels on me permettra de commencer.

Je parlerai d'abord du polype fibreux naso-pharyngien, opéré par M. Ollier, et qui contraste avec le procédé plus séduisant que M. Nélaton a essayé d'introduire dans la science médicale, mais qui malheureusement a donné au chirurgien qui le remplaçait dans son service, sur 6 cas, 2 morts et 4 récidives. Le procédé de M. Ollier consiste à extirper le polype en commençant l'opération par une incision faite sur le nez. Je ne crois pas qu'il soit possible de juger actuellement ces procédés opératoires, mais je devais vous signaler celui de M. Ollier, parce qu'il est nouveau et qu'il a parfaitement réussi.

J'arrive maintenant à la page 224 des *Comptes rendus*, pour vous parler d'un *signe nouveau des congestions sanguines de la base du cerveau*, par M. Philipeaux.

L'auteur, étudiant d'abord l'anatomie de l'appareil auditif, établit cette vérité généralement peu connue de l'independance de l'oreille interne d'avec l'oreille moyenne et l'oreille externe. Il appuie cette proposition sur les travaux des embryologistes modernes, qui ont démontré que tandis que le conduit auditif, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache se développent aux dépens de l'appareil branchial du fœtus et d'un diverticulum de la muqueuse du pharynx, l'oreille interne naît de la cellule acoustique ou labyrinthique primitive, qui est formée elle-même par un repli en dedans de la membrane d'enveloppe du fœtus.

Il l'appuie également sur les travaux d'anatomie exacte de Trœlsch, de Müller, de Gerlach, qui ont fait voir l'indépendance complète d'origine et de terminaison des vaisseaux de l'oreille interne et de ceux de l'oreille moyenne et externe qui ne s'envoient aucune anastomose. Enfin le nerf auditif, qui se distribue à l'oreille interne, ne transmet aucun filet aux autres parties de l'organe de l'ouïe, qui reçoivent leurs filets nerveux des cinquième et septième paires. De là l'indépendance que l'on rencontre aussi dans les maladies qui affectent cet organe. Eh bien, si l'on trouvait un signe qui indiquât une lésion de l'oreille interne ou du nerf acoustique, ce signe, n'ayant aucune valeur pour désigner une maladie de l'oreille externe, ne pourrait-on en conclure que la base du cerveau ou du moins une portion de cet organe, voisine du nerf auditif, est malade? C'est ainsi que M. Philipeaux a été amené à appliquer une montre sur divers points du crâne, au voisinage de l'oreille moyenne, aux bosses frontales, pariétales et occipitales. Chez un homme sain, le bruit de la montre est entendu distinctement, lors même que le conduit auditif est assez exactement altéré pour empêcher la perception des sons produits à une distance très-rapprochée. Chez un malade atteint de congestion ou de ramollissement de la base du cerveau, la même expérience ne donne lieu à l'audition d'aucun bruit, ou du moins la sensation qu'elle détermine est excessivement confuse.

Malheureusement les faits ne semblent pas répondre tout à fait à ces vues toutes théoriques de M. Philipeaux. On a vu les maladies de l'oreille moyenne se propager à l'oreille interne par les muqueuses ou les os eux-mêmes. Cependant, comme la valeur de ce signe n'a pas été suffisamment étudiée, nous avons cru devoir le signaler spécialement aux observateurs.

Je passe maintenant aux mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon.

Nous n'insisterons pas sur une note de M. Perroud (médecin de l'Hôtel-Dieu), *sur les concrétions muqueuses membraniformes dans les intestins,* et qui se lient le plus souvent à un état névropathique, nous attendrons de nouvelles recherches sur ce point.

Nous signalerons aussi simplement les réflexions ou remarques de feu le docteur Bertholus, *sur les accidents pathologiques attribués à la genèse des cestoïdes qui habitent l'intestin dans l'espèce humaine.*

M. Bertholus s'est demandé où se faisait la dissolution de la coque qui enveloppe l'embryon, coque sphéroïdale très-résistante, constituée par de courtes baguettes prismatiques juxtaposées perpendiculairement à la surface, voici comment s'exprime l'auteur de cette note sur ce point :

« Quand on fait avaler à un lapin un ou plusieurs proglottis de tænia surata, on observe les faits suivants : la substance propre des proglottis est digérée complétement dans l'estomac, et tous les œufs deviennent libres ; ces œufs ne subissent, dans l'estomac lui-même, aucune altération. Mais à peine ces œufs, imprégnés de suc gastrique pénètrent-ils dans le duodénum, qu'ils rencontrent le fluide biliaire, que leur coque se détruit, non pas par dissolution totale de sa sub-

sans qu'il y eut d'état fébrile, excessivement rapide (140 à 160 pulsations), et se montra presque insensible aux artères radiales et fémorales; tandis qu'au cou on voyait un soulèvement marqué produit par le battement des carotides. Ni les signes de la dilatation de l'aorte ou de l'anévrysme de cette artère, ni ceux du goitre exophthalmique n'étaient là pour expliquer quelques-uns de ces phénomènes particuliers.

Du côté de la tumeur, même embarras. Sa forme, son siége, ses irrégularités, l'âge de la malade, avaient fait penser tout d'abord à une grossesse extra-utérine; mais il n'y avait eu jusque-là aucun trouble de la menstruation, et nous ne trouvions pas d'autres signes de grossesse. Toutes les probabilités semblaient plutôt pour une tumeur fibreuse; mais la tumeur se développait rapidement, elle était douloureuse, elle n'avait aucune connexion avec l'utérus même, et ce ne sont guère là les caractères d'une tumeur fibreuse. Avouons que personne ne songea à du cancer, car comment supposer qu'avec une tumeur de pareil volume, la malade aurait conservé les apparences de santé qu'elle eut jusqu'à la fin; son âge, d'ailleurs, ne faisait-il pas écarter d'emblée cette hypothèse?

Ainsi, pour la tumeur comme pour le cœur, rien que des doutes, et le diagnostic fut regardé pendant la vie comme impossible. Cherchons maintenant dans les lésions trouvées à l'autopsie l'explication des phénomènes observés pendant la vie.

Et d'abord le bruit de souffle. Nous savons qu'on l'entendait près de la pointe, au milieu du petit silence entre les deux bruits qui n'étaient point altérés. Cette dernière circonstance faisait supposer que les valvules n'étaient pas malades, et l'on put s'en convaincre en constatant sur la pièce que la valvule mitrale était parfaitement saine, et n'avait avec les parties dégénérées que des rapports de contiguïté. Le souffle devient bien facile à expliquer lorsqu'on voit les végétations nombreuses de la paroi postérieure qui font saillie dans la cavité ventriculaire, près de l'orifice, s'enchevêtrant même dans les cordes tendineuses de la valvule.

Quant à la fréquence extrême du pouls et à sa disparition presque complète dans les radiales et les fémorales, tandis qu'il battait avec force dans les carotides, n'est-ce pas la conséquence directe de la destruction partielle des fibres ventriculaires, et ne peut-on pas se demander si, la fréquence augmentant aux dépens de la force du cœur, le ventricule ne s'est pas trouvé dans les derniers temps incapable de pousser avec assez d'énergie le sang dans les artères éloignées, quoique sa force fût encore suffisante pour distendre et soulever les carotides?

Il est évident que c'est aussi à cette altération profonde du cœur qu'il faut rapporter la mort subite déterminée par la cessation brusque de ses battements.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

De la statistique du service d'accouchement de l'hôpital de la Pitié, et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale.

III.

De la statistique du service des accouchements de l'hôpital de la Pitié, comparée à celle de la Maternité, à celle des services spéciaux d'accouchements dans les hôpitaux, et particulièrement à celle des accouchements de la ville.

Après avoir montré à quel chiffre l'application rigoureuse des règles de l'hygiène a pu réduire la mortalité des femmes en couche dans un service d'hôpital, il convient de rapprocher le résultat obtenu de celui qui est fourni par les accouchements qui ont lieu, soit dans les maternités, soit dans les hôpitaux, soit encore dans le domicile même des femmes.

Dans son intéressant mémoire sur l'*Hygiène des hôpitaux des femmes en couche* (1), mon collègue et ami M. Tarnier a déjà rapproché les unes des autres les statistiques administratives des accouchements et des décès pour la Maternité, pour les hôpitaux et pour la ville. Il ressort de ce travail remarquable que la mortalité des femmes en couche est tellement supérieure, à la Maternité et dans les hôpitaux, à celle des accouchements de la ville, que tous les efforts de l'administration devraient tendre à la suppression des Maternités et à celle des services spéciaux d'accouchements dans les hôpitaux.

C'est à cette conclusion que conduit aussi la lecture de l'excellent travail de mon collègue M. Lefort, sur les Maternités (2).

En effet, d'après la statistique administrative (3), la Maternité de Paris aurait fourni, de 1859 à 1861, 475 décès sur 4,161 accouchements, ce qui donne une mortalité de 11 4/10 p. 100; et pour les trois années 1862, 1863 et 1864, elle aurait donné lieu à 751 décès sur 5,739 accouchements (4), ce qui élève le chiffre de la mortalité à 13 p. 100.

La statistique des accouchements et des décès pour les hôpitaux, tout en étant un peu moins élevée que celle de la Maternité, n'en fait pas moins encore frémir par l'élévation du nombre des victimes!

D'après les relevés de M. Husson, il y aurait eu, en 1861, dans les hôpitaux, 7,226 accouchements, sur lesquels 693 femmes auraient succombé, ce qui établit une mortalité de 9 5/10 p. 100.

En 1862, sur 6,971 accouchements dans les hôpitaux, il n'y aurait plus eu que 476 décès, ce qui fait descendre la mortalité à 6 8/10 pour 100.

Mais en réunissant les chiffres des deux années, on arrive à ce triste résultat, que sur 14,197 accouchements, 1,169 femmes ont perdu la vie dans les hôpitaux! C'est une mortalité moyenne de 8 2/10 p. 100, supérieure encore, comme l'on voit, à la mortalité moyenne du service d'accouchement de la Pitié pendant les cinq années qui ont précédé l'application de mes nouvelles mesures hygiéniques, puisque de 1858 à 1862, la mortalité n'a été que de 7 6/10ᵉ p. 100, ainsi que je l'ai établi plus haut.

M. Tarnier et M. Lefort, en rapprochant l'un et l'autre l'effroyable mortalité des femmes en couche dans les hôpitaux du chiffre relativement si minime de la mortalité pour les accouchements de la ville, qui n'est que de 0 55/100ᵉ p. 100, s'élève avec éloquence contre l'état de choses actuel.

« Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux
« que dans la ville, écrit M. Tarnier (5), on y compterait à
« peine 80 décès au lieu de 1,169. Mille quatre-vingt-dix
« femmes en deux années, ou cinq cent quarante-cinq par an,
« frappées de mort à l'hôpital, et qui probablement auraient
« été épargnées si elles avaient pu accoucher en ville! Ces
« chiffres dépassent toute vraisemblance; on hésite avant de
« les écrire. Une pareille mortalité devient une véritable cala-
« mité publique. A peine soupçonnée il y a quelques années,
« il faut qu'elle disparaisse du jour où elle est connue! »

Ce chiffre de 0,55 p. 100 que donne la mortalité des accouchements de la ville pour les deux années 1861 et 1862 réunies, est juste le même auquel on arrive en groupant les chiffres fournis par la statistique des accouchements à domicile, pratiqués par les bureaux de bienfaisance de 1861 à 1864.

En voici le tableau :

Années.	Accouchements.	Décès.	Mortalité pour 100.
1861.	6,202. . . .	32. . . .	0,51 p. 100
1862.	6,422. . . .	39. . . .	0,60 —
1863.	6,839. . . .	24. . . .	0,35 —
1864.	6,953. . . .	52. . . .	0,74 —
En quatre ans...	26,426. . . .	147. . . .	0,55 p. 100

(1) Tarnier, *Hygiène des hôpitaux*. 1864.
(2) Lefort, *des Maternités*. 1866.
(3) Husson, *Études sur les hôpitaux*. 1862.
(4) Lefort, *loc. cit.*, p. 32 et 243.
(5) Tarnier, *Hygiène des hôpitaux de femmes en couche*, 1864, p. 6.

En résumé, la mortalité dans les Maternités a été, dans ces dernières années, de 13 p. 100; dans les autres hôpitaux, elle a été de 8 2/10 p. 100; pour les accouchements à domicile elle a été de 0,55 p. 100.

Au moment où, en présence de ces résultats, des voix autorisées s'élèvent de toutes parts pour demander la suppression non-seulement des maternités, mais encore des salles spéciales d'accouchement dans les hôpitaux, il appartient aux médecins qui se sont personnellement occupés des questions d'hygiène des femmes en couche et de la prophylaxie de la fièvre puerpérale, d'éclairer l'administration sur les résultats qu'elle peut obtenir dans l'état actuel des choses, et sur les déceptions auxquelles elle doit s'attendre si, avec trop de précipitation, elle substituait immédiatement aux services d'accouchements dans les hôpitaux, des services d'assistance obstétricale à domicile.

Il serait beau sans doute que la ville de Paris pût parvenir un jour à chasser la misère de ses faubourgs, et à débarrasser l'assistance publique d'un paupérisme qui l'épuise; mais l'aurore de ce beau jour est encore loin de nous! Il nous faut compter encore et avec l'indigence de la population et avec la modicité des ressources de l'assistance publique.

J'ai montré quel est le résultat auquel on peut facilement parvenir dans un service d'accouchement d'*hôpital*; j'ai montré par la statistique de la Pitié que le chiffre de la mortalité moyenne, par la fièvre puerpérale, ne s'élevait pas, pour ces quatre années, à plus de 1 1/10 p. 100; c'est donc actuellement sur ce chiffre qu'il convient de discuter; c'est lui qu'il faut mettre en regard de la mortalité des femmes en couche de la ville, avant de se prononcer définitivement sur les réformes à apporter dans l'organisation du service des accouchements.

Examinons tout d'abord ce que deviendrait le chiffre de la mortalité moyenne des accouchements à domicile, évalué pour ces dernières années à 0,55 p. 100, si par la pensée on supprimait d'un seul coup tous les accouchements qui se font aujourd'hui dans les hôpitaux.

En analysant la nature des décès des femmes en couche de mon service, j'ai cherché à faire ressortir du chiffre brut de la mortalité, la part qui était due à la fièvre puerpérale et celle qui revenait à des maladies qui lui étaient étrangères.

Je suis arrivé à prouver que, sur les 43 décès qui avaient eu lieu sur les 2,117 accouchées de mon service, 24 seulement avaient été causés par la fièvre puerpérale et 19 par des circonstances étrangères à cette affection.

Il résulte de cette analyse que la mortalité brute des femmes en couches est de 2 p. 100, que la mortalité par la fièvre puerpérale est de 1,10 p. 100 et que celle causée par des maladies étrangères est de 0,89 p. 100.

Or, cette mortalité de 0,89 p. 100, est inévitable dans quelque lieu que ce soit. Elle n'a sa raison ni dans l'encombrement, ni dans l'influence nosocomiale, ni dans la fièvre puerpérale; elle a pour cause des fièvres éruptives, des varioles, des fièvres typhoïdes, des phthisies pulmonaires, des maladies organiques du cœur, etc., etc., toutes conditions pathologiques que n'exclut pas la grossesse, et qui tuent en dehors de la complication de parturition.

Le jour où l'on supprimerait complétement les accouchements dans les hôpitaux, il faudrait nécessairement que la totalité de ces décès fût reportée sur la statistique des accouchements de la ville, et il en résulterait une augmentation notable du chiffre de la mortalité.

En effet, nous avons vu, par la statistique de l'administration, que la mortalité actuelle pour les accouchements de la ville et pour ceux des bureaux de bienfaisance était de 0,55 p. 100. Si nous déplaçons de la statistique des hôpitaux, la mortalité des femmes enceintes étrangère à la fièvre puerpérale qui est de 0,89 p. 100, et que nous la reportions sur la statistique des bureaux de bienfaisance, celle-ci, au lieu de 0,55 p. 100 deviendra de 1.44 p. 100.

Voilà donc une première déception inévitable sur laquelle

---

stance, mais par dissolution de la matière qui maintient fortement agglutinés les prismes dont elle se compose. Ces prismes se désagrégent, se dispersent, et c'est ainsi que l'embryon devient libre et peut alors, en traversant les parois intestinales, pénétrer dans les vaisseaux qui le transporteront dans le lieu où il doit se développer.

« Que si, au lieu de faire avaler les œufs au sujet d'expérience, on les introduit directement dans l'intestin grêle, même dans un point assez rapproché du pylore par une fistule pratiquée à cet effet, leur coque reste intacte, et ils sont expulsés avec les fèces. »

L'auteur de ce mémoire part de ce travail pour expliquer comment l'infection ladrique autogène de l'homme est impossible ou du moins ne serait possible que par régurgitation; malheureusement, le nombre des expériences faites et leur analyse comparative ne sont pas indiqués, et le témoignage de ces études ne peut être accepté que sous cette condition.

Après ce travail, suit immédiatement une note de M. le docteur Lorret, *sur un nouveau moyen d'expulser le tænia*, et qui consiste à donner d'emblée 60 grammes de sirop d'éther et, deux heures après, 30 grammes d'huile de ricin. On pourra voir à la page 84, comment, en aidant Bertholus dans des expériences sur des chiens qu'il asphyxiait avec de l'éther, ils furent conduits au résultat ci-dessus indiqué. Ajoutons que ce moyen a été depuis longtemps prescrit.

J'arrive ainsi à deux mémoires très-curieux, l'un intitulé : *Des éruptions par névrose vaso-motrice*, par M. le docteur Gignoux (médecin de l'Hôtel-Dieu); l'autre, *De l'absorption dans les os longs*, par M. Christoz.

Le premier de ces mémoires ne renferme que cinq observations, mais elles sont toutes curieuses par la permutation qui existe entre les douleurs névralgiques et les rougeurs qui se manifestèrent à la place sur la peau, sur le trajet du nerf affecté, et en effet, lorsqu'on coupe au cou le filet du grand sympathique, on voit des altérations se produire sur la partie correspondante de la tête de l'animal, mais seulement lorsque l'animal est mal nourri. On sait aussi que Leudet a décrit une altération des racines postérieures coïncidant avec un zona. Il est donc utile de signaler ces faits et de les enregistrer au fur et à mesure qu'ils se montrent à notre observation.

Quant au mémoire de M. Christoz, très-remarquable par le grand nombre d'expériences qu'on y trouve, et qui ont été faites en partie sous les yeux de M. Ollier, je ne pourrai m'appesantir sur ce travail, parce que cela m'entraînerait trop loin, mais je dois dire cependant que les conclusions de l'auteur sont trop générales. Voici ces conclusions :

1° L'organe médullaire des os longs est celui qui, de tous les organes, absorbe le plus activement;

2° Cette fonction se fait d'une manière d'autant plus rapide que les os sont plus rapprochés du centre circulatoire;

3° Dans un même membre, ce sont les os du segment supérieur qui occupent la première place dans l'absorption, et les os du segment inférieur n'occupent que la deuxième;

4° Enfin la plus large part de cet acte physiologique doit être attribuée aux vaisseaux nourriciers.

Je dois ajouter que l'auteur de ce mémoire a fait ces expériences sur des lapins et avec dix gouttes d'une solution saturée de cyanure de potassium. Or, il eût été à désirer que M. Christoz ait employé plusieurs substances comme il l'avait du reste tenté en essayant la strychnine; il aurait obtenu des résultats différents (par exemple dans ses expériences comparatives sur l'absorption des os et du poumon), et cela tient en partie à des phénomènes endosmotiques.

Je regrette de ne pouvoir vous parler de tous les travaux de la Société des sciences médicales de Lyon, la crainte de vous fatiguer m'empêche de le faire, mais vous y gagnerez d'un autre côté, en consultant en temps et lieu, vous mêmes, ces mémoires auxquels je renvoie tous ceux que le progrès de la médecine intéresse.

II. — COMPTE RENDU

De la Société médicale de l'Aube.

L'exposé du bulletin de cette Société comprend deux parties : dans l'une est consacrée exclusivement à des observations de médecine et de chirurgie que l'on pourra consulter avec fruit; et l'autre, à deux mémoires : le premier, du docteur Guichard, *Sur les Eaux-Bonnes et sur les services qu'elles peuvent rendre dans la phthisie pulmonaire*, le deuxième, du docteur Mougeot intitulé : *De l'absorption et principalement de l'absorption cutanée.*

Ce mémoire, où l'auteur discute avec talent les théories les plus nouvelles sur l'absorption, me paraît mériter d'autant plus l'attention que M. Mougeot a fait, comme on pourra le voir de la page 30 à la page 40, une série d'expériences sur lui ainsi que sur des animaux pour éclairer la question.

Après nous avoir montré combien l'absorption est rapide par le sang d'abord, puis les muscles, puis les poumons, puis le tissu cellulaire, les séreuses, etc., tandis qu'elle est presque nulle par la

l'administration doit compter dans le cas où il n'y aurait plus à Paris que des accouchements à domicile. Je dis plus, le chiffre de la mortalité sera nécessairement supérieur à 1,44 p. 100, car il se trouvera encore accru de l'excès de la mortalité due à l'intervention chirurgicale dans les cas de dystocies, la plupart de ceux-ci étant réservés pour l'hôpital, dans l'état actuel des choses.

« Sur 30 femmes, écrit M. Lefort (1), pour lesquelles une intervention chirurgicale a été nécessaire, 9 sont mortes; la « mortalité s'est élevée pour elles à 30 p. 100, chiffre considé« rable et qui indique bien les dangers que fait courir aux « accouchées la nécessité d'une opération chirurgicale. »

Bien que cette mortalité de 30 p. 100 pour les femmes qui ont subi des opérations obstétricales, modifie peu le chiffre de la mortalité générale, à cause du petit nombre des opérées relativement au très-grand nombre des accouchements qui se font naturellement, il faut néanmoins en tenir compte, car le chiffre de la mortalité des femmes en couche sera toujours surchargé d'autant pour le lieu où les accouchements qui nécessitent l'intervention chirurgicale se seront accomplis.

Jusqu'ici c'est une surcharge pour la statistique de l'hôpital au bénéfice de celle de la ville; mais on comprend qu'il en serait tout autrement si l'administration se décidait à la suppression de tous les accouchements dans les hôpitaux.

Sans engager l'avenir d'une façon définitive, on voit donc qu'il est extrêmement probable que, par la suppression des services d'accouchements dans les hôpitaux, le chiffre de la mortalité brute des accouchements à domicile, pratiqués par l'intermédiaire des bureaux de bienfaisance, atteindra au moins le chiffre de 1,44 p. 100. Eh bien, je le répète, puisque sans imposer de nouvelles charges à l'assistance publique, on peut, dès à présent, par une hygiène rigoureusement observée, réduire dans les hôpitaux la mortalité des femmes en couche, par la fièvre puerpérale, à 1 1/10 p. 100, n'est-il pas préférable de généraliser, dès à présent, les mesures hygiéniques qui m'ont donné un tel résultat à l'hôpital de la Pitié, que de courir après l'image d'une perfection que l'état actuel des ressouces de l'assistance publique ne permettra peut-être pas d'atteindre de sitôt.

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE (2),

Par M. le Dr E. KOEBERLÉ.

OBS. XIX. — *Ovariotomie pratiquée le 12 juillet 1865. — Mort.*

Mme M..., sage-femme à Rhinau (Bas-Rhin), est âgée de soixante-douze ans. Elle est amaigrie, mais d'une très-forte constitution et pleine d'énergie. Menstruée jusqu'à l'âge de cinquante-trois ans, elle n'a jamais eu de maladie. Elle a eu six grossesses, dont les trois dernières ont été suivies de fausses couches. Sa mère est morte à l'âge de quatre-vingt-huit ans et sa grand'mère à l'âge de cent-trois ans. Il y a quatre ans, il se développa à gauche dans le bassin, une petite tumeur, un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, qui ne tarda pas à prendre un accroissement rapide, et qui s'accompagna d'ascite et d'œdème des extrémités inférieures. La malade dut être ponctionnée pour l'ascite, d'abord à un an et demi d'intervalle, puis tous les deux mois, enfin, dans les derniers temps, toutes les quatre semaines. La ponction fournissait chaque fois 15 à 17 litres de sérosité transparente, jaune verdâtre. Sous l'influence de l'ascite, un petit sac herniaire inguinal, situé dans l'aine droite, à collet très-étroit, s'était laissé progressivement distendre et avait formé une tumeur du volume d'une tête d'enfant, dont on pouvait faire refluer aisément le liquide dans la cavité abdominale. La tumeur ovarique avait environ 25 centimètres de diamètre, elle était pourvue d'un long pédicule, et était restée mobile jusqu'à l'avant-dernière ponction. Depuis lors, un mois avant l'ovariotomie, il se développa des douleurs intenses, irradiant par accès dans le sacrum, dans les reins et dans la cuisse, du côté gauche, surtout sur le trajet du nerf obturateur, dans l'articulation coxo-fémorale et dans l'articulation du genou. Le pouls était petit, irrégulier, à 95. Il y avait de la tympanite intestinale. L'urine était chargée et en petite quantité. A l'exploration vaginale et rectale, on provoquait des douleurs très-vives du côté gauche, à la partie inférieure de la tumeur, qui était également très-sensible au-dessus de l'aine gauche; il y avait de la péritonite, et la tumeur ovarique était probablement enflammée et en voie de suppuration à sa base. La malade était venue à Strasbourg dans ces conditions fâcheuses, se traînant à peine, cherchant à surmonter sa douleur, me suppliant instamment de l'opérer. Je fis une ponction, qui donna issue à 9 litres de liquide ascitique troublo, purulent. La malade fut un peu soulagée, mais la péritonite, la fièvre hectique, la douleur persistèrent. Quoique l'ovariotomie présentât peu de chances de succès dans ces conditions, je cédai néanmoins aux vives instances de la malade, dont les faibles ressources s'épuisaient par suite de la durée de la maladie, et l'opération eut lieu le 12 juillet 1865, au couvent des Sœurs de la Rédemption, dix jours après la ponction. Incision de 28 centimètres. Le péritoine était très-épaissi par des dépôts fibrineux. Évacuation de 8 litres de sérosité ascitique, d'abord claire, verdâtre, puis trouble et mêlée de fausses membranes. Le kyste était multiloculaire, du poids de 7 kilogrammes; il provenait de l'ovaire gauche. Sa base était enflammée; une collection purulente, formée dans l'une des loges, s'était ouverte dans le bassin, à gauche. Une adhérence ancienne, renfermant des vaisseaux volumineux, existait dans le cul-de-sac recto-vaginal. Cette adhérence et le pédicule furent compris, chacun dans une anse de fil de fer, à l'aide de serre-nœud. Une pince fut appliquée sur un vaisseau d'une autre adhérence à la matrice. La cavité abdominale, nettoyée, et débarrassée de la sérosité, des pseudo-membranes, du pus et du sang, fut fermée au moyen de quatre points de suture profonde et de sept points de suture superficielle. L'angle inférieur de la plaie, qui resta ouvert, donnait passage aux deux serre-nœuds, à la pince et à un tube de verre destiné à maintenir une issue libre aux liquides. Le sac herniaire de l'aine fut incisé; il avait près d'un demi centimètre d'épaisseur et contenait beaucoup de fausses membranes; après l'avoir détaché jusqu'au collet, j'appliquai sur lui deux pinces pour arrêter l'hémorrhagie, et je l'excisai. L'orifice du collet resta à découvert et j'y laissai un tube de verre à demeure. L'opération avait duré une heure. La perte de sang peut être évaluée à 100 grammes. Après l'opération, le pouls, qui avait toujours été irrégulier, à 95 depuis une quinzaine de jours, se releva peu à peu, puis tomba à 80. Vers le soir il survint des crampes utérines, qui occasionnèrent des douleurs très-vives dans le bassin, vers le sacrum, dans la cuisse gauche et dans la paroi abdominale. Les accès devinrent de plus en plus fréquents et violents, malgré 3 centigrammes de morphine pris à l'intérieur, à une demi-heure d'intervalle. Des inhalations de chloroforme firent cesser de suite les crampes ainsi que la douleur, et l'opérée s'endormit. Il s'opérait un abondant écoulement de sérosité par l'aine et par l'angle inférieur de l'incision abdominale. Le lendemain, le pouls était irrégulier, à 90; il y avait de la tympanite intestinale; la respiration était profonde et accélérée; les urines étaient assez abondantes. Deux lavements purgatifs restèrent sans effet. Je prescrivis 40 grammes d'huile de ricin. Enfin, deux autres lavements d'eau tiède amenèrent beaucoup de gaz et de matières stercorales durcies, quoique la veille de l'opération la malade ait eu des selles diarrhéiques. Vin. Liqueur ammoniacale anisée. Vers le troisième jour, le pouls faiblit, à 130, devint plus irrégulier, filiforme; la dyspnée augmenta. Évacuation de matières stercorales et de gaz. Extraction de 400 grammes de sérosité trouble de l'excavation pelvienne. La malade prit plusieurs tasses de vin chaud et de bouillon avec du jaune d'œuf. Elle se remit très-notablement; le pouls se releva à 90; le bourdonnement d'oreille qui l'obsédait disparut; la voix redevint claire; le refroidissement, qui avait été très-prononcé, se dissipa en grande partie; néanmoins, la dyspnée persista, probablement par suite de caillots fibrineux dans le cœur et dans les vaisseaux pulmonaires. Il y eut encore deux évacuations alvines, mais la malade, très-abattue, faiblissait sensiblement. Elle se refroidit de nouveau, malgré tous les moyens employés, et elle succomba très-rapidement, en conservant toute sa connaissance jusqu'à quelques minutes avant sa mort, cinquante heures après l'opération. L'autopsie fut pratiquée deux jours après la mort. Le corps n'était pas décomposé, malgré une chaleur de 30 à 33 degrés, ainsi que cela aurait eu lieu à la suite d'une septicémie. Dans l'excavation pelvienne, il y avait environ 50 grammes de sérosité rougeâtre. Deux anses intestinales étaient enflammées dans la fosse iliaque du côté droit. Il n'y avait ni exsudat séreux ni pseudo-membranes dans tout le reste de la cavité péritonéale. Un lombric était remonté par l'œsophage jusque dans la bouche. Le cœur contenait des caillots fibrineux qui se prolongeaient dans l'artère pulmonaire.

Remarques. — Quoique la malade ait été très-âgée, elle était encore très-robuste avant le développement de l'ovarite. Son état général, jusqu'alors, était excellent et elle vaquait aux soins de sa profession jusqu'à la veille de chaque ponction; cependant, elle maigrissait rapidement sous l'influence de la reproduction incessante de la sérosité. Si l'ovariotomie avait pu être faite un mois plus tôt, elle aurait eu lieu dans des conditions très-favorables. La constitution robuste de la malade permettait d'espérer encore au moins une vingtaine d'années d'existence, ainsi que chez ses parents. L'âge très-avancé n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie si l'état général est très-satisfaisant. Il y a divers exemples de malades, âgées de soixante à soixante-dix ans et même au delà, opérées avec succès.

La malade a succombé à une simple péritonite pelvienne, à laquelle elle aurait probablement résisté si elle n'avait pas été si affaiblie dans les derniers temps par la péritonite et par l'ovarite.

La stimulation alcoolique n'avait pas été poussée activement pendant la deuxième nuit, et il s'était produit, par suite du ralentissement de la circulation, des dépôts fibrineux dans le cœur et dans les poumons, ainsi qu'il s'en forme dans la période algide du choléra et dans toutes les circonstances où les mouvements du cœur sont très-affaiblis. Aussi, la gêne de la circulation et de la respiration ont persisté et la malade n'a pu être soustraite à l'asphyxie consécutive.

Le kyste de cette opérée présentait une particularité remarquable. L'une de ses loges offrait une ouverture circulaire parfaitement cicatrisée, par laquelle le liquide qui s'y sécrétait se déversait incessamment dans la cavité péritonéale.

Il est très-hasardeux de faire l'extirpation d'une tumeur de l'ovaire lorsque la malade est atteinte de péritonite ou d'un commencement de septicémie. Si la prudence et le soin de sa renommée commandent parfois l'abstention au chirurgien, d'autre part, la malade vouée à une mort inévitable, peut être sauvée quelquefois par une tentative hardie. C'est ainsi que M. Péan a eu le bonheur de réussir, même à Paris, dans un cas désespéré, à la suite de la rupture d'un kyste suppuré, que M. Keith a fait avec succès l'extraction d'un kyste qui avait été ponctionné sept jours auparavant, et dont le contenu était en décomposition putride; que M. Daviers a extirpé heureusement un kyste dont une des loges renfermait des gaz; tandis que M. Wells a échoué dans trois cas analogues (*cases* XXXIII, XCVI, CVII), ainsi que moi, dans cette observation, et ainsi que d'autres chirurgiens.

L'existence de l'ascite par elle-même aggrave le pronostic d'une manière générale. Sur 24 cas compliqués d'ascite, opérés par M. Wells, il y a eu 16 morts et 8 guérisons seulement. Sur 3 cas compliqués d'ascite, opérés par M. Keith, il y a eu 2 morts et 1 guérison. Dans ma pratique, sur 5 cas compliqués d'ascite, il y a eu 2 morts et 3 guérisons, dont la dernière a été obtenue avec grande difficulté.

(1) Lefort, *des Maternités*, 1866, page 57.

(2) Par suite d'une erreur typographique, la XXe observation a été publiée sous la rubrique obs. XIX, dans le numéro du 1er décembre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 octobre. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORTS.

Discussion sur l'éclampsie.

L'ordre du jour donne la parole à M. De Soyre, pour un rapport verbal sur le *Bulletin des travaux de la Société de médecine d'Angers.*

M. le rapporteur appelle l'attention sur une observation d'éclampsie puerpérale traitée et guérie par l'emploi combiné de la saignée et du chloroforme.

M. BLONDEAU signale à ce propos deux faits cliniques dont il a été témoin, dans lesquels le chloroforme fut le traitement exclusif de l'éclampsie puerpérale et où le succès couronna la médication.

---

vessie après avoir insisté sur les beaux travaux de M. Graham, l'auteur rappelle et établit de nouveau que l'absorption par la peau de l'eau et des matières solubles dans l'eau, est tout à fait nulle, grâce à la matière sébacée qui couvre la surface de notre corps. (Il faut cependant faire exception pour les faces palmaires et plantaires des extrémités, parce que l'enduit sébacé est rendu soluble par les acides de la sueur propres à ces régions.)

Cette raison a fait, à bon droit, abandonner à M. Mougeot, beaucoup de préparations pharmaceutiques qui ne jouissent en réalité d'aucun effet appréciable. Il y a longtemps que M. Ricord, en parlant des pommades fondantes, avait dit d'elles que c'était des pommades qui se fondaient mais ne fondaient rien; il y a longtemps aussi que les praticiens ont reconnu combien la friction jouait un rôle important pour la pénétration des particules dans les couches du derme. Cette pénétration, qui se fait de proche en proche et dont le phénomène est à peu près analogue à celui qui fait cheminer une aiguille à travers notre corps, a été indiqué, comme on le sait, par M. Charles Robin, pour expliquer l'absorption des corpuscules par les villosités intestinales; mais il y a une circonstance qui me semble venir aider singulièrement la rapidité de ce phénomène, c'est que les globules blancs ne sont autre chose que de petits animaux munis de crochets (1).

Je ne veux pas finir ce rapport sans faire ici une observation générale qu'on ne saurait trop recommander aux physiologiques, *c'est d'indiquer d'une manière précise les conditions déterminées et le nombre des expériences.*

Je ne puis comprendre autrement le désaccord où je me trouve avec M. Mougeot, lorsqu'il parle des expériences qu'il a faites à l'instar de Collard de Martigny; je pense que cela tient seulement au temps et à la durée de ces expériences, car si le contact prolongé du chloroforme sur la peau est extrêmement douloureux, celui de la mirbane est insupportable, et d'un autre côté, pour le chloroforme par exemple, cette application donne lieu à des phénomènes que je ne vois pas signalés chez l'auteur. Je crois aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'on ne saurait être trop sobre d'explications dans l'intervention de l'électricité, pour expliquer les phénomènes de la vie.

En résumé, le travail de M. Mougeot, et qui occupe la plus grande partie du bulletin de la Société de l'Aube, est assez intéressant pour le signaler d'une manière particulière, nous serions désireux de voir l'auteur continuer les essais qu'il a déjà faits, et nous devons remercier particulièrement cette Société de l'envoi de son bulletin, qui est fort bien fait et fort bien traité.

(1) On s'explique ainsi la position des globules blancs contre les parois des vaisseaux capillaires.

M. DE SOYRE regrette que l'auteur de l'observation qu'il a résumée, M. le docteur Guignard (d'Angers), ait employé simultanément le chloroforme et la saignée. Il lui reproche ensuite de conclure à l'avantage des émissions sanguines sur les anesthésiques dans le traitement de l'éclampsie.

M. GÉRY père rapporte à ce sujet les deux faits suivants :

Une femme éclamptique fut maintenue pendant quarante heures sous l'action du chloroforme ; elle guérit.

Une autre femme éclamptique fut saignée à diverses reprises sans succès. Les attaques se renouvelèrent à dix-neuf reprises différentes ; elle succomba.

Dans le traitement d'accidents de cette nature, il faut, ajoute M. Géry, se garder d'être exclusif. Les conditions individuelles peuvent tour à tour rendre impraticables ou extrêmement utiles l'un et l'autre des moyens thérapeutiques généralement usités.

La saignée, malgré tout, conservera l'inconvénient de rendre lente et pénible la convalescence.

M. RICHARD. En Angleterre, l'éclampsie des enfants est toujours traitée par le chloroforme. Cette pratique est devenue usuelle, et on en pousse très-loin l'emploi.

M. JULES WORMS. A Strasbourg, dans le service de M. le professeur Stoltz, l'usage du chloroforme dans l'éclampsie puerpérale est une pratique courante.

M. BLONDEAU a vu tenir un enfant de cinq ans pendant plus de six heures consécutives sous l'influence du chloroforme sans accident.

Depuis lors, les fréquentes applications d'une médication semblable lui ont toujours paru garder la même innocuité.

M. DE SOYRE se propose de dresser le tableau comparatif des éclampsies traitées à l'hôpital des Cliniques au moyen du chloroforme, et de celles contre lesquelles on a eu recours aux émissions sanguines.

M. RICHARD demande qu'on donne, dans cet intéressant relevé, place à la série des femmes éclamptiques guéries sans avoir été soumises à l'emploi soit du chloroforme, soit de la saignée.

M. AUG. VOISIN ajoute que la cause de l'éclampsie (urémie ou épilepsie) devra aussi être déterminée avec soin.

M. PERRIN appelle l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à savoir ce que sont devenus les enfants des femmes éclamptiques dont on recherchera l'histoire pathologique.

Rapport sur la candidature de M. le docteur Peruzzi, par M. J. Worms.

M. le docteur Peruzzi, chirurgien distingué de Sinagaglia, a adressé à la Société de médecine, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire imprimé intitulé : *L'ovariotomie en Italie jusqu'en 1865.*

Ce travail accompagne la traduction que l'auteur a faite du *Traité des kystes de l'ovaire,* de M. Baker Brown.

L'œuvre dont je dois avoir l'honneur de vous entretenir se recommande à votre attention par un double intérêt : celui de l'histoire et celui de la pratique.

L'auteur, qui paraît connaître très-particulièrement l'histoire de la chirurgie italienne, déroule sous nos yeux les opinions émises, sur l'extirpation des ovaires malades, par les chirurgiens italiens, depuis le milieu du dernier siècle jusqu'à nos jours ; il nous rappelle les encouragements donnés à cette opération, et l'opposition tenace qui, là comme ailleurs, lui a été faite. Il en est résulté qu'en Italie comme en France, l'ovariotomie n'est admise comme une opération légitime que depuis bien peu d'années.

L'approbation la plus ancienne lui a été donnée en Italie, en 1752, par le chirurgien Tozetti, mais ce n'est qu'en 1845 que la première ovariotomie y fut pratiquée.

M. Peruzzi rapporte l'histoire de cette tentative, si hardie pour l'époque, exécutée avec succès par le docteur Gaetano Emiliani, à Faënza.

Aujourd'hui que l'opération est pratiquée, on peut le dire, tous les jours, ce récit ne présente qu'un intérêt purement historique. A ce point de vue, le fait a quelque valeur, car je ne me rappelle pas en avoir rencontré, dans les traités spéciaux, le souvenir qui reste tout entier à l'honneur de la chirurgie italienne. M. le docteur Kœberlé, qui me semble avoir donné dans son livre sur l'ovariotomie, si remarquable sous tous les rapports, l'histoire la plus complète, ne l'a pas signalé. Mais la persévérance et l'éclat avec lesquels il s'occupe de l'ovariotomie, lui donneront l'occasion, j'en suis sûr, de rétablir cette vérité chronologique, que j'ignorais absolument comme lui, avant la lecture du travail de M. Peruzzi.

Laissant l'histoire pour la pratique actuelle, M. Peruzzi relate deux observations d'ovariotomie faites, l'une par lui, et l'autre par M. le professeur Bezzi (de Modène), en 1865.

Le résultat de la première opération a été défavorable ; la malade a succombé vingt-six heures après l'opération. La malade opérée par M. Bezzi a été guérie ; mais au bout de trois semaines, elle a succombé à un double épanchement de la plèvre et du péricarde. La plaie abdominale était complétement cicatrisée, et il n'a été trouvé aucun signe d'inflammation récent dans la cavité abdominale.

Vous remarquerez, messieurs, la loyauté chirurgicale avec laquelle M. Peruzzi, sans attendre des succès qui ne sauraient manquer de lui écheoir, signale au monde scientifique son premier revers à propos de sa première opération. C'est là un exemple à suivre, et je croirai volontiers que c'est à ce culte de la sincérité, qui s'est généralisé dans ces dernières années, que l'ovariotomie doit d'être aujourd'hui accueillie partout comme une ressource salutaire.

Je pense, messieurs, qu'en faisant à M. le docteur Peruzzi l'honneur, que je sollicite pour lui, de l'admettre au nombre des membres correspondants de la Société, vous ferez un acte dont il est parfaitement digne.

Le vote sur la candidature de M. Peruzzi dans la prochaine séance.

Corps étrangers ingérés dans les voies digestives.

M. DELASIAUVE communique à la Société le cas curieux d'une malade de la Salpêtrière, âgée d'environ soixante-cinq ans, et qui, depuis plusieurs semaines en proie à une obtusion mentale, se crut, étant sur la route, poursuivie par des voleurs. Cette préoccupation l'aurait conduite à emporter sur elle une somme de 200 francs qui composait toute sa fortune. La panique croissant, elle ne vit plus d'autre alternative, pour déjouer les malfaiteurs, que d'avaler les pièces d'or. Placée à la Salpêtrière, elle a, et non sans avoir éprouvé de fortes coliques, rendu par les selles 175 francs. On ignore si le reste de la somme a été évacué sans qu'on s'en aperçût. L'embarras intellectuel ne nous a pas permis d'obtenir d'elle des renseignements directs. Elle aurait, dans une légère éclaircie, fait des aveux à une infirmière, et déclaré qu'elle était mue par des idées de suicide.

M. JACQUEMIN. Il est fréquent de voir les voleurs avaler, au moment de leur arrestation, des pièces de monnaie qu'un purgatif restitue au parquet à titre de corps du délit. — A Mazas, M. Jacquemin a donné ses soins à un condamné qui avait avalé quatre-vingts épingles. Les douleurs gastriques étaient atroces. Il ne pouvait être question ici de recourir à un vomitif, parce que les épingles se seraient disséminées dans la longueur de l'œsophage et dans le pharynx. On fit ingérer à cet homme une grande quantité de pommes de terre et de panade. On administra ensuite une assez forte dose d'huile de ricin. On retrouva, de cette manière, 70 épingles dans les garde-robes, au milieu des matières alimentaires hâtivement expulsées de l'intestin.

M. Jacquemin et plusieurs autres rappellent à cette occasion des faits analogues.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 21 décembre 1866, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Hestant, médecin-major de 1re classe ; Parisy ; Paret et Delcominète. médecins-majors de 2e classe ; Chalet, pharmacien-major de 2e classe.

— Par décret impérial, l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, est élevée au rang des établissements d'utilité publique. Son bureau reste ainsi composé : Président, M. Baillarger ; secrétaire, M. Legrand du Saulle ; trésorier, M. Lunier.

— Par arrêté ministériel :

M. le docteur Filaudeau est nommé médecin du lycée impérial de Napoléon-Vendée, en remplacement de M. le docteur Bouchet, décédé.

— La Société de médecine pratique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1867. On été élus : président d'honneur, M. Trousseau ; président, M. Legrand du Saulle ; premier vice-président, M. Josias ; second vice-président, M. Mattei ; secrétaire-général, M. Dupuy ; secrétaire, M. Milon ; secrétaire-adjoint, M. Chaumezière ; trésorier, M. Caron.

— Un noir, employé au poste de Dagana, dans le fleuve du Sénégal, cueillait des fruits sous un tamarinier, lorsqu'un tigre embusqué dans le feuillage de cet arbre, se précipita sur l'épaule gauche de cet homme. Après une lutte de quelques secondes, le nègre put se sauver dans le fleuve. Lorsqu'il se présenta à la visite du chirurgien de la marine M. Forné, on constata une fracture de l'épine de l'omoplate, treize coups de griffes sur le crâne, onze sur l'épaule gauche, un sur l'épaule droite ; quatre morsures au bras gauche ; cinq coups de griffes sur l'avant-bras et la main droite ; quatre sur le nez, deux sur la paupière supérieure gauche.

Un mois après l'accident, le blessé était guéri.

Leçons sur les maladies cutanées dartreuses, professées à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Hardy, rédigées et publiées par le docteur PIHAN DUFEILLAY, ancien interne à Saint-Louis. Troisième partie. In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1862.

Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, par le docteur E. MOYNIER. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1858.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie Coccoz.

(*Voir le supplément.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er mars 1866. — Pésidence de M. LEGRAND DU SAULLE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

COMMUNICATION.

Extraction d'une cataracte. — Opération ayant duré plus de trois heures.

M. COURSSERANT. Parmi les dangers inhérents à l'opération de la cataracte par extraction, un de ceux qu'on entend articuler le plus souvent, c'est celui de vider l'œil ; cependant ce grave accident ne devra jamais constituer qu'une exception bien rare, si à cette quasi-élégante, mais toujours si dangereuse prestesse, toute fière d'escamoter, pour ainsi dire, les divers temps de l'opération, le praticien a la sagesse de préférer une patiente lenteur, une prudente temporisation, lesquelles sont les conditions principales du succès dans les circonstances difficiles.

M. X..., habitant Orléans, est opéré à la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu, à Paris. Pendant que le kératotome taillait le lambeau cornéen supérieur, et alors que ce dernier ne tenait plus à la conjonctive que par un pont membraneux de 2 millimètres de largeur, une violente contraction des muscles de l'œil détermina la projection, au dehors, d'une très-faible partie du corps vitré ; en même temps, le cristallin, perdant ses attaches supérieures, s'abaissa d'une manière notable dans la chambre postérieure. L'opération fut donc brusquement suspendue ; mais une fois le premier danger conjuré, il s'agissait d'achever la section de la bride conjonctivale et d'extraire le cristallin ; opération d'autant plus délicate, que tout devait faire croire à un ramollissement sensible de l'humeur vitrée. Mais que de difficultés allaient se présenter dans l'exécution de ces manœuvres !

D'abord le malade n'avait plus qu'un faible empire sur la direction de son globe oculaire, et ne pouvait que très-difficilement porter l'œil en bas ; en second lieu, au moindre contact d'un instrument, ce dernier, dans un mouvement brusque et rapide, se dérobait en haut et allait se cacher sous la paupière supérieure. Pendant une heure environ, des tentatives nombreuses, interrompues par des intervalles de repos de quelques instants, furent faites sans le moindre succès. A ce moment M. X... fut soumis à l'inhalation du chloroforme, sans que ni le collapsus général des membres ni l'insensibilité pussent être obtenus d'une manière assez durable pour qu'il fût possible de poursuivre le cours de l'opération ; et si, mainte et mainte fois, le moment parut favorable pour agir, tout contact d'un instrument sur le globe ramenait subitement de l'agitation dans les membres, des contractions énergiques dans les muscles oculo-palpébraux ; bien plus, le malade chez qui la période de résolution, d'insensibilité complète et absolue avait paru nettement établie, reprenait subitement l'intégrité complète de sa raison, quoique le sommeil anesthésique eût été précédé le plus souvent de la loquacité la plus incohérente.

Quoique l'opéré eût pris, trois heures auparavant, une tasse de café au lait ; le secours du chloroforme ne fut mis de côté qu'après des tentatives infructueuses de plus d'une heure de durée, et qui présentèrent constamment, et d'une manière invariable, les circonstances mentionnées ci-dessus. La position devenait donc des plus critiques ; car un cristallin déchatonné, renfermé dans sa capsule et et laissé ballottant derrière l'iris, constituait, avec la présence d'une plaie kératique assez étendue, une complication essentiellement grave.

Je résolus donc de recommencer cette espèce de lutte si pénible à la fois et pour le malade et pour moi, et après bien des tentatives accomplies au milieu de l'anxiété la plus vive et des dangers les plus grands, le cristallin qui, à l'aide de la pointe du kystitome et sans pression aucune sur le globe, avait été soulevé et amené entre les lèvres de la plaie, fut violemment et brusquement expulsé par une contraction brusque et énergique de tous les muscles palpébro-oculaires. Cependant, malgré la transparence de la pupille, la lentille ne pouvait être trouvée. Où était-elle ? Je pensai, avec les médecins présents à l'opération, qu'elle s'était enfoncée dans l'humeur vitrée. C'était donc un abaissement... mais un abaissement compliqué d'une plaie cornéenne. Enfin après une demi-heure d'attente, et au moment de procéder au pansement définitif, le cristallin se montra dans l'angle interne. Il était donc, depuis le moment de sa sortie, resté caché sous la paupière supérieure, probablement dans la rainure oculo-palpébrale, où il eût été laissé au grand détriment du malade, si le pansement n'eût pas été fait si tard (une demi-heure après la disparition du cristallin du champ pupillaire).

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. MALLEZ présente un instrument destiné à faire des injections ou plutôt des insufflations sèches dans l'urèthre, insufflations qui offrent tous les avantages des liquides, et seront peut-être d'une efficacité plus certaine, sans en avoir les inconvénients.

Cet instrument se compose d'une sonde à l'ouverture de laquelle s'adapte un petit réservoir tubuleux. Dans cette sonde destinée à déplisser la muqueuse dans tout le calibre de l'urèthre, s'en introduit une autre, armée d'un embout à l'extrémité duquel se trouve une poire en caoutchouc avec un pertuis permettant à l'air de la remplir après chaque pression, qui détermine chaque fois la propulsion d'une certaine quantité de la préparation pulvérulente dont on a préalablement chargé le réservoir. La sonde étant introduite aussi loin que l'on juge à propos, on donne son premier coup, qui se répète à volonté, au fur et à mesure qu'on la retire, de manière à saupoudrer tout le parcours du canal. Comme on aura eu soin de faire uriner le malade immédiatement avant l'opération, il restera facilement trois heures sans nouvelle miction, laissant ainsi aux médicaments tout le temps de produire leur action curative.

Toutes les poudres pourront ainsi être employées au gré du praticien ; l'alun, le quinquina, le saccharolé de calomel, etc. ; mais, jusqu'à présent, M. Mallez n'expérimente qu'avec le sous-nitrate de bismuth dans les cas d'uréthrites à l'état chronique, où ce médicament réussit très-souvent comme dans toute autre hypersécrétion muqueuse.

L'inventeur de cet instrument a, en ce moment, une douzaine de malades en traitement par ce moyen, et il se réserve de tenir la Société au courant de ses résultats.

— M. MATTEI présente également à la Société un stéthoscope de trousse. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 15 mars.)

CONSULTATION.

M. LANDRY ayant à traiter une femme affectée d'hypertrophie considérable du col utérin, qui n'a pas moins de 6 à 7 centimètres de longueur, consulte la Société sur la question contradictoirement adoptée par les uns, repoussée par les autres, de l'amputation pour remédier aux divers troubles qu'elle entraîne et principalement à la stérilité.

— M. MATTEI a vu des cas d'hypertrophie du corps utérin avec allongement du col et abaissement, de telle sorte que le museau de tanche dépassait la vulve de deux travers de doigt, ne pas empêcher la fécondation ; mais il pense que dans des cas donnés on ne doit pas hésiter à pratiquer l'opération lentement avec l'écraseur linéaire qui met à l'abri du principal accident à redouter, l'hémorrhagie.

Les anciens passent pour avoir enlevé l'utérus chez des femmes qui, ensuite, ont été fécondées. Assurément c'est une erreur, et ces amputations ne portaient que sur le col, seul corps qui se montrât au dehors. Il est arrivé que la nature a opéré elle-même cette section du col par la force contractile du muscle constricteur du vagin, exercée à la longue sur la tumeur, et les femmes ont été censées avoir perdu leur matrice. L'opération est indiquée, elle réussit, et c'est faire acte de sagesse que de suivre ici l'exemple de la nature.

Le Secrétaire annuel, Dr DUPUY.

Séance du 5 avril 1866. — Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

RAPPORT.

M. COURSSERANT lit un rapport sur la thèse de M. le docteur Calmels sur la *tumeur lacrymale et son traitement.*

D'après les conditions favorables de M. le rapporteur, M. Calmels est nommé par voie de scrutin membre correspondant de la Société.

M. GEORGES lit un rapport sur le *Bulletin médical* de la société de médecine de Lyon.

COMMUNICATION.

M. LAFOND lit un travail intitulé : *Des hernies crurales. Erreurs de diagnostic*, qui sera très-prochainement publié.

DISCUSSION.

M. DUPUY. Le diagnostic de certaines tumeurs est parfois des plus embarrassants ; ainsi j'ai vu une des plus grandes célébrités chirurgicales de notre temps, M. Sédillot de Strasbourg, soumettre comme sujet d'épreuve clinique, dans un concours d'agrégation, un malade portant dans la région inguinale gauche une tumeur indolente de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, qui laissa maîtres et candidats dans la plus complète incertitude sur sa véritable nature.

M. TERRIER a observé chez une malade âgée une tumeur dure, indolore, qui n'était que graisseuse d'abord et qui, plus tard, a donné lieu à une hernie. Que ce soit l'intestin ou l'épiploon qui s'engage, les vomissements peuvent en être la conséquence. Ces hernies, primitivement graisseuses, sont réductibles à cet état, et, quoique bien décrites par les auteurs, leur diagnostic ne laisse pas que d'être parfois fort embarrassant.

M. CARON. J'ai eu lieu d'observer, aujourd'hui même, une hernie sus-ombilicale épiploïque, et qui entraîne à certains moments une portion de l'intestin ou de l'estomac, chez une femme âgée de soixante ans, qui a, depuis quinze ans, lors de ses repas, des vomissements survenant tout à coup, vomissements que jusqu'alors on n'avait pu rattacher à aucune lésion gastrique ou intestinale.

C'est à la suite de la convalescence d'une pleuro-pneumonie, qu'ayant été reprise de ces vomissements elle m'a signalé dans la région indiquée une grosseur du volume d'un œuf de pigeon, rénitente, sonore, contenant des gaz, facilement réductible, sauf une très-petite portion dure qui a résisté jusqu'alors. Selon moi, ce ne peut être qu'une portion de l'intestin ou de l'estomac qui, s'engageant dans l'ouverture herniaire, détermine ces vomissements spontanés.

M. LAFOND n'admet pas avec M. Terrier qu'une petite portion d'épiploon, pincée dans n'importe quel point de l'abdomen, puisse occasionner des vomissements.

Quant aux hernies sur la ligne blanche ou dans son voisinage, elles sont loin d'être rares ; mais, tout en acceptant que l'estomac puisse s'y engager et jamais le duodenum, M. Lafond les a toujours vues constituées par le colon, et sa longue expérience ne lui a pas encore fourni un seul cas de hernie de l'estomac. Il cite entre autres faits un jeune homme amaigri par la fréquence des vomissements, et qui, présenté à son examen au bureau central avec une tumeur sur le trajet de la ligne blanche, tumeur qui avait résisté à divers traitements, il la réduisit séance tenante, appliqua un bandage, et le malade n'en a plus été incommodé.

Tout récemment il en a été de même pour un sujet qui lui était adressé par M. Trousseau, avec une tumeur à côté de la ligne blanche.

De tels faits sont assez fréquents, et ils réclament non moins l'habileté que la circonspection des praticiens.

Le Secrétaire annuel, Dr DUPUY.

Séance du 3 mai 1866. — Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

RAPPORT.

M. COURSSERANT lit un rapport sur un travail de M. le docteur Émile Martin, médecin oculiste des bureaux de bienfaisance de Marseille, intitulé : *Tableau d'ophthalmoscopie.*

Sur les conclusions favorables du rapporteur, M. E. Martin est, par voie de scrutin, nommé membre correspondant de la Société.

Dans un aperçu critique, M. Coursserant s'étonne de l'engouement avec lequel on s'est tout à coup passionné pour l'étude des infiniment petits, de la cellule, du noyau, des nucléoles et de leurs transformations, au détriment des faits pratiques les plus vulgaires de la pathologie.

Rien n'est difficile comme de bien soigner les affections externes de l'œil, et c'est un grand tort de s'extasier sur la transformation d'un vaisseau alors que l'on néglige d'apprendre à traiter une kératite.

Cependant la passion de l'ophthalmoscopie, d'autant plus grande chez nous qu'elle y a trouvé pour stimulant les adeptes d'outre-Rhin, a eu l'heureuse influence de donner à l'oculistique assez d'importance pour faire rentrer les oculistes dans le giron médical.

Avant cet élan, les maladies des yeux étaient en général négligées dans l'enseignement, et le monde médical officiel n'accepte encore que timidement les progrès accomplis.

Toutefois, que l'on ne s'y trompe pas : nos savants nationaux n'avaient pas attendu les Allemands pour instituer, pour approfondir cette science. N'est-ce pas à l'instrument inventé par M. Follin que nous devons la grande facilité de voir ce qui se passe dans la profondeur de l'œil ?

M. CARON appuie sur cette opinion, qu'au lieu de s'égarer dans l'étude microscopique des effets pathologiques, il importerait bien plus au praticien de remonter aux causes vulgaires. Pour les maladies des yeux comme pour toute autre, on semble ne prendre aucun souci des conditions d'assimilation et de nutrition dont la régularité ou les écarts règlent en général la santé de l'individu. Ces conditions remontent jusque dans l'existence fœtale. Il est assez rare que l'alimentation soit insuffisante, et M. Caron ne saurait trop insister pour démontrer que, surtout dans les premiers temps de la vie, alimenter trop et trop souvent ne produit que des phénomènes d'assimilation incomplète qui déterminent des qualités antiphysiologiques, qui se traduisent par une perversion de la fonction et une altération des organes mis en jeu, comme de tous ceux qui en subissent la corrélation. On le reconnaîtra aisément pour les organes de la respiration, il faut l'admettre également pour ceux de la vision, etc. Le rapport est moins direct, mais il est aussi vrai.

COMMUNICATION.

Cas très-curieux de fracture du crâne, avec enfoncement dans le cerveau des fragments osseux, dont l'un mesure 4 centimètres de long sur 2 de large, et perte de substance cérébrale considérable. — Guérison au bout de six semaines.

Tel est l'objet d'une observation très-détaillée que M. le docteur Piedanna communique à la Société par l'organe de M. Caron. Nous publierons très-prochainement cette observation.

Le Secrétaire, Dr DUPUY.

Séance du 7 juin 1866. — Présidence de M. JOSIAS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

RAPPORT.

M. GEORGES lit un rapport sur le travail de M. le docteur Chaumezières, de Sèvres, sur une épidémie de fièvre catarrhale observée à bord du vaisseau le Duguay-Trouin. Sur les conclusions favorables du rapporteur, M. le docteur Chaumezières est nommé, par voie de scrutin, membre titulaire de la Société.

Vaccine animale et Vaccine humaine.

M. DUPUY. Dans un temps où la vaccine animale et la vaccine humaine sont l'objet d'une si violente controverse, les faits qui s'y rattachent ne sauraient trop être mis en lumière ; car eux seuls pourront édifier la science sur une si grave question.

Le 28 avril dernier, j'obtins du vaccin de la génisse de la Faculté. Deux heures après l'avoir recueilli sur une lancette ordinaire, faute de mieux, je vaccinai trois enfants de 13, 11 et 7 mois. Au moment de l'opération, le virus était complétement sec, néanmoins il me donna de belles pustules sur deux sujets, tandis que la troisième, petite fille chétive, souffreteuse, ne présenta que des piqûres sèches, quoique je lui eusse servi le virus la première. Sa sœur aînée s'était montrée rebelle à deux vaccinations, allait-elle se montrer de même?

Le huitième jour de cette inoculation, je la revaccinai de bras à bras avec du virus de l'un de mes enfants inoculés et, cette fois, j'obtins un succès complet. Depuis, avec du virus conservé du même sujet, j'ai vacciné deux enfants chez lesquels l'inoculation a parfaitement réussi, et j'ai revacciné deux adultes sans aucun résultat.

Ces deux simples faits démontrent que le virus animal conserve toute son activité, quoique complétement sec, et que les phases de la vaccination animale sont, quant à leur durée, identiques à celles de la vaccination humaine, contrairement à ce que plusieurs contradicteurs ont avancé.

Le Secrétaire annuel, Dr DUPUY.

Séance du 5 juillet 1866. — Présidence de M. JOSIAS, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

COMMUNICATION.

Du ptérygion.

M. COURSSERANT fait une communication sur le siége, la nature et le traitement du ptérygion. Il insiste surtout sur les considérations suivantes :

Dans les ptérygions avancés, c'est-à-dire, à base assez large, il est facile de suivre à l'œil nu des lignes d'apparence aponévrotique qui, parties du sommet, se dirigent vers le cul-de-sac oculo-palpébral, le franchissent et viennent se perdre au bord libre de la paupière supérieure, surtout vers le voisinage du point lacrymal supérieur. Cet examen permet de constater trois choses : 1° la diminution notable de la profondeur du cul-de-sac conjonctival; 2° l'effacement ou dédoublement complet du repli palpébro-conjonctival sur lequel repose la caroncule; 3° cette dernière, dans un grand nombre de cas, perdant sa forme primitive, se trouve transformée en un cordon glandulaire qui s'étend de l'angle interne jusqu'à la cornée, ou peu s'en faut; on dirait que les glandules, dont la réunion ou somme doit constituer la caroncule lacrymale, ayant été désagrégées entre elles, ont été ensuite juxtaposées les unes à la suite des autres, de manière à former un cordon, une espèce de chapelet glandulaire, au lieu de se grouper en un corps globulaire, forme normale de la caroncule.

Mackensie, après bien d'autres, dit bien que le ptérygion « envahit la membrane semi-lunaire et la caroncule, » mais il se tait sur les transformations de forme signalées ci-dessus. Cependant, il ne serait pas indifférent, pour l'interprétation des faits relatifs à l'évolution du ptérygion, d'insister sur les causes de cette désagrégation des parties constitutives de la caroncule, et sur leur disposition en cordon linéaire, cordon linéaire qui doit être conservé, pour reconstituer la caroncule, chaque fois qu'il sera question d'enlever la partie de la conjonctive sur laquelle il repose.

La diminution de la profondeur du cul-de-sac oculo-palpébral, atteste, cliniquement parlant, la tendance à la rétraction de la part des tissus conjonctival et sous-conjonctival. De là la nécessité de ménager le plus possible les tissus, dans les opérations applicables au ptérygion.

Or, comme les scarifications, pratiquées avec persévérance pendant un mois ou deux, guérissent les ptérygions commençants et parviennent toujours, en cas d'insuccès, à réduire d'une manière notable les dimensions de leur base, il en résulte que les scarifications devront précéder toute opération chirurgicale dirigée contre les affections de cette nature.

Enfin, puisque l'expérience de chaque jour démontre que rien n'est plus propre à hâter les progrès du ptérygion qu'une opération aboutissant à un insuccès, il en découle cette conséquence : que la chirurgie ne doit appeler à son aide les méthodes et les procédés opératoires que dans les cas où il y a nécessité absolue de recourir à l'instrument tranchant.

Le Secrétaire-adjoint, Dr Georges.

Séance du 6 septembre 1866. — Présidence de M. Josias.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. Le Sourd communique un mémoire de M. le docteur Dagonet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, ayant pour titre : *De la réorganisation du service des aliénés du département de la Seine.*

Le médecin de Stephensfeld, en appréciant l'importance capitale de cette grande entreprise, signale la regrettable infériorité où se trouvait jusqu'alors ce département avec ses deux seuls établissements, Bicêtre et la Salpêtrière, dont l'insuffisance, les mauvaises dispositions et l'insalubrité frappaient tout visiteur compétent. Et cependant, exclame M. Dagonet, c'est de là que sont partis les enseignements, les progrès qui doivent imprimer une impulsion si remarquable à l'étude de l'aliénation mentale. C'est là que l'immortel Pinel rompt les chaînes et démolit les humides cachots des malheureux aliénés ; c'est là qu'Esquirol édifie son magnifique traité, provoque la loi de 1838 qui règle leur sort, etc.

Dans ces temps de grandes entreprises, c'est à M. Girard de Cailleux que revient l'honneur d'avoir appelé l'attention de l'administration sur cette importante branche de son action.

La haute intelligence de M. le préfet de la Seine ne pouvait tarder à reconnaître la nécessité d'une réforme totale à cet égard, et bientôt l'on voit se créer, tant à Paris que dans ses environs, divers établissements réunissant toutes les conditions favorables au traitement des aliénés.

Des avortements pendant les épidémies.

M. Mattei a déjà, antérieurement comme cette année, remarqué l'influence manifeste qu'exerce l'état atmosphérique qui précède les graves épidémies, et règne pendant leur durée, sur les phases de la grossesse et la fréquence des avortements.

Avant la dernière invasion du choléra à Paris, cinq ou six faits avaient pu lui faire prévoir qu'il allait y avoir ce que l'on a appelé une épidémie d'avortements. Hippocrate enseigne qu'il y en a plus dans certaines années que dans d'autres. En effet, il y a dans l'air quelque chose d'indéfini qui réagit sur la femme grosse et plus particulièrement sur le produit de la conception en se traduisant de diverses manières.

Dans le cas particulier le choléra survient, il s'attaque aux femmes enceintes, et toujours le fœtus est mort avant la mère ; aussi l'opération césarienne ne donne que des enfants privés de vie, et cependant la science prescrit de la faire quand même. Pour M. Mattei il est préférable, alors même que le col ne serait qu'à peine entr'ouvert, de forcer la dilatation avec les doigts, d'aller chercher les pieds, faire la version et extraire l'enfant.

M. Verrier croit très-juste l'idée des influences des temps sur la fréquence des avortements. Saucerotte l'avait notée aussi ; mais c'était sur le ballon des Vosges où les pressions atmosphériques et les variations barométriques sont très-différentes de celles des vallées. On a fait descendre les femmes enceintes dans la plaine, et cette fréquence d'avortements a disparu.

M. Caron a traité une cholérique enceinte de quatre mois. Au cinquième jour d'une atteinte des plus violentes, alors que tous les symptômes du choléra avaient disparu, cette femme tomba dans un état apoplectiforme grave. Du neuvième au dixième jour de la maladie elle avorta d'un embryon mort, mais ayant toutes les apparences d'une mort récente. La mère succomba deux jours après. Ici le choléra paraît étranger à l'avortement.

Quelle est donc cette cause générale dont vient de parler M. Mattei ? Ne serait-ce pas le cas de la développer et de la discuter, alors que nous en sommes encore tout impressionnés.

M. Caron ne croit pas à la génération du choléra par les miasmes, les ferments, les microzoaires. Pour lui, les choses se passent comme pour diverses autres maladies épidémiques, sous l'influence de causes générales et de certaines prédispositions individuelles ; on est frappé dans des parties déterminées des organes essentiels, et la maladie suit son cours. Ici, c'est le pneumogastrique, le spinal et le grand sympathique qui subissent à leur origine l'influence pathogénique à la manière d'une véritable névrose. Le choléra n'est pas autre chose, et M. Caron en invoque la preuve dans les résultats étonnants qu'il a obtenus au moyen de son traitement par le vin de Colombo muriatique. Sur 64 cholériques, il n'avait eu que 4 morts. Dans son service au dépôt de la préfecture de police, où tout manque, où il n'y a ni lit, ni infirmerie, ni tisane, sur trente et quelques cas, il n'a pas eu un seul décès. En résumé, le choléra n'est pas un empoisonnement, mais une impression sur l'origine des nerfs en question, et la contagion n'est pas admissible.

M. Mattei. J'éprouve un sentiment des plus pénibles, quand j'entends ou quand je lis les arguments des non contagionistes.

Souvent on se heurte sur des interprétations de mots. Mes idées sur la contagion sont très-claires et très-nettes, permettez-moi de vous les exprimer, mais avant, entendons-nous sur le sens des mots *contagion* et *infection*. Je dirai de la contagion ce qui se transmet par contact ; à ce titre, le choléra n'est pas contagieux ; et de l'infection, ce qui se donne à distance, exhalant autour de soi des principes morbifiques qui germent chez autrui, s'y multiplient assez pour le frapper de maladie identique ; à ce titre le choléra est éminemment contagieux.

Les faits à l'appui de mon opinion sont nombreux, je n'en citerai que deux, mais, comme à moi, ils vous paraîtront décisifs.

Lors de l'épidémie cholérique de 1849, j'étais à Bastia, dans une île, très-loin de tout centre d'habitations et de tout rivage. Chacun savait que le choléra régnait à Marseille. Une embarcation vint de ce port. La population, mue par des craintes trop légitimes, demanda à tout prix que la quarantaine fût imposée au navire suspect. Les autorités, pour faire acte de pouvoir, permirent l'entrée.

Deux militaires, faisant partie de l'embarquement, arrivent malades. L'un est envoyé à l'hôpital, et dès le même jour le choléra se déclare dans l'hôpital avec violence ; l'autre descend dans un petit hôtel et y est rapidement le point de départ de plusieurs cas de choléra.

Ce n'est pas tout. Une barque se rend de Bastia à Bonifacio, où il n'existe aucun vestige d'épidémie. Dès leur arrivée, quelques marins sont pris de choléra et le choléra se déclare à Bonifacio et y fait de grands ravages.

Enfin, dans ma commune natale, située dans le cap Corse, bien loin de ces foyers contaminés, pays salubre par excellence, un marin vient de Marseille, arrive bien portant. Deux ou trois jours après, il tombe malade, chacun s'empresse à le secourir et à le visiter. Il guérit. Deux membres de sa famille sont atteints de choléra et meurent. L'épidémie fait encore six autres victimes, cela sans franchir ni le village, ni le hameau, et la commune en compte huit.

En présence de tels faits, je me demande comment il est possible de nier la contagion, ou mieux l'infection ? Je la proclame avec une inébranlable conviction, et je dis que l'on doit apporter la plus grande sévérité à prendre des mesures préservatrices.

Mais, tout en affirmant l'infection, il faut bien admettre qu'il y a la graine et le terrain ; c'est pourquoi les uns échappent et les autres sont atteints. Quant à la nature de la cause, je crois qu'elle résulte de la décomposition putride et qu'elle est miasmatique.

M. Josias n'admet ni la contagion ni l'infection cholérique, et pense que le choléra se serait déclaré quand même en Corse.

Il étaye sa négation des faits suivants :

Une femme sort de la maison Dubois, vient à Charenton, y est prise de choléra violent. Son oncle refuse de la soigner chez lui. On la conduit à l'hôtel, d'où elle est redirigée chez Dubois et meurt le lendemain.

Huit jours après, une autre femme, étrangère à la localité, est prise de choléra, fait une fausse couche, est entourée d'un assez grand nombre de personnes, meurt, et ni Charenton, ni ces personnes ne sont atteints jusqu'à ce jour.

Un ouvrier fondeur, rue Popincourt, est atteint, meurt et aucun de ceux qui l'ont approché n'est malade.

Une femme du faubourg du Temple est atteinte en omnibus, est soignée chez elle, et meurt. Des diverses personnes qui l'ont soignée, sa fille seule a le choléra dont elle meurt à l'hôpital.

Si le choléra était contagieux, il se fût déclaré à Charenton, il eût frappé une grande partie de ce monde. Je nie la contagion.

M. Dupuy. Comme notre honorable collègue, M. Mattei, il me semble, à entendre les non contagionistes, qu'ils soutiennent leur opinion de parti pris ; car ils n'argumentent que sur des faits négatifs.

On cite des localités où sont allés mourir des cholériques venant des milieux où règne l'épidémie, et ces localités ne sont point infectées : faits négatifs. On cite des groupes de personnes ayant assisté et soigné des cholériques sans être atteintes à leur tour : faits négatifs ; car, ainsi que le disait tout à l'heure M. Mattei, il y a en toutes maladies, contagieuses ou non, la graine et le terrain. Nous avons des villes, voire même des départements en France, où l'infection cholérique a trouvé un milieu réfractaire ; cela rentre dans l'ordre des faits négatifs et n'a point force de preuves.

D'autre part, on ne peut plus compter, tant le nombre est considérable, les faits positifs venant affirmer l'infection transportée d'individus à d'autres individus, de localités à d'autres localités, de pays à d'autres pays.

Presque partout où le choléra a régné, on peut trouver des preuves qu'il y a été importé, et personne ne l'a encore vu débuter spontanément dans aucun lieu.

Ajouterai-je ce contingent déplorable de sujets venus sains de pays sains, et frappés avec une certaine prédilection presque dès leur arrivée dans une capitale en lutte avec l'épidémie cholérique ? Qui niera ici l'infection ?

Aux non contagionistes qui invoquent une influence générale, nous demanderons comment cette influence règne dans un quartier et non dans un quartier voisin, à Montmartre et non à Vaugirard ?

Pour nous, la contagion du choléra par infection ne nous paraît plus discutable.

Le Secrétaire annuel, Dr Dupuy.

Séance du 4 octobre 1866. — Présidence de M. Legrand du Saulle.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

COMMUNICATION.

Calculs vésicaux. — M. Mallez. Il n'est pas rare de rencontrer des calculs qui occupent le bas-fond de la vessie immédiatement derrière le col, dans une sorte de dépression des parois de cet organe. Dans ces cas, si l'on opère le cathétérisme avec une sonde à grande courbure, le calcul échappe à l'exploration, on passe par-dessus, et si, après avoir constaté sa présence, on veut opérer la lithotritie, il est très-difficile de le saisir. J'ai trouvé un moyen bien simple de prévenir cette difficulté. Il consiste à introduire dans le rectum une espèce de poire en caoutchouc et d'y pousser une quantité suffisante d'eau pour soulever la paroi déclive de la vessie ; alors le calcul, subissant lui-même cette propulsion, est saisi par l'instrument avec la plus grande facilité. Ce mode opératoire m'a déjà plus d'une fois réussi, et je crois qu'il pourra être appelé à rendre quelques services dans la pratique.

Cataracte. — M. Coursserant. Quel que soit le procédé opératoire de la cataracte, on est exposé à des accidents, parmi lesquels je veux vous parler de l'infiltration du lambeau, suivie d'iridochoroïdite ou de chémosis, que l'on observe après l'extraction par lambeau supérieur.

En général, cette complication laisse peu d'espoir de sauver l'œil, malgré l'emploi des ventouses, sangsues, etc., pour la combattre. Elle résiste à tous nos efforts, et l'opéré perd la vue. En face de cette grave imminence, j'ai appliqué, vers le 4e ou 5e jour de l'opération, la tonsure conjonctivale de l'œil, et les résultats ont surpassé mon attente ; car immédiatement les accidents phlegmasiques douleur, inflammation, boursoufflement, infiltration, ont cessé ; il y a eu prompte résolution de tous les phénomènes inquiétants.

Après une si heureuse expérience, je crois que cette opération, du reste sans danger, est indiquée toutes les fois que les antiphlogistiques ont échoué, et que, si on la faisait vingt-quatre heures après l'opération, on sauverait l'œil très-souvent.

Vésicatoires. — M. Caron donne ses soins à une dame très-âgée. Après la suppression d'un vésicatoire qu'elle portait au bras depuis bien des années, il est survenu des bourgeons charnus végétants, très-considérables, très-douloureux, saignant abondamment au moindre contact, et rebelles à tous les moyens topiques et généraux.

Une application de caustique de Vienne, loin d'y remédier, a augmenté l'étendue des végétations. Elle en souffre horriblement, et cependant l'état général reste satisfaisant.

M. Legrand du Saulle conseillerait, en pareil cas, l'irrigation en pluie continuée pendant quelques jours.

M. Coursserant a triomphé d'accidents analogues par l'application directe d'une feuille d'amadou imbibée d'acide azotique, qui a fait cesser les douleurs et détruit à la fois les végétations jusqu'au niveau du derme, dénudé sans l'atteindre.

M. Dupuy pense que l'on pourrait essayer la pommade mercurielle fortement opiacée, qui réussit si bien dans les cas de végétations d'un autre ordre, en ayant soin, bien entendu, de surveiller les phénomènes d'absorption.

Le Secrétaire annuel, Dr Dupuy.

Séance du 8 novembre 1866. — Présidence de M. Legrand du Saulle.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

RAPPORT.

M. Caron donne un rapport sur les travaux les plus intéressants que contiennent les bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux.

Sur la demande du rapporteur, la Société décide qu'une lettre de remercîments sera adressée à cette société.

COMMUNICATION.

M. Legrand du Saulle communique un travail intitulé : *Des questions médico-légales relatives aux contrats de rentes viagères.*

Fongosités utérines. — M. Verrier donne lecture du travail de M. le docteur Auger sur les *fongosités utérines.*

Il s'agit d'une femme de 66 ans qui avait des pertes avec odeur infecte, etc., le col n'était pas tuméfié. On diagnostique un cancer du corps. M. Auger, se fondant sur la rareté de cette affection, croit plutôt à des polypes muqueux, à des fongosités utérines. Il en relate plusieurs cas observés par lui à Clamart. Le traitement proposé est celui de Récamier, qui consiste dans l'abrasion à l'aide de la curette. M. Auger le repousse à cause des dangers qu'il fait courir à la malade. Il préfère l'expectation, quitte à tamponner avec le perchlorure de fer, si l'hémorrhagie persiste.

M. Terrier. Je ferai remarquer que M. Auger dans cette intéressante communication, ne fait mention que de faits anatomo-pathologiques fournis par des femmes âgées. Pour mon compte, je ne connais pas de cas de fongosités utérines produits postérieurement à l'époque de la ménopause ; tandis qu'ils sont loin d'être rares chez les femmes plus jeunes. C'est surtout entre 25 et 35 ans que nous les rencontrons.

M. Verrier. Comme M. Auger, je redouterais les conséquences de l'introduction de la curette et des désordres qu'elle doit forcément y produire ; car on ne saurait impunément contusionner, blesser les parois intra-utérines, et, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, il ne peut limiter au juste l'action de l'instrument.

M. Guersant. Je ne partage pas ces craintes sur l'emploi de la curette. Si des accidents sont possibles, ils ne sont pas inévitables, et nous possédons dans l'usage *intus* et *extra* du perchlorure de fer un moyen puissant de combattre les plus redoutables. Cependant j'ai employé deux fois ce mode opératoire, et deux fois j'ai eu une péritonite.

— **M. Mallez** partage la confiance de M. Guersant. Il y a ici, dit-il, analogie très-grande avec ce qui se passe dans un autre organe, je veux parler des fongosités vésicales qui s'accompagnent si souvent d'hématurie. Eh bien, la rugination ou la destruction directe de ces fongosités nous donne d'excellents résultats, que l'on tenterait en vain par les autres moyens. Le raclage, toutefois, devra être évité dans les cas de végétations très-multiples.

M. Terrier. Il me semble, au contraire, que c'est surtout dans les cas de fongosités multiples de l'utérus que la curette a été employée avec succès.

RAPPORT.

M. Guersant. J'ai observé douze ou quinze cas de chute de l'urèthre chez des petites filles en général d'une santé peu robuste. Les cautérisations réitérées, les topiques astringents, à dose très-active, sont restés inefficaces devant ces accidents. J'en ai pratiqué l'excision avec un succès constant, sans qu'il en soit résulté ni hémorrhagies ni aucun phénomène inflammatoire. Je demanderai à M. Mallez si sa pratique ne lui a pas fourni d'autres indications.

COMMUNICATION.

M. Mallez. J'ai observé ce prolapsus, non-seulement chez les jeunes enfants affaiblis ou à fibres molles, mais aussi chez des femmes âgées, débilitées. Cela a quelque chose qui ressemble à une chute du rectum, et présente quelque difficulté pour le cathétérisme. J'en ai pratiqué la ligature ; mais l'excision donne des résultats beaucoup plus satisfaisants.

Le Secrétaire annuel, Dr Dupuy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 151. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1866. (39e ANNÉE.) SAMEDI 29 DÉCEM

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux,
PRÈS DE L

GAZETTE DES HOPITA

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Librair…
Les lettres non affranchies sont refusées.

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1866.

Séance de l'Académie de médecine.

es scrutins pour le renouvellement annuel des commissions manentes, qui occupent habituellement une grande partie a dernière séance de l'année, n'ont point nui à l'intérêt ntifique de la séance. Une lecture de M. Boinet, candidat r la section de thérapeutique, un discours de M. Devergie le sujet de la discussion pendante, l'industrie des nourrices a mortalité des nourrissons, et un mémoire de M. Gustave neau, fils de l'honorable académicien, ont été écoutés avec nt d'attention et d'intérêt, malgré les opérations de déillement des scrutins, que dans les séances les plus calmes.
e sujet traité par M. Boinet sous la modestie apparente de titre, le badigeonnage, renferme en réalité des faits praes importants, des considérations physiologiques intéreses, et révélerait dans son auteur, si on ne le connaissait de longue date, un praticien consommé. On trouvera un umé assez étendu de son mémoire dans le compte rendu de éance. Nous aurions aimé à présenter ici quelques réflexions ce sujet, mais l'exiguïté de l'espace qui nous est réservé s l'interdit pour le moment. Nous aurons d'ailleurs l'occad'y revenir à propos de la dernière édition de l'Iodothée, dont nous avons à rendre compte.
. Gustave Lagneau, dont on connaît déjà les estimables aux sur la syphilis, a communiqué de très-intéressantes erches comparatives sur les maladies vénériennes dans les rentes contrées. Nous en publierons prochainement un ré é qui nous fournira l'occasion de revenir sur l'importante stion de l'extinction de la syphilis, dont il y est dit un mot.
uant au discours de M. Devergie sur la question de l'inrie des nourrices, ou plutôt du commerce des nourrices, r employer ses propres expressions, nous en reparlerons i. L'année 1867 soldera les dettes de la fin de l'année 1866.

Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Étiologie de la goutte. — Pathologie historique et géographie médicale.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

ous avons jusqu'à présent étudié la goutte au point de vue lésions qui l'accompagnent, des symptômes qui la caracent et des affinités qui l'unissent à d'autres maladies. Il s reste maintenant à chercher les conditions qui président n développement. Nous allons vous indiquer en quelques s la méthode que nous nous proposons de suivre dans le s de ces investigations.
ous commencerons d'abord par l'étude empirique des faits nous sont fournis par l'observation directe, en dehors de e préoccupation théorique; nous chercherons ensuite à rpréter ces données au point de vue de la physiologie ace; en d'autres termes, nous nous efforcerons de suivre, leur évolution successive les modifications que peut l'organisme, sous l'influence des causes auxquelles l'exence nous apprend à rattacher la goutte. Nous aurons donc us demander comment les changements ainsi survenus l'économie peuvent déterminer les divers phénomènes constituent l'histoire clinique de cette affection; en un nons chercherons à nous faire une idée de la *physiologie ologique* de la goutte. Tel est, en effet, le couronnement œuvre dans toute étude nosologique.
is, il faut bien le reconnaître, la séparation rigoureuse et matique des deux points de vue que nous venons de sier est plus indispensable que jamais dans la question qui occupe; car c'est surtout ici que l'intervention prémat et téméraire des théories chimiques et physiologiques, l'interprétation des phénomènes morbides, pourrait coner à discréditer injustement ce genre d'études.
lui qui réussirait à mettre d'accord la pathologie des anavec la physiologie des modernes, disait Boerhaave, serait assurément, de tous les médecins, le plus digne d'éloges (1). Mais la physiologie *moderne*, au temps de Boerhaave, ne répondait guère à la science que nous connaissons aujourd'hui sous ce nom : et dans quelques siècles d'ici, la physiologie contemporaine pourrait bien ne plus se trouver à l'ordre du jour. Il convient donc d'user de la plus grande réserve, et de n'avancer dans cette voie qu'avec des précautions infinies; car ce qui a manqué à nos prédécesseurs, ce n'est point le sentiment de l'importance qu'il faut accorder à la physiologie dans les études médicales, ce sont des notions plus exactes et plus étendues sur les problèmes difficiles qu'ils ont quelquefois essayé de résoudre, sans en avoir mesuré toute la profondeur.

Il faut, du reste, en convenir; l'histoire des produits de désassimilation reste encore obscure, malgré les progrès que nous avons réalisés dans l'étude des fonctions nutritives; et l'acide urique, en particulier, ne fait pas exception à cette règle. Nous savons peu de chose sur les conditions qui président à sa formation régulière, et sur les circonstances pathologiques qui peuvent la modifier. Il est donc aisé de prévoir, dès le principe, que la pathogénie de la diathèse urique est encore à l'état rudimentaire, et que, par conséquent, il est impossible de formuler aujourd'hui une théorie complète de la goutte; tout au plus nous est-il donné de poser çà et là quelques jalons qui serviront, peut-être, à diriger les recherches des observateurs qui viendront après nous.

Nous commencerons cette analyse par un coup d'œil rapide sur l'*histoire* et la *géographie* de la goutte; car puisqu'il s'agit ici d'une affection éminemment constitutionnelle, et qui se rattache essentiellement à l'état général de l'individu, il est indispensable, pour bien en saisir les caractères, d'étudier l'ensemble des conditions climatériques et sociales qui paraissent y prédisposer l'espèce humaine. Envisager une maladie à ce point de vue, c'est faire en grand son étiologie.

I. — PATHOLOGIE HISTORIQUE DE LA GOUTTE.

Retracer les vicissitudes que subissent les maladies dans le cours des siècles, et rechercher, dans l'histoire, les causes de ces changements, tel est le but principal de la pathologie historique; aussi les investigations de cette espèce nous permettent-elles d'apprécier non-seulement l'influence pathogénique des causes extérieures, mais encore le résultat des conditions inhérentes à l'homme lui-même.

Mais, pour qu'il soit possible d'appliquer ce procédé à l'étude d'une maladie, il faut que l'attention de nos prédécesseurs ait été depuis longtemps appelée sur ce point; c'est seulement alors qu'on peut se flatter de recueillir une ample moisson de documents historiques. Or, de pareilles conditions ne se trouvent guère réalisées qu'à l'égard des affections épidémiques, qui ont autrefois exercé de grands ravages, — et de certaines maladies chroniques qui ont attiré, de tout temps, les regards des observateurs. Quelques exemples vous feront aisément saisir ma pensée. — La peste, autrefois si redoutable, s'est montrée, pour la dernière fois en France, au commencement du siècle dernier (1721); elle tend d'ailleurs à s'éteindre dans les pays qui en ont toujours été les foyers principaux. On peut donc, à bon droit, se demander quelles étaient les conditions qui en favorisaient autrefois le développement, et qui paraissent avoir cessé d'exister aujourd'hui. — La lèpre subsistait encore à Martigues à la fin du siècle dernier; depuis cette époque, elle a disparu du sol français; elle devient de plus en plus rare en Europe, et tend à se réfugier en Norvége, — comme la goutte en Angleterre. — On comprend tout l'attrait que peut offrir au médecin philosophe l'histoire d'une affection prête à s'évanouir, après avoir joué un si grand rôle et occupé une si grande place dans les préoccupations des législateurs de tous les siècles (2).

Parmi les affections dont l'étude historique peut offrir un intérêt vraiment scientifique, la goutte se place évidemment au premier rang. Il est certain, en effet, que cette maladie prédominait autrefois, d'une manière en quelque sorte endémique, parmi les classes les plus favorisées de la société; aujourd'hui, nous la voyons graduellement s'éteindre, et cependant elle n'a subi, depuis les temps les plus reculés, aucun changement dans son évolution symptomatique; car nous la retrouvons tout entière dans les écrits des anciens.

Nous allons vous exposer succinctement les données principales que l'histoire nous fournit pour résoudre cette question.

ANTIQUITÉ DE LA GOUTTE.

La goutte, on ne saurait en douter, a été connue en Europe dès la plus haute antiquité; les écrits d'Hippocrate en font foi. Mais c'est sous le règne des premiers Césars qu'elle paraît avoir atteint son apogée; nous possédons, à cet égard, un luxe de renseignements qui ne laissent rien à désirer. Les travaux des médecins, les œuvres des historiens et les satires des poëtes, sont remplis d'allusions à cette maladie.

Au premier siècle de l'ère chrétienne, Arétée et Celse d'une part, Ovide et Sénèque de l'autre, nous ont amplement informés des conditions pathologiques du monde romain sous ce raport. Au IIe siècle, Galien (130 A. D.) et les intéressants dialogues de Lucien de Samosate (1) nous fournissent de précieux détails, au point de vue hygiénique et médical. Au IIIe siècle, un édit de Dioclétien dispense les goutteux des charges publiques, lorsqu'ils sont atteints de déformations articulaires assez considérables pour les gêner dans l'exercice des fonctions ordinaires de la vie, circonstance qui semble démontrer à la fois la fréquence extrême de la goutte à cette époque, et l'immutabilité des principaux caractères symptomatiques de cette affection.

Du IIIe au VIe siècle, l'état des choses paraît être resté le même, si nous en jugeons par les écrits d'Oribase, d'Alexandre de Tralles, d'Aétius, de Paul d'Egine et de plusieurs autres médecins. Au moyen âge, les Arabes, continuant les traditions médicales de l'antiquité, nous enseignent que la goutte n'a guère perdu de terrain depuis cette époque; et les auteurs du Bas-Empire, Actuarius, Démétrius Pépagomène, etc., nous conduisent jusqu'au XIIIe siècle. Arrivés enfin aux temps modernes, nous nous trouvons en présence d'innombrables témoignages qui ne peuvent laisser aucun doute sur la diffusion générale de la goutte en Europe.

Vous le voyez donc, messieurs, une chaîne non interrompue de preuves historiques nous démontre que pendant plus de vingt siècles, cette affection a maintenu son empire dans les contrées que nous habitons actuellement. Mais il suffit aujourd'hui de jeter un regard autour de soi pour se convaincre que la goutte tend à devenir de plus en plus rare. Il convient d'entrer ici dans quelques détails.

DIMINUTION ACTUELLE DE LA GOUTTE.

C'est surtout depuis le commencement du siècle présent que ce mouvement rétrograde de la goutte paraît s'être manifesté. Les documents recueillis par Corradi nous apprennent que, même en Angleterre, la fréquence de cette maladie a diminué, d'après Owen et Fuller, et qu'elle a notablement baissé en Hollande et en Belgique, d'après Coley, et en Suisse, d'après M. le professeur Lebert. Elle a presque disparu dans les endroits où elle prédominait autrefois, car de nos jours on ne la rencontre guère à Rome et à Constantinople. Il est donc évident que, sous ce rapport, l'état des choses a beaucoup changé. Voilà pourquoi, sans doute, les écrits qui ont paru sur ce sujet depuis soixante ans, sont en si petit nombre; car, sauf en Angleterre, l'observation ne fournit que bien rarement des matériaux pour de nouvelles recherches sur la goutte.

Et cependant, malgré sa décadence, cette affection n'a subi aucun changement dans son évolution symptomatique, comme vous allez le voir.

PERMANENCE DES CARACTÈRES DE LA GOUTTE.

Il suffit de comparer les descriptions que nous a léguées l'antiquité avec celles que nous trouvons dans les auteurs modernes, pour se convaincre qu'au point de vue clinique la goutte est toujours restée fidèle à son type primitif. Ocype, l'homme aux pieds légers, ressemble entièrement, sous ce rapport, aux malades observés par Van Swiéten, seize cents ans plus tard.

Pour ce qui touche à l'étiologie, nous sommes toujours en présence des mêmes conditions, Suétone appelait la goutte *morbus dominorum*; Sydenham a exprimé la même idée dans des termes un peu différents. Quant à l'influence exercée sur le développement de cette maladie par les excès de table, elle a toujours figuré au rang des traditions les plus universellement acceptées.

Ajoutons enfin que les médecins grecs et romains qui ont

(1) *Nec in medicum plus laudis redundare posset, quam ex eo labore, quo veterum pathologiam redigeret ad neotericorum physiologiam.* Boerhaave, *Med. stud. medic. Pars IX. Pathologia*, p. 573.

(2) Les mesures rigoureuses qui frappaient le lépreux d'un isolement absolu au sein de la société, ont été maintenues dans toute leur sévérité pendant le moyen âge. Elles ont contribué, peut-être, à l'extinction de la lèpre. Certains pathologistes aimeraient mieux invoquer ici la spontanéité morbide; nous acceptons volontiers ce mot, pourvu qu'il soit bien entendu qu'il ne préjuge rien sur le fond de la question, et ne sert qu'à exprimer une lacune dans nos connaissances.

(1) Tragodopodagra; Ocype, l'homme aux pieds légers. — Ce dernier poëme, au dire de quelques critiques, n'appartiendrait pas à Lucien.

...utte, ont à peine in-
...laire ; aussi plusieurs
...maladie nouvelle, ou du
... Telle était l'opinion de
...r Hecker et Leupoldt. Il y
...sez singulier et qui suffit en
... physionomie générale de la

...ons-nous des faits que nous venons
...us, avec Corradi, que l'affaiblissement
...adoucissement de nos mœurs et d'une
...entaire ? Il est certain que, sous ce rap-
...nt bien changé. Les soupers de Lucullus
...bien des siècles ; nous n'avons plus l'hé-
... preux du moyen âge, et il n'est plus de
...ui de se réunir comme aux festins des Bur-

...autour d'un bœuf entier, servi sur un plat d'or.

...mmes accoutumés à une nourriture moins abon-
... moins exclusivement animale, et à des repas moins
...gés ; d'ailleurs l'abus des boissons fermentées a beau-
... diminué, même en Angleterre, où les mœurs sociales au
...cle dernier laissaient beaucoup à désirer sous ce rapport.

GÉOGRAPHIE MÉDICALE DE LA GOUTTE.

La géographie médicale de la goutte est, au même titre que la pathologie historique, un des moyens d'investigation les plus féconds dans les recherches étiologiques. Elle nous apprend à connaître les diverses régions du globe dans lesquelles prédominent certaines maladies, et nous permet ainsi d'étudier, sur la plus vaste échelle, les conditions cosmiques, telluriques et même anthropologiques, qui peuvent en favoriser ou en restreindre le développement.

Pour ce qui concerne la goutte en particulier, la géographie nous apprend qu'elle n'existe aujourd'hui que sur un seul point du globe, à l'état de maladie généralement répandue ; vous avez déjà nommé l'Angleterre. Mais il s'agit exclusivement ici de l'Angleterre proprement dite ; car ni l'Irlande, ni l'Écosse ne se trouvent, à cet égard, dans les mêmes conditions que la partie méridionale du Royaume-Uni. D'ailleurs, c'est surtout à Londres que se manifeste cette prédominance de la goutte : c'est dans cette ville qu'on la voit régner, non-seulement parmi les classes aisées de la société, mais encore parmi les gens du peuple et les ouvriers les moins favorisés sous le rapport des conditions matérielles de la vie. Nous chercherons à vous expliquer tout à l'heure le motif de cette singulière élection de domicile. Contentons-nous, pour le moment, de vous faire observer que la goutte existe sur d'autres points du globe, quoiqu'à un bien moindre degré. On la rencontre dans quelques parties de la France, surtout en Lorraine et en Normandie, provinces de tout temps renommées pour la bonne chère. Elle existe également en Allemagne, et dans les pays où la bière est la boisson ordinaire des populations.

Il est certain, d'ailleurs, que cette affection ne règne que dans les régions tempérées. Près de l'équateur et sous les tropiques, la goutte est à peine connue. Aux Indes, elle frappe quelquefois les Anglais, moins souvent cependant que dans leur patrie ; mais elle épargne les naturels du pays. — En Égypte, elle n'atteint que les Européens, et les Turcs bien placés qui méprisent les prescriptions du Coran : mais les fellahs paraissent jouir d'une immunité complète à cet égard.

Enfin, au Brésil, la goutte est à peu près inconnue, bien que la nourriture des habitants soit très-animalisée (Dundas). Nous empruntons la plupart de ces détails à M. le docteur Hirsch, de Berlin, qui a publié une bonne étude sur ce sujet.

L'influence du climat se montre ici de la manière la plus évidente : ce n'est point une question de race, car les nègres de l'armée anglaise, lorsqu'ils sont placés dans les mêmes conditions que les blancs, sont exposés comme eux à contracter la goutte ; c'est ce que semblent démontrer quelques observations rapportées par Quarrier.

Le rhumatisme articulaire se comporte à cet égard d'une façon bien différente : il paraît exister dans tous les climats, et se rencontre souvent aux Indes, sous la forme aiguë aussi bien que sous la forme chronique : aussi, pour nous servir de l'expression de Mühry, le rhumatisme est une maladie ubiquitaire. Il y a là une différence frappante entre ces deux affections parallèles : il importe de la faire ressortir.

Nous poursuivrons, dans la prochaine conférence, l'étude des conditions étiologiques de la goutte.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique de la lithine.

Nous extrayons les passages suivants d'un ouvrage que publie en ce moment la librairie Germer Baillière (1). Nos lecteurs y trouveront des détails fort intéressants sur un médicament nouveau, la lithine.

L'une des plus remarquables propriétés de la lithine, c'est l'action qu'elle exerce sur l'acide urique ; en effet l'urate de lithine est le plus soluble des urates connus.......

J'ai observé que lorsqu'on fait bouillir dans l'eau un excès de carbonate de lithine et qu'on ajoute de l'acide urique, le précipité se dissout, ce qui montre bien que l'urate de lithine est plus soluble que le carbonate. Le sel qui se forme alors est le biurate de lithine, qui cristallise en longues aiguilles et correspond au sel de soude que l'on trouve dans le sang et les divers tissus des sujets goutteux.......

Quand on se propose d'administrer les sels de lithine, il faut se guider d'après les considérations suivantes :

Ces sels doivent être administrés étendus dans beaucoup de liquide, soit dans de l'eau ordinaire, soit, ce qui vaut mieux encore, dans de l'eau chargée de gaz. Cette solution constitue l'*eau de lithine*, qui correspond, sauf la force, aux liqueurs de soude et de potasse généralement employées.

Lorsqu'une grande quantité d'alcali devient nécessaire, j'ai l'habitude de prescrire le carbonate de lithine associé à quelque sel de potasse, tel que le carbonate ou le citrate ; il est avantageux en pareil cas de choisir, pour véhicule, l'eau gazeuse.

On peut aussi administrer le carbonate de lithine en l'unissant au phosphate d'ammoniaque ; mais il importe de ne pas oublier que le phosphate de lithine ne peut être maintenu en dissolution que dans une quantité d'eau relativement considérable.

Le plus grand obstacle à l'emploi des sels de lithine en médecine a été jusqu'ici leur prix élevé ; mais ce ne saurait être là une objection sérieuse, puisqu'on ne se sert que de petites doses. Il est probable que si cet emploi se généralisait, — et il est permis d'espérer qu'il en sera ainsi, — la lithine se préparerait en plus grande quantité, et par suite son prix deviendrait moindre.

Dans ces dernières années, les sels de lithine ont acquis un intérêt nouveau tout aussi bien pour le chimiste que pour le médecin. Cet intérêt provient, d'une part, des applications plus étendues de ces substances à la médecine, et d'autre part, des récentes découvertes de Kirchoff et Bunsen. J'exposerai d'abord en peu de mots tout ce qui, dans ces découvertes, peut concerner la science médicale, puis je ferai connaître les résultats que j'ai obtenus depuis l'époque où j'ai, le premier, proposé l'emploi des sels de lithine comme agents thérapeutiques.

Il était assez difficile, au moyen des anciennes méthodes d'analyse, de reconnaître la présence de petites quantités de lithine, lorsque Bunsen est venu montrer qu'à l'aide de l'analyse spectrale on pouvait aisément découvrir les plus faibles traces de lithium. Ce métal, en effet, donne une ligne rouge très-marquée et caractéristique, une bande d'un jaune pâle et une ligne bleue particulière, lorsqu'on le porte à une température élevée. On a encore démontré que la lithine se trouve répandue en grande quantité dans le règne animal et le règne végétal ; on l'a également découverte dans l'eau de l'Océan, dans plusieurs sources minérales qui ne figurent pas parmi celles que j'ai citées plus haut, dans les cendres des varechs, et dans plusieurs plantes, telles que la vigne, le tabac, les graminées ; elle existe enfin dans le lait, le sang et les muscles de l'homme et de divers animaux.

La lithine doit donc être considérée maintenant, non comme un médicament étranger à l'organisme, mais plutôt comme un principe constituant normal, essentiel à l'entretien de la santé.

La quantité de lithine répandue dans la nature paraît être très-faible ; cependant il a été reconnu que dans quelques-unes des sources de Baden-Baden, celles dites Fettquelle et Murquelle, la proportion de lithine est telle que ces eaux ne sont pas seulement des agents thérapeutiques puissants, mais encore de précieux moyens de se procurer les sels de lithine.

Les expériences que j'ai faites concernant les propriétés et les usages de la lithine, peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

Le carbonate de lithine paraît être un puissant diurétique ; chez certains malades il augmente la sécrétion urinaire d'une manière incommode. J'ai observé plusieurs cas dans lesquels une seule bouteille d'eau de lithine prise au moment où le malade se couchait, obligeait celui-ci à rester debout toute la nuit, tandis que la même dose d'une solution de soude n'avait aucun effet de ce genre.

Le carbonate de lithine est également un agent alcalisant très-énergique. J'ai vu chez quelques malades l'urine devenir très-alcaline après l'ingestion de 30 centigrammes de carbonate dissous dans de l'eau gazeuse ; chez plusieurs autres, j'ai vu l'administration du même sel prévenir la formation des dépôts et des graviers d'acide urique pendant un laps de temps indéfini.

Des expériences nombreuses m'ont montré que, bien conduite, l'administration de la lithine était capable d'empêcher le retour des accès de goutte ; et j'ai appris de divers malades qu'ils pouvaient impunément faire usage du vin, tant qu'ils prenaient de cet alcali. On m'a assuré également que quelques goutteux avaient vu disparaître leurs concrétions tophacées sous l'influence de l'emploi longtemps prolongé des sels de lithine.

Si l'on se reporte à la pathogénie d'un accès de goutte, en se rappelant que toujours il se forme un dépôt cristallin dans les tissus des parties affectées ; si, d'un autre côté, on tient compte de la propriété que la lithine possède à un si haut point de rendre le sang alcalin et l'acide urique soluble, on sera tout naturellement porté à essayer l'emploi des sels de cette base, dans le traitement de la goutte et des diverses affections dont la pathogénie est intimement liée à la présence d'un excès d'acide urique dans l'économie.

Le citrate de lithine a été dernièrement employé en médecine ; c'est un agent précieux toutes les fois qu'il n'y a pas indication de recourir à un alcali libre. Le citrate de lithine est une substance cristalline, bien définie, très-soluble dans l'eau et nullement désagréable au goût ; son action dans l'estomac n'est pas celle d'un alcali. Le citrate se décompose aisément dans le sang une fois qu'il est absorbé. Il apparaît dans les urines sous forme de carbonate de lithine, produisant alors tous les effets de ce dernier sel. En somme, les citrates de lithine et de potasse se comportent, sous le rapport de leurs effets thérapeutiques, de la même manière que les carbonates des mêmes bases.

Quoique un grand nombre de nos malades aient pris pendant longtemps des sels de lithine, je puis dire que jamais je n'ai eu à constater aucun effet fâcheux. J'ai bien entendu parler d'un goutteux qui mettait sur le compte de son traitement certains phénomènes qu'il ressentait, mais le fait ne fut pas bien démontré, et le malade n'en continua pas moins l'usage de la lithine, parce que ce médicament soulageait ses souffrances.

Je tiens particulièrement à déclarer qu'à mon avis la lithine ne saurait remplacer le colchique dans le traitement de l'inflammation goutteuse. Elle peut en être un adjuvant puissant ; mais c'est surtout dans la goutte chronique qu'elle est utile, soit pour prévenir les accès, soit pour faire disparaître les reliquats de la maladie ; elle est encore très-utile comme moyen prophylactique.

Enfin, il importe de remarquer que les sels de lithine sont d'un secours nul ou à peu près nul dans l'arthrite rhumatoïde ou rhumatismale chronique, appelée encore goutte rhumatismale.

(1) *Traité de la Goutte*, par M. Garrod, traduit par M. A. Ollivier, et annoté par M. J. Charcot.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1866. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport de M. le docteur Gevrey (de Vesoul) sur les épidémies qui ont régné en 1866 dans les diverses communes de la Haute-Saône. 2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meuse (comm. des épidémies). 3° Un rapport de M. le docteur Pénissat sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. Aumignon médecin à Pogny (Marne) sur l'importance de la réaction dans le choléra (comm. du choléra) ;

2° Une note du même auteur sur un appareil contentif pour la hernie ombilicale chez les nouveau-nés ;

3° Un travail de M. le docteur Martinenq (de Grasse) sur la non-contagion du choléra (comm. du choléra).

— M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un nouveau porte-caustique uréthral fabriqué par M. Galante sur les indications de M. Demarquay.

Cet instrument est composé, comme celui de Lallemand, d'une cuvette destinée à recevoir le nitrate d'argent fondu, et d'une chaîne de Vaucanson, qui la fait mouvoir ; à celui de M. Demarquay est ajoutée une petite sonde à robinet grâce à laquelle on détermine nettement par l'issue de l'urine si on a pénétré dans la vessie ; on peut donc au moyen de cette modification cautériser seulement la portion du col vésical ou de la cavité prostatique que l'on veut cautériser, et faire ensuite une injection d'eau fraîche ou tiède, pour enlever l'excès de caustique employé.

— M. ROBINET présente au nom de M. le docteur Lebret le compte rendu des travaux de la Société d'hydrologie médicale de Paris, pour la session de 1865-1866.

— M. HUGUIER dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Gallard intitulée : De la métrite parenchymateuse aiguë.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'il s'est rendu en son nom auprès de M. Rayer. Il est heureux de lui apprendre que l'état de M. Rayer ne présente aucune gravité et qu'il est en voie de rétablissement. M. Follin va aussi beaucoup mieux.

M. le président informe ensuite l'Académie que la prochaine séance aura lieu mercredi prochain à cause du premier jour de l'an qui est le mardi.

— L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement annuel des commissions permanentes. On procède à cinq scrutins successifs.

Voici quel est le résultat du dépouillement.

Commission des épidémies : MM. Bouillaud et Briquet.

Commission des eaux minérales : MM. Béhier et Bouchardat.

Commission des remèdes secrets : MM. Regnauld et Chatin.

Commission de vaccine : MM. Barthez et Devilliers.

Comité de publication : MM. Barth, Gosselin, Laugier, Michel Lévy et Pogglale.

LECTURE.

Méthode des badigeonnages. — M. BOINET, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, donne lecture d'un mémoire sur l'usage du badigeonnage en thérapeutique. Voici un résumé de ce travail.

Le badigeonnage, cette méthode qui consiste à barbouiller nos tissus avec une substance médicamenteuse, c'est-à-dire à étendre sur certaines parties malades, à l'aide d'un pinceau, une ou plusieurs couches d'un médicament préparé et disposé pour cet usage, est destiné à remplir plusieurs buts ; le premier et le plus important est de mettre les parties badigeonnées à l'abri du contact de l'air ; le deu...

ivant la nature du badigeon, est de modifier les parties plus profondément et plus ou moins promptement; le troisième, tains cas, est d'aider à l'absorption du médicament employé, 'onguent napolitain, la teinture d'iode etc.; le quatrième enfin, rcer une compression douce, uniforme et favorable.

édicaments ou substances qu'on a le plus souvent employées tiquer les badigeonnages, sont toutes les matières qui, sous quide ou semi-liquide, défendent du contact de l'air les parigeonnées, resserrent les extrémités béantes des vaisseaux coagulent le sang, la sérosité et la matière purulente, et fore espèce de vernis, de tégument artificiel, soit en se combic les tissus, comme l'iode, le nitrate d'argent, le sulfate et le ire de fer, etc., soit en les recouvrant tout simplement, mais anière complète, sous forme d'une pellicule mince solide méable, comme le collodion, la gomme, la dextrine, etc.

adigeonnages produisent des effets variables et différents, la nature des médicaments qui les composent, suivant leur ation plus ou moins forte, suivant leur mode d'applica-

t de ce travail est de ne s'occuper que des effets locaux pror les badigeonnages.

rvation de chaque jour nous a appris que toutes les fois qu'on ttre les plaies découvertes, exposées, dans les mêmes condie les plaies qu'on réunit par première intention, c'est-à-dire pu les tenir à l'abri du contact de l'air, en leur créant un t artificiel, et avant que l'inflammation et suppuration, qui conséquence, n'aient commencé à se produire, on est arrivé her l'inflammation et ses suites.

de ce principe fondamental de ne pas exposer les plaies au de l'air, que sont sorties les méthodes de Bayenton, de saignac et de l'université de Londres, de panser les ulcères aies tant anciennes que récentes, par l'occlusion, la méthode anée de M. J. Guérin, et les badigeonnages.

emier effet des badigeonnages est d'empêcher le contact direct sur les points où on les applique, soit qu'ils agissent en se nt intimement et chimiquement avec les tissus, soit qu'ils t dans les orifices béants des vaisseaux, qu'ils ont la propriété acter, de resserrer, soit qu'ils coagulent les liquides qui sorces vaisseaux, comme le font l'alcool et toutes les teintures ues, les solutions de sulfate et de perchlorure de fer, de nitrate , de sublimé etc.; soit qu'ils ne forment sur les plaies qu'une plus ou moins épaisse, une pellicule, une espèce de vernis, le collodion, les solutions gommeuses, les corps gras, la dexc. Dans tous ces cas, quelle que soit la manière d'agir de ces badiges, ils établissent une barrière imperméable entre l'air et les sés, coupés, déchirés, enflammés, ils forment à la plaie un couune peau artificielle, qui tient lieu du tégument naturel; ils ent l'inflammation, la font avorter ou l'arrêtent si elle existe

adigeonnages sont employés sur toutes les parties divisées, enflammées, ulcérées de la peau et des muqueuses, pour moes plaies anciennes et de mauvais aspect.

au badigeonnée avec une ou plusieurs couches d'une teinture ue composée prend diverses couleurs suivant la composition inture employée; après plusieurs badigeonnages elle devient hagrinée, se raccourcit: alors par sa combinaison avec la ue le badigeon soit un soluté de nitrate d'argent, de sulfate u de teinture d'iode, il forme une espèce de vernis qui la met du contact de l'air.

remiers badigeonnages faits matin et soir, pendant deux ou rs, trois ou quatre jours, ne sont pas douloureux; ce n'est s tard, après sept ou huit ou dix badigeonnages et quelque encore, que les malades commencent à éprouver une cernsion, de la cuisson et une douleur plus ou moins vive. Qu'on alors la partie badigeonnée, on remarque que l'épiderme e, se détache et tombe par parcelles, qu'une transpiration u plutôt qu'une espèce de suintement a lieu à la surface badie. Si on continue le badigeonnage, la cuisson, la douleur, la deviennent beaucoup plus vives, intolérables quelquefois, et rtes que lorsqu'on applique de la teinture d'iode sur une cente. Il faut cesser alors les badigeonnages, pendant pluours, pour y revenir ensuite. A chaque nouvelle série de banages il se fait une nouvelle exfoliation, un nouveau suintee sérosité, et on continue ainsi jusqu'à ce qu'on ait obtenu u'on se propose.

loyés ainsi, ces badigeonnages sont de puissants révulsifs, des ifs qu'on peut continuer pendant des semaines, des mois sans nconvénient.

es muqueuses, ces badigeonnages agissent absolument comme peau, et les premières applications ne sont nullement doulou- Les effets qu'ils produisent sont un resserrement, une séchees parties touchées; les sécrétions des muqueuses, qu'elles séreuses, purulentes, sanguinolentes, muqueuses, diphthérique de bonne ou mauvaise nature, sont promptement modifiées, coagulent et se durcissent, l'extrémité des vaisseaux capilse contracte, se resserre, se dessèche, s'agglutine et s'oblitère. rme comme sur la peau un véritable vernis, une espèce de le ou couvercle qui arrête tout d'abord l'exhalation et les secréen même temps qu'il défend les parties du contact de l'air, les modifiant utilement. Puis, bientôt après, ce contact de la nce médicamenteuse sur la muqueuse provoque une réaction geuse, suscite un stimulus plus ou moins vif, mais non dou- ; la secrétion devient momentanément plus abondante, mais déjà sensiblement modifiée; alors on revient à de nouveaux onnages qui produisent les mêmes effets jusqu'à ce que la guéoit complète.

les plaies récentes ou anciennes, les badigeonnages ont l'imavantage de modifier rapidement les sécrétions, quelle que r nature; ils agissent comme antiseptiques, surtout la teinture en même temps que la subsance employée se combine avec us et les sécrétions et forme une couche imperméable, qui en emps qu'elle oblitère les vaisseaux capillaires, les met à l'abri tact de l'air. Le premier effet du badigeonnage sur une plaie resserrer, d'oblitérer les vaisseaux ouverts, d'empêcher l'écoudu sang, soit en faisant contacter les orifices des vaisseaux, coagulant le liquide qui remplit leur extrémité divisée. Dans les plaies anciennes, il active ensuite les propriétés vitales des parties, d'où résulte un autre mode de vitalité, qui rend les parties malades propres à se débarrasser des impuretés et de toutes les entraves qui s'opposent au mode naturel qu'elles affectent dans l'état sain. L'usage de ces badigeonnages a donc le précieux avantage, tout en détergeant les plaies et les ulcères, de les désinfecter, de détruire et d'annihiler les virus et les venins, de s'opposer à la résorption purulente et d'empêcher l'infection putride, et, enfin, pour dernier résultat d'aider à la cicatrisation.

C'est donc comme moyens résolutifs, comme agents modificateurs des surfaces exposées, comme moyens imperméables et préservant du contact de l'air, qu'agissent les badigeonnages.

Parmi les substances employées en badigeonnages, il en est qui n'agissent que mécaniquement, en se bornant à mettre les parties à l'abri du contact de l'air et à exercer une compression légère. De ce nombre et au premier rang est le collodion, puis la dextrine, les solutions gommeuses, la glycérine, les corps gras, huileux, etc. Les services que les badigeonnages faits avec ces substances rendent tous les jours à la médecine et à la chirurgie, ne sont pas moins précieux que ceux qui viennent d'être passés en revue. Le collodion, par exemple, a donné des résultats très-remarquables dans un grand nombre de maladies. Mais M. Boinet s'élève ici contre les exagérations de quelques praticiens qui lui ont attribué des effets spéciaux contre les maladies inflammatoires, exagérations dont l'expérience a fait justice.

Les badigeonnages au collodion, et tous les enduits imperméables, dit en terminant M. Boinet, agissent surtout en préservant d'une manière très-exacte du contact de l'air et en déterminant sur les parties une compression légère et uniforme; ils n'agissent en un mot, que mécaniquement et non comme médicaments proprement dits. (Renvoi à la section.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons. La parole est à M. Devergie.

Mortalité des nourrissons.

M. DEVERGIE. Cette question s'est présentée d'abord sous l'aspect le plus modeste. Un médecin du Morvan a signalé les graves inconvénients inhérents à l'allaitement par des nourrices. Pour remédier à ces inconvénients il a proposé un projet de règlement, qui n'est autre que le règlement en vigueur à la Préfecture de police, sauf quelques additions. Le rapporteur de son côté s'est borné à analyser ce travail sans le discuter et sans présenter de conclusions. Mais cette question si simple jusque-là, a pris une grande extension par l'intervention de M. Husson. M. Husson a montré que les choses se passaient à cet égard partout comme dans le Morvan, et d'une simple question locale il a fait une question politique et sociale. Il est arrivé à cette conclusion que l'Académie devait appeler l'attention du ministre sur cet état de choses.

M. Devilliers, par des recherches toutes spéciales sur les causes de la mortalité des enfants de la première année, a aussi élargi la question, et comme conclusions, il s'est rallié à la proposition de M. Husson.

Quant à M. Boudet, il a conclu que l'Académie avait un rôle à remplir dans cette circonstance. Je suis de son avis. Mais quel doit être ce rôle? M. Boudet propose la nomination d'une commission permanente chargée de recueillir les faits et de les renvoyer ensuite au ministre.

M. Robinet s'est demandé si un règlement nouveau était bien nécessaire. Il a fait remarquer qu'il s'agissait au fond d'un acte commercial, et qu'intervenir par une loi serait porter atteinte à la liberté commerciale. Quant à une réglementation sans sanction pénale, ce serait lettre morte.

J'ai pour mon compte, peu de chose à ajouter à ce qui a été dit jusqu'à présent. Je ne veux toucher qu'à deux points seulement. La nourrice est une vendeuse et les parents sont des acquéreurs du lait de la nourrice, qu'on me permette de descendre jusqu'à ces expressions, car il s'agit ici d'un véritable commerce. Voyons quelles sont les garanties de part et d'autre. Il y a de la part des parents engagement d'acquitter un prix convenu. De la part de la nourrice il y a engagement moral d'élever un enfant. Mais son but, au fond, est d'accroître ses ressources insuffisantes. Quel est le but de la mère? c'est de se soustraire à l'allaitement et à tous ses assujétissements. Elle fait ce sacrifice d'abord avec douleur, puis vient l'indifférence, et bientôt l'oubli. La plupart des parents finissent même par négliger de s'acquitter de leurs obligations envers la nourrice; quelques-uns au bout de quelque temps finissent par s'y soustraire tout à fait. La nourrice se trouve alors avoir à sa charge deux enfants au lieu d'un. Les plus coupables ici, à mes yeux ce sont les parents. S'il y avait des dispositions nouvelles à introduire dans le règlement, c'est contre les parents que je les réclamerais.

J'ai été attaché dans le temps au service des nourrices. On sait comment les choses s'y passent, et grâce à la garantie qu'offre l'administration, et à la surveillance des inspecteurs et des médecins, le service est mieux fait, c'est là la cause de la moindre mortalité des enfants. Si la Préfecture de police se faisait, comme l'administration des hôpitaux, l'intermédiaire entre les familles et les nourrices, elle aurait certainement une influence considérable. C'est de ce côté qu'il y aurait intérêt à établir un service.

M. Devergie abordant le second point, critique la proposition de M. Monot consistant à n'admettre que des nourrices ayant déjà au moins neuf mois de lactation. Il ne voit rien dans cette mesure qui puisse obvier aux inconvénients que M. Monot se propose de prévenir par ce moyen; il n'y voit d'avantages que pour les enfants des nourrices tout au plus; mais pour les nourrissons étrangers, il n'y voit que des inconvénients, le lait des nourrices étant en disproportion par ses propriétés nutritives avec l'âge des nourrissons.

Quel doit être le rôle de l'Académie dans cette question? L'appel à l'administration proposé par M. Husson est déjà quelque chose. Mais je crois qu'il faut quelque chose de plus. Il faut joindre à cet appel des instructions qui puissent éclairer et guider l'administration. L'Académie n'a pas qualité pour intervenir en matière d'administration et de législation, mais elle a qualité pour intervenir en matière d'hygiène. L'idée de M. Boudet conduirait-elle à de meilleurs résultats? Les commissions permanentes instituées au sein de l'Académie reçoivent journellement de l'administration et des correspondants de l'Académie des communications qui alimentent leurs travaux. Supposez qu'on institue une nouvelle commission permanente des nourrices. Sur quoi fonctionnera-t-elle? A qui s'adressera-t-elle pour avoir des renseignements? Pourra-t-elle faire ce que ferait le ministre à l'aide des préfets, ce que feraient ceux-ci avec les sous-préfets et les maires? Voilà le vrai moyen d'avoir des renseignements précis; une commission permanente n'aurait pas l'effet qu'on s'en promet, pas plus que la proposition de M. Monot.

Dans cet état de choses je me rattache donc à la proposition de M. Husson, à la condition toutefois qu'on appuyera l'appel au ministre par les considérations d'hygiène que l'Académie est à même de formuler.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Blot.

M. Blot, ne s'attendant pas à avoir la parole aujourd'hui, n'a pas les documents nécessaires sous la main. Il demande en conséquence que l'Académie veuille bien renvoyer la discussion à la séance prochaine et lui réserver la parole.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Maladies vénériennes. — **M. GUSTAVE LAGNEAU** lit un mémoire ayant pour titre: Recherches comparatives sur les maladies vénériennes dans les différentes contrées. (Nous publierons dans l'un des prochains numéros un extrait de ce travail.) Le mémoire de M. Lagneau est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guérard et Bergeron.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 octobre 1866. — Présidence de M. Guibout, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend:

1° Une notice intitulée: *De la suppression des tours, au double point de vue de la morale et de la Société.* (Hommage de M. le docteur Gyoux.)

2° Une brochure intitulée: *De quelques appareils en caoutchouc.* (Hommage de M. le docteur Clausure.)

M. le docteur Perrin expose en quelques mots l'usage de ces appareils.

3° Le dernier numéro de la *Revue d'hydrologie médicale.*

M. DUPARCQUE demande la parole à propos du procès-verbal de la dernière séance.

ÉCLAMPSIE.

L'éclampsie puerpérale, dit M. Duparcque, présente trois variétés, qui sont:

L'éclampsie épileptiforme,

L'éclampsie nerveuse,

L'éclampsie apoplectiforme.

Chez les femmes nerveuses, les accidents de cet ordre se manifestent au début du travail de la parturition, pendant les préludes duquel les douleurs sont pénibles et excitent l'irritabilité de l'innervation. L'indication, en pareil cas, consiste à atténuer l'exaltation du système nerveux par l'administration des antispasmodiques et des narcotiques combinés; puis à hâter la terminaison de l'accouchement par l'emploi de l'ergot de seigle.

Les femmes pléthoriques sont prédisposées à l'éclampsie apoplectiforme que favorise puissamment une élévation exagérée de la température dans l'atmosphère ambiante. La saignée est indiquée au suprême degré contre les états congestifs actifs, et contre la stase veineuse que détermine la suppression des mouvements respiratoires pendant les accès.

Le chloroforme exerce sur le retour de ces accès une action extrêmement avantageuse et peut même, pendant la durée de ceux-ci, rendre de précieux services, à la condition d'être administré en potion qu'on injecte par les fosses nasales par petites quantités. Ce procédé est surtout applicable dans l'éclampsie des enfants; le médicament, injecté par cuillerées à café dans les fosses nasales est entraîné dans les voies digestives par un mouvement automatique de déglutition. Il importe seulement de profiter, pour l'administration de chaque dose, de l'intervalle de repos qui sépare l'inspiration de l'expiration.

La discussion sur l'éclampsie est remise à une prochaine séance.

LECTURE.

La parole est à M. Duchenne (de Boulogne), pour la lecture d'un mémoire intitulé: *Recherches sur l'inclinaison physiologique du bassin dans la station verticale, suivant les différentes races humaines.*

Ce travail paraîtra dans les *Archives générales de médecine.*

Cette lecture suggère à M. Lagneau les observations suivantes.

M. G. LAGNEAU. J'ai remarqué sur des femmes de race ibérienne, venant soit d'Espagne, soit du midi de la France, soit de Cuba, la belle conformation du cou et des épaules signalée par M. de Quatrefages, les petites dimensions des pieds et des mains, la profonde concavité de la région lombaire et la notable saillie de l'abdomen, dont la paroi antérieure, après une ou plusieurs grossesses, parfois se plisse, se relâche au point de nécessiter l'usage de ceintures ou autres moyens de contention.

Dans les environs de Boulogne, où M. de Quatrefages avait déjà remarqué les caractères distinctifs de certains habitants, M. Duchenne a constaté sur les femmes du Portel ces mêmes caractères anthropologiques des femmes Ibériennes, entièrement différents de ceux présentés par la population circonvoisine, et en particulier par les femmes d'Andrewelles, que notre collègue a pu également examiner avec soin.

Mais M. Duchenne (de Boulogne) pense qu'aucun document n'autorise à admettre l'origine ibérienne des habitants du Portel. Je ne regarde cependant pas cette origine comme invraisemblable. En effet, si la plupart des auteurs anciens se bornent à nous apprendre que les peuples ibériens occupaient la péninsule Hispanique et la portion méridionale des Gaules située au sud de la Garonne et le long des côtes de la Méditerranée, où ils portaient les noms d'Ibères, d'Aquitains et de Ligures, Fetus Avienus (1) et Denys le Périégète (2) nous signalent la présence des Ligures et des Ibères dans les îles et sur les côtes de la Manche, et Tacite, frappé de la ressemblance existant entre les Ibères et les Silures de la Grande-Bretagne, considère ces derniers comme des descendants des Ibères (3).

(1) *Oræ maritimæ*, vers 129 à 136.

(2) Vers 563-4, texte grec et trad. latine de 1556, B[illegible].

(3) *Agricolæ vita*, c. XI.

D'ailleurs, les peuples du nord-ouest de l'Espagne ont établi de nombreuses pêcheries sur des côtes lointaines. Enfin, comme le rappelait lui-même M. Duchenne (de Boulogne), la Flandre et l'Artois, peu éloignés du Portel, dépendirent longtemps de la couronne d'Espagne.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel, Collineau.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 décembre 1866. — Présidence de M. Legrand du Saulle.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Coursserant lit un rapport sur le travail de M. le docteur Meyer, ayant pour titre : *De l'ophthalmie sympathique.*

M. Terrier lit aussi un rapport sur le travail de M. le docteur Anger, ayant pour titre : *De certaines métrorrhagies qui se montrent à l'âge critique.* Sur les conclusions favorables de ces deux rapporteurs, M. Meyer et M. Anger sont, par voie de scrutin, nommés membres titulaires de la Société.

M. Mallez. C'est toujours avec réserve que l'on appelle l'attention des savants sur un médicament nouveau; cependant, à ce titre, je veux vous signaler l'emploi du proto-chlorure d'étain au point de vue des affections muco-purulentes de la vessie, du vagin et de l'urèthre, à la dose de 2 grammes sur 100 grammes d'eau distillée. Faire une injection par jour.

Depuis quatre mois, cette préparation m'a donné des résultats sérieux, principalement dans les cas d'uréthrites aiguës, après avoir fait usage des balsamiques pendant quelques jours. Je viens de l'employer avec un grand succès contre une vaginite des plus intenses qui n'eût certainement pas cédé aussi facilement par tout autre moyen.

Cette injection est bien supérieure à celle d'acide phénique qui est très-douloureuse, insupportable même, dans l'urèthre et dans la vessie; à peine si les malades en sont momentanément incommodés. Elle opère par mode d'action directe sur les sécrétions purulentes des muqueuses sans aucune action substitutive comme, par exemple, le nitrate d'argent. Mise en contact sous le champ du microscope, avec des globules purulents, ceux-ci disparaissent aussitôt. Je viens de l'employer récemment dans un cas d'otite purulente, qui, depuis des années, avait résisté à tous les auristes, et il va très-bien, ce qui me confirme dans son action et son efficacité.

M. Coursserant. M. Mallez voudra bien nous tenir au courant de son expérimentation ultérieure. Pour mon compte, je me propose d'employer ce moyen concurremment avec les préparations de goudron dans les ophthalmies purulentes.

LECTURE.

M. Landry lit un travail sur l'extirpation de deux tumeurs de la matrice.

Le Secrétaire annuel, Dr Dupuy.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 25 décembre 1866.

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Nous sommes à l'époque où se règlent les comptes des médecins avec leurs malades. Dans cette occurrence il arrive souvent que les médecins, pénétrés d'une confiance qui les honore autant que leurs clients, font parvenir à ces derniers leur note acquittée; mais il arrive quelquefois aussi qu'ils sont dupes de gens de mauvaise foi, l'acquit de la note provoquant la négation de la dette, ainsi que nous l'avons éprouvé nous-même dernièrement. Force nous a été de poursuivre jusqu'à déférence de serment, lequel a eu lieu avec un déplorable aplomb, en alléguant les plus odieux mensonges.

Nous croyons de notre devoir de dénoncer ce fait au corps médical. Dr Adde Margras (de Nancy).

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

38. Considérations sur la Convalescence des maladies aiguës et sur les accidents qu'elle peut présenter, par M. Edmond Janets.
39. De l'emploi de l'ammoniaque à hautes doses dans le traitement du tétanos, par M. Jean-Marie Mac-Auliffe.
40. Étude clinique sur les plaies du globe oculaire, par M. Léon Dublanchet.
41. Du phlegmon des ligaments larges, par M. Paul Paris.
42. Étude sur quelques affections primitives et consécutives du système cutané, par M. Émile-Alfred Couronné.
43. Recherches cliniques relatives à l'influence de la grossesse sur la phthisie pulmonaire, par M. Aimé-Albert Caresme.
44. Des fractures du corps de l'omoplate, par M. Antonin Coutard.
45. Des lésions de la vulve et du périnée, produites par l'accouchement, par M. Lucien Thiaudière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons annoncé les permutations qui pourvoient à trois chaires de clinique vacantes à la Faculté de médecine de Paris. Il est question de donner à deux de ces chaires une destination nouvelle. La chaire de clinique chirurgicale, autrefois transférée de l'hôpital de la Pitié à l'Hôtel-Dieu, serait restituée à la Pitié, et ce même hôpital serait doté, en outre, d'une chaire de clinique médicale, l'Hôtel-Dieu n'en devant désormais conserver qu'une. Le transfert de la clinique chirurgicale à la Pitié n'entraînera aucun changement dans le personnel chirurgical de cet hôpital, le nouveau titulaire y ayant déjà son service. Mais il n'en sera pas de même pour l'installation de la chaire de clinique médicale. Celle-ci entraîne nécessairement la transformation de l'un des services actuels de médecine, et le déplacement de l'un des chefs de service de cette maison. On n'ignore pas que plusieurs de ces chefs de service font depuis plusieurs années des cours libres de clinique très-suivis. Il est regrettable que l'établissement d'une clinique officielle ait nécessité l'éloignement d'un de ces médecins, et par suite la suppression d'un de ces cours libres.

— Par suite des diverses permutations de chaires de la Faculté et de mises à la retraite, le mouvement suivant a lieu cette année dans les hôpitaux de Paris.

MM. Tardieu et Moissenet passent de Lariboisière à l'Hôt[...]

M. Bourdon, de la Maison de santé, et M. Pidoux, de Lar[...] passent à la Charité.

MM. Boucher de la Ville-Jossy, Richard (Xavier), de S[...]toine et Gallard, de la Pitié, passent à Lariboisière.

MM. Jaccoud, de Lourcine, et Laboulbène, de Sainte-Périne à Saint-Antoine.

M. Vidal, des Enfants malades, passe à Saint-Louis.

M. Chauffard, des Enfants malades, passe à la Maison de s[...]

MM. Bucquoy, de la Direction des nourrices, et Archamb[...] Incurables-Hommes, passent aux Enfants malades.

M. Luys, de Larochefoucaud, passe à Lourcine.

Les médecins du Bureau central dont les noms suivent, s[...]gnés : MM. Fauvel, pour l'Hôtel-Dieu ; Parrod, pour les N[...] Besnier, pour Sainte-Périne; Fournier, pour Larochefou[...] Desnos, pour les Incurables-Femmes.

— Le concours de l'Internat des hôpitaux de Paris vient d[...]miner par les nominations suivantes :

MM. : 1. Le Teinturier, Hallopeau, Delbarre, Delfau, [...] Sautereau, Quingaud, Desplatz, Paul Hybord, Vaslin.

MM. : 11. Bourgeois Ernest, Maurice, Bousseau, Derlon, [...] Alling, Charpentier, Felizet, Maurel, Michaud.

MM. : 21. Labory, Droin, Hybord Albert, Behier, Saison C[...] Foucault, Ancel, Berger, Magdelain, Raymond.

MM. : 31. Challier, Marchand, Legée, Blum, Bouchard, [...] Hallez, Holmes, Bottentuit.

Internes provisoires. — MM. : 1. Bax, Chaume, Calmette[...] Labadie Lagrave, Huchard, Bassereau, Casteran, Luchard, Ra[...]

MM. : 11. Dumaz, Langlet, Depelchen, Guignard, Jouffo[...]dier, Ducastel Rene, Pouliot, Lagrelette, Fortin.

MM. : 21. Bazin, Renault Charles, Renault Alexandre, M[...] Girard, Demeules.

— La Société anatomique tiendra sa séance annuelle, le [...] 11 janvier 1867, à trois heures précises, dans le local ordin[...] ses séances.

Le 12 janvier aura lieu, à six heures, le banquet de cette [...] chez Véfour-Hamel, au Palais-Royal. Prix de la souscription [...]

On souscrit chez M. le docteur Parmentier, trésorier de la [...] 16, rue de la Sourdière.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, recommencera se[...] pour le 2e de doctorat (3e de fin d'année) et 4e de doctorat, [...] 7 janvier.

Un cours préparatoire à l'internat s'ouvrira le 10.

On s'inscrit chez M. Regnard, 56, rue des Écoles, de [...] 1 heure.

— *Erratum.* Nous avons publié dans notre numéro du 22 [...]bre, une observation de chorée utérine. Ce travail était dû à [...] docteur Démorey fils (de Gevrey-Chambertin) et non Demo[...] Seney), comme il a été imprimé par erreur.

Dans notre dernier numéro, on a omis par erreur le nom d[...] docteur Georges, au bas du feuilleton bibliographique.

Le Directeur, Dr E. Le S[...]

Paris. — J. Clayo, impimeur, rue Saint-Benoît, 7